

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

**Desafíos de la Supervisión
en Psicoterapia**



126



Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 34, Número 126, Noviembre, 2023 – Online ISSN: 2339-7950

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

Precio de este ejemplar: 10 euros

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

Directores anteriores:

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

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

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

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

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

Adrián Montesano

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

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

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

Úrsula Oberst

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

Ramón Rosal Cortés

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

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

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

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Galbada, Universidad de Valencia, España

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

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

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

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

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

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

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

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

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

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

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

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

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

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

María Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

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

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

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

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

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

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

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

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

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

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

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro 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

Mª Ángeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

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

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

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

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

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Depósito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

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

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

NOTACIÓN NUMÉRICA

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

Proceso de evaluación y selección de originales:

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

Copyright:

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

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

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Director:

director@revistadepsicoterapia.com

Editor:

editor@revistadepsicoterapia.com

Administración:

Secretaría Revista de Psicoterapia

secretaria@revistadepsicoterapia.com

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

BOLETIN DE SUSCRIPCION y enviándolo al mail de la Administración.

Fecha:

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

Apellidos:

Nombre:.....

Teléfono: Profesión:

Dirección:.....

Ciudad: D.P.

Pais:.....

Forma de pago: ☐ Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)

☐ Adjunto cheque bancario núm.:.....☐ Contrareembolso

MasterCard

Tarjeta N°:

[illegible]

Fecha caducidad: / /

Precio de la

suscripción anual electrónica:

Paises comunitarios	30	EUR
---------------------------	----	-----

Países extracomunitarios ... 30 EUR

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

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

Nombre y apellidos:.....

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: [] [] [] Oficina: [] [] [] DC: [] Cuenta: [] [] [] [] [] []

Banco/Caja..... Agencia nº:

Dirección.....

Ciudad D.P.

Pais:.....

Fecha y Firma:



CONTENIDO

Monográfico: Desafíos de la Supervisión en Psicoterapia

Héctor Fernández-Álvarez y María del Pilar Grazioso

Editorial

Desafíos de la supervisión en psicoterapia	1
---	----------

Héctor Fernández Álvarez y María del Pilar Grazioso

Incorporación de la humildad cultural y las pautas de humildad cultural en la relación de supervisión de la psicoterapia: Un compromiso y una promesa	9
--	----------

C. Edward Watkins

Desde ser psicoterapeuta, a ser supervisor clínico	19
---	-----------

Ana María Daskal Minuchin

Family Connections: Un programa de entrenamiento en habilidades para clínicos y familiares	37
---	-----------

Verónica Guillén, José Heliodoro Marco y Cristina Botella

Supervisión virtual de prácticas académicas: Las experiencias de supervisores frente al cambio de modalidad por COVID-19.....	55
--	-----------

Emiliano Gutiérrez Fierros, Ana Sáenz, Antonio Tena-Suck, y Sandra Irma Montes de Oca

Aportes de un equipo de supervisión de supervisoras en un programa de consejería en Guatemala: Una mirada reflexiva.	73
--	-----------

Ana Alicia Cobar, Meri Lubina, María Alejandra Auyón, Karla Lemus y Edil Torres Rivera

Una aproximación dialógica a la supervisión de la psicoterapia de personalidades disfuncionales.....	89
---	-----------

Carlos Mirapeix

——Artículos del Monográfico de Libre Acceso——

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

Supervisión clínica de casos complejos de trastornos de la personalidad según la Terapia Interpersonal Metacognitiva....	113
---	------------

Antonino Carcione y Ilaria Riccardi

Utilización de mapas cognitivos borrosos en supervisión clínica en psicoterapia.....	133
---	------------

Luis Ángel Saúl, Luis Botella y Alejandro Sanfeliciano

——Artículos de Libre Acceso——

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

El doble uso de la palabra en la historia de la psicoterapia: Técnica y mediación.....	149
Julián Gómez Peñalver y Carlos Rejón Altable	
Violación Involuntaria. El trauma y la disociación como base de las relaciones sexuales no deseadas, pero aparentemente consentidas.....	163
Dácil Cárdenes Ramírez	
Relación entre las adicciones y el trauma emocional desde el modelo biopsicosocial.....	173
Susana Merino-Lorene	
La relación terapeuta-paciente como elemento clave en la terapia cognitivo conductual.....	189
Mario Guzmán-Sescosse	
Atención plena y su efecto en síndromes afectivos y estrés en alumnos universitarios: Metaanálisis.....	205
Marlo Obed Alcántara-Obando y Gutember Peralta-Eugenio	

—— Recensión ——

Desorganización del apego, clínica y psicoterapia con adultos.	221
Francisco José Iruela Bustos	
Relacionalidad, nuestra esperanza (Escritos escogidos).....	227
Isabel Caro Gabalda	

CONTENTS

Monographic: Challenges of Supervision in Psychotherapy

Héctor Fernández-Álvarez y María del Pilar Grazioso

From Editor

Challenges of supervision in psychotherapy.....	1
Héctor Fernández Álvarez & María del Pilar Grazioso	

Incorporating cultural humility and cultural humility

guidelines into the psychotherapy supervision relationship: A pledge and a promise.....	9
C. Edward Watkins	

From being a psychotherapist to being a clinical supervisor...	19
Ana María Daskal Minuchin	

Family Connections:

A skills training program for clinicians and family members ..	37
Verónica Guillén, José Heliodoro Marco & Cristina Botella	

Virtual supervision of academic practices:

The experiences of supervisors regarding the change in modality due to COVID-19	55
Emiliano Gutiérrez Fierros, Ana Sáenz, Antonio Tena-Suck, & Sandra Irma Montes de Oca	

Contributions of a supervision team of supervisors in a counseling program in Guatemala: A reflective look.....	73
--	-----------

Ana Alicia Cobar, Meri Lubina, María Alejandra Auyón,
Karla Lemus & Edil Torres Rivera

A dialogical approach to the supervision of psychotherapy of dysfunctional personalities	89
Carlos Mirapeix	

—Open Access Monographic Articles—

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

Clinical supervision over complex cases of personality disorders according to metacognitive interpersonal therapy ...	113
Antonino Carcione & Ilaria Riccardi	

Use of fuzzy cognitive maps in clinical supervision in psychotherapy	133
Luis Ángel Saúl, Luis Botella & Alejandro Sanfeliciano	

—— Open Access Articles ——

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

The double use of the word in the history of psychotherapy: technique and mediation	149
--	------------

Julián Gómez Peñalver & Carlos Rejón Altable

Involuntary Rape. The trauma and the dissociation as the bases of a non-desired but apparently consensual sexual relationship	163
--	------------

Dácil Cárdenes Ramírez

Relationship between addictions and emotional trauma from the biopsychosocial model	173
--	------------

Susana Merino-Lorene

The therapist-patient relationship as a critical element in cognitive behavioral therapy	189
---	------------

Mario Guzmán-Sescosse

Mindfulness and its effect on affective syndromes and stress in university students: A meta-analysis	205
---	------------

Marlo Obed Alcántara-Obando & Gutember Peralta-Eugenio

—— Review ——

Desorganización del apego, clínica y psicoterapia con adultos.	221
---	------------

Francisco José Iruela Bustos

Relacionalidad, nuestra esperanza (Escritos escogidos)	227
---	------------

Isabel Caro Gabalda

DESAFIOS DE LA SUPERVISION EN PSICOTERAPIA

CHALLENGES OF SUPERVISION IN PSYCHOTHERAPY

Héctor Fernández Álvarez

ORCID. <https://orcid.org/0000-0002-7781-1165>

Presidente Honorario de la Fundación Aigle. Caba. Argentina

María del Pilar Grazioso

ORCID. <https://orcid.org/0000-0002-9205-5193>

Directora Asociación Proyecto Aigle Guatemala

Investigadora Afiliada Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández-Álvarez, H. y Grazioso, M. P. (2023). Desafíos de la supervisión en psicoterapia [Editorial]. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 1-8. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38692>

La Supervisión es un componente fundamental de la psicoterapia. Se instala desde el nivel de los estudios de grado (e.g., en la carrera de psicología), se continúa durante las formaciones de posgrado (particularmente en el área clínica) y se sigue recurriendo a ella a lo largo de las diferentes etapas de la vida profesional. En la etapa inicial de formación está enfocada en fortalecer el entrenamiento y luego se afirma como una herramienta para responder a las dudas que se plantean a los terapeutas a medida que avanzan en su profesión. Su papel está orientado, también, a evaluar la marcha de los procesos terapéuticos, con el propósito de optimizar las prestaciones. Además, su rol es decisivo como parte de las acciones a las que apelan los profesionales en la búsqueda del cuidado de sí mismos, pues la práctica de la psicoterapia tiene una nada desdeñable cuota de toxicidad, producto de la cantidad de situaciones intensamente dolorosas, los eventos críticos y los condiciones límites que padecen las personas que nos consultan y a las que los terapeutas están expuestos con frecuencia. La supervisión cumple, en ese sentido, una extensión (diferenciada) de la ayuda que el supervisado puede obtener de su terapia personal y de otros vínculos que, en la vida cotidiana pueden colaborar en la construcción del perfil profesional del terapeuta.

¿En qué consiste la supervisión en psicoterapia? En sentido amplio, su objetivo guarda relación con el concepto de supervisión aplicado en muchas de las actividades vinculadas con la producción de bienes y servicios en la vida cotidiana. En muchas tareas del quehacer diario encontramos la figura del supervisor en aquellas



situaciones donde surge alguna dificultad u obstáculo en el desarrollo de una gestión. El supervisor es convocado para intervenir, con el fin de ayudar a destrabar esa dificultad. A veces eso ayuda a solucionar el problema, pero no siempre. Por otra parte, el supervisor no es siempre alguien visible. En el curso de muchos procesos, el supervisor es una figura que está “por detrás de la escena”, es alguien que observa y vigila que el proceso siga el mejor curso posible. Y en cumplimiento de ese rol, el supervisor lleva a cabo una función evaluativa, prestando especial atención al grado de corrección con que los supervisados se desempeñan en sus intervenciones.

El papel de la supervisión ha sido muy relevante desde los inicios de la psicoterapia. Pocos años después de lanzar el psicoanálisis como una propuesta de cura por la palabra, Freud dirigió la atención entre sus seguidores sobre la necesidad de que los candidatos a ejercer dicha práctica debían someterse a un análisis personal, cuyo foco era elaborar los aspectos neuróticos vinculados con la circulación de la transferencia y la contratransferencia. Así nació el psicoanálisis didáctico que quedó incorporado dentro de dicho marco teórico como un requisito para el ejercicio profesional, aunque estuvo sujeto a diversos modos de formalización y normativas en distintos grupos e instituciones. Una prolongación de ese procedimiento fue la instalación del análisis de control definido como “un tratamiento psicoanalítico conducido por un candidato, bajo la guía de un psicoanalista calificado, que ayuda al candidato a decidir la dirección del tratamiento y a tomar conciencia de su contratransferencia. También se denomina análisis de supervisión” (American Psychological Association, n.d.). El tema del control suscitó un intenso debate en el campo del psicoanálisis. Varios grupos confrontaron y, entre ellos, ocuparon un lugar primordial las observaciones críticas levantadas por Lacan y continuadas por sus seguidores. Al mismo tiempo se fue afirmando, de manera paralela, una tendencia hacia la institucionalización de la supervisión en dicho enfoque, iniciada en la década del 50 (Eckstein y Wallerstein, 1958) y que en sus desarrollos actuales (McWilliams, 2021) muestra fuertes puntos de conexión con la investigación de la supervisión en psicoterapia en general.

Como sabemos, a medida que la psicoterapia fue evolucionando, se fue arbo- rizando en un conjunto de enfoques teóricos, técnicas de intervención y métodos de evaluación. Al psicoanálisis original se sumaron una multiplicidad de enfoques teóricos, algunos de los cuales se situaron en el centro de la escena. Los más relevantes fueron los modelos humanístico-existencial, cognitivo-conductual y sistémico. En cada uno de dichos enfoques la supervisión clínica fue una práctica habitual y un recurso particularmente requerido para ayudar a los terapeutas en su etapa de formación y para colaborar en el manejo de las condiciones críticas y en las situaciones de elevada severidad disfuncional.

Así como en el campo de la psicoterapia en general los diferentes enfoques teóricos han encontrado puntos de convergencia muy relevantes, sentando las bases de un modelo integrativo articulador de la disciplina, en el caso de la supervisión también se ha producido un fenómeno muy semejante. Esto significa que, aunque

subsisten abordajes de supervisión específicos, correspondientes a aquellos modelos clásicos, se han ido generando nuevos enfoques teóricos y conceptuales que se afirman sobre la base de principios comunes. Una de las más importantes propuestas a este respecto ha sido la aparición de los modelos basados en el desarrollo, de los cuales el enfoque propuesto por Stoltenberg et al. (2014) ocupa un lugar preponderante. Desde la aparición de este modelo el panorama de la supervisión está dominado por la concepción de que el punto más importante a la hora de considerar la mejor manera de practicar una supervisión es considerando el nivel de desarrollo en que se encuentran sus participantes: supervisados y supervisores.

Asociado con esa concepción, los nuevos modelos se han enfocado en torno al modo en que se cumplen los roles en el acto de la supervisión (e.g., en el modelo de Holloway), así como a la importancia de los procesos que intervienen en el acto (por ejemplo, en el modelo de las 7 miradas, de Hawkins y Shohet). Completando el cuadro, es importante señalar que se han publicado también modelos genéricos, vinculados con los factores comunes, como el de Discriminación (Bernard y Goodyear) y el de Competencias (Falender y Shafranske)- El panorama con que nos encontramos en la actualidad, es que se ha producido una fuerte convergencia interteórica y que las diferencias entre los diferentes modelos está centrada, sobre todo, en los objetivos particulares que cada programa persigue. Este número monográfico es un buen reflejo en esa dirección.

La Alianza de Supervisión constituye el pilar sobre el que se apoya la instalación de un dispositivo que puede ayudar a brindar una supervisión favorable y exitosa. Siguiendo el esquema de la Alianza Terapéutica, en el caso de la Supervisión también encontramos tres componentes: un vínculo adecuado entre supervisor y supervisado, un acuerdo consistente entre ambos participantes respecto a los objetivos y a las tareas que se llevarán a cabo. No obstante estas semejanzas, la Alianza de Supervisión contiene algunos aspectos que la distinguen de la Alianza Terapéutica. Entre esas diferencias, sobresale el hecho de que la relación de supervisión está organizada con una finalidad centralmente evaluativa. Otra diferencia fundamental es el papel más relevante que cumple la auto declaración del supervisor

Pese al valor constructivo y facilitador que puede cumplir la relación del Supervisor con el Supervisado, no siempre dicha relación es fuente de una dinámica saludable, pudiendo transformarse en un obstáculo para el crecimiento de los terapeutas. La posibilidad de que la supervisión sea un espacio con potenciales efectos negativos y perjudiciales (fundamentalmente para el supervisado), ha sido profusamente investigada por notorios expertos en la materia. Ellis, en particular, ha contribuido con algunos trabajos particularmente ilustrativos al respecto (Ellis, 2017; Cook y Ellis, 2021). El foco principal donde se han centrado dichos estudios ha sido el (des) manejo de la relación de poder ejercida por el supervisor. Actitudes que vulneran los límites del vínculo con el supervisado, ejercer el rol como un medio de sometimiento hacia el supervisado, conductas discriminatorias o implementar formas inadecuadas de evaluar la performance de los supervisados, son ejemplos de

dichas situaciones negativas. Por supuesto, los efectos negativos de la supervisión pueden producirse no solamente cuando el supervisor tiene una actitud autoritaria o invalidante para con el supervisado. También puede ser producto de generar una actitud sobreprotectora, que opere como reforzadora de los aspectos débiles del terapeuta frente a su desempeño. En cualquiera de estas instancias, la supervisión no contribuye con el feed-back adecuado para que el supervisado pueda generar una actitud reflexiva y de auto-crítica positiva, sobre cuyas bases se asientan las condiciones para un ejercicio adecuado de la profesión. Un feedback regular y consistente, como parte de una práctica deliberada es un componente fundamental para promover una buena tarea de supervisión (...).

Una propiedad que ha sido identificada recientemente como un elemento protector en la relación terapéutica y en el campo de la supervisión en particular, es la Humildad. Los expertos han identificado tres tipos de humildad: relacional, cultural e intelectual, según el ámbito donde se pone el foco del vínculo. En la supervisión el fomento de la humildad de parte de los supervisores viene siendo investigada intensamente (Watkinset al., 2019) y todo parece indicar que en la medida que se puede potenciar su presencia, ello contribuye a desarrollar acciones de supervisión más saludables. Los expertos vienen señalando que la manera de propiciar el desarrollo de esta cualidad en los profesionales es fomentando actitudes sanamente autocríticas, las que a su vez están atadas a que los protagonistas puedan estar dispuestos a recibir feed-back asiduamente, de modo que la evaluación permita tener una estimación más ajustada respecto del modo en que cada uno cumple con su función.

En la experiencia cotidiana, los terapeutas (supervisados) suelen transmitir, a menudo, opiniones muy favorables respecto de las ventajas de contar con un espacio de supervisión. El supervisor (especialmente cuando existe una relación estable y duradera en el tiempo con el supervisado) suele ser una figura de modelado, fundamental en el tallado de su estilo a lo largo del desarrollo profesional.

Que los supervisados obtengan conocimientos y logren sentirse firmemente orientados por sus supervisores es algo que brinda un aporte, sin duda favorable, al ejercicio profesional. Sin embargo, la impresión subjetiva en que se apoyan esas opiniones, no encuentran fácilmente correlatos objetivos. En ese sentido, una clave fundamental para poder calibrar fehacientemente el valor de la supervisión exige disponer de datos empíricos sobre la incidencia de dicha práctica respecto a los resultados terapéuticos con los pacientes involucrados. Este es un punto en el que nos encontramos, todavía hoy en día, muy en falta. Por el momento, tenemos escaso conocimiento de cuánto y de qué manera la supervisión colabora para mejorar los resultados de las intervenciones terapéuticas.

Otro punto particularmente crítico y sobre el que se está trabajando intensamente en los últimos años es el hecho de que la supervisión en psicoterapia evolucionó sin que existieran programas de formación específicos para supervisores. La labor de la supervisión se fue depositando en la supuesta competencia de profesionales

con prestigio y experiencia como terapeutas. Los supervisores se fueron reclutando entre profesionales que habían dado pruebas de ser reconocidos terapeutas. Este modo de seleccionar a los supervisores empañaba la visión de la elección y ocultaba una falta importante: los supervisores no recibían entrenamiento específico para su labor. Algo particularmente crítico, pues como es sabido que ocurre en el campo de la psicoterapia en general, la investigación fue demostrando que las horas de experiencia no son necesariamente una garantía de la eficiencia en las prestaciones.

La práctica de la supervisión estuvo atravesada por muchos años por la fragilidad de no contar con programas específicos para la formación de los supervisores. Esto contribuyó a que la tarea tuviera una importante debilidad estructural y que la acción de los supervisores, así como el marco de referencia conceptual, estuviera apoyado en criterios experienciales y con escaso rigor formal.

Esta situación comenzó a cambiar en los últimos años y en varios países se han comenzado a desarrollar Programas específicos de Formación de Supervisores. En los artículos que integran este número monográfico pueden encontrarse buenas propuestas que se han puesto en marcha en ese sentido. Los trabajos de Daskal (2023) y Watkins (2023) contienen excelentes ejemplos al respecto. Al mismo tiempo, nosotros acabamos de lanzar un nuevo programa en esa dirección con sede en Buenos Aires en el que participan candidatos de numerosos países.

Simultáneamente, mientras la investigación empírica en el campo de la clínica psicoterapéutica progresaba notoriamente, en el campo de la supervisión los estudios al respecto escaseaban. La supervisión tardó mucho en comenzar a desarrollarse como una práctica basada en la evidencia. Recién hacia fines de la primera década de este siglo podemos encontrar una propuesta contundente en ese sentido (Milne, 2009). Esto vino de la mano de los aportes del enfoque cognitivo-conductual, como ocurrió en el campo de la psicoterapia en general.

Otro fenómeno que acompañó estas circunstancias fue la identificación de factores comunes en los distintos modelos de supervisión. Si bien cada enfoque tiene peculiaridades y propicia el uso de procedimientos específicos (e.g. el uso de la supervisión en vivo del enfoque sistémico, también se hizo evidente que en todo acto de supervisión hay características comunes, empezando por la necesidad de contar con una potente Alianza de Supervisión, así como la importancia de tener en cuenta la incidencia de los factores multiculturales.

Pero, como hemos dicho anteriormente, el punto culminante para evaluar el valor de la supervisión es poder estimar el grado y la modalidad en que dicha práctica pueda conducir al hecho de que el trabajo terapéutico que lleva a cabo el supervisado se traduzca en beneficios para el paciente. En la tarea cotidiana surgen varias preguntas: ¿Cuánto sirve a las intervenciones terapéuticas el hecho de que el terapeuta reciba supervisión de manera regular? ¿Cómo podemos evaluar esos efectos? ¿Cuán útil resulta para el paciente saber que detrás de la escena de su sesión, está presente otro profesional que actúa como supervisor del proceso en el que está embarcado?

Ya en los procesos de admisión, cuando recibimos por primera vez a los pacientes que vienen en búsqueda de ayuda y en el curso de dicho proceso llevamos a cabo acciones de diagnóstico y de diseño terapéutico: ¿Cuánto vale para el paciente saber que el profesional que está recibiendo su pedido consulta con un supervisor o con un equipo acerca de lo que le ocurre, de lo que lo afecta, qué tipo de ayuda puede recibir y qué diseño terapéutico es el más adecuado para él? Estos interrogantes se proyectan, luego, sobre el curso del proceso terapéutico. ¿Cuánto contribuye para el éxito de la terapia que el terapeuta reciba regularmente supervisión? ¿Cómo incide este fenómeno en las expectativas del paciente?

La supervisión en vivo ha sido una muestra destacada del valor que puede adquirir la participación del supervisor en el curso de un tratamiento. En el modelo sistémico este procedimiento quedó instalado tempranamente como una modalidad habitual de trabajo (Montalvo, 1973). Hemos llevado a cabo intervenciones de supervisión en vivo con pacientes con trastornos de personalidad (Fernández-Álvarez, 2016)

Hoy en día no contamos aún con registros empíricos sobre el beneficio relativo que tiene el acto de la supervisión para los pacientes. Tanto en lo que respecta a la severidad de sus disfunciones como en relación con la complejidad de las condiciones clínicas que los afectan. Y como parte de ello, no sabemos cómo incide sobre ellos el conocimiento de que la tarea es supervisada. Pero las observaciones que recogemos muy frecuentemente muestran que los pacientes suelen sentirse más seguros y confiados en esos casos. Obviamente esto se hace sentir más intensamente en aquellos casos donde la situación clínica es más disfuncional o cuando el paciente atraviesa algún evento crítico.

Retomando nuestra afirmación inicial, tenemos una fuerte convicción de la importancia que tiene la supervisión en el campo de la psicoterapia. Pero es mucho lo que tenemos que desarrollar para alcanzar una perspectiva más consistente, científicamente fundada. Para lograrlo necesitamos enfrentar las duras cuestiones metodológicas que se presentan en este terreno. Y llevar adelante programas rigurosos de aplicación. En este número hemos reunido una importante producción de trabajos.

En este número hemos logrado reunir un valioso conjunto de contribuciones sobre los desarrollos de la supervisión en psicoterapia en la actualidad. En el punto de partida presentamos un trabajo de Ed Watkins (2023), uno de los referentes indiscutibles en este campo. Su trabajo sirve como marco conceptual general. El resto del volumen contiene trabajos de expertos de origen latino, de ambos márgenes del Océano Atlántico.

Del lado oriental, asoman cuatro trabajos que abordan distintas modalidades de la supervisión en torno a cuestiones clínicas referidas a la personalidad y sus disfunciones. El artículo de Mirapeix (2023), enfocado desde una perspectiva dialógica y tiene como escenario conceptual el enfoque cognitivo analítico, examina los diferentes roles de quienes participan en la supervisión de un caso que atañe a

un paciente con un perfil disfuncional limítrofe.

El trabajo de Guillén et al. (2023) aborda el modelo de supervisión utilizado en el marco del programa de entrenamiento Family Connections, un abordaje de alcance internacional, basado en la Terapia Dialéctico Comportamental y el Modelo de Estrés, Afrontamiento y Adaptación. El modelo de supervisión está centrado en identificar los potenciales leader training para promover su formación en las distintas habilidades del programa. El presente trabajo está enfocado en describir, especialmente, la aplicación del programa en España.

El artículo de Carcione y Riccardi (2023) también aborda el tema de la supervisión en el ámbito de las disfunciones de personalidad. La complejidad de los casos considerados en el trabajo terapéutico con esos pacientes plantea importantes dificultades que se traducen en dificultades en la alianza terapéutica y elevadas tasas de abandono. Los terapeutas necesitan, por esa razón, disponer de una adecuada e intensiva supervisión. En el artículo se expone el modelo basado en la Terapia Metacognitiva Interpersonal (TMI), centrado en las aplicaciones que se llevan a cabo en el Terzo Centro di Terapia Cognitiva.

Saúl et al. (2023) presentan una propuesta de supervisión desde una perspectiva constructivista, colaborativa, centrada en el cliente, integradora y transdiagnóstica, en la que se apoyan en la elaboración de Mapas Cognitivos Borrosos para ordenar y organizar la experiencia del cliente tanto desde una perspectiva nomotética como idiográfica.

Los trabajos provenientes de Latinoamérica son también tres. En el primero, Daskal (2023) enfatiza la importancia de otorgar al rol de supervisores clínicos un espacio de formación específica. El artículo se centra en la experiencia recogida en la Universidad Católica de Chile, en conjunto con la Universidad de Heidelberg y describe la metodología de capacitación utilizada así como los instrumentos de protección y cuidado para terapeutas y pacientes que sostienen el programa.

El artículo de Gutiérrez Fierros et al. (2023) se basa en un trabajo de investigación llevado a cabo en la Universidad Iberoamericana de México enfocado en las prácticas académicas que han utilizado métodos a distancia, en el contexto de los efectos de la pandemia de COVID 19. El objetivo de dicha investigación se centró en explorar la experiencia de supervisión a distancia y su contraste con la modalidad presencial en el marco académico de la carrera de psicología.

Por último, el trabajo de Cobár et al. (2023), llevado a cabo en la Universidad del Valle de Guatemala, constituye un trabajo basado en la labor llevada en un grupo de discusión con un grupo de supervisoras explorando preguntas significativas relativas a sus experiencias como supervisoras. El trabajo tuvo como foco discutir la identificación de acciones que puedan implementarse en la labor de supervisión de supervisoras.

Referencias:

- American Psychological Association. (n.d.). *APA dictionary of psychology*. Recuperado el 6 de septiembre de 2023. <https://dictionary.apa.org/>
- Carcione, A. y Riccardi, I. (2023). Clinical supervision over complex cases of personality disorders according to metacognitive interpersonal therapy [Supervisión clínica de casos complejos de trastornos de la personalidad según la terapia interpersonal metacognitiva.]. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 113-132. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38709>
- Cóbar, A. A., Lubina, M., Auyón, M. A., Lemus, K. y Torres Rivera, E. (2023). Aportes de un equipo de supervisión de supervisoras en un programa de consejería en Guatemala: una mirada reflexiva. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 73-87. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38699>
- Cook, R.H. y Ellis, M.V. (2021) Post-degree clinical supervision for licensure: Occurrence of inadequate and harmful experiences among counselors. [Supervisión clínica de posgrado para la obtención de la licencia: ocurrencia de experiencias inadecuadas y perjudiciales entre los consejeros]. *The Clinical Supervisor*, 40(2), 282-302. <https://doi.org/10.1080/07325223.2021.1887786>.
- Daskal, A. M. (2023). Desde ser psicoterapeuta, a ser supervisor clínico. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 19-36. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38693>
- Eckstein, R. y Wallerstein, R. S. (1958). *The teaching and learning of psychotherapy [La enseñanza y el aprendizaje de la psicoterapia]*. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11781-000>
- Ellis, M.V. (2017). Narratives of harmful clinical supervision [Narrativas de supervisión clínica nociva]. *The Clinical Supervisor*, 36(1), 20-87. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1297752>
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy [Reflexiones sobre la supervisión en psicoterapia]. *Psychotherapy Research*, 26(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- Goodyear, R. K., y Rousmaniere, T. (2017). Helping therapists to each day become a little better than they were the day before: The expertise-development model of supervision and consultation. [Ayudar a los terapeutas a ser cada día un poco mejores que el día anterior: el modelo de supervisión y consulta de desarrollo de experiencia]. En T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller y B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 67–95). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch4>
- Gutiérrez Fierros, E.A., Sáenz, A., Tena-Suck, A. y Montes de Oca, S. (2023). Supervisión virtual de prácticas académicas: Las experiencias de supervisores frente al cambio de modalidad por COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 55-71. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38698>
- Guillén, V., Marco, J. H. y Botella, C. (2023). Family Connections: Un programa de entrenamiento en habilidades para clínicos y familiares. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 37-54. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38694>
- McWilliams, N. (2021). *Psychoanalytic supervision [Supervisión psicoanalítica]*. Guilford.
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice [Supervisión clínica basada en la evidencia: principios y práctica]*. John Wiley & Sons.
- Mirapeix, C. (2023). Una aproximación dialógica a la supervisión de la psicoterapia de personalidades disfuncionales. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 89-111. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38708>
- Montalvo, B. (1973). Aspects of live supervision [Aspectos de la supervisión en vivo]. *Family Process*, 12(4), 343-359 <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1973.00343.x>
- Saúl, L. A., Botella, L. y Sanfeliciano, A. (2023). Utilización de mapas cognitivos borrosos en supervisión clínica en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 133-148. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38710>
- Stoltenberg, C. D., Bailey, K. C., Cruzan, C. B., Hart, J. T., y Ukuku, U. (2014). The integrative developmental model of supervision. [El modelo de desarrollo integrador de supervisión]. En C. E. Jr. Watkins y D. L. Milne (Eds.), *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 576–597). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118846360.ch28>
- Watkins, C. E., Hook, J. N., Mosher, D. K. y Callahan, J. L. (2019). Humility in clinical supervision: fundamental, foundational and transformational [Humildad en la supervisión clínica: fundamental, fundacional y transformacional]. *The Clinical Supervision*, 38(1), 58-78. <https://doi.org/10.1080/07325223.2018.1487355>
- Watkins, C. E. (2023). Incorporación de la humildad cultural y las pautas de humildad cultural en la relación de supervisión de la psicoterapia: Un compromiso y una promesa. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 9-18. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38689>

INCORPORACIÓN DE LA HUMILDAD CULTURAL Y LAS PAUTAS DE HUMILDAD CULTURAL EN LA RELACIÓN DE SUPERVISIÓN DE LA PSICOTERAPIA: UN COMPROMISO Y UNA PROMESA

INCORPORATING CULTURAL HUMILITY AND CULTURAL HUMILITY GUIDELINES INTO THE PSYCHOTHERAPY SUPERVISION RELATIONSHIP: A PLEDGE AND A PROMISE

C. Edward Watkins

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9137-5526>

Departamento de Psicología, Universidad del Norte de Texas, Denton Texas. Estados Unidos

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Watkins, C. E. (2023). Incorporación de la humildad cultural y las pautas de humildad cultural en la relación de supervisión de la psicoterapia: Un compromiso y una promesa. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 9-18. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38689>

Nota:

El autor no informa de conflictos de intereses ni de relaciones financieras con intereses comerciales.



Resumen

¿Cómo nosotros, como supervisores de psicoterapia, integramos de manera más efectiva una postura culturalmente humilde en la experiencia de supervisión? Se necesitan ejemplos concretos de cómo abordar mejor esa integración. A continuación, proporciono un ejemplo de ello, la incorporación de pautas de humildad cultural en el acuerdo de supervisión y la relación de supervisión desde su inicio. Esta incorporación de pautas tiene tres propósitos: (a) poner en primer plano la humildad cultural en mi práctica como supervisor, haciendo un compromiso y una promesa a mis supervisados de que yo, como su supervisor, siempre me esforzaré por abordar nuestro trabajo desde una postura culturalmente humilde; b) introducir y orientar a los supervisados y prepararlos mejor para la incorporación de la humildad cultural en su propia práctica terapéutica; y c) idealmente galvanizar y profundizar la constante evolución de su sentido de humildad cultural a medida que avanza esa práctica. Se define la humildad cultural y se propone un conjunto de pautas de humildad cultural centradas en el supervisor y adaptadas a la supervisión. Esta perspectiva se presenta con la esperanza de generar una mayor discusión sobre la integración de la humildad cultural en la relación de supervisión de la psicoterapia y animar y vigorizar su práctica.

Palabras clave: humildad cultural; supervisión; multiculturalismo; justicia social; psicoterapia

Abstract

How do we as psychotherapy supervisors most effectively integrate a culturally humble stance into the supervisory experience? Concrete examples of how to best address that integration are needed. I subsequently provide one such example, the incorporation of cultural humility guidelines into the supervision agreement and supervisory relationship from its outset. That guidelines incorporation serves three purposes: (a) to foreground cultural humility in my practice as a supervisor, making a pledge and a promise to my supervisees that I as their supervisor will forever strive to approach our work from a culturally humble stance; (b) to introduce and orient supervisees to, and better prepare them for, the incorporation of cultural humility into their own therapeutic practice; and (c) to ideally galvanize and deepen their ever-evolving sense of culturally humility as that practice proceeds. Cultural humility is defined, and a set of supervisor-focused, supervision-adapted cultural humility guidelines is proposed. This perspective is presented in hopes of generating further discussion about integrating cultural humility into the psychotherapy supervision relationship and enlivening and invigorating its practice.

Keywords: cultural humility; supervision; multiculturalism; social justice; psychotherapy

No dejamos afuera de la puerta nuestras identidades como cuerpos raciales, clasificados y de género, cuando nos involucramos en la supervisión: en cambio, nuestras historias personales, experiencias, antecedentes culturales y de clase y lugares sociales, culturales y nacionales permanecen presentes (algunos podrían decir omnipresentes). La cultura, la política y la historia importan en la supervisión. (Manathung, 2011, p. 368).

En las últimas décadas, la integración más efectiva del multiculturalismo / justicia social en la educación psicoterapéutica en todas las disciplinas de salud mental se ha convertido cada vez más en una preocupación más apremiante (Hawkins y McMahon, 2020; López, 1997; Tsui et al., 2014). Al abordar esa preocupación, la pregunta crítica para los educadores de psicoterapia sigue siendo: ¿Cómo hacemos que esa integración sea más efectiva? Blundell et al. (2022), Proctor et al. (2021), Smith et al. (2021) y Farooq et al. (2023) --- en cuatro artículos recientes interconectados --- proporcionan buenos ejemplos de formas de responder a esa pregunta, su enfoque está en la enseñanza / capacitación sobre raza y racismo a través de seminarios, y simulación de seminarios que favorecen las exploraciones y reflexiones. Me gustaría complementar su útil trabajo de capacitación utilizando seminarios con esta propuesta de práctica específica, centrada en la supervisión de la psicoterapia como una vía ideal, vital y vibrante para (a) privilegiar la diversidad multicultural / justicia social como un «gran bien» en todos los asuntos de cliente / supervisión, (b) fomentar oportunidades de aprendizaje multiculturales / de justicia social durante todas las sesiones de supervisión, y (c) combatir el racismo, prejuicios y discriminación a través de discusiones multiculturales activas a lo largo de la relación supervisor-supervisado. Posteriormente, deseo destacar una herramienta práctica que puede ser muy útil para alcanzar esa desiderata: incorporar la humildad cultural y las pautas de humildad cultural en la relación de supervisión.

Supervisión de Psicoterapia: Demarcada y Definida

Supervisión de la Psicoterapia Definida

La supervisión de la psicoterapia, recientemente definida a través de una perspectiva internacional, se refiere a:

(...) una práctica profesional distinta que emplea una relación de colaboración que se extiende a lo largo del tiempo, es facilitadora y tiene como objetivos mejorar la competencia profesional y la práctica informada por la ciencia del supervisado, monitorear la calidad de los servicios prestados y proteger al público. (Falender et al., 2021, p. 188)

La supervisión, reconocida con razón como la pedagogía distintiva de las profesiones de salud mental (Watkins, 2020), puede ser el factor contribuyente más poderoso al desarrollo de competencias de terapeutas interdisciplinarios y la

excelencia de la práctica en todo el mundo (por ejemplo, Gonsalvez y Milne, 2010; Rousmaniere et al., 2017). Siendo ese el caso, la supervisión también puede verse como un foro principal con inmensas posibilidades para avanzar en la comprensión y práctica multicultural / de justicia social de los supervisados (Tummala-Narra, 2023; Watkins, 2023).

La Supervisión, Inexorablemente Multicultural: Nosotros Vamos Primero

Así como todos los encuentros terapéuticos son de naturaleza eminentemente multicultural, también lo es el caso de la supervisión de la psicoterapia (Chopra, 2013). Tanto la situación terapéutica como la de supervisión parecen estar en un lugar donde se reconoce que lo siguiente es cada vez más, tanto que: (a) lo que es cultural, o multicultural, se define de manera cada vez más amplia, para incluir no solo la raza/etnia y el género, y también la orientación sexual, la identidad de género, el estado de capacidad, la edad, el nivel socioeconómico y la clase social, religión/espiritualidad y nacionalidad (Ancis y Ladany, 2010); (b) la visión de que los individuos comparten identidades múltiples e interseccionales (por ejemplo, ser birraciales, cisgénero y homosexuales) ahora es parte de nuestro canon terapéutico / supervisión existente de conceptualización y conducta (e.g., Grzanka, 2020; Tarshis y Baird, 2021); y (c) la convicción, «la cultura está siempre en la habitación», se ve ahora como una realidad omnipresente de tratamiento/supervisión más fácilmente que nunca antes (e.g., Soto et al., 2019; Tummala-Narra, 2023; Watkins y Hook, 2016; Watkins et al., 2019a, 2019b). Pero para que todo eso importe y se integre significativamente en el proceso de supervisión de la psicoterapia, «... corresponde al supervisor abrir el diálogo sobre la cultura ...» (Bandstra et al., 2019, p. 294). Como supervisores, nosotros vamos primero para introducir la humildad cultural en la relación de supervisión desde el principio como una forma de abrir ese diálogo (Watkins et al., 2019a, 2019b; 2022a, 2022b).

Humildad Cultural: Definición y Significado

Humildad Cultural Definida

La humildad cultural, una construcción propuesta por primera vez hace un cuarto de siglo (Tervalon y Murray-Garcia, 1998), ha sido objeto de una creciente atención conceptual, práctica y empírica a lo largo de esta última década (Davis et al., 2020; Foronda, 2020; Watkins et al., 2022a; Zhang et al., 2022). Se considera que tiene elementos intrapersonales e interpersonales complementarios, que reflejan *una forma de ser* que implica (a) una apertura, deseo y voluntad de reflexionar sobre *uno mismo* como un ser impregnado culturalmente (intrapersonal) y (b) una apertura, deseo y voluntad de escuchar y esforzarse por comprender los antecedentes culturales e identidades de los demás (interpersonal) (Hook et al., 2017). La humildad cultural, una forma específica de humildad, aborda todos los aspectos de la cultura (por ejemplo, raza / etnia, género, orientación sexual, estado de habilidad).

Los descriptores que mejor capturan el espíritu de humildad cultural incluyen: mente abierta, curiosidad, respeto, autorreflexividad, falta de ego, consideración, empoderamiento de los demás y ser un aprendiz de por vida; por el contrario, la humildad cultural se considera antitética a descriptores tales como ser intolerante, estereotipar, hacer suposiciones predeterminadas sobre los demás, imposición cultural y actuar como un ser superior (Davis et al., 2020; Hook et al., 2017).

¿Por Qué Importa la Humildad Cultural?

La humildad cultural, sostengo, es muy importante en la supervisión de la psicoterapia. Algunos de sus posibles efectos positivos son los siguientes: a) hacer cada vez más probable que las cuestiones culturales se introduzcan, no sólo, en la conversación de supervisión, sino que sea más probable que se conviertan en una parte integral y continua de esa conversación; b) aumentar las posibilidades de «profundizar» las conversaciones culturales de ese tipo entre supervisor y supervisado; (c) aumentar la probabilidad de construir, mantener y fortalecer más fácilmente la alianza de trabajo supervisor/supervisado; y (d) aumentar la probabilidad de que se produzcan procesos y resultados de supervisión más favorables (Hook et al., 2016; Watkins y Hook, 2016; Watkins et al., 2019b, 2022a). Aunque aún se encuentra en su etapa inicial, la investigación de supervisión / humildad cultural, ofrece alrededor de ocho estudios fuertes (e.g., Ertl et al., 2023; King et al., 2021), que parecen consistentes en apoyar esos posibles efectos positivos (Zhang et al., 2022). La esperanza y la promesa de humildad cultural en la supervisión podrían capturarse mejor de esta manera: al incluir, infundir e integrar las dinámicas culturales naturales que ocurren dentro y entre las díadas supervisor-supervisado y supervisado/terapeuta-cliente, el proceso de supervisión y, a su vez, el proceso de tratamiento, se mejorará en consecuencia para todos los involucrados (Hook et al., 2016 Watkins et al., 2019b).

Incorporar la Humildad Cultural en la Relación de Supervisión:

Consideraciones Prácticas

El Contexto y el Desafío del Programa de Doctorado: ¿Cómo Puedo Mejorar?

Pertenezco a un programa de doctorado acreditado por la Asociación Americana de Psicología (APA) que otorga el programa de psicología de consejería, donde nosotros, como profesores del programa, tomamos la decisión y hemos tomado medidas para integrar más deliberadamente los asuntos de multiculturalismo / justicia social en todas las facetas del plan de estudios. Después de haber servido durante mucho tiempo como supervisor de psicoterapia en el programa, trabajando específicamente en la Clínica de Psicología del departamento supervisando a nuestros terapeutas principiantes, se me presentó la pregunta principal: ¿Cómo, como supervisor, puedo privilegiar el multiculturalismo / justicia social desde el

principio y hacerlo nuclear a la totalidad del proceso de supervisión?

Anteriormente he hecho esfuerzos para incorporar consideraciones de justicia multicultural / social desde el principio de la supervisión a través de dos vías inextricablemente entrelazadas: (a) en la primera reunión de supervisión, donde mi supervisado y yo nos conocemos y hablamos sobre algunos de los detalles de la supervisión (por ejemplo, las expectativas y responsabilidades del supervisor y del supervisado; los propósitos y el proceso de supervisión; discutir nuestras propias identidades individuales [como la raza, género], su importancia para nosotros y sus posibles efectos en nuestro trabajo conjunto); y b) en el acuerdo de supervisión (e.g., cuando los detalles de la supervisión se delinean en un documento muy concreto; Ellis, 2017; Hawkins y McMahon, 2020). Sin embargo, en respuesta al desafío del programa, ¿cómo podría hacer más para privilegiar, hacer mejor en el privilegio, multiculturalismo / consideraciones de justicia social en la supervisión? Aunque se podrían proporcionar una gran cantidad de posibles respuestas para responder a esa pregunta, me gustaría acentuar solo una que considero más facilitadora: incorporar pautas de humildad cultural en la relación supervisor-supervisado desde el principio, convirtiéndolas en una parte preeminente del acuerdo de supervisión (cf. Watkins, 2023).

Una Herramienta de Supervisión Adaptada para Tratar de Hacerlo Mejor

Estas pautas centradas en el supervisor, originalmente adaptadas para fines de supervisión grupal (Watkins et al., 2022b) de las pautas de humildad cultural en el aula de Smith y Foronda (2021), se proporcionan en la Tabla 1 aportan una forma tangible al constructo de humildad cultural, permiten que ocurra una discusión de constructo potencialmente más informada y sirven para centrar el constructo en todo el trabajo de supervisión. Específicamente quiero introducir a mis supervisados a la humildad cultural a través de declaraciones accesibles que definen su propia naturaleza (e.g., ser respetuoso con los demás) --- por lo tanto fundamentar cualquier discusión cultural que podamos tener con un creciente sentido de concreción; y quiero que esas declaraciones accesibles también estén sólidamente ancladas en el creciente cuerpo de literatura de humildad cultural conceptual, empírica y práctica de apoyo (e.g., Davis et al., 2020; Foronda, 2020; Hook et al., 2017; Watkins et al., 2019b, 2022a, 2022b; Wilcox et al., 2023; Zhang et al., 2022). (Una copia de mi acuerdo de supervisión completo [basado en gran medida en Ellis, 2017], que incluye las pautas de humildad cultural de supervisión grupal y supervisor dentro de sus páginas, está disponible si se solicitan al autor).

Tabla 1

Reglas Básicas del Supervisor Adaptadas a la Supervisión Basadas en la Humildad Cultural: Lo que me Esfuerzo por Hacer como su Supervisor

No.	Reglas
1	Entraré en cada reunión de supervisión con una mente abierta y poseeré una actitud de voluntad para explorar nuevos conceptos con usted.
2	Seré consciente de mis propios valores personales, creencias y comportamientos y respetaré que usted, mi supervisado, puede no cumplir con los mismos valores y sistema de creencias.
3	Me centraré en sus sentimientos y experiencias como mi terapeuta / supervisado, así como en mis propios sentimientos y experiencias como su supervisor.
4	Entraré en cada reunión de supervisión con una actitud flexible y humilde y me esforzaré por no permitir que mi ego impida la experiencia de aprendizaje de supervisión para nosotros.
5	Participaré en interacciones saludables y de apoyo con usted para ayudar a fomentar un ambiente de aprendizaje atractivo.
6	Me involucraré en la autorreflexión como un aprendiz de psicoterapia / supervisión de por vida y me esforzaré por criticar mis propios pensamientos, acciones y comportamientos mientras interactúo con usted.
7	Intentaré abrazar los puntos de vista conflictivos que se expresan en la supervisión dando a esos puntos de vista mi plena consideración.
8	Lo apoyaré a lo largo de la supervisión mientras participamos en discusiones y aprendizaje.
9	Reconoceré las diferencias del poder de supervisión y trataré de minimizarlas.
10	Siempre demostraré respeto por usted y por los clientes a los que sirve.

Nota: Adaptado con permiso del *American Journal of Psychotherapy*, Volumen 75, Número 3, "Multicultural Streaming in Group Psychotherapy Supervision: Orientation to and Preparation for Culturally Humble Practice", Watkins et al., p. 132 (Copyright © 2022). Asociación Americana de Psiquiatría. Todos los derechos reservados

Porque creo que es importante que como supervisores “nosotros vayamos primero” (Watkins, 2023; Watkins et al., 2019a), he adaptado específicamente estas directrices para que reflejen únicamente la perspectiva del supervisor. Mis razones para hacerlo son las siguientes: (a) ofrezco estas pautas como compromiso y promesa a mis supervisados --- que siempre me esforzaré por otorgar primacía de lugar y promulgar humildad cultural en nuestra relación de supervisión en el futuro; y (b) quiero usar estas pautas para facilitar mi modelado de la Regla de Platino (Pawl y St. John, 1998) en supervisión --- “Haz a los demás lo que quisieras que otros hicieran a los demás”; por lo tanto, la relación de supervisión puede servir como una especie de plantilla cultural para la relación terapéutica e idealmente activar al supervisado / terapeuta llevando a cabo el espíritu de humildad cultural, integrándolo en todos los encuentros de tratamiento. Además, para ayudar a que ese espíritu se lleve a cabo, nosotros, como supervisores, podemos alentar a nuestros supervisados a reescribir las pautas para sí mismos en el papel de terapeuta.

Avanzando

Aunque no ofrezco estas directrices como una panacea, sostengo que pueden ser útiles. Además de colocar la cultura y la humildad cultural en el centro de la relación de supervisión y ofrecerlas como tales; son una forma de comenzar la supervisión sobre la base cultural correcta. Mi esperanza es que estas pautas puedan ser útiles para otros supervisores para hacer ese comienzo favorable y contribuir a estimular diálogos futuros sobre cuál sería la mejor manera de incorporar mejor consideraciones multiculturales y de justicia social en todos los aspectos relacionados a la supervisión.

Referencias

- Ancis, J. R. y Ladany, N. (2010). A multicultural framework for counseling supervision [Un marco multicultural para la supervisión de consejería]. En N. Ladany y L. J. Bradley (Eds.), *Counselor supervision: Principles, process, and practice* (4ª ed., pp. 53–95). Brunner-Routledge.
- Bandstra, B. S., Shah, R. y Tan, M. (2019). Cultural issues within the supervisory relationship [Cuestiones culturales dentro de la relación de supervisión] En S. G. DeGolia y K. M. Corcoran (Eds.), *Supervision in psychiatric practice: Practical approaches across venues and providers* (pp. 293–298). Asociación Americana de Psiquiatría Publishing.
- Blundell, P., Burke, B., Wilson, A. M. y Jones, B. (2022). Self as a teaching tool: Exploring power and anti-oppressive practice with counselling/psychotherapy students [El yo como herramienta de enseñanza: Explorando el poder y la práctica antiopresiva con estudiantes de asesoramiento / psicoterapia]. *Psychotherapy & Politics International*, 20(3), 1–22. <https://doi.org/10.24135/ppi.v20i3.03>
- Davis, D., DeBlaere, C., Hook, J. N. y Owen, J. (2020). *Mindfulness-based practices in therapy: A cultural humility approach* [Prácticas basadas en la atención plena en la terapia: un enfoque de humildad cultural]. American Psychiatric Association Publishing.
- Ellis, M. V. (2017). Clinical supervision contract and consent statement and supervisee rights and responsibilities [Contrato de supervisión clínica y declaración de consentimiento y derechos y responsabilidades supervisados]. *The Clinical Supervisor*, 36(1), 145–159. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1321885>
- Ertl, M. M., Ellis, M. V. y Peterson, L. P. (2023). Supervisor cultural humility and supervisee nondisclosure: The supervisory working alliance matters [Humildad cultural del supervisor y no divulgación supervisada: La alianza de trabajo de supervisión importa]. *The Counseling Psychologist*, 51(4), 590–620. <https://doi.org/10.1177/00110000231159316>
- Falender, C., Goodyear, R., Duan, C., Al-Darmaki, F., Bang, K., Çiftçi, A., González, V. R., Grazioso, M., Humeidan, M., Jia, X., Kağnici, D. y Partridge, S. (2021). Lens on international clinical supervision: Lessons learned from a cross-national comparison of supervision [Lente de la supervisión clínica internacional: lecciones aprendidas de una comparación transnacional de supervisión]. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(3), 181–189. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09497-5>
- Farooq, R., Oladokun, O., Al-Mujaini, R. y Addy, C. (2023). Unsettling the ‘master’s house’: A critical account and reflections on developing a clinical psychology anti-racism strategy [Desestabilizar la “casa del amo”: un relato crítico y reflexiones sobre el desarrollo de una estrategia antirracismo en psicología clínica]. *Psychotherapy & Politics International*, 21(1–2), 1–17. <https://doi.org/10.24135/ppi.v21i1and2.04>
- Foronda, C. (2020). A theory of cultural humility [Una teoría de la humildad cultural]. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 7–12. <https://doi.org/10.1177/2F1043659619875184>
- Gonsalvez, C. J. y Milne, D. L. (2010). Clinical supervisor training in Australia: A review of current problems and possible solutions [Formación de supervisores clínicos en Australia: Una revisión de problemas actuales y posibles soluciones]. *Australian Psychologist*, 45, 233–242. <http://dx.doi.org/10.1080/00050067.2010.512612>
- Grzanka, P. R. (2020). From buzzword to critical psychology: An invitation to take intersectionality seriously [De la palabra de moda a la psicología crítica: una invitación a tomar interseccionalidad en serio]. *Women & Therapy*, 43(3–4), 244–261. <https://doi.org/10.1080/02703149.2020.1729473>

- Hook, J. N., Davis, D., Owen, J. y DeBlaere, C. (2017). *Cultural humility: Engaging diverse identities in therapy* [Humildad cultural: Involucrar a las diversas identidades en terapia]. American Psychiatric Association Publishing.
- Hook, J. N., Watkins, C. E., Jr., Davis, D. E., Owen, J., van Tongeren, D. R. y Ramos, M. J. (2016). Cultural humility in psychotherapy supervision [Humildad cultural en la supervisión de psicoterapia]. *American Journal of Psychotherapy*, 70(2), 149–166. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.2.149>
- King, K. M., Borders, L. D. y Jones, C. T. (2020). Multicultural orientation in clinical supervision: Examining impact through dyadic data [Orientación multicultural en supervisión clínica: Examinar el impacto a través de datos diádicos]. *The Clinical Supervisor*, 39(2), 248–271. <https://doi.org/10.1080/07325223.2020.1763223>
- López, S. R. (1997). Cultural competence in psychotherapy: A guide for clinicians and their Supervisors [Competencia cultural en psicoterapia: una guía para los médicos y sus Supervisores]. En C. E. Jr. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570–588). Wiley.
- Manathunga, C. (2011). Moments of transculturation and assimilation: Post-colonial explorations of supervision and culture [Momentos de transculturación y asimilación: exploraciones postcoloniales de supervisión y cultura]. *Innovations in Education and Teaching International*, 48 (4), 367–376. <https://doi.org/10.1080/14703297.2011.617089>
- Pawl, J. H. y St. John, M. (1998). *How you are is as important as what you do in making a positive difference for infants, toddlers, and their families* [Cómo eres es tan importante como lo que haces para hacer una Diferencia positiva para bebés, niños pequeños y sus familias]. ZERO TO THREE.
- Proctor, G., Smith, L. y Akondo, D. (2021). Beyond the ‘sticking plaster’? Meaningful teaching and learning about race and racism in counselling and psychotherapy training [¿Más allá del ‘esparadrapo’? Enseñanza significativa y aprendizaje sobre la raza y el racismo en la formación en asesoramiento y psicoterapia]. *Psychotherapy and Politics International*, 19(2), e1580. <https://doi.org/10.1002/ppi.1580>
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. y Wampold, B. E. (Eds.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* [El ciclo de excelencia: Usar la práctica deliberada para mejorar la supervisión y la capacitación]. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/9781119165590>
- Smith, A. y Foronda C. (2021). Promoting cultural humility in nursing education through the use of ground rules [Promover la humildad cultural en la educación de enfermería a través del uso de reglas básicas]. *Nursing Education Perspectives*, 42(2), 117–119. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000594>
- Smith, L., Proctor, G. y Akondo, D. (2021). Confronting racism in counselling and therapy training—Three experiences of a seminar on racism and whiteness [Lucha contra el racismo en el asesoramiento y la entrenamiento terapéutico—Tres experiencias de un seminario sobre racismo y blancura]. *Psychotherapy and Politics International*, 19(2), e1579. <https://doi.org/10.1002/ppi.1579>
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Rodríguez, M. D. y Bernal, G. (2019). Cultural adaptations and multicultural competence [Adaptaciones culturales y competencia multicultural]. En J. C. Norcross y B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (Vol. 2, pp. 86–132). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0004>
- Tarshis, S. y Baird, S. L.. (2021). Applying intersectionality in clinical supervision: A scoping review [Aplicación de la interseccionalidad en la supervisión clínica: un alcance revisión]. *The Clinical Supervisor*, 40(2), 218–240. <https://doi.org/10.1080/07325223.2021.1919949>
- Tsui, M. S., O'Donoghue, K. y Ng, A. K. (2014). Culturally competent and diversity-sensitive clinical supervision: An international perspective [Supervisión clínica culturalmente competente y sensible a la diversidad: Una perspectiva internacional]. En C. E. Jr. Watkins y D. L. Milne (Eds.), *Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 238–254). Wiley.
- Tummala-Narra, P. (2023). Race and culture in contemporary psychodynamic supervision [Raza y cultura en la supervisión psicodinámica contemporánea]. *Psychodynamic Practice*, 29(3), 242–258. <https://doi.org/10.1080/14753634.2023.2203690>
- Watkins, C. E. Jr. (2020). Psychotherapy supervision: An ever-evolving signature pedagogy [Supervisión de psicoterapia: una firma en constante evolución pedagógica]. *World Psychiatry*, 19(2), 244–245. <https://doi.org/10.1002/wps.20747>
- Watkins, C. E. Jr. (2023). Conviction, commonality/context, and culture in psychoanalytic/psychodynamic supervision: My personal perspective [Convicción, comunalidad/contexto y cultura en supervisión psicoanalítica/psicodinámica: Mi perspectiva personal]. *Psychodynamic Practice*, 29(1), 25–47. <https://doi.org/10.1080/14753634.2022.2155562>
- Watkins, C. E. Jr. y Hook, J. N. (2016). On a culturally humble psychoanalytic supervision perspective: Creating the cultural third [Perspectiva sobre una supervisión psicoanalítica culturalmente humilde: Creando el tercero cultural]. *Psychoanalytic Psychology*, 33(3), 487–517. <https://doi.org/10.1037/pap0000044>

- Watkins, C. E. Jr., Hook, J. N., Owen, J., DeBlaere, C., Davis, D. E. y Callahan, J. L. (2019a). Creating and elaborating the cultural third: A doers-doing with perspective on psychoanalytic supervision [Crear y elaborar el tercero cultural: Un hacedor-hacer con perspectiva sobre supervisión psicoanalítica]. *American Journal of Psychoanalysis*, 79(3), 352–374. <https://doi.org/10.1057/s11231-019-09203-4>
- Watkins, C. E. Jr., Hook, J. N., Owen, J., DeBlaere, C., Davis, D. E. y van Tongeren, D. R. (2019b). Multicultural orientation in psychotherapy supervision: Cultural humility, cultural comfort, and cultural opportunities [Orientación multicultural en la supervisión de psicoterapia: humildad cultural, comodidad cultural y oportunidades culturales]. *American Journal of Psychoanalysis*, 72(2), 38–46. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180040>
- Watkins, C. E. Jr., Hook, J. N., DeBlaere, C., Davis, D. E., Wilcox, M. M. y Owen, J. (2022a). Extending multicultural orientation to the group supervision of psychotherapy: Practical applications [Extender la orientación multicultural a la supervisión grupal de la psicoterapia: Aplicaciones prácticas]. *Practice Innovations*, 7(3), 255–267. <https://doi.org/10.1037/pri0000185>
- Watkins, C. E. Jr., Toyama, S., Briones, M., Gaskin-Cole, G., Zuniga, S., Yoon, J., Hwang, H., Hasan, F., Doty, D., Harker, J. R., Hook, J. N., Wang, C. DC. y Wilcox, M. M. (2022b). Multicultural streaming in group psychotherapy supervision: Orientation to and preparation for culturally humble practice [Streaming multicultural en la supervisión de psicoterapia grupal: Orientación y preparación para una práctica culturalmente humilde]. *American Journal of Psychotherapy*, 75(3), 129–133. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210021>
- Wilcox, M. M., Winkeljohn Black, S., Farra, A., Zimmerman, D., Drinane, J. M., Tao, K. W., DeBlaere, C., Hook, J. N., Davis, D. E., Watkins, C. E. Jr. y Owen, J. (2023). Cultural humility, cultural comfort, and supervision processes and outcomes for BIPOC supervisees [Humildad cultural, comodidad cultural y procesos y resultados de supervisión para BIPOC supervisados]. *The Counseling Psychologist*. (artículo anticipado, disponible en línea. <https://doi.org/10.1177/00110000231188337p.00110000231188337>)
- Zhang, H., Watkins, C. E., Jr., Hook, J. N., Hodge, A. S., Davis, C. W., Norton, J., Wilcox, M. M., Davis, D. E., DeBlaere, C. y Owen, J. (2022). Cultural humility in psychotherapy and clinical supervision: A research review [Humildad cultural en psicoterapia y supervisión clínica: Una revisión de la investigación]. *Counseling and Psychotherapy Research*, 22(3), 548–557. <https://doi.org/10.1002/capr.12481>

DESDE SER PSICOTERAPEUTA, A SER SUPERVISOR CLÍNICO

FROM BEING A PSYCHOTHERAPIST TO BEING A CLINICAL SUPERVISOR

Ana María Daskal Minuchin

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6601-1974>

Psicoterapeuta. Santiago de Chile, Chile

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Daskal, A. M. (2023). Desde ser psicoterapeuta, a ser supervisor clínico. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 19-36. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38693>

Resumen

En el presente artículo, la autora enfatiza la importancia de la supervisión clínica para los terapeutas, así como la necesidad de otorgarle a la capacitación de supervisores clínicos, un espacio académico formal de formación en el marco latinoamericano.

Basándose en su experiencia clínica y académica en Argentina y Chile, recoge la información que existe en tales contextos acerca de las carencias de apoyo y sustento para quienes inician su carrera profesional como psicoterapeutas, así como la ausencia de espacios formativos de supervisores.

El artículo da a conocer una experiencia piloto realizada entre la Universidad Católica de Chile en conjunto con la Universidad de Heidelberg, por supervisores clínicos muy reconocidos, pertenecientes a distintos modelos psicoterapéuticos.

Diferentes modelos de supervisión, una metodología de capacitación para futuros supervisores, la apertura al mundo posible de supervisión on line a explorar, la supervisión clínica visualizada como una herramienta de protección y autocuidado para terapeutas y pacientes, son algunos de los aportes que este trabajo nos acerca.

Palabras clave: psicoterapeutas, supervisores, educación, entrenamiento, autocuidado

Abstract

In this article, the author emphasizes the importance of clinical supervision for therapists and the need to give formal academic training space to clinical supervisors within the Latin American framework.

Drawing from her clinical and academic experience in Argentina and Chile, she gathers information on the deficiencies of support and resources for those starting their careers as psychotherapists in such contexts, as well as the absence of training spaces for supervisors.

The article presents a pilot experience conducted between the Catholic University of Chile in collaboration with the University of Heidelberg, involving highly recognized clinical supervisors from various psychotherapeutic models.

Different supervision models, a training methodology for future supervisors, the exploration of the possibility of online supervision, and viewing clinical supervision as a tool for therapists' and patients' protection and self-care are some of the contributions that this work brings us.

Keywords: psychotherapists, supervisors, education, training, self-care

Fecha de recepción: 29 de agosto de 2023. Fecha de aceptación: 22 de septiembre de 2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: amdaskal@gmail.com

Dirección postal: Los Refugios del Arrayán 19000-parcela 38- Lo Barnechea-Santiago de Chile. Chile

© 2023 Revista de Psicoterapia



Como lo he manifestado en otras oportunidades (Daskal, 2008, 2022) el tema de la supervisión clínica es una preocupación reiterada que tengo tanto en el ámbito del ejercicio profesional como en el académico. En esta oportunidad, quiero referirme a la necesidad de la formación y capacitación de supervisores clínicos en el ámbito latinoamericano, tanto en el ámbito académico como en las instituciones de práctica clínica.

Egresada hace 50 años en Argentina, mis años de experiencia clínica y docente me permitieron convertirme en una terapeuta flexible e integradora y en supervisora clínica en diversos ámbitos en Chile y Argentina.

Como muchos de mis colegas y compañeros generacionales, la supervisión es hoy en día, mi actividad principal, en la que puedo integrar mi antigua formación psicoanalítica, mi formación sistémica, junto con el aprendizaje de técnicas gestálticas y cognitivo-conductuales y psicodramáticas.

Vivo y trabajo en Chile y las experiencias que menciono son de este país.

Esta autopresentación, es la que me permite afirmar que considero que la psicoterapia, sea de la orientación que sea, enfrenta a los psicoterapeutas con los temas humanos más difíciles, complejos y duros emocionalmente hablando.

Y es por eso, por lo que nos encontramos muchas veces con colegas que lamentablemente enferman, o se desilusionan de la profesión o deciden abandonarla porque sienten que se ocupan más de sus pacientes que de sí mismos. O atraviesan etapas de burnout como lo demuestran las investigaciones hechas principalmente en EEUU (Rupert y Kent, 2007; Rupert y Morgan, 2005; Schaufeli, 2006)

En medio de este panorama, para todos los que trabajamos en el mundo de la salud, el cuidarnos es una necesidad fundamental, además de volvernos más eficientes y eficaces con nuestros clientes.

Considero entonces a la supervisión clínica, como una de las medidas básicas que debemos tener a nuestro alcance para prevenir nuestro posible burnout (Camacho, 2003).

Pero no solamente me refiero a la necesidad de supervisión que todos los psicoterapeutas deben tener en su ejercicio profesional, también me estoy refiriendo al hecho de que no cualquier psicoterapeuta puede ser supervisor/a.

En el contexto latinoamericano, la comprensión de la importancia que tiene, la supervisión clínica, sobre todo si hablamos de profesionales jóvenes, recién iniciados, es muy deficitaria aún. Son muy pocas las instituciones académicas o asistenciales, que le den el status de un requerimiento imprescindible.

En Chile, sólo en algunas Universidades, durante el pregrado, la supervisión es una exigencia institucional.

Tampoco se destinan recursos para pagar a los supervisores y habitualmente las supervisiones clínicas, si existen, están en manos de profesionales apenas un grado más alto de formación y experiencia que los supervisados, pero que no han sido formados como tales, sino simplemente actúan como bomberos frente a situaciones incendiarias, como los intentos de suicidio, porejemplo.

Son muchos los ejemplos que tenemos de instituciones dedicadas al trabajo con drogadicción, violencia familiar, maltrato, abandono de niños y niñas, donde trabajan terapeutas recién egresados, que, obviamente por necesidad, aceptan condiciones muy insalubres, horarios interminables, hasta espacios de trabajo sin ventanas...

Hasta el momento, no existen en Chile investigaciones acerca de la presencia de supervisores clínicos en tales espacios. Pero lo preocupante es que tampoco hay mucha conciencia de lo imprescindible que es esa presencia para el buen desarrollo y alcance de las metas institucionales.

Es como si los terapeutas que se inician en estos contextos, fueran muchas veces tan abandonados como algunos de los pacientes que atienden.

Por supuesto que en esas condiciones y sin remuneraciones equiparables a las que podrían tener en otros contextos, los posibles supervisores, tampoco quieren acercarse a tales espacios. Y así se forma un círculo vicioso, en el que el “arréglate como puedas” se instala.

No creo equivocarme si digo que esta realidad se replica en la mayor parte de Latinoamérica. La supervisión clínica es vista como “un lujo”, y muchos colegas, sólo acceden a ella cuando disponen de recursos económicos para podérselas pagar privadamente.

En las Escuelas de Psicología, tampoco hasta este momento, se ubica a la supervisión clínica en un lugar de formación imprescindible. Hay alumnos que le asignan al término el carácter de un espacio de control y enjuiciamiento y le temen. No saben que es necesario para su trabajo y sólo asisten durante el Pregrado porque es una obligación. Una vez egresados, no está dentro de sus prioridades de tiempo y dinero. Y en las Universidades, sólo algunos post-títulos le hacen un espacio significativo.

En mi experiencia como Profesora de Magister, muchos alumnos me han dicho que entendían la necesidad, pero que sus recursos económicos no les permitían pagar la Universidad, una terapia y además una supervisión.

Y frente a este escenario, las instituciones formativas o asistenciales, no se hacen cargo de crear espacios de supervisión gratuitos para sus estudiantes y/o profesionales.

Los profesionales que han elegido ser psicoterapeutas, en cualquier tipo de orientación, al principio de su ejercicio, usualmente se ven “lanzados” a un conjunto de experiencias individuales, colectivas, institucionales, que los ponen a prueba en sus habilidades y capacidades, muchas veces en los momentos menos indicados para atravesar esos desafíos.

Considero entonces que: las supervisiones clínicas son una herramienta central de la formación, que acompaña a los terapeutas en el complejo camino de elegir un enfoque, una mirada, una intervención, que lo ayude con los pacientes y también consigo mismos, en un marco de confianza, cuidado, respeto.

Pareciera que no hay discrepancias respecto de esta afirmación que acabo de hacer.

Sin embargo, como lo planteara anteriormente (Daskal, 2022; 2008), los psicoterapeutas formados entre los años 1960 y 2000, difícilmente pensábamos que, para ser supervisores clínicos, se necesitaban habilidades específicas. Bastaba tener unos años de experiencia como terapeutas, para considerarse que ya se podía ser supervisor/a.

Y hasta el día de hoy, pese a que desde 1947 la supervisión clínica estuvo incluida en los curriculums de postgrado de la American Psychological Association por ejemplo, hay muchos contextos latinoamericanos al menos, tanto académicos como organizacionales de distinto tipo, que no han habilitado la formación de supervisores clínicos como especialidad.

Esta contradicción formativa, entre el reconocimiento de la necesidad por un lado y la falta de espacios donde los terapeutas puedan capacitarse como supervisores por otro, se mantiene a lo largo de los años, pese al progresivo reconocimiento del espacio de supervisión como esencial para la formación y acreditación como psicoterapeutas.

Sigue siendo muy frecuente, que se crea que cualquier terapeuta con experiencia clínica puede ser supervisor/a.

¿Qué da sustento a esta suposición? Desde mi punto de vista, el foco puesto en que lo que necesita un/una supervisor es entender qué pasa con los pacientes de su supervisado, cuál es el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento adecuado que el terapeuta debe aplicar.

Pareciera no reconocerse que, entre el supervisor, el supervisado y el paciente, se crea una triangularidad compleja, que no requiere sólo de capacitación técnica y experiencia clínica, sino de muchas otras habilidades específicas que no son reducibles a las que un terapeuta tiene, independientemente de su orientación.

En Daskal (2008), me referí a aspectos principalmente teóricos de la supervisión clínica, en esta ocasión quisiera detenerme en puntos de vista que considero relevantes para la formación de supervisores clínicos y de ciertas experiencias de las que he participado en el ámbito académico chileno, por el convencimiento de que puede servir de estímulo, de ejemplo, de modelo, para ser replicado en otros contextos académicos latinoamericanos.

Experiencia de Formación de Supervisores

La experiencia que deseo comentar comenzó en el año 2008, en la Universidad Católica de Chile, en conjunto con la Universidad de Heidelberg, con la organización del Primer Diplomado Internacional en Supervisión Clínica.

La motivación era clara en el sentido de empezar a abrir un camino que sirviera no sólo a la Universidad sino a otras instituciones profesionales, para instalar la idea de que no cualquier terapeuta podía ser supervisor/a, sino que se requería una formación específica.

Coincidía este proyecto con que, en Chile durante esta etapa, en ciertas instituciones hospitalarias y clínicas privadas, se les empezó a exigir a los supervisores,

tener una acreditación como tales.

Ya en ese entonces, para ejercer la psicoterapia era deseable ser acreditado por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica, luego de haber presentado todos los requisitos necesarios a la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos Especialistas en Psicoterapia (2001). Es esta instancia la que también se empieza a encargar de la acreditación del ejercicio de supervisores clínicos.

La presión que empezó a circular fue la principal motivación que llevó a la Universidad y luego a otras instituciones a abrir el espacio de formación específica que permitiera la acreditación de Supervisores clínicos y también a los futuros alumnos a elegir el Diplomado que se les ofrecía.

Conocíamos que en EE.UU y en algunos países europeos, se venían creando canales de regulación tanto para los psicoterapeutas como para los supervisores. En el caso de los primeros, ya se exigían obligatoriamente cierto número de horas de supervisión clínica, con supervisores acreditados por instituciones definidas para tal fin.

Pero por fuera de estos datos, desconocíamos cómo estaban organizados estos espacios académicos ni para qué habilitaban claramente.

Así fue como comenzó una experiencia muy novedosa y exitosa de ambas Universidades, con un grupo de terapeutas como equipo organizador, llenos de interés y entusiasmo.

Dicho equipo partió con cinco terapeutas de mucha experiencia clínica (Ety Rapaport, supervisora psicodinámica; Carmen Gloria Hidalgo, supervisora sistémica; Alex Kalawski, supervisor humanista; Mirenxtu Bustos, supervisora cognitivo conductual y Ana María Daskal, metasupervisora (supervisora de supervisores) y coordinadora del Taller de la Persona del Supervisor), tanto en Chile, Argentina como en Alemania, cada uno de ellos con una orientación psicoterapéutica diferente: humanista, sistémica, psicodinámica, cognitiva conductual e integrativa todos ellos psicólogos clínicos y supervisores acreditados.

A esta diversidad de enfoques la considero una de las razones principales de la particularidad de la experiencia.

El inicio del proyecto implicó, ante todo, ponerse de acuerdo en temas que no fueron simples, por ejemplo:

- poder compartir el criterio de la importancia en el mundo académico y para la formación de los terapeutas, de *la capacitación de supervisores*
- afrontar el desafío de crear el programa al que nos sujetaríamos, así como la metodología con la que podríamos trabajar.

No dudábamos que una de las dificultades para alumnos y docentes sería la de estar ubicado en dos roles simultáneos, que les exigirían habilidades distintas a las de enseñar a futuros terapeutas:

- en el caso de los alumnos, serían aprendices de supervisores (no de terapeutas) y como tales, serían supervisados
- en el caso de los profesores, serían supervisores de futuros supervisores

(no de terapeutas)

- definir a quiénes estaría dirigido este programa y qué requerimientos les pondríamos a los alumnos
- qué lugar se le otorgaba, desde la óptica de cada uno, a la supervisión clínica
- qué rol se atribuía cada uno como supervisor/a
- qué pensaba cada uno del uso de recursos tecnológicos como la cámara de Gesell o grabaciones de sesiones, en las supervisiones, etc.
- cuáles eran los cuestionamientos críticos de cada uno a la forma de hacer supervisión de los demás
- Como es fácil de observar, el debate entre los profesores invitaba a la creatividad, para poder encontrar coincidencias y/o desacuerdos en las miradas que justificaran metodologías diferentes en las supervisiones, y más allá de las técnicas, cuáles eran los supuestos teóricos que las sostenían

Por ejemplo, imaginar qué diferencias habría entre una supervisión psicodinámica y una sistémica y qué efectos diferentes tendría cada una en los alumnos, ya que todos participarían de los distintos tipos de supervisión, ¿se confundirían? ¿se libraría una batalla para defender una u otra para ver cuál era mejor que cuál? Las reflexiones acerca de estos temas, fueron abordadas a lo largo del Diplomado con todos los alumnos.

Ellos fueron seleccionados previa presentación de sus CV y de una entrevista personal con dos de los profesores. Tenían un grado de experticia en la psicoterapia de alrededor de 10 años, la mayoría eran integrantes de instituciones privadas y municipales de psicoterapia y para todos la supervisión era una herramienta básica de la formación de terapeutas, aunque no se veían especialmente adiestrados como supervisores.

Tampoco estaban seguros de que hubiera que tener herramientas específicas para ser supervisores, pero estaban curiosos por descubrirlas.

Estructura y Programa

Los profesores participantes, luego de prolongados debates, decidimos trabajar con la siguiente estructura:

El programa se planeó en torno a 200 horas, dentro de las cuales se incluyeron 2 seminarios intensivos internacionales y un ensayo final.

Las clases se darían una vez a la semana, con una duración de 4 horas por clase a lo largo de un año académico. El grupo se conformó en torno a 10 alumnos y cada profesor supervisaría a todos, a lo largo del año, cada quince días.

En cuanto al contenido, el Programa consistió en 4 módulos divididos de la siguiente manera:

1. Aspectos teóricos en la formación de supervisores
2. Habilidades y técnicas generales de supervisión

3. Habilidades y técnicas específicas de supervisión
4. Taller de la persona del supervisor/a

Todas las técnicas compartían la idea de que la supervisión clínica es (...) un espacio de apoyo para los profesionales en ejercicio, dentro del cual ellos pueden compartir experiencias clínicas, organizacionales, evolutivas y emocionales con otros profesionales, en un ambiente seguro y confidencial, en orden a mejorar sus conocimientos y habilidades(...). (Gordon, 2000)

Con esta amplia conceptualización inicial, era posible la inclusión de formas flexibles de supervisión: grupal, individual en grupo (2 supervisandos simultáneamente), la co-supervisión, la supervisión de equipos, la supervisión grupal entre pares, formatos mixtos de supervisión (Milne y Oliver, 2000).

Las clases, siempre presenciales, incluían el aprendizaje de técnicas de supervisión a través de role-playing, imagerías, representaciones plásticas y registros reflexivos personales.

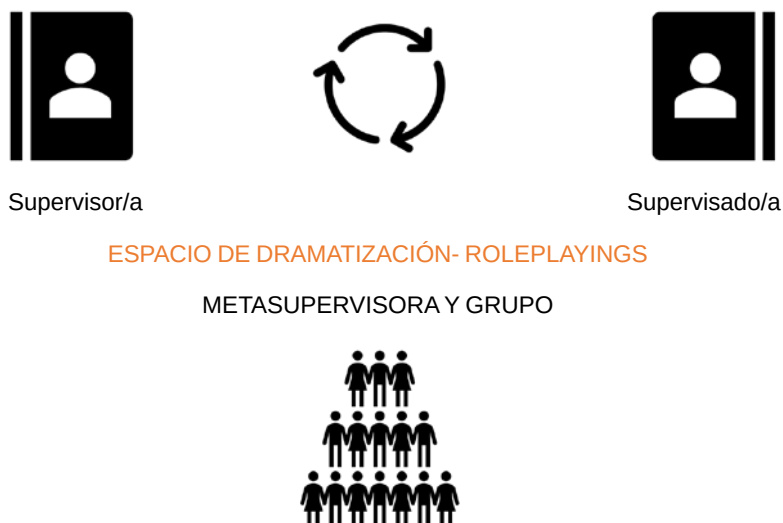
Participaban de a dos supervisores por vez y la metasupervisora, para ver un caso cada hora y media, que siempre tenía que ser un material de dificultad para el estudiante en tanto supervisor en formación (no como terapeuta).

La metasupervisora, al final de cada clase, hacía con los alumnos una identificación de los elementos comunes y los distintivos en ambas supervisiones, desde el punto de vista del enfoque utilizado.

Esta síntesis, al mismo tiempo que un enlace entre ambos supervisores, facilitó mucho el poder trabajar con los efectos que cada estilo o /y modelo desupervisión les aportaba.

Una de las dificultades recurrentes para los alumnos, era situarse en el rol de supervisores y no de terapeutas. Y para los profesores, tampoco era sencillo recordar que estaban trabajando para “enseñar a supervisar y no para supervisar el caso clínico”. Incluso, esto se manifestaba en la dificultad para “nombrar” cada rol: supervisado, supervisando, supervisor.

Dicho de otra manera, se trataba de hacer una co-supervisión de un caso que le fuera difícil al estudiante en formación de su supervisión a un terapeuta tratante. El esquema puede verse en la Figura 1.

Figura 1*Esquema de Co-supervisión*

El foco puesto en los futuros supervisores, y no en los pacientes, resultó de los aspectos más difíciles de implementar. Y fue material de debate importante en cada grupo el encontrar las diferencias entre ser el/la supervisor/a de un supervisor o de un/a terapeuta que pide supervisión para un/a paciente...

- La metasupervisora, se encargaba de enfatizar continuamente esta diferencia, contribuyendo a que cada supervisor así como cada alumno, descubriera sus puntos ciegos y/o sus estilos. En síntesis: hacía una supervisión de las supervisiones hechas por los profesores participantes, señalando dificultades, recursos personales y competencias del supervisado
- Estimulaba una reflexión sobre las intervenciones y técnicas aplicadas porque conocía bien sus supuestos
- Hacía visibles “las distintas voces de la supervisión”
- Señalaba algunos efectos evidentes de los distintos tipos de intervención de los supervisores, según su enfoque.

Taller “La Persona del Supervisor/a”

Otra particularidad del Diplomado fue la de hacerle un espacio al Taller sobre “La persona del supervisor/a”.

La idea detrás de esta propuesta, era poder tener un espacio de trabajo emocional con lo que significaba para cada uno convertirse en supervisores clínicos acreditados.

Para ello era necesario poder lograr un lugar de cercanía, confianza, intimidad, franqueza, autoreflexión, como complementario con los otros momentos de

aprendizaje clínicos centrados en técnicas o modelos teóricos. Y que al mismo tiempo contribuyera a la cohesión de un grupo que iba a compartir un espacio de aprendizaje a lo largo de un año.

Algunos alumnos habían participado de talleres de “La persona del terapeuta” en su formación sistémica y tanto para ellos como para quienes no lo habían hecho nunca, resultó una experiencia novedosa y aportadora de autoconocimiento.

Por otra parte, para aquellos que ya ejercían como supervisores en sus instituciones y tenían claro sus dificultades con el serlo, fue también una oportunidad de entender de dónde venían, con qué cosas entraban en conflicto, cuáles eran sus contradicciones.

El Taller, coordinado por la metasupervisora, se realizaba una vez al mes durante 4 horas. Sus objetivos eran identificar en cada participante:

1. las motivaciones que cada uno tenía para ser supervisor/a
2. la identificación de “escenas temidas”, riesgos y puntos ciegos de cada uno
3. conocer y cuestionar los modelos de supervisores que cada uno tuvo
4. identificar la relación que cada alumno tenía con el poder, las jerarquías y la autoridad
5. aprender algunas técnicas de enseñanza tolerantes y aceptadoras de las diferencias, del desconocimiento, de la inmadurez

Se usaban técnicas psicodramáticas, encuestas de autollenado, relatos autobiográficos.

Un ejemplo de ejercicio inicial en el grupo fue el que cada uno tuviera que representar, con una escultura hecha con sus cuerpos, una de sus experiencias como supervisados, en el momento en que estaban en los inicios de la actividad profesional o en la última parte del contexto de pregrado.

Fue sorprendente para todos, la aparición en esas representaciones de sentimientos de miedo, sufrimiento, vergüenza, rechazo, juicio, frente al/el supervisor/a. Sólo unos pocos alumnos evidenciaron aceptación o contención.

Esto dio lugar a poder trabajar con ellos cómo la falta de respeto, el autoritarismo, la omnipotencia, la rigidez, de muchos supervisores, se alejan mucho de las expectativas que los supervisados tienen respecto de ellos. Y cómo esto, para los que recién se inician como terapeutas, constituye una vivencia traumática.

Las experiencias atravesadas en el Taller permitieron la reflexión sobre muchos temas que rodean el espacio de supervisión y por supuesto la elaboración de muchas emociones que se desencadenaban al evocar la relación de cada uno con figuras parentales, otras figuras de autoridad, la ambivalencia en torno a ejercer o no poder, etc.

Esta dinámica, permitió además que cada alumno encontrara respuestas a preguntas tales como:

- de acuerdo con las habilidades que son importantes en los supervisores de terapeutas que recién se inician, ¿creo que yo las tengo o es preferible que no tenga supervisados noveles?

- ¿me veo en condiciones de poder supervisar? ¿a quiénes?
- ¿en qué momento de mi actividad profesional decidí que podía ser supervisor/a?
- ¿creo que los supervisores son necesarios en cualquier etapa de ejercicio profesional? ¿lo aplico a mi propia experiencia profesional?
- ¿con qué estilo de supervisión me siento más a gusto?
- ¿qué experiencias de supervisión he tenido que han sido frustrantes?
- ¿reconozco en mí deseos de sobresalir, mandar, corregir y visualizo que siendo supervisor/a puedo satisfacer estos deseos?

Para mí como metasupervisora, era muy evidente la riqueza del entrecruzamiento que se producía al verlos en espacios diferentes: podía correlacionar estilos de intervención, concepciones teóricas, prejuicios, experiencias vividas, con cómo cada uno intervenía en los otros espacios de aprendizaje, cuando se ejercitaban como futuros supervisores.

Proporcionarles un feedback de lo que veía fue muy iluminador de deformaciones profesionales, miedos, estilos con los que se podían sentir cómodos o incómodos, descubrir otros nuevos, correlacionarlos con experiencias familiares, etc.

Obviamente, también el grupo, servía mucho para la contención, el acompañamiento, el ayudarse al autodescubrimiento de habilidades, el compartir y empatizar con muchos temas que eran comunes a todos.

El trabajo que se fue dando en paralelo a las otras instancias del Diplomado, dio sus frutos visibles en cómo cada alumno/a cambió a lo largo del año, en estilos de intervención y en su seguridad personal respecto de su rol como futuros supervisores.

Así, se llegaron a conclusiones parecidas a las que se conocen en los terapeutas: no importaba tanto la técnica, el modelo que cada supervisor usaba, sino su persona, en tanto su cordialidad, su empatía con los alumnos, su sencillez, su capacidad para escuchar, su posibilidad de dar lugar a la visión de otro.

Estilos de Supervisión

En las supervisiones, como en los role-playings, se hicieron evidentes las características primordiales de los estilos usados por cada supervisor/a durante el Diplomado. Si bien fueron distintos entre sí, hubo 3 variables que, en las evaluaciones finales de los alumnos podrían sintetizarse así:

1. atractivo: flexible, apoyador, confiable, cálido, abierto
2. orientado a la tarea: concreto, explícito, estructurado, prescriptivo, focalizado, práctico
3. sensible: intuitivo, comprometido, creativo, ingenioso, reflexivo

Estas variables personales descritas podrían englobarse además en dos grandes grupos: estilos colaborativos y estilos jerárquicos de supervisión. Y en el Taller de la Persona del Supervisor, se lograban encontrar sincronías con sus estilos terapéuticos y con la elección de Modelos terapéuticos.

Modelo Evolutivo de Supervisión

Gracias al aporte y al trabajo conjunto con Krämmmerer (2007), pudimos aprender a discriminar en los alumnos, en qué etapa de su desarrollo como psicoterapeutas, estaban, previo a empezar a supervisar:

El Modelo Evolutivo de supervisión atraviesa transversalmente cualquiera de los otros modelos, ya que la variable fundamental que tiene en cuenta es el grado de maestría como terapeutas de los terapeutas a ser entrenados.

- principiantes
- nivel medio de desarrollo
- avanzados

Desde esta mirada, dado que el foco se pone en la persona del supervisado, el/la supervisor tiene que hacer una valoración de las necesidades que surgen en el nivel que está, así como sus niveles de conocimiento.

En los grupos de supervisión, es muy importante para quienes van a supervisar, saber de la conformación del grupo: etapa de formación, si se conocen entre ellos, si comparten otras actividades formativas, si tienen vínculos por fuera del trabajo, etc.

En el caso de “los principiantes”, los supervisores tienen como metas:

- dar apoyo y estructura
- dar información
- dar indicaciones concretas
- disminuir la ansiedad del supervisado
- activar recursos
- recomendar bibliografía que sirva de guía

En el caso de supervisados en el “nivel medio de desarrollo”, los supervisores tienen que:

- actuar con flexibilidad, con más autonomía y menos estructura
- aclarar y elaborar ambivalencias respecto al consultante y a su propio rol en la supervisión
- tematizar la relación terapéutica
- Cuestionar visiones diagnósticas y terapéuticas del supervisado

Para la supervisión de “avanzados”, los supervisores están en posición de colegas y sus tareas tienen que ver con:

- Estimular y desafiar
- Actuar flexiblemente y centrados en la persona
- Hacer un análisis detallado y válido de fortalezas y debilidades del supervisado

Para poder empatizar con cada una de estas etapas, es necesario visualizar cuál es el grado de autoexposición que cada persona tolera: es muy comprensible que terapeutas recién iniciados, sientan más facilidad de compartir sus dificultades, sus emociones, con colegas de su mismo nivel que con supervisores y mucho más si el/la supervisor/a, desarrolla un estilo jerárquico, donde señala errores, da órdenes, no empatiza con la ansiedad del supervisado.

En cambio, con terapeutas experimentados, si bien se sabe que la relación de supervisión es asimétrica, el vínculo se horizontaliza, los supervisores pueden hacer uso de la autorevelación para ejemplificar lo que quieren transmitir, mostrando su flexibilidad.

Este reconocimiento de etapas diversas en quienes supervisan y las habilidades diferentes a ser desplegadas por los supervisores dependiendo de los casos, fue muy útil.

Si bien los modelos de supervisión psicodinámico, sistémico, humanista y cognitivo conductual tuvieron sus diferencias prácticas y teóricas, cada uno de ellos condujo a diferentes resultados en los supervisados, dependiendo *también de su etapa de desarrollo profesional*.

Dado que en la experiencia a la que me estoy refiriendo, la mayoría eran terapeutas con cierto grado de experiencia, no se presentaron situaciones frecuentes en las cuales los supervisores tuvieran que dar directivas, instrucciones claras o hacer evaluaciones judicativas sobre los alumnos.

Pero en el caso de que los alumnos hubiesen tenido poca experiencia clínica, las habilidades de los supervisores hubiesen tenido que ser otras.

Distintos Modelos

Quisiera ahora describir algunas características de los modelos usados por los profesores supervisores. Obviamente no es fácil hacerlo ya que el entrecruzamiento con los estilos personales y las interacciones supervisor-supervisado son siempre particulares y por lo tanto muy relativas.

Modelo de Supervisión Psicodinámica

En el caso de la supervisión psicodinámica, el foco tendió a estar puesto en las transferencias y contratransferencias que se podían discernir en la interacción psicoanalista-paciente.

A continuación, la supervisora entonces puso atención a las emociones transferenciales y contratransferenciales de los alumnos con sus supervisados, para ayudarlos a desbloquear los conflictos inconcientes que podían impedirles la intervención adecuada.

Se trabajaba con la persona del alumno en cuanto a sus propias experiencias como supervisado o a su sistema valórico, y se enfatizaba la necesidad de “neutralidad” del mismo como cualidad para ejercer bien su función.

Los supuestos teóricos que acompañan este modelo, no dieron margen a la improvisación y las intervenciones de los alumnos se acercaron muchas veces a la interpretación psicoanalítica.

En este formato de supervisión, lo “contratransferencial” se entendía como las vivencias del alumno en relación a su supervisado y al paciente y no a su propia persona y su rol.

Esto generó interesantes debates acerca de la “neutralidad” terapéutica entre

profesionales con distintos modelos de intervención.

El modelo psicodinámico, según lo manifestado por algunos alumnos, los hacía sentir más exigidos a no equivocarse, a tener miedo a la crítica y el temor a repetir con sus supervisados un esquema de relación jerárquica.

Modelos de Supervisión Sistémica

(...) definir a la psicoterapia únicamente desde los aspectos cibernéticos de la relación terapeuta-paciente, es quedarse varado en una parcialidad de su dialéctica. En esta dirección, con la finalidad de realizar un análisis completo –y con la aspiración de incrementar el grado de complejidad en el cual se encuentra inmersa tal relación– se deben tomar en cuenta las atribuciones cognitivas que devienen de los mapas que construyen los participantes de la sesión. Por lo tanto, cogniciones, interacciones y emociones del terapeuta deben ser analizadas, ya sea porque estimulan o bloquean a la dinámica de la psicoterapia y esto es la labor de la supervisión. (Linares y Ceberio, 2005, pp. 32-33)

Las características epistemológicas centrales en este modelo permiten considerar al supervisor como un miembro más del sistema junto al terapeuta o los terapeutas. Desde su lugar detrás de cámara, o viendo un video de una sesión en su consulta, siempre se incluye en lo que está viendo. Y hasta puede explicitarlo en función de su propia historia vital.

Por eso en las supervisiones con la Profesora sistémica, había mucho de juegos verbales, intervenciones paradójales, y una mirada que siempre era a un sistema, no sólo a un integrante de un sistema familiar, sino a la terapeuta interviniente en ese sistema.

Y este enfoque hacía que se creara un nuevo sistema interaccional concéntrico. No es lo mismo que ocurría en una supervisión indirecta, donde el terapeuta narra la intersección que se produjo en una sesión entre terapeuta y paciente.

En la supervisión sistémica que se ejerció en el Diplomado, el foco era el terapeuta y, por lo tanto, conocer datos de su persona le permitía al supervisor comprender mejor sus dificultades, su estilo, sus puntos ciegos.

Las sugerencias podían tener mucho de cambiar settings, incluir nuevos integrantes a la sesión y, por lo tanto, estimular en los futuros supervisores soltura, capacidad de improvisación, pérdida de miedos, flexibilidad.

Dado que en el Diplomado no contábamos con Cámara de Gessel, no se hizo supervisión directa. Tampoco se revisaron videos de supervisión de algunos terapeutas.

Se utilizaron los role-playings para poner en evidencia habilidades específicas de los supervisores: instrucciones muy claras, cortas, específicas, de manera de no confundir al terapeuta. Debe tener claro si la propuesta que le hace es aplicable por ese/esa terapeuta en particular. Debe aceptar que sus indicaciones sean adaptadas por el/la terapeuta a su lenguaje y estilo personal.

Se aclaró además que, en caso de trabajar con cámara, el/la supervisor puede proponerle al/la terapeuta salir de la sesión si lo ve en dificultades, con el fin de recibir instrucciones que lo ayuden.

Dado que, en general la resistencia que suelen presentar algunos pacientes para las sesiones en espejo, tienen que ver más con las dificultades de los terapeutas con esa configuración, es muy importante que sean preparados para el trabajo de supervisión en espejo.

No es fácil aceptar ser observado durante el trabajo terapéutico, más si se está acostumbrado a la soledad del consultorio. Por lo que los supervisores deben ser muy respetuosos y cuidadosos con sus intervenciones: no son jueces de un tribunal, sino parte de un equipo donde ellos también son personas con su historia, experiencias, emociones. No poseen ninguna “verdad”, sino que tienen que ir co-construyendo con el resto del equipo la visión y las intervenciones que ayuden a los consultantes.

En la supervisión sistémica, se pueden distinguir sub-sistemas en el grupo de supervisión: el familiar, el de la familia con los terapeutas y el de supervisión, que es el grupo de terapeutas con el/los supervisores.

A veces, este tercer grupo forma parte de una institución donde participa de actividades de formación o atención asistencial. Y esto permite que, frente a dificultades clínicas, se pueda entender entre quiénes existe el problema y de esa manera el/la supervisor puede sugerir intervenciones más variadas y en los distintos sistemas.

Es importante resaltar que, en este tipo de supervisiones, es más que necesaria la capacitación, no sólo para comprender las dinámicas del sistema, sino porque la inclusión de aspectos tecnológicos requiere comodidad, soltura, buen manejo, para que no perturbe la marcha de la sesión.

Modelo de Supervisión Humanista

En esta orientación, el supervisor, sintió una dualidad en su rol: por un lado, sabía que sus supervisados esperan de él la “Maestría”, que sepa de técnicas y de problemas humanos.

Por otro lado, desde su enfoque, hay un cuestionamiento a la “superioridad” que se les asigna a los supervisores: se sienten más cómodos en la posición de “no saber”, de estar sin ideas previas, en un estado casi de inocencia, sin desechar nada de antemano.

Desde el enfoque humanista, se le da mucha importancia a cómo ven el caso los consultantes, en este caso los supervisandos, cuáles son sus criterios, sus puntos de vista y por lo tanto los supervisores son “compañeros de viaje”, como así también los terapeutas.

En el Diplomado, las intervenciones del supervisor humanista radicaban en ayudar a los supervisandos a mirar qué era lo que ellos sabían, qué contradicciones y dudas tenían y qué puntos tenían que desarrollar, más que en lo que él podía entender o afirmar como supuesto “experto”. El clima que este estilo generaba era de comodidad, confianza, humor.

Los conceptos de “centrarse en el aquí y ahora”, el método fenomenológico, y la apertura a la experiencia, son centrales en este enfoque y eran usados por el supervisor en los role-playings.

Asimismo, y desde la idea de que los terapeutas o supervisores no son los poseedores de la verdad, las intervenciones facilitaban la comprensión para el consultante de que su visión no era LA visión sino UNA visión, lo cual contribuía a crear una interacción flexible, cómoda, respetuosa de todos.

En estas supervisiones, se consideraba que el trabajo del supervisor es el de ayudarlo a mirar al alumno supervisor, las construcciones que ha ido haciendo acerca de su supervisado y ser espectador de su posición de espectador. De esta manera, los supervisores ayudan a reformular las construcciones de sus alumnos respecto de sus supervisados.

Modelo de Supervisión Cognitiva Conductual

La supervisora de este modelo del Diplomado partió por definir su mirada como científica y humilde, no pretendiendo abarcarlo todo, siendo el foco de la supervisión el/la supervisando.

- Desde este punto de vista, explicitó que varios eran sus focos principales: Ayudar al supervisando a reconocer un problema
- A entender qué lo intranquiliza
- Qué es lo que cree que no sabe manejar del problema
- El poder ampliar la mirada sobre las dificultades
- Y al ampliarla, cambiarla

Así, llegaba a definir con claridad el objetivo de la supervisión. Delimitar claramente lo que se va a supervisar, implica tener hecho gran parte del trabajo. Y los objetivos tienen que ser concretos y alcanzables, de manera tal de poder después evaluar logros y obstáculos.

Para alcanzar los objetivos, es fundamental crear un clima cercano, donde los supervisandos no tuvieran vergüenza, temores, o miedo a mostrar sus ignorancias o errores.

Asimismo, enfatizaba que lo que se habla en una supervisión es confidencial, con un sentido ético y de co-responsabilidad supervisor/supervisando.

Dado que se hacía uso de dramatizaciones donde había un supervisor y un supervisando, cada uno de estos roles estaba representado por uno de los alumnos.

En cierto momento de la dramatización, se les pedía a cada uno que hablaran en voz alta lo que estaban sintiendo, como en un soliloquio. Y luego se comentaba entre todos, qué era lo que sentían. Y se analizaban los contrastes entre los observadores y los participantes en la escena.

El foco en la persona de los supervisandos, implicaba estar atento a su corporalidad, sus gestos, a tener información de su proceso como terapeutas, de sus preferencias de estilo, de su marco teórico, a su capacidad de escucha, a sus tendencias juzgadoras, a sus deseos de exhibir sus conocimientos y ser tomados como

modelos ante los supervisandos, a su capacidad de empatizar con las inseguridades y emociones que pueden sentir los supervisandos con sus supervisores.

Prestar atención a sus intenciones omnipotentes, a sus dificultades para construir equipo con otros, para abrirse a explorar con role-plays, a dar sugerencias de lecturas, etc.

Algunos Comentarios Generales

Dentro de los lugares de dificultad que los profesores supervisores encontraron en los alumnos, estaban aquellos que tomaban excesiva distancia de sus supervisados, los juzgaban y no empatizaban.

Otros, se ubicaban en una posición demasiado cercana, tomando como propias las visiones del supervisado y quedando entrampados en su propia trama.

Otros alumnos hacían gran acopio de datos, sin poder percibir los argumentos principales, los “nudos” a desenrollar con sus supervisados.

En otros casos, los alumnos resonaban mucho con las emociones que sus supervisados no podían sentir y ahí los supervisores tenían que ayudar a ayudar a sus supervisados a recuperar SUS emociones.

Una habilidad muy importante para que los supervisores enseñasen a sus supervisandos es cómo transmitir una emoción que están sintiendo, de una manera ayudadora para los supervisandos, no brutal, sino como un feedback de lo que ellos pueden despertar en otros.

Otras Maneras Actuales de Hacer Supervisión Clínica

Si bien la experiencia a la que me estoy refiriendo fue previa a la pandemia de COVID, actualmente y sobre todo a raíz de la misma, podríamos sumar a las formas de supervisión descritas, todo lo referido a la cybersupervisión, como otra forma posible que ha facilitado también la capacitación de terapeutas y de supervisores.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el uso de internet para la supervisión clínica, requiere de cuidados éticos importantes, que se deben explicitar de entrada con los alumnos. Entre los más importantes, están las garantías de confidencialidad tanto del paciente/cliente/ usuario que son objeto del trabajo de supervisión como del supervisado/a.

Para esto es muy importante establecer normas de conducta para la comunicación y el manejo de la información circulante, apenas se comienza el trabajo.

Hay que remarcar que de cualquier forma que trabajemos, la responsabilidad sigue estando en el terapeuta, ¡no en la tecnología!

Hasta no hace muchos años, no hubo investigaciones que iluminaran las preocupaciones éticas planteadas al usar material clínico en correos electrónicos, o indicaciones de los supervisores a través de whatsapp, etc. (Clingerman y Bernard, 2004).

Muchos supervisandos, reconocen en esta forma de comunicación una facilitación del contacto con los supervisores y valoran la posibilidad de imprimir sus

comentarios. También ciertos estudios han evidenciado que los supervisandos se sienten menos estresados al poder contar con las herramientas que existen hoy en día vía internet, siempre y cuando ellas funcionen adecuadamente, por supuesto (Marrow et al., 2002).

Stebnicki y Glover (2001) atribuyen esta positividad al hecho de que hay un mayor sentido de apoyo, un estilo comunicacional más relajado e informal entre el/la supervisor y los alumnos, mayor comodidad para exponer sentimientos personales y problemas con el lugar de práctica, más tiempo para procesar y clarificar pensamientos.

Por otra parte, la comunicación vía internet tanto con pacientes como con supervisados, puede generar malos entendidos, al perderse datos no verbales importantes o que se omita información o que les demande más tiempo a los supervisores (Dudding y Justice, 2004).

En el caso de la supervisión sistémica, no se han visto muchas dificultades para presentar el material a supervisar a través de Internet, dado que los terapeutas están más habituados al uso del video-cámara, a la cámara de Gesell, a grabar sesiones con el consentimiento de los pacientes.

Y hoy en día, las supervisiones online permiten llegar a muchos terapeutas de diferentes zonas geográficas, mejorando de esta manera su capacitación y ejercicio profesional.

Una metodología muy usada consiste en que los terapeutas envían a los supervisores la grabación de una sesión, de manera que la puedan ver antes de encontrarse. Si bien esto implica mayor dedicación de tiempo por parte de los supervisores, los resultados para todo el equipo son muy satisfactorios.

Herramientas como Zoom y otras también se suman para hacer supervisiones donde es un grupo y no una sola persona, los que participan.

Pero hay que tener en cuenta que, en estos casos, estoy hablando de las supervisiones a terapeutas, y no de la formación de supervisores.

A la experiencia del Diplomado, le siguieron otras que, si bien no respondieron al mismo formato, tuvieron como objetivo la capacitación y acreditación de Supervisores, luego de haber realizado muchas horas de supervisión. Algunas se realizaron en marcos universitarios o institucionales privados.

Sin embargo, la experiencia a la que me referí en este artículo, por sus particularidades en cuanto a los diferentes modelos de supervisión, el espacio para una metasupervisión y para el Taller de la Persona del Supervisor, constituye desde mi perspectiva, una propuesta replicable.

No quiero finalizar este trabajo sin insistir en la importancia de la supervisión clínica para el trabajo de los terapeutas, así como la necesidad de la capacitación específica de los terapeutas que pretendan ser supervisores clínicos.

Así también, considero que nunca está de más recalcar la necesidad permanente que los terapeutas tenemos de ser supervisados, sean cual sean los años de ejercicio clínico, como una forma cuidadora y eficiente para sí mismos y sus pacientes, ya

que permite disminuir el efecto de stress laboral al cual estamos todos sujetos.

¡Los grupos de colegas en la misma etapa etaria, son una excelente herramienta para tal fin!

Referencias

- American Psychological Association. (1947). Committee on Training in Clinical Psychology. Recommended graduate training program in clinical psychology [Comité de formación en psicología clínica. Programa de formación de postgrado recomendado en Psicología Clínica]. *American Psychologist*, 2(12), 539-558. <https://doi.org/10.1037/h0058236>
- Camacho, J. (2003). *Sobre el síndrome del burnout o de estar quemado*. Fundación Foro para la Salud Mental. <http://www.fundación foro.com/pdfs/archivo16.pdf>.
- Clingerman, T. L. y Bernard, J. M. (2004). An investigation of the use of e-mail as a supplemental modality for clinical supervision [Una investigación sobre el uso del correo electrónico como modalidad complementaria para la supervisión clínica]. *Counselor Education and Supervision*, 44(2), 82-95. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2004.tb01862.x>
- Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos Especialistas en Psicoterapia. (2001). *Reglamento*. https://psicologosarica.files.wordpress.com/2007/11/regl_acreditacion.pdf
- Daskal, A. M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(3), 215-224.
- Daskal, A. M. (2022). *La persona del terapeuta* (3ª Ed.). Ediciones UC.
- Dudding, C. C. y Justice, L. M. (2004). An E-supervision model: videoconferencing as a clinical training tool [Un modelo de E-Supervisión: Videoconferencia como herramienta de entrenamiento clínico]. *Communication Disorders Quarterly*, 25(3), 145-151. <https://doi.org/10.1177/15257401040250030501>
- Gordon, M. (2000). Clinical Supervision: a concept analysis [Supervisión clínica: un análisis conceptual]. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 722-729. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01329.x>
- Kämmerer, A. (2007). *Seminario Internacional en Supervisión Clínica*. Universidad Católica de Chile-Universidad de Heidelberg
- Linares, J. L. y Ceberio, M. (2005). *Ser y hacer en psicoterapia sistémica*. Paidós
- Marrow, C. E., Hollyoake, K., Hamer, D. y Kenrick, C. (2002). Clinical supervision using video-conferencing technology: a reflective account [Supervisión clínica utilizando tecnología de videoconferencia: un relato reflexivo]. *Journal of Nursing Management*, 10, 275-282. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2002.00313.x>
- Milne, D. y Oliver, V. (2000) Flexible formats of clinical supervision: Description, evaluation and implementation [Formatos flexibles de supervisión clínica: Descripción, evaluación e implementación]. *Journal of Mental Health*, 9(3), 291-304. <http://doi: 10.1080/jmh.9.3.291.304>
- Rupert, P y Morgan, D. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists [Entorno laboral y agotamiento entre psicólogos profesionales]. *Professional Psychology: research and practice*, 36(5), 554-560. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>
- Rupert, P. y Kent, J. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviours and burnout among professional psychologists [Diferencias de género y entorno laboral en comportamientos de sostenimiento de la carrera y agotamiento entre psicólogos profesionales]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88-96. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>
- Schaufeli, W. (2006). The balance of give and take: toward a social exchange model of burnout [El equilibrio entre dar y recibir: hacia un modelo de agotamiento basado en el intercambio social]. *International Review of Social Psychology*, 19(1), 87-131.
- Stebnicki, M. A. y Glover, N.M. (2001). E-supervision as a complementary approach to traditional face-to-clinical supervision in rehabilitation counseling: Problems and solutions [E-supervisión como enfoque complementario a la supervisión clínica tradicional en asesoramiento en rehabilitación: Problemas y soluciones]. *Rehabilitation Education*, 15(3), 283-293.

FAMILY CONNECTIONS: UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA CLÍNICOS Y FAMILIARES

FAMILY CONNECTIONS: A SKILLS TRAINING PROGRAM FOR CLINICIANS AND FAMILY MEMBERS

Verónica Guillén

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2247-5210>

PhD Professor, University of Valencia. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España

José Heliodoro Marco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1545-6452>

PhD Professor, Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. España

Cristina Botella

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8783-6959>

Full profesor. Universitat Jaume I de Castelló, Facultad de Ciencias de la Salud. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Guillén, V., Marco, J. H. y Botella, C. (2023). Family Connections: Un programa de entrenamiento en habilidades para clínicos y familiares. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 37-54. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38694>



Resumen

El objetivo de este trabajo es describir el modelo de supervisión que se utiliza en la formación de clínicos y familiares del programa Family Connections (FC). FC es un programa de entrenamiento en habilidades para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad (TLP). Se trata del programa que ha conseguido mayor apoyo empírico hasta el momento. Desde sus inicios ha sido apoyado por la asociación National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD), cuyo objetivo es tratar de impulsar la “educación” para familiares de personas con TLP y para clínicos. Este programa lleva funcionando más de 2 décadas, gracias al esfuerzo solidario de numerosas familiares y clínicos que recibieron el programa y decidieron formarse, para poder ayudar a otras personas. A lo largo de estos últimos años, la NEA-BPD se ha expandido a países como Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Italia, Israel y España. Se describe la asociación “Alianza Nacional para la Educación del TLP” (NEABPD-ESPAÑA), y los proyectos de investigación que han realizado hasta el momento, donde se ha sometido a prueba la eficacia del programa FC. Consideramos de utilidad conocer el modelo de trabajo y de supervisión, así como la diseminación del modelo entre clínicos, investigadores y familiares.

Palabras clave: supervisión, clínicos, familiares, entrenamiento en habilidades, trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica comportamental

Abstract

The objective of this work is to describe the supervision model used in the training of clinicians and family members of the Family Connections (FC) program. FC is a skills training program for family members of people with borderline personality disorder (BPD). This is the program that has achieved the greatest empirical support to date. Since its inception it has been supported by the National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD), whose objective is to try to promote “education” for family members of people with BPD and for clinicians. This program has been running for more than 2 decades, thanks to the solidarity efforts of numerous family members and clinicians who received the program and decided to train, to be able to help other people. Over the past few years, the NEA-BPD has expanded to countries such as the United Kingdom, Australia, New Zealand, Italy, Israel and Spain. The association “National Alliance for TLP Education” (NEABPD-SPAIN) is described, and the research projects they have carried out so far, where the effectiveness of the FC program has been tested. We consider it useful to know the work and supervision model, as well as the dissemination of the model among clinicians, researchers and family members.

Keywords: supervision, clinicians, caregivers, skills training, borderline personality disorder, dialectical behaviour therapy

La supervisión suele suponer un período de formación crucial, que en muchos lugares se exige para poder acceder al ejercicio de la profesión y que, afortunadamente, cada vez está más extendida, instaurada y demandada. Existen numerosos modelos de supervisión (Milne, 2009, 2014). En general, todos ellos tienen el objetivo de facilitar el desarrollo de competencias y proveer seguridad a los terapeutas en su práctica clínica. Favorecer intervenciones terapéuticas más eficientes para los pacientes. Asesoramiento para el desarrollo de programas de entrenamiento académico y profesional (Fernández-Álvarez, 2017). Por medio de la supervisión por parte de un clínico experto o de un equipo clínico, los alumnos en formación pueden aprender de una manera más segura y eficaz a llevar sus propios casos. En este contexto, ha cobrado importancia la figura del coterapeuta, que suele ser un terapeuta novel o en formación y trabaja de forma coordinada con el terapeuta en algunas orientaciones (e.g., en la terapia familiar) o en algunos formatos de aplicación de la terapia (e.g., en la terapia individual o de grupo). El coterapeuta puede ser otro psicólogo o psiquiatra, pero también pueden ser otras figuras de otras profesiones relacionadas, como enfermería, trabajadores sociales, educadores sociales, etc. Asimismo, en muchas ocasiones se implica a los familiares o personas allegadas al paciente para que ayuden a conseguir determinados objetivos terapéuticos. En este sentido, Botella y Ballester (1997) dan directrices sobre como implicar a los familiares de personas con el trastorno de pánico y agorafobia para ayudar a los pacientes a realizar determinadas tareas para casa como, por ejemplo, las exposiciones a situaciones agorafóbicas. De hecho, en la actualidad existen programas con apoyo empírico para familiares de personas con trastornos psicológicos graves como son los trastornos alimentarios o trastornos de la personalidad. En este trabajo, se describe un programa de entrenamiento para psicólogos clínicos y para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) o personas con desregulación emocional, así como el modelo de supervisión que se utiliza.

El Trastorno Límite de la Personalidad y las Intervenciones para Familiares

El TLP es un trastorno psicológico que puede llegar a ser muy grave, y suele tener un impacto importante en el entorno de la persona que lo padece. La undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019/2021) caracteriza al TLP como un trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, con un humor impredecible, con arrebatos emocionales e incapacidad de controlar las explosiones conductuales. En la actualidad existen tratamientos basados en la evidencia para los pacientes con TLP. La Terapia Dialéctico Conductual (en adelante DBT, Dialectical Behavior Therapy) desarrollada por Linehan (1993), es una de las terapias para pacientes con TLP que más evidencia ha obtenido hasta el momento. Si bien, otras terapias también han demostrado eficacia, como la terapia basada en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2004), la terapia focalizada en la transferencia (Kernberg y Foelsch, 2011), o la terapia centrada en esquemas o terapia cognitiva centrada en

esquemas (TCE) (Young, 1994)

En la actualidad, son numerosos los estudios que han mostrado niveles elevados de estrés y sufrimiento en familiares y cuidadores de estos pacientes (Scheirs y Bok, 2007) desarrollando en algunos casos, cuadros ansiosos o depresivos. Hay estudios que manifiestan como los familiares de las personas con TLP experimentan agotamiento, depresión, duelo, dolor y otros tipos de angustia (Hoffman et al., 2005, 2007). En general, las relaciones que se establecen en el núcleo familiar suelen ser nocivas para todos los miembros de la familia. Esta influencia es bidireccional, ya que la familia se ve afectada por el paciente y viceversa (Guillén et al., 2022). Con el tiempo, el estrés puede reducir la capacidad para hacer frente con eficacia a las difíciles situaciones que afrontan los miembros de la familia, poniendo en peligro su bienestar psicológico y su vida calidad de vida (Hoffman et al., 2007). Guillén et al. (2023) encontraron que los familiares de personas con TLP presentan mayor depresión y ansiedad, niveles más altos de emoción expresada y peor calidad de vida que la población general. En general, se observan carencias en los familiares respecto a los conocimientos que tienen sobre el TLP, y déficits en las habilidades que tienen para comprender y manejar el trastorno (Giffin, 2008; Kay et al., 2018).

Afortunadamente, las investigaciones realizadas en los últimos 20 años muestran resultados positivos en la recuperación de los pacientes cuando sus familiares han visto satisfechas sus necesidades relacionadas con la obtención de información, orientación y apoyo clínico (Flynn et al., 2017). Son numerosos los estudios que demuestran la utilidad de este tipo de intervenciones tanto para los familiares, como para los propios pacientes. Estos primeros, se sienten validados, proveídos de apoyo social (por parte de otros familiares en su misma situación) y adquieren herramientas terapéuticas para el manejo de problemas; mientras que los pacientes, se benefician del tratamiento de sus familiares más cercanos (Guillén et al., 2018).

Según Guillén y colaboradores (Guillén et al., 2022), en la literatura se observan dos tipos de programas, intervenciones psicoeducativas y programas de entrenamiento en habilidades. Con respecto a los programas psicoeducativos, el objetivo de estas intervenciones es ofrecer información a los familiares del paciente con TLP acerca de la enfermedad y ayudarles a que comprendan algunos de los comportamientos de su familiar, y así mejorar la relación y la convivencia familiar. Un ejemplo es el programa “Staying Connected” donde los familiares realizan grupos psicoeducativos en formato workshop, a lo largo de un día, y después continúan con cuatro sesiones de dos horas realizando un total de 16 horas. Este grupo de investigación de la Universidad de Wollongong de Australia, ofrece un proyecto integral comunitario denominado “Project Air Strategy” para atender al paciente con TLP desde un modelo relacional (*A relational approach to understanding personality disorders*). El grupo ha creado un proyecto comunitario donde ofrecen tratamiento tanto a pacientes como a familiares, pero también ofrecen formación y asesoramiento a otros contextos de profesionales que pueden estar en contacto con esta población vulnerable, como los profesores y orientadores de los colegios, o bien,

las enfermeras, los trabajadores sociales o educadores que trabajen en salud mental.

Con respecto a los programas de entrenamiento en habilidades, se trata de intervenciones que tratan de entrenar a los participantes en distintas habilidades o proveer de distintas estrategias de afrontamiento. La mayoría de estos programas están basados en la DBT, o bien adaptaciones de la DBT donde instruyen a los familiares en Mini-Habilidades DBT. Ejemplos de estos programas son: “Family Connections” (Hoffman et al., 2005, 2007) donde se entrena a los participantes en mini-habilidades de la DBT durante de 3 meses en sesiones semanales de dos horas de duración, y el trabajo de Wilks et al. (2016) que aplica el entrenamiento en habilidades de grupo de la DBT durante 6 meses, con sesiones semanales de dos horas de duración, tal y como se realiza con los pacientes con TLP.

En general, estos programas de tratamiento para familiares han mostrado ser útiles para reducir el emocional burnout, los sentimientos de dolor y culpa, la sobrecarga, la sintomatología clínica ansiosa depresiva, y aumentar las habilidades de la relación y mejorar el clima familiar. Estos estudios ponen de manifiesto como el tratamiento para familiares de TLP empieza a ocupar un lugar importante respecto a la recuperación de pacientes y la mejora de la dinámica familiar (Guillén et al, 2022).

El Programa Family Connections: Surgimiento y Evolución

A mediados de la década de 1990, la Dra. Hoffman, una de las autoras del programa, trabajaba como trabajadora social en una sala psiquiatría y estaba muy interesada en comprender el caos en el que parecían vivir las personas con TLP, una condición poco conocida en ese momento. En la década de los años 80, distintos investigadores, habían vinculado ciertos entornos familiares (aquellos que son particularmente críticos o sobreprotectores) con peores resultados para las personas con esquizofrenia (Leff y Vaughn, 1985). La Dra. Hoffman inició una investigación con el objetivo de observar impacto de los entornos familiares en las personas con TLP, en concreto, quería conocer el impacto de factores como la crítica, la hostilidad y la sobre implicación emocional en estas familias. Los resultados fueron inesperados, demostraron como un entorno familiar particularmente crítico no tuvo un gran impacto aparente en los síntomas límite a lo largo del tiempo, sin embargo, un ambiente protector e implicado sí lo tuvo, los niveles más elevados de sobre implicación emocional se asociaron con mejores resultados y ausencia de rehospitalización (Hooley y Hoffman, 1999). Eso le proporcionó una idea, pensó en la posibilidad de crear una organización de apoyo a familiares. Según Hoffman, hacía falta conseguir una “adecuada” implicación emocional en los familiares. Por otro lado, Alan Fruzzetti se formó en el grupo de trabajo de Dra. Marsha Linehan, creadora de la DBT para pacientes con TLP. Ambos, Hoffman y Fruzzetti fundaron y dirigieron una red familiar que no solo brindaba “educación autorizada” sobre la personalidad límite, sino que también desarrollaba habilidades para manejarla, reclutando a los padres para que enseñaran a los padres. En este contexto, desarrollaron el programa Family Connections (en adelante FC) (Hoffman

et al., 2005, 2007), una intervención grupal para familiares de personas con TLP en las que las familias se enseñan mutuamente cómo sobrellevar la situación, guiadas por algunos de los mismos principios utilizados por los terapeutas. Se trata de un programa manualizado de doce sesiones de duración, de dos horas cada una de ellas, y está basado en la DBT (Linehan, 1993) y en el Modelo de Estrés, Afrontamiento y Adaptación (Lazarus y Folkman, 1986/1984). Los objetivos del programa son: 1. Proporcionar psicoeducación que permita ayudar a entender los síntomas y comportamientos asociados a las personas con TLP y los síntomas relacionados; 2. Proporcionar un entrenamiento en habilidades individuales y familiares, para ayudar a los familiares a entender y a manejar sus propias respuestas emocionales a las situaciones y en sus relaciones. 3. Desarrollar una red de apoyo de miembros de la familia con otras personas que se encuentran en una situación similar. Una peculiaridad de este programa, es que puede ser implementado por familiares y/o profesionales. Los autores señalan sobre la intervención que no es psicoterapia sino un entrenamiento en habilidades. Por ello, con un adecuado entrenamiento, también pueden impartirlo los familiares o voluntarios, como se describe más adelante.

El contenido del programa se divide en seis módulos (Fruzzetti et al., 2005) (ver Figura 1). El programa combina psicoeducación sobre el TLP, y distintos módulos de entrenamiento en habilidades individuales y familiares. En general, las habilidades de atención plena, aceptación, y autogestión de las emociones, se enseñan primero para maximizar la capacidad de regular las emociones (Hoffman et al., 2005). La investigación demuestra que cuando las emociones están reguladas, las personas pueden utilizar mejor sus habilidades cognitivas y, por lo tanto, están en mejores condiciones para tomar decisiones adecuadas. Una vez que se han descrito y entrenado estas habilidades, se introducen las habilidades de eficacia interpersonal como, por ejemplo, validación, mindfulness de la relación, las habilidades de gestión de problemas y observación de los límites. La habilidad de observación de los límites describe cómo un miembro de la familia puede elegir limitar su implicación con la persona con TLP, o ampliar sus límites para acomodarse a sus valores.

Figura 1*Módulos del Programa Family Connections***Módulo 1. Introducción**

- Orientaciones sobre el programa
- Orientación e información actual sobre la investigación acerca del TLP
- Criterios y síntomas del TLP y la desregulación de las emociones

Módulo 2. Educación Familiar

- Psicoeducación sobre los factores biosociales relacionados con la etiología del TLP.
- Tratamientos disponibles para el TLP y los trastornos comórbidos
- Modelo transaccional

Módulo 3. Habilidades de Mindfulness en las relaciones

- Autorregulación emocional
- Habilidades de atención plena
- Disminución de los juicios y de la vulnerabilidad emocional

Módulo 4. Habilidades del ambiente familiar

- Habilidades para mejorar la calidad de las relaciones, comprendiendo la relación entre el individuo y el bienestar de la familia
- Disminución de los pensamientos desadaptativos relacionados con la culpa
- Habilidades de aceptación radical

Módulo 5. Habilidades de Validación

- Expresión precisa y eficaz de uno mismo (habilidades de validación y autovalidación)
- Disminuir la invalidación
- Establecer límites claros y lograr el respeto por uno mismo

Módulo 6. Manejo de problemas

- Eficacia interpersonal
- Definir los problemas y colaborar en su resolución
- Saber cuándo centrarse en la aceptación o en el cambio

En general, el programa original y sus distintas replicaciones han mostrado disminuciones significativas en la carga de la enfermedad, disminuciones significativas del malestar percibido, disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva. Además, se observa un incremento en la experiencia subjetiva de dominio/empoderamiento de los participantes. Estos cambios se mantienen o incluso mejoraron en seguimientos de tres a seis meses (Flynn et al., 2017). En la actualidad, se trata del programa con mayor apoyo empírico para familiares de personas con TLP o desregulación emocional (Ekdahl et al., 2014; Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005, 2007; Liljedahl et al., 2019, Guillén, 2022).

Asimismo, quisiéramos poner de manifiesto que en el año 2001, Hoffman y Fruzetti, fundaron la asociación *National Education Alliance for Borderline Personality Disorder* (NEA-BPD). En la actualidad, es una de las principales organizaciones en defensa y apoyo a familiares del paciente con TLP en Estados Unidos, y desde donde ha apoyado la diseminación del programa FC. El objetivo fundamental de NEA-BPD es tratar de aumentar la conciencia pública, dar visibilidad y apoyo al

paciente con TLP y a sus familias. Para ello, intentan acercar recursos psicológicos para mejorar la calidad de vida de los afectados (e.g., realizando grupos para familiares), proporcionar educación de los profesionales (e.g., realizando cursos para profesionales), promover la investigación y trabajar con familias y con pacientes en recuperación. Del mismo modo, los autores del programa han contribuido en expandir la asociación NEA-BPD a otros países como Reino Unido (NEABPD-UK), España (NEABPD-SPAIN), Australia (NEABPD-Australia), Nueva Zelanda (NEABPD-NZ), Italia (NEABPD-Italia) o Israel (NEABPD-Israel). En todos ellos, el objetivo es el mismo, tratar de impulsar la “educación” para familiares de personas con TLP y para clínicos. En todos estos países, hay listas de espera para poder acceder a los grupos.

A continuación, se describe el modelo de supervisión que han utilizado para formar a clínicos y a familiares.

Modelo de Supervisión

En general, se requiere de un periodo de formación o entrenamiento para poder obtener una capacitación oficial para poder realizar grupos de FC. La capacitación oficial se denomina: “*Family Connection Leader Training*” (FC-Leader Training). Los programas FC están dirigidos por dos líderes: dos familiares, dos profesionales o una combinación de familiar y profesional. En cualquiera de los casos, los grupos están dirigidos por un terapeuta y un coterapeuta. En la primera opción, los grupos dirigidos profesionales o clínicos, hace referencia a personas que trabajan con esta población como, por ejemplo, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, etc. En la segunda opción, los grupos dirigidos por familiares o voluntarios, hace referencia a familiares o amigos de las personas que padecen TLP o problemas de desregulación emocional. En la tercera opción, una combinación de familiar y profesional, el curso lo imparten conjuntamente entre un clínico y un familiar, cada uno de ellos tendrá asignado el rol de terapeuta y coterapeuta. Hasta el momento, que nosotros tengamos constancia, no hay ningún estudio que haya sometido a prueba específicamente la eficacia diferencial entre los grupos dirigidos por profesionales, por clínicos o mixto. Si bien, si existen estudios de eficacia donde en los tres casos los familiares han obtenido buenos resultados antes con respecto a después de realizar el grupo (Hoffman et al., 2005, 2007; Flynn et al., 2017).

En este proceso, el terapeuta y el coterapeuta de los distintos grupos tratan de identificar a posibles candidatos para aprender a dirigir grupos de familiares, que cuenten con las características necesarias para poder impartir grupos de familiares. Por ejemplo, habilidades de comprensión, habilidades de comunicación, no tener ningún problema de salud mental incapacitante (o tener salud mental), querer implicarse en ayudar a los demás, etc. Las personas interesadas y que cuenten con las características adecuadas, pasarán por un período de formación establecido por etapas, hasta que tengan la formación necesaria para poder realizar grupos de FC a otros familiares.

Familiar (o participante) de un grupo de FC para familiares de TLP. El primer paso para los familiares suele ser ponerse en contacto con la asociación NEABPD del país al que corresponda (EEUU, UK, España, Australia, Nueva Zelanda, Italia, Israel), solicitando realizar un curso de FC. En todas ellas, disponen de páginas web con la información en varios idiomas, y enlaces para la inscripción de los grupos. El familiar pasa a ser inscrito en una lista de espera, y se ponen en contacto con el familiar en cuanto se forma un nuevo grupo (que suele ser desde unas semanas, a uno o dos meses). Tal y como se ha descrito anteriormente, este grupo tiene una duración de 12 semanas, con sesiones semanales de dos horas de duración, y un total de 6 módulos. En la actualidad, este grupo se realiza de manera presencial, o bien online. En la modalidad online, es más rápido formar grupos ya que pueden unirse familiares de distintas partes del país.

Una vez el familiar ha realizado el primer grupo de FC, resulta muy habitual que solicite hacer otro grupo (o grupos) de FC. Los contenidos de las sesiones son muy extensos y hay numerosos ejercicios tanto durante la sesión como entre sesiones, las tareas para casa. Por ello, resulta frecuente que los familiares reclamen realizar otro grupo de FC, incluso en varias ocasiones. Esto mismo sucede frecuentemente con los grupos de DBT para pacientes, llegan a realizar el grupo de 6 meses de habilidades en varias ocasiones. Desde nuestro punto de vista, esto tiene ventajas. Por un lado, el familiar dispone de más tiempo para comprender, asimilar y practicar las habilidades que está aprendiendo. Por otro lado, los terapeutas tienen más tiempo para conocer a los familiares, así como sus recursos y habilidades. A lo largo de este proceso, los terapeutas decidirán si alguno de los participantes posee las características adecuadas, y si fuera el caso, le ofrecerán una recomendación para asistir a la formación de 2 días para *FC-Leader Training*. Por último, señalar que no resulta frecuente identificar líderes en todos los grupos que se realizan, al contrario, es un proceso delicado, y además requiere una implicación mutua por ambos lados. En ocasiones, los familiares no tienen las habilidades descritas, y otras veces, los familiares no pueden o están interesados en dedicar tiempo al proyecto. Sin embargo, con el paso del tiempo, cada vez en más países van surgiendo más terapeutas que reciben el entrenamiento y se sienten capaces y dispuestos a dedicar una parte de su tiempo a este proyecto solidario, altruista y enormemente gratificante al poder ayudar a otros familiares que están en su misma situación. Resulta muy frecuente escuchar a los líderes expresar “*cómo FC ha cambiado sus vidas*”, o “*permanecer en este proceso, supone seguir aprendiendo y afianzando habilidades*”. Por tanto, el camino estándar es asistir al programa grupal inicial (o a varios), y recibir una recomendación de los terapeutas del programa para asistir a una formación de 2 días (16 horas) para líderes de FC, y finalmente, obtener la capacitación de la NEA-BPD como líder de FC.

Consideramos importante señalar que la NEABPD ofrece a los familiares y a los profesionales formación y apoyo gratuito. En algunos países como EEUU o Nueva Zelanda puede haber que pagar una pequeña cuota para contribuir al alquiler

del local y a las fotocopias de los manuales en los grupos que se realizan de manera presencial, pero en Australia o en España la política es absolutamente gratuita.

Alumno del curso *Family Connection Leader Training*. En segundo lugar, el curso de *FC-Leader Training* supone dos días de formación intensiva con un total de 16 horas de duración. Este curso, suele estar formado por 15-20 personas. En el curso, se repasan los contenidos del programa (psicoeducación y habilidades), y se ofrecen habilidades sobre cómo impartirlo. *FC-Leader Training* también puede ser impartido por clínicos, por familiares o voluntarios o por una combinación de clínicos y familiares/voluntarios. En la actualidad, el curso también se realiza en modalidad online, y se completan el mismo número de horas, *pero* distribuidas en más días para que resulte más sencillo. Por ejemplo, 4 días de 4 horas cada uno; o bien, 3 días de 5, 5 y 6 horas.

El procedimiento consiste en una inmersión profunda en lo que denominan el plan de estudios de FC. En la capacitación para líderes de cada programa se dispondrá de dos *leader training* que guiarán a los participantes a través de los contenidos del programa. Se trata de un programa muy completo, con materiales de apoyo muy útiles. Para ello, cada módulo se abordará con un estilo sencillo, que incluye ejemplos, juegos de roles, videos de demostración de las habilidades, numerosos ejercicios y un tiempo para debate y preguntas. Estos videos titulados: “Abre la mente, antes de abrir la boca”, contienen numerosos ejemplos de situaciones, donde los familiares pueden verse reflejados e identificados y así tratar de disminuir la sensación de culpa tan frecuente en familiares. Asimismo, se muestran escenas cuando los familiares utilizan las habilidades y también cuando no las utilizan para que se puedan ver y debatir las consecuencias de cada una de las situaciones. El material también contiene tarjetas con recordatorios o explicaciones breves de las mini-técnicas de DBT.

Cada día, se divide a los participantes en grupos pequeños de tres o cuatro personas, y el líder facilitará la discusión y la práctica de las distintas habilidades. El alumno puede ser un alumno recién graduado, o un líder algo más experimentado, o un profesional de la salud mental que está aprendiendo sobre los programas FC por primera vez. En todos estos casos, los distintos participantes terminarán el curso con una comprensión aún mayor de la educación, las habilidades y el apoyo que FC ofrece a las familias.

Tal y como se ha indicado, la NEABPD ofrece a los familiares y a los profesionales apoyo y formación. Si bien, la NEABPD solicita a los familiares de los cursos de *FC-Leader Training*, un compromiso para impartir grupos de FC, una vez hayan recibido la capacitación. Por tanto, una vez el participante ha recibido el curso de capacitación, la NEABPD solicita el compromiso a los participantes de codirigir al menos tres grupos de FC (virtuales o presenciales) dentro de los próximos tres años, el primero de los cuales se llevará a cabo dentro de los 9 meses posteriores a la capacitación. El planteamiento que realiza la NEABPD es que desde la asociación dedican recursos, tiempo y esfuerzo a la formación de líderes y lo que

solicitan a los participantes de los cursos de *FC-Leader Training* es que dediquen una pequeña parte de su tiempo a impartir grupos de FC para familiares. Se trata de una manera de favorecer la continuidad de grupos de FC y la diseminación de este programa gratuito.

Por otro lado, los clínicos o profesionales de la salud mental son bienvenidos a participar para mejorar sus conocimientos, estén interesados o no en codirigir el programa. Aunque también se les anima a dirigir grupos de FC, no se piden un compromiso, porque ya dedican su jornada laboral a ayudar a personas con problemas psicológicos. Sin embargo, a los clínicos se les solicita que se comprometan con un código de conducta que deben firmar antes de realizar el curso. Básicamente se les recuerda la importancia de respetar la totalidad del contenido del programa de FC. Se trata de un modelo validado con apoyo empírico que ha demostrado ser útil cuando se aplica tal como está diseñado. Como líder de FC, se espera que enseñe los módulos tal como se presentan, y no introduzca otras habilidades que el profesional pueda considerar de utilidad. En segundo lugar, a los clínicos se les anima a codirigir con una persona que sea familiar de alguien con TLP. Esto le permite reconocerlos y apoyarlos, reflejando así la validación entre pares. Es importante que la relación de codirección sea desde una relación simétrica e igualitaria. Aunque los clínicos suelen tener una gran experiencia en la materia, la validación entre iguales del líder familiar es la base del modelo de FC (Ver Tabla 3) y se le da mucha importancia a respetar esta cuestión.

Observador de un Grupo de FC. El familiar asiste al grupo de FC como parte del equipo de FC, sin embargo, todavía no imparte contenidos en cuanto a psicoeducación o habilidades. Se trata de un familiar en formación y asume el rol de observador no participante en el grupo que dirige un clínico o un familiar. El familiar puede participar en la dinámica grupal, pero tiene un rol menos central que el terapeuta y coterapeuta. En ocasiones se da la oportunidad al familiar de participar en algunos momentos, por ejemplo, introduciendo un ejercicio o algún contenido específico. En general, el líder dedicará un tiempo entre sesiones para solucionar las dudas que le vayan surgiendo el familiar en el grupo. Son sesiones de trabajo presenciales u online que se suelen realizar antes o después de las sesiones grupales, y sirven para afianzar los contenidos o disipar las dudas que pueda tener el familiar. Este proceso ayuda a los familiares a familiarizarse con ese nuevo rol en el grupo, ganar confianza y seguir aprendiendo.

Coterapeuta de un Grupo de FC. El familiar realiza el grupo como coterapeuta. Por tanto, tendrá una posición más activa que en la fase anterior, sin embargo, el peso del grupo lo ejerce el terapeuta. En esta parte del proceso el familiar tiene la oportunidad de empezar a explicar más contenidos del programa, habilidades, ejemplos, etc. Para entonces ya debería conocer bien la estructura de cada sesión y todos los conceptos y habilidades que se presentan. El coterapeuta, también realizará ejercicios con los participantes, y se expondrá a las preguntas que vayan surgiendo a lo largo de las sesiones, pero siempre con la ayuda y colaboración del

terapeuta. En definitiva, el familiar va a ir adquiriendo más experiencia y soltura con el grupo en la figura de líder.

Terapeuta de un Grupo de FC. En esta última etapa, el familiar ya tiene el bagaje y los conocimientos para realizar el grupo como terapeuta. Como se ha comentado, los grupos están dirigidos por dos terapeuta y coterapeuta y entre ellos se repartirán los contenidos de las sesiones. Suele haber un líder más experimentado, y el otro líder continúa progresando. Por motivos de seguridad, en diversos países, como por ejemplo en Reino Unido, los servicios públicos de salud no permiten que los familiares dirijan un grupo sin un clínico cualificado (psicólogo, psiquiatra, etc.) contratado por el servicio de salud. Por tanto, en estos países, pueden obtener la capacitación, pero no pueden dar un grupo de FC sin un clínico como terapeuta (ver Tabla 1).

Tabla 1

Etapas de Formación de Líderes en FC

Grupo de FC / Curso de Leader Training	Rol en el proceso
1.- Familiar (o participante) de un grupo de FC para familiares de TLP. (Grupo de 12 sesiones, 24 horas)	Familiar de un grupo
2.-Alumno del curso <i>FC Leader Training</i> para la formación de líderes (Curso de dos días, 16 horas)	Alumno del curso <i>FC Leader Training</i>
3.- Observador de un grupo de FC (Grupo de 12 sesiones, 24 horas)	Observador no participantes de un grupo
4.- Coterapeuta de un grupo de FC (Grupo de 12 sesiones, 24 horas)	Coterapeuta de un grupo
5.-Terapeuta de un grupo de FC (Grupo de 12 sesiones, 24 horas)	Terapeuta de un grupo

NEABPD-SPAIN y Family Connections en España

En el año 2019, Alan Fruzzetti y Perry Hoffman, nos encomendaron la tarea poner en marcha NEABPD-SPAIN con el objetivo de desarrollar en España este proyecto. Quisiéramos poner de manifiesto que desde el principio nos han ayudado y apoyado para desarrollar este proyecto y les estamos enormemente agradecidos. En la actualidad, la “Alianza Nacional para la Educación del TLP” en España, está formada por un grupo de psicólogos clínicos e investigadores de la Universidad de Valencia y la Universidad Jaume I de Castellón, así como de familiares¹.

Desde entonces, siguiendo el modelo de trabajo que EEUU y el resto de países, se han realizado numerosos grupos para familiares, y también se han realizado numerosos curso de formación. Asimismo, hasta el momento, el grupo de trabajo ha obtenido varios proyectos de investigación con fondos públicos, que también han contribuido a impulsar el proyecto en España. El primero de ellos, titulado:

¿Quién cuida del cuidador? Tratamiento para familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, obtenido en la convocatoria de proyectos Emergentes de la Generalitat Valenciana (GV/2019). El objetivo fue traducir al castellano y adaptar el programa FC para familiares de personas con TLP y someter a prueba su eficacia en un estudio controlado aleatorizado en una muestra formada por 121 familiares (Fernández-Felipe et al., 2020). Los resultados muestran diferencias en el grupo de FC en la disminución significativa de la carga y e la sintomatología ansiosa y depresiva, y en la mejoría estadísticamente significativa de las habilidades de dominio y empoderamiento. Además, los cambios se mantuvieron en el seguimiento a 6 meses. En segundo lugar, los resultados en los pacientes también mostraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de FC en variables clínicas relevantes como es la disminución de la depresión, ansiedad y estrés, disminución de la interferencia emocional, así como un aumento en la percepción de validación de los pacientes por parte de sus familiares. Por tanto, los datos obtenidos tanto en pacientes como en familiares demuestran que el programa resultó eficaz (Fernández- Felipe et al, en prensa).

En segundo lugar, el grupo de trabajo obtuvo el proyecto “*Cuidando de Todos*”: *Eficacia y efectividad de un Programa de Intervención para familiares de pacientes con conductas suicidas*, en la convocatoria de Retos de la Sociedad del Plan Estatal (2017-2020). En este trabajo se adaptó el programa inicial de FC para familiares de TLP, para aplicarlo en familiares de personas que han realizado conductas suicidas en un ensayo controlado aleatorizado. Resulta curioso que siendo tan grave y relevante el problema del suicidio en la actualidad, no existan programas con apoyo empírico para ayudar a los familiares (Marco et al., 2022). La muestra estuvo formada por 124 familiares de personas que habían cometido al menos un intento de suicidio. Hasta el momento solo disponemos de los datos del estudio piloto, formado por 17 familiares y 9 pacientes. Los resultados de este estudio preliminar muestran que los familiares obtuvieron diferencias significativas en la disminución de la carga, disminuyó la sintomatología ansiosa y depresiva, y mejoró de forma significativa el funcionamiento familiar. Con respecto a los resultados obtenidos por los pacientes, se observa una reducción en las conductas suicidas, en el número de autolesiones, en el número de visitas a urgencias y de episodios de violencia en la familia. Estos resultados preliminares muestran la utilidad de la intervención en familiares de personas con conducta suicida (Guillén et al, en prensa).

En tercer lugar, el grupo de investigación obtuvo el proyecto: “Family Connections para familiares de pacientes con trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad” en la convocatoria de Grupos Consolidados de la Generalitat Valenciana (AICO/2021). En este trabajo, se ha adaptado y sometido a prueba la eficacia del programa para ser aplicado en familiares de personas con trastornos alimentarios (TA) y/o trastornos de la personalidad (TP) (Guillén et al., 2022). Hasta el momento, no se han desarrollado intervenciones para familiares de personas con TA y TP. Sin embargo, resulta muy común experimentar comorbilidad entre ambos

trastornos. El objetivo del trabajo ha sido adaptar el programa para ser aplicado en familiares de pacientes con un TA y un TP en un ensayo clínico controlado aleatorizado comparado con una condición control consistente en el tratamiento habitual optimizado. La muestra está formada por 130 familiares de personas con un TA y un TP. El proyecto se encuentra en desarrollo en este momento.

Discusión

El objetivo de este trabajo es describir el programa FC para familiares de personas con TLP y desregulación emocional, así como el modelo de supervisión que utiliza.

En primer lugar, quisiéramos poner de manifiesto la importancia de ofrecer ayuda a los familiares de personas con trastornos psicológicos graves. En la actualidad, todavía resulta muy frecuente que los clínicos se centren en atender a los pacientes, es decir, se centren en lo urgente (o en lo más grave), y casi sin ser conscientes, dejen de atender lo importante (los familiares). Hasta cierto punto en algunos momentos del proceso puede resultar comprensible. Si bien, no atender a los familiares supone perder la oportunidad de ayudar al propio paciente desde otras perspectivas, desde donde la ayuda puede resultar enormemente eficaz. Según la Dra. Lois Choi-Kain, directora del *Adult Borderline Center and Training Institute en McLean Hospital*, “muchos psicoterapeutas tienden a inclinarse hacia un lado y culpar a las familias y Hoffman y Fruzzetti, fueron una fuerza contra todo eso” (Carey, diciembre de 2019). Según Fruzzetti, “Perry Hoffman democratizó todo el campo; ella reunió a pacientes, familiares, profesionales, todos en la misma habitación; esa fue su idea, y era inaudito en ese momento” (Carey, diciembre de 2019). El éxito del programa se convirtió en su propia evidencia contundente para refutar los mitos sobre el TLP. Por ello, hoy por hoy, teniendo toda la información de que disponemos, consideramos fundamental integrar en la práctica clínica de psicólogos y psiquiatras, otras maneras de ayudar a los pacientes que padecen graves problemas psicológicos. FC es un buen ejemplo de ello. En este sentido, destacar también la importancia de diseñar estrategias de implementación para incluir estas intervenciones de manera rutinaria en distintos países, ya que todavía son muy pocos los centros que incluyen a los familiares en los tratamientos de manera rutinaria.

En segundo lugar, otra innovación importante es el modelo de formación que utilizan, se trata de un programa de educación multi-familiar diseñado a partir del *Family-to-Family Program*, donde los familiares capacitados lideran un grupo de apoyo formado por familiares (Hoffman et al., 2005). En este modelo de supervisión, los líderes capacitados, identifican a familiares con una serie de características y habilidades (por ejemplo, buenos comunicadores, empáticos, ausencia de trastornos mentales incapacitantes, etc.) y por supuesto, que quieran implicarse en el proceso. Para ello, pasarán por un periodo de formación establecido por etapas, hasta que tengan los conocimientos y las habilidades necesarias para poder realizar grupos de FC. En este modelo se utiliza la figura del coterapeuta, que trabajará

de forma coordinada con el terapeuta fundamentalmente en formato grupal. La única condición que se solicita a los familiares, es el compromiso de realizar tres grupos de FC una vez han recibido la formación en los tres años, posteriores a la capacitación. Esta es la manera en que han conseguido implementar un programa de tratamiento gratuito y diseminarlo entre distintos países. Como se ha descrito, el programa lleva funcionando más de 20 años, gracias al esfuerzo solidario de numerosas familiares y clínicos que recibieron el programa y decidieron formarse, para poder ayudar a otras personas. Que nosotros tengamos constancia, no existen otros modelos de supervisión y diseminación en la literatura que resulten gratuitos y que hayan consolidado de esta manera con el paso del tiempo.

En tercer lugar, FC no es una psicoterapia, es un entrenamiento en habilidades y como tal, pueden aprenderlo tanto los familiares o voluntarios. En este sentido, una cuestión a dilucidar, es si resulta más beneficioso que los programas los realicen familiares o voluntarios que ya han recibido el grupo como en el programa de FC (Hoffman et al., 2005, 2007), o bien, si resulta más eficaz, que lo realicen clínicos expertos en DBT (Flynn et al., 2017). Tal vez, resulte de utilidad comparar estos dos formatos (grupo dirigido por familiares vs grupo dirigido por clínicos). Que nosotros tengamos noticias, hasta el momento no existe ningún estudio que analice la eficacia entre ambos formatos.

Sin embargo, se han publicado estudios donde han formado en el programa de FC a equipos clínicos que trabajan con pacientes con TLP con buenos resultados (Burke et al., 2019). El trabajo de Burke y su equipo, describe una intervención, Clinical Connections (CC), desarrollada para apoyar a los grupos de profesionales que trabajan con personas con TLP. Para ello, aplicaron FC en formato taller de siete horas de duración a médicos del Servicio de Urgencias y de Salud Mental Comunitaria, y obtuvieron una mejora en el conocimiento y en las habilidades de los clínicos. En esta misma línea, quisiera señalar el trabajo realizado por equipo de Grenyer et al. (2019) denominado “Project Air Strategy” en el que ofrecen un proyecto integral comunitario para atender al TLP. Tal y como se ha comentado, no solo ofrecen tratamiento a pacientes con TLP y a familiares, sino que también proporcionan formación y asesoramiento a otros contextos de profesionales que están en contacto con las personas con TLP, como los profesores y orientadores en los colegios, o las enfermeras, los trabajadores sociales y educadores que trabajen en salud mental. Consideramos que es un excelente ejemplo de cómo es posible implicar a un elevado número de personas, desde muy distintos ámbitos, proporcionales una adecuada formación y entrenamiento para que puedan ayudar a pacientes y familiares de TLP.

En cuarto lugar, nos gustaría señalar, las posibles ventajas y utilidad de poder ofrecer los grupos y los cursos de entrenamiento en formato online. Gracias a la pandemia, todos los países tuvieron que adaptarse a esta situación y finalmente, a pesar de las reticencias iniciales tanto de los terapeutas como de los familiares, en todos los países continuaron realizando los grupos online. Afortunadamente, fue

posible continuar trabajando y esta modalidad nos ayudó a todos los implicados a descubrir importantes ventajas. Guillén y el grupo de FC en España, publicaron un estudio donde compararon la eficacia de los grupos realizados en formato presencial con los grupos realizados online y no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, ambos resultaron eficaces antes con respecto a después del programa (Guillén et al., 2022). Todo ello nos hace pensar en las posibilidades de incluir algunos componentes del tratamiento con ayuda de las nuevas tecnologías, por ejemplo, incluir un cd como complemento o como sustitución de una parte del tratamiento, por ejemplo, los componentes psicoeducativos. O tal vez, incluso la posibilidad de ofrecer el programa completo auto-aplicado online para familiares de TLP. Todo puede ser posible en un futuro más o menos lejano.

Este trabajo tiene limitaciones, la más importante es que hasta el momento, no es posible ofrecer datos objetivos de este modelo de supervisión. Tampoco disponemos de los datos del número de grupos o cursos que se han ido realizando en los distintos países a lo largo de los años. Se trata de un artículo descriptivo de una intervención para familiares y de su modelo de supervisión. Se ofrecen los datos de los resultados obtenidos por los familiares en el programa original y en las posteriores replicaciones (Ekdahl et al., 2014; Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005, 2007; Liljedahl et al., 2019, Guillén, 2022). Además, en términos coste beneficio, se trata de una intervención relativamente sencilla tanto de aprender cómo de aplicar. En este sentido, se describe como el programa se ha diseminado a otros países siguiendo la misma filosofía de trabajo. A diferencia de otras “terapias o marcas de tratamiento”, este modelo está basado en una filosofía altruista y solidaria que lo que pretende es que el programa esté disponible para todos aquellos que puedan necesitarlo. Para ello, ha entrenado y capacitado a muchos familiares, voluntarios y a muchos clínicos de distintos países que a su vez siguen impulsando el proyecto.

Por ello, desde nuestro punto de vista, resulta fundamental continuar trabajando en esta dirección para tratar de acercar la intervención a todos los clínicos o familiares que puedan necesitarlo. Si bien, queda mucho por hacer en este campo, esta línea de trabajo no ha hecho más que empezar.

Notas:

1- <https://neabpdspain.org>

Referencias

- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD [Tratamiento basado en mentalización para TPL]. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Martínez Roca.
- Burke, L., Kells, M., Flynn, D. y Joyce, M. (2019). Exploring staff perceptions of the utility of clinician connections when working with emotionally dysregulated clients [Explorar las percepciones del personal sobre la utilidad de las conexiones médicas cuando se trabaja con clientes emocionalmente desregulados]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(12). <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0109-0>

- Carey, B. (2-12-2019). Perry Hoffman, 75, Dies; saw family support as key to psychiatric care [Muere Perry Hoffman, 75 años; Consideró que el apoyo familiar era clave para la atención psiquiátrica]. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/2019/12/02/health/perry-hoffman-dead.html>
- Ekdahl, S., Idvall, E. y Perseus, K. I. (2014). Family skills training in dialectical behaviour therapy: the experience of the significant others [Entrenamiento en habilidades familiares en terapia dialéctica conductual: la experiencia de los otros significativos]. *Archives of Psychiatry Nursing*, 28(4), 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.03.002>
- Fernández-Álvarez, H. (2017). El futuro de la supervisión. *Revista Psicólogos*, 7(20a), 97-108. <https://www.colegiodepsicologos.org.gt/revistas/>
- Fernández-Felipe, I., Guillén, V., Marco, H., Díaz-García, A., Botella, C., Jorquera, M., Baños, R. y García-Palacios, A. (2020). Efficacy of “Family Connections”, a program for relatives of people with borderline personality disorder, in the Spanish population: study protocol for a randomized controlled trial [Eficacia de “Family Connections”, un programa para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad, en población española: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio]. *BMC Psychiatry*, 20(320). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02708-8>
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., Suárez, C., Cotter, P., Hurley, H. Weihrauch, M. y Groeger, J. (2017). Family connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study [Conexiones familiares versus tratamiento habitual optimizado para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad: estudio controlado no aleatorizado]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(18). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0069-1>
- Fruzzetti, A., Shenk, C. y Hoffman, P. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model [Interacción familiar y desarrollo del trastorno límite de la personalidad: un modelo transaccional]. *Development and Psychopathology*, 17, 1007–1030. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050479>
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder [Experiencia familiar del trastorno límite de la personalidad]. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133–138. <https://doi.org/10.1375/anft.29.3.133>
- Grenyer, B., Bailey, R., Lewis, K., Matthias, M., Garretty, T. y Bickerton, A. (2019). A randomized controlled trial of group psychoeducation for carers of persons with borderline personality disorder [Un ensayo controlado aleatorio de psicoeducación grupal para cuidadores de personas con trastorno límite de la personalidad]. *Journal of Personality Disorder*, 33(2), 214–228. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_340
- Guillén, V., Bolo, S., Fonseca-Baeza, S., Pérez, S., García-Alandete, J., Botella, C. y Marco, J. H. (2023). Psychological assessment of parents of people diagnosed with borderline personality disorder and comparison with parents of people without psychological disorders [Evaluación psicológica de padres de personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad y comparación con padres de personas sin trastornos psicológicos]. *Frontiers in Psychology*, 13(1097959). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1097959>
- Guillén, V., Díaz-García, A., Mira, A., García-Palacios, A., Escrivá-Martínez, T., Baños, R. y Botella, C. (2022). Interventions for family members and Carers of patients with borderline personality disorder: a systematic review [Intervenciones para familiares y cuidadores de pacientes con trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática]. *Family Process*, 60(1), 134–144. <https://doi.org/10.1111/famp.12537>
- Guillén, V., Fernandez-Felipe, I., Perez, S., García-Alandete, J. y Marco, J. H. (2022). Family Connections vs Treatment at Usual Optimized in the treatment of relatives of people with eating disorders and personality disorders. Study protocol of a randomized control trial [Conexiones Familiares vs Tratamiento Habitual Optimizado en el tratamiento de familiares de personas con trastornos alimentarios y de personalidad. Protocolo de estudio de un ensayo de control aleatorio]. *BMC Psychology*, 11(88). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01138-x>
- Guillén, V., Fonseca-Baeza, S., Fernández de Felipe, I., Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A. y Marco, J. H. (2022). Effectiveness of family connections intervention for family members of persons with personality disorders in two different formats: online vs face-to-face [Efectividad de la intervención de conexiones familiares para familiares de personas con trastornos de personalidad en dos formatos diferentes: online vs presencial]. *Internet Interventions*, 28(100532), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100532>
- Guillén, V., Marco, J., Jorquera, M., Bolo Miñana, S., Bádenes, L., Roncero, M. y Baños, R. (2018). ¿Quién cuida del cuidador? Tratamiento Para familiares de personas con trastornos alimentarios y trastornos de personalidad. *Informació Psicológica*, 116, 65–78. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.116.4>

- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E. y Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: an education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder [Comprender e involucrar a las familias: un programa de educación, habilidades y apoyo para familiares afectados por el trastorno límite de la personalidad]. *Journal of Mental Health*, 16, 69–82. <https://doi.org/10.1080/09638230601182052>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., Buteau, E., Neiditch, E., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman, F. y Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder [Conexiones familiares: un programa para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad]. *Family Process*, 44(2), 217–225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>
- Hooley, J. M. y Hoffman, P. D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder [Emoción expresada y resultado clínico en el trastorno límite de la personalidad]. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1557–1562. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1557>
- Kay, M. L., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. y Downing, C. (2018). Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder [Experiencias de familiares que tienen un familiar diagnosticado con trastorno límite de la personalidad]. *Curationis*, 41(1), 1–9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1892>
- Kernberg, O. F. y Foelsch P. A. (2011). Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51/52, 7–40.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (Trad. M. Roca). Springer. (Trabajo original publicado en 1984)
- Liljedahl, S., Kleindienst, N., Wångby-Lundh, M., Lundh, L., Daukantaitė, D., Fruzzetti, A. y Westling, S. (2019). Family connections in different settings and intensities for underserved and geographically isolated families: a non-randomised comparison study [Conexiones familiares en diferentes entornos e intensidades para familias desatendidas y geográficamente aisladas: un estudio comparativo no aleatorio]. *Borderline Personality Disorder and Emotion and Dysregulation*, 6(14). <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0111-6>
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families* [Emoción expresada en las familias]. Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder* [Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad]. Guilford Press.
- Marco, J. H, Fonseca, S., Fernandez-Felipe, I., García-Palacios, A., Baños, R., Pérez, S., García-Alandete, J. y Guillen, V. (2022). Family connections vs treatment at usual optimized in the treatment of relatives of people with suicidal behaviour disorder: study protocol of a randomized control trial [Conexiones familiares versus tratamiento habitual optimizado en el tratamiento de familiares de personas con trastorno de conducta suicida: protocolo de estudio de un ensayo controlado aleatorio]. *BMC Psychiatry*, 22 (335). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03965-5>
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-based clinical supervision* [Supervisión clínica basada en evidencia]. Wiley-Blackwell.
- Milne, D. L. (2014). Toward an evidence-based approach to clinical supervision [Hacia un abordaje de supervisión clínica basado en evidencia]. En C. E. Jr. Watkins y D. C. Milne (Eds.), *The Wiley International handbook of clinical supervision* (pp. 38–60). Wiley.
- Miller, M. y Skerven, K. (2017). Family skills: a naturalistic pilot study of a family-oriented dialectical behaviour therapy program [Habilidades familiares: un estudio piloto naturalista de un programa de terapia conductual dialéctica orientado a la familia]. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6(2), 79–93. <https://doi.org/10.1037/cfp0000076>
- Scheirs, J. G. M. y Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder [Malestar psicológico en cuidadores o familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad]. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195–203. <https://doi.org/10.1177/0020764006074554>
- Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S. y Linehan, M. M. (2016). Dialectical behaviour therapy and domains of functioning over two years [Terapia dialéctica conductual y dominios de funcionamiento durante dos años]. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.013>
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* [Terapia cognitiva para los trastornos de la personalidad: un enfoque centrado en esquemas] (Rev.ed.). Professional Resource Exchange.

SUPERVISIÓN VIRTUAL DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS: LAS EXPERIENCIAS DE SUPERVISORES FRENTE AL CAMBIO DE MODALIDAD POR COVID-19

VIRTUAL SUPERVISION OF ACADEMIC PRACTICES: THE EXPERIENCES OF SUPERVISORS REGARDING THE CHANGE IN MODALITY DUE TO COVID-19

Emiliano Gutiérrez Fierros ¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7132-422X>

Ana Sáenz ¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6230-7002>

Antonio Tena-Suck ¹

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

Sandra Irma Montes de Oca ¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6389-3481>

¹Universidad Iberoamericana Ciudad de México. México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gutiérrez Fierros, E.A., Sáenz, A., Tena-Suck, A. y Montes de Oca, S. (2023). Supervisión virtual de prácticas académicas: Las experiencias de supervisores frente al cambio de modalidad por COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 55-71. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38698>



Resumen

Los estudiantes de Psicología tienen actualmente la necesidad de contar con una formación profesional que les garantice eficiencia y competencia en la solución de problemas de salud socioemocional. Las prácticas profesionales mediadas por tecnología -a distancia- han sido sin duda un dispositivo importante, para la enseñanza-aprendizaje de competencias, durante y posterior a la pandemia por COVID 19. El objetivo de la presente investigación fue explorar la experiencia de supervisión en la modalidad a distancia, desde la perspectiva de supervisores de prácticas profesionales de la licenciatura en psicología. Se llevaron a cabo tres grupos focales con supervisores de distintos semestres. Con el fin de llevar a cabo un análisis temático, se realizó la transcripción literal de los grupos focales y su lectura comprensiva en varias iteraciones, de las cuales derivó un libro de códigos, que se estudiaron y agruparon para crear temas de acuerdo con la relevancia y significancia. Finalmente, se realizó el reporte de los datos concentrando los patrones de información encontrados en seis temáticas: reorganización de la supervisión y práctica, aprendizajes y evaluaciones de la supervisión a distancia emergente, evolución del proceso de supervisión, impacto emocional de la supervisión y práctica a distancia, atención a las necesidades y retos de los estudiantes supervisados y desarrollo de habilidades de intervención psicológica en un entorno virtual.

Palabras clave: supervisión virtual, prácticas profesionales, análisis temático, estudiantes de psicología, covid19

Abstract

Psychology students currently have the need for professional training that guarantees them greater efficiency and competence to influence the solution of socioemotional health problems. Professional practicum classes mediated by technology -distance learning- have undoubtedly been an important scenario for the teaching-learning of clinical competencies during and after the COVID-19 pandemic. The objective of this research was to explore the experience of supervision in a distance learning modality, from the perspective of supervisors of professional practicum classes of undergraduate psychology students. Three focus groups were conducted with supervisors from different semesters. In order to carry out a thematic analysis, the verbatim transcriptions of the focus groups were read comprehensively and in various iterations, which generated a codebook. These codes were subsequently grouped in a series of themes according to relevance and significance. Finally, the data were reported, concentrating the patterns of information found in six themes: reorganization of supervision and practice, learning and evaluations of emergent distance supervision, evolution of the supervision process, emotional impact of distance supervision and practicum, attention to the needs and challenges of supervised students, and development of psychological intervention skills.

Keywords: online supervision, practicum classes, thematic analysis, psychology students, covid19

El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por COVID-19 una pandemia (2020). La crisis sanitaria que originó tuvo implicaciones en prácticamente todas las esferas de la vida humana, y la educación no fue la excepción.

La suspensión masiva de la educación presencial como medida para reducir los contagios entre la población provocó, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2020), la mayor interrupción de la historia en los sistemas educativos y afectó a casi 1.600 millones de estudiantes en más de 190 países en todo el mundo.

Frente a ello, los países implementaron estrategias de aprendizaje en línea, fuera de línea y la transmisión de programas educativos en medios de comunicación tradicionales, para dar continuidad a los currículos en todos los niveles educativos (UNESCO y CEPAL, 2020).

En el contexto mexicano, universidades públicas y privadas suspendieron actividades presenciales en marzo de 2020, lo que supuso para millones de docentes y estudiantes, el reto de emplear a su favor las herramientas digitales disponibles para satisfacer las necesidades de cada tipo de componente curricular. Uno de estos componentes lo constituyen las prácticas profesionales bajo supervisión.

Dentro del ejercicio de la supervisión existen principalmente tres tipos: directa o *in situ*, que se refiere a la revisión del ejercicio del aprendiz en el escenario real donde lleva a cabo su labor, y la indirecta o diferida, que se refiere a la revisión posterior de las actividades realizadas, ya sea apoyándose en el uso de grabaciones, diarios de campo o las narraciones directas de las y los estudiantes. El tercer tipo es una combinación de las dos anteriores. En relación a los ámbitos de la supervisión, ésta puede ser presencial, en línea o a distancia-virtual, éstos dos últimos son usualmente llamadas telesupervisión, por apoyarse en recursos tecnológicos basados en la internet.

Frente a lo que implica la supervisión, y tomando en cuenta que se trata de un componente curricular particularmente sensible a las afectaciones originadas durante el distanciamiento social, se pone en evidencia la importancia de indagar sobre los efectos que el cambio de modalidad educativa tras la pandemia ha generado en la ejecución de esta estrategia.

Prácticas Profesionales Durante la Formación en Psicología

Las prácticas profesionales se entienden como:

un dispositivo de enseñanza-aprendizaje estructurado, sistemático, problematizador y supervisado por académicas y académicos de la Universidad, de carácter estrictamente profesionalizante y académico (no laboral) que permiten la aplicación al mundo real del conocimiento, las habilidades y las actitudes desarrolladas por las y los estudiantes durante las clases; cuenta tanto con una temporalidad específica (semestral) como con objetivos precisos. (Montes de Oca, 2020, p. 10)

Este dispositivo pedagógico no sólo favorece la adquisición de habilidades

propias de una profesión, sino que contribuye a la construcción de la identidad profesional del estudiantado, pues provee espacios y oportunidades para la apropiación de lenguajes, valores y actitudes propias de la disciplina, así como para la exploración de dinámicas laborales y relaciones entre colegas (Rodríguez y Seda, 2013).

Para garantizar el éxito formativo de las prácticas profesionales se debe tomar en cuenta que, como señala Zabalza (2004), cuando estas se realizan sin acompañamiento de un profesional, se desaprovecha su capacidad formativa, quedando únicamente como vivencias interesantes, pero perdiendo su potencial como elicitadoras de aprendizajes profesionales y afianzadoras de habilidades. Aquí radica la importancia de la supervisión de las prácticas profesionales.

Es posible definir el proceso de supervisión como aquel en que se logra combinar el ejercicio profesional con la instrucción académica de las y los estudiantes, cuya principal función es ofrecer un acercamiento a las actividades profesionales de una carrera enmarcada dentro de las emociones y sentimientos que durante ellas se experimenten, todo bajo un marco teórico y conceptual que informan la praxis de la profesión (Puig-Cruells, 2015).

La Supervisión a Distancia, Virtual o Telesupervisión

Específicamente la telesupervisión puede definirse como las interacciones entre supervisores y supervisados mediante la utilización de Internet para promover la formación del estudiantado del área de la salud mental (Tarlo al., 2020). Su uso, de acuerdo con Ambrose (2000), puede ser un complemento a la supervisión presencial. No obstante, durante el periodo de pandemia y post pandemia por COVID-19, las distintas formas de telesupervisión se volvieron esenciales para dar respuesta a las necesidades de formación en psicología.

La labor del profesorado que supervisa las prácticas profesionales a distancia se ha tornado más compleja debido a la incorporación de la tecnología y al diseño de modelos de supervisión a distancia (Eberly Center for Teaching Excellence & Education Innovation, 2020). Según Gálvez et al. (2022) la inclusión de la tecnología en las prácticas y en la supervisión implica el entrenamiento de la y del supervisor y del supervisado en su uso, así como en las implicaciones éticas que su incorporación conlleva. Ejemplo de esto son el uso de cámara y de audios, el manejo confidencial del material que se supervisa (American Counseling Association [ACA], 2014; Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs [CACREP], 2015), y que las y los supervisores sean competentes en la utilización de la tecnología, entre otros.

Según Jiménez et al. (2018), algunas ventajas que ofrece la supervisión a distancia son la de observar la práctica del estudiantado independientemente de la distancia geográfica y la de hacer más eficientes los procesos de planeación y organización de recursos digitales. Esto ha permitido, en términos de las y los investigadores, que el alumnado tenga un mayor grado de autonomía. Por su parte, Inman et al. (2009) consideran que la telesupervisión además de eliminar las

restricciones de tiempo y espacio, permite llegar a zonas remotas y a grupos en situación de vulnerabilidad internacionales. Hara et al. (2000) reportaron que esta forma de realizar supervisión facilita a las personas supervisadas tener acceso a supervisoras y supervisores calificados, lo que promueve que esta actividad sea equitativa, viable y más utilizada (Wood et al., 2005).

Iman et al. (2019a, 2019b) reportan en su investigación que los beneficios para las y los supervisores que participan en la supervisión virtual se podrían agrupar en torno a cinco áreas: exposición a una cultura diversa y entorno de trabajo, flexibilidad, desarrollo de la o del supervisor, impacto positivo en la profesión y mantenerse al día con el campo de trabajo diverso.

Entre las características de la telesupervisión reportadas en la literatura, se encuentran que el binomio supervisor(a) y estudiantes se reúnan de forma asincrónica utilizando el correo electrónico o los chats, o de manera sincrónica a través de la web, de programas de software, principalmente Elluminate, Teams o Zoom (Chapman et al., 2011; Inman et al., 2019a, 2019b; Kanz, 2001).

La guía sobre el desarrollo de la telepsicología para psicólogas y psicólogos elaborada por Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013), sugiere que no existe una diferencia significativa entre las actividades realizadas durante la supervisión presencial y la supervisión llevada a cabo en línea debido, en otras cosas, a que esta última solo puede ser utilizada si las competencias de las y los supervisados fueron entrenadas previamente de forma presencial. Por su parte, Caballero et al. (2023), consideran que la supervisión a distancia puede llegar a ser equivalente en efectividad en comparación con la presencial; además, Bernhard y Camins (2020) refieren no haber encontrado una disminución significativa en la satisfacción o en la alianza de trabajo del estudiante con la supervisión a distancia.

Es por lo antes expuesto, que se hace indispensable la realización de investigaciones, como la presente, que permitan identificar con mayor precisión no solo la forma en la que se realiza una práctica supervisada a distancia, sino los elementos, los lineamientos y las características para supervisar el aprendizaje de las competencias de las y los estudiantes que se encuentran en formación.

Método

Se contactó vía correo electrónico a docentes de prácticas de la carrera de Psicología que desempeñan sus funciones en distintas instituciones dentro de México. Se realizó la invitación a personas con un grado de estudios mínimo de maestría, y con una experiencia mínima de cuatro años supervisando. El correo contenía una descripción general del proyecto, y les invitaba a participar para contar su experiencia. De esta manera, se logró la participación de 19 docentes universitarios de la carrera de Psicología provenientes de una universidad privada de la Ciudad de México. Los grupos focales se dividieron de acuerdo con el semestre de enseñanza: el primer grupo focal se llevó a cabo con supervisoras (es) de primer a tercer

semestre que atienden las prácticas de desarrollo infantil, adolescente y de adultez y vejez; el segundo grupo de profesionales atendía las prácticas de cuarto a sexto semestre, cubriendo las de proceso grupal, psicología comunitaria e integración de casos; finalmente, el tercer grupo congregó supervisores (as) de séptimo y octavo semestre quienes imparten prácticas con poblaciones específicas e intervención psicológica. Para los grupos focales se contó con la participación de 16 mujeres y 3 hombres, de entre 36 y 65 años de edad (media de 49'2), la persona con menos experiencia tenía al menos 10 semestres en supervisión y la que más acreditaba hasta 42 semestres. Previo a la realización de los grupos focales se explicó a las y los participantes el objetivo, la duración y formato del proyecto, además del tratamiento privado y anónimo de sus datos, obteniendo el consentimiento informado de cada participante previo a la grabación de los grupos.

Durante el grupo focal, se les preguntó a las y los participantes sobre su experiencia como supervisores durante la pandemia, sus consideraciones y comparaciones de la supervisión en sitio y virtual, así como los retos enfrentados, aprendizajes y recomendaciones ante las transformaciones requeridas por la emergencia sanitaria causada por la enfermedad COVID-19.

Análisis Temático

Dada la naturaleza cualitativa de la información obtenida, se realizó un Análisis Temático de los datos, siguiendo el proceso delineado por Braun y Clarke (2006). Este procesamiento de la información permite realizar un análisis continuo, no lineal, para descubrir patrones y temas al estudiar la información obtenida de forma recursiva.

De esta forma, los datos se analizaron siguiendo las seis fases propuestas por Braun y Clarke (2006): durante la fase uno se realizó la transcripción de los grupos focales, que permitió a las y los investigadores familiarizarse con el texto, así como descubrir las inquietudes presentes en cada grupo; la fase dos consistió en la primera codificación de la información por incidentes, lo cual permite concentrar las ideas presentadas en su contexto. Durante el tercer paso se realizó una primera revisión de los códigos encontrados mediante una referencia cruzada de los mismos para desarrollar los temas generales de los grupos focales. El cuarto paso requirió la revisión de los temas para generar un mapa temático de análisis; la siguiente fase consistió en la definición clara de los temas mediante la revisión detallada de los códigos. Finalmente, se realizó el reporte utilizando extractos de los grupos focales que mejor ejemplificaban los temas.

Resultados

El análisis temático arrojó un total de 18 códigos de información, que posteriormente fueron concentrados en 6 temas, tal como puede verse en la Figura 1.

Figura 1

Representación del Libro de Temas y Códigos Emergentes de Tres Grupos Focales con Supervisores



A continuación, se presentan los resultados de los análisis realizados.

Reorganización de la Supervisión y Práctica

Este tema refiere el proceso de enfrentar la nueva situación creada por la pandemia. Resalta la incertidumbre inicial, los ajustes y adaptaciones continuas para concretar las prácticas, y las necesidades interpersonales de apoyo, colaboración, y contención emocional.

Al analizar los procesos de supervisión de prácticas académicas, es importante reconocer la naturaleza inextricable de estos dos elementos como parte de un todo para la formación de las y los profesionales de la salud mental. Las y los supervisores señalan que la pandemia generó una dificultad generalizada para la realización de las prácticas debido a las limitaciones de movilidad y acceso a los escenarios, espacios de supervisión y a las y los usuarios. Esto los llevó a reconocer en primera instancia la situación a la que se estaban enfrentando, y a buscar posibilidades de adaptación de acuerdo con los recursos existentes. Este proceso no lo pudieron realizar de forma permanente, ya que conforme avanzaba el periodo académico y encontraban algunas posibles soluciones, se enfrentaron a nuevos retos que les requerían un mayor número de ajustes. De esta forma, la reorganización de la supervisión y práctica incluyó tanto adaptaciones personales de los supervisores,

como la necesidad de situar a las y los estudiantes en un contexto colaborativo no solo de la práctica, sino de agentes sociales que tenían injerencia con el propósito de esta. Por otra parte, señalan que la supervisión en línea fue un proceso que les requirió generar nuevas formas de contacto con el alumnado, que incluyeron la incorporación de tecnología, diarios de campo y bitácoras de aprendizaje que condensaran un proceso reflexivo por parte del estudiantado. Se observó entonces la necesidad que enfrentaron las y los supervisores de hacer más eficientes y consolidar los procesos de supervisión para atender primero las situaciones de mayor urgencia. Como mencionó otra supervisora:

Creo que cuando me mandaban las notas de voz y me hacían como este diario de campo, automáticamente después de las sesiones, yo ya tenía información de que pasaba con los estudiantes, ya les había dicho cosas [...] Ya en el momento de que uno lo habla, ya baja un poco la ansiedad, ya tienes preguntas y eso fue un proceso que se dio antes, no durante el grupo.

Finalmente, la mayoría de las y los participantes señalan como, el nuevo proceso de organización les requirió desarrollar una mayor capacidad de adaptación a las demandas que estaban enfrentando, y como consecuencia, a generar estrategias más flexibles en sus sesiones de supervisión. Podemos observar en la siguiente frase, cómo la apertura a realizar modificaciones y negociar con las y los estudiantes sobre los espacios de práctica y supervisión tomó un papel central para lograr los objetivos de aprendizaje: “en la medida que tú transmitas esta seguridad, esta tranquilidad, esta flexibilidad también hace que el grupo lo haga, como que se adapte también, y así como que ellos mismos (dijeron) sí, no hay problema, yo puedo”.

Aprendizajes y Evaluaciones de la Supervisión a Distancia Emergente

El tema hace referencia a la creación de un sistema emergente para mantener activas la supervisión y prácticas de las y los estudiantes. Comprende tanto las limitaciones enfrentadas y sus posibles soluciones, como las ventajas encontradas y la posibilidad de un modelo que integre la intervención virtual.

Las y los supervisores señalan que la posibilidad de perder aspectos como el vínculo con la práctica, o el contacto directo podría tener un impacto negativo en el desarrollo profesional de las y los estudiantes. Una supervisora señaló: “No se puede manejar una práctica de manera permanente a distancia porque se está privando al alumno de acercamiento directo con el paciente, de lograr visualizar de manera directa los discursos no verbales”.

Aunado a lo anterior, emerge la preocupación de la pérdida de experiencia profesional y habilidades para la intervención psicológica, como lo menciona otra supervisora:

Yo creo que lo ideal es que vayan, trabajen directo con los pacientes, haya transferencia, contratransferencia [...] la cuestión es estar ahí, porque es parte del vínculo transferencial que establece con la institución y también aprenden a medir sus emociones.

Es importante señalar que las y los supervisores resaltan dos aspectos que podrían haber pasado desapercibidos durante esta transición, pero que generaron inquietud en sus grupos. Por una parte, el desgaste mental que representó el proceso de adaptación tanto de supervisores como de estudiantes a un nuevo modelo de supervisión, y que promovió un proceso introspectivo sobre el objetivo de la supervisión virtual. Como señaló una supervisora:

personalmente tengo una especie como de desgaste de tanta demanda, de tanta oferta, y la capacitación [...] ósea, como la diferencia entre cansancio y desgaste [...] ¿Qué tipo de experiencia virtual vale la pena realmente llevar? tanto uno como profesionalista, como para los alumnos, para que realmente sea significativo.

En segundo término, el doble trabajo que implicó poder establecer las condiciones mínimas para la supervisión y práctica virtuales:

Las primeras sesiones de supervisión empezamos a planear. Los capacité. Vimos un montón de cosas y aprendimos un montón de cosas sobre la adolescencia y como lo que puede pasar con el encierro, con el COVID, para que tuvieran las intervenciones y después [...] también trabajos en equipos donde ellos pudieran preparar esto que iban a hacer en la práctica.

A pesar de lo anterior, las y los supervisores rescataron aprendizajes durante este periodo de trabajo a distancia, y resaltaron beneficios de poder crear prácticas virtuales o modelos híbridos de intervención y supervisión. Un ejemplo de esto es la ampliación del alcance que pudieron tener las prácticas, como en el caso de intervenciones en un consulado mexicano en Estados Unidos:

Pero ahora que todo era virtual y estos talleres y grupos de apoyo que hicimos por medio del consulado, estaba abierta a toda la población, entonces tuvimos muchísima más gente [...] pudimos llegar a más gente y no tuvieron que salir de su casa y transportarse una hora para llegar al consulado.

Podemos concluir el análisis de las ventajas y desventajas de un modelo a distancia con la siguiente reflexión de una supervisora:

Hoy tengo claro que la intervención necesita adecuarse a las condiciones y a las necesidades que se están viviendo en los contextos y que hay muchas posibilidades de intervenir, no sólo aquella con la que me había casado. Hay muchas otras posibilidades, y creo que, en ese sentido, ha valido la pena, porque les ha abierto el panorama de que hay muchas formas de llegar a la gente.

Evolución del Proceso de Supervisión

Incluye los retos enfrentados para adecuar la supervisión a un nuevo contexto, la importancia de la retroalimentación por parte de las y los estudiantes para mejorar el proceso de supervisión, y finalmente, las modificaciones realizadas para su desarrollo.

Quizá una de las adecuaciones más importantes realizadas por las y los super-

visores durante el periodo de pandemia causado por COVID-19 fue la reestructuración y adecuaciones al espacio de supervisión. Las y los profesores señalan que este periodo eliminó la forma de trabajo con que habían desarrollado sus prácticas en años anteriores, y resaltaron la importancia de saber escuchar las necesidades de los estudiantes, incluyendo las emocionales.

Las y los profesores señalaron que la supervisión fue elemento clave para abrir un espacio de retroalimentación tanto desde la supervisión a las y los estudiantes, como del alumnado hacia el proceso de práctica. Supervisar implica un proceso arduo de escucha, contención, solución de problemas, formación de equipos de trabajo, y revisión de casos encontrados durante la práctica, que evoluciona y debe cambiar de acuerdo con las necesidades encontradas en el contexto, en las y los estudiantes, y en ocasiones en las mismas necesidades de los supervisores. Una supervisora recordó necesario:

reorganizar los tiempos en función de la experiencia, porque todo el semestre, fue una nueva experiencia [...] Vigilar también cómo se van sintiendo los alumnos y como yo, como docente, me estoy sintiendo con ellos, que haya retroalimentación también emocional.

Dentro de los cambios más funcionales que encontraron las y los supervisores en este espacio, mencionaron crear salas de trabajo dentro de aplicaciones como Zoom para dividir a los grupos y poder ofrecer supervisión a las y los estudiantes. En una intervención, una supervisora señaló cómo dividir al grupo en dos le permitió dinamizar este espacio:

A mí lo que me ayudó mucho fue cruzar a mis grupos, porque trabajaban con distintos (usuarios) y en distintos momentos [...] Mi supervisión era en medio, entre el trabajo de uno, en medio supervisión, y el trabajo del otro.

Las y los supervisores señalaron que este cruce creó un espacio de apoyo y retroalimentación para estudiantes. Estas interacciones fueron un soporte para las actividades de supervisión durante la pandemia, aunque requirieron de ajustes para poder combinar el trabajo y aprendizaje, con la participación de las y los alumnos. Como mencionó una supervisora:

Creo que la parte de la interacción entre ellos era algo necesario e indispensable dada la distancia que hay [...] Y también está parte de los juegos, yo les intercalaba muchas actividades lúdicas donde nos riéramos. Era necesario de pronto romper con todo lo que estaba pasando y abrir espacios (de) esparcimiento [...] Entonces me di cuenta de que esos espacios eran importantes para relajar y bajar tensión, y para modular también la motivación

Para concluir este apartado, es importante resaltar el papel que la comunicación y presencia constantes de las y los supervisores jugó para que el alumnado lograra los objetivos de la supervisión y práctica. Por una parte, mencionaron que la comunicación debía ser “fluida”, “de ambas vías”, y para lograr esto, algo que se repitió en los discursos de las y los participantes, es la presencia constante del

supervisor. Una supervisora indicó la forma en que tuvo que modificar su presencia para que las y los estudiantes encontraran contención emocional aun a distancia:

Tuve que supervisar diferente. Durante el acompañamiento yo permanecía conectada todo el tiempo, ya sea por Zoom o por Webex y ellas entraban y salían dependiendo de sus necesidades a comunicarme algo, y en ese momento podía manejar estas situaciones, por ejemplo [...] se ponían todas nerviosas y todas tensas, entonces ya ahí directamente nos veíamos en cámara.

Impacto Emocional de la Supervisión y Práctica a Distancia

El tema se ubica en el contexto de las limitaciones que generó la pandemia por COVID-19, y expresa las necesidades emocionales tanto de las y los estudiantes en el contexto de la supervisión y práctica, como las de las y los supervisores.

Un aspecto importante del análisis de los datos recabados es recordar que la supervisión y práctica que lideran las y los participantes tuvieron su transformación virtual debido a los efectos que la pandemia por COVID-19 tuvo en términos de tiempo de confinamiento para evitar contagios, pérdidas y duelos, y cierre masivo de actividades. Conociendo este contexto es que se puede comprender como las y los supervisores relatan la necesidad de hacer explícito el impacto emocional que estos cambios externos tuvieron en la salud mental de sus estudiantes, y a la vez, en su propia salud mental. Las y los supervisores denotan la relevancia que tuvo abrir espacios de apoyo y contención emocional durante la supervisión para poder continuar trabajando en los escenarios, y para disminuir la frustración que estaba viviendo el alumnado. Una supervisora mencionó:

expresaban mucho esta parte de por qué les tocó a ellas estar en esta modalidad cuando habían esperado tanto tiempo para la práctica. Entonces, pues sí había mucha frustración y mucho enojo... (Fue importante) darles espacio para que se expresaran y para dar contención entre ellas mismas.

Parte de la labor del supervisor entonces se centró también en ofrecer espacios para reconocer las emociones positivas y negativas que se estaban viviendo durante la práctica. Una supervisora señaló que, para abrir ese diálogo, decidió comenzar un ejercicio de emociones donde les pedía a sus estudiantes que le compartieran tres adjetivos sobre su sentir en cada semana de trabajo. Es muy interesante descubrir que su estrategia para que las y los estudiantes sintieran la confianza de expresarse, fue incluirse a sí misma y compartir sus propios adjetivos:

Me decían contenta, satisfecha, triste, aburrida. Lo que me dijeran de los adjetivos, yo podría imaginarme cómo fue la sesión porque sabía cómo estaban con sus usuarios y les hacía una respuesta en las mismas palabras. Y otra cosa que tuve que hacer fue compartirles mucho mi sentir, como estaba yo angustiada, cómo me sentía. Yo también mandaba mis tres adjetivos. Desde el principio me hice parte de la práctica.

La pandemia generó situaciones extraordinarias que afectaron todas las esferas

de la vida de las personas, y en el caso del ámbito académico, difuminó la línea que separaba el entorno académico de la vida personal, tanto de estudiantes como de profesores. Las y los supervisores señalan que en algunos casos esta multitud de funciones les generó frustración y burnout, ya que las demandas para mantener la supervisión y prácticas fueron excesivas:

Me empecé a dar cuenta que me exigía mucho, yo creo que, para compensar, tal vez el que yo sentía que nos faltaba algo, me exigí muchísimo [...] empecé como a preparar mis clases para que fueran perfectas, como mucho material, investigar mucho, como tratar de compensar tal vez esa pérdida (de la presencialidad).

Por otra parte, la necesidad de contención que observaban las y los supervisores con sus estudiantes también la veían las y los alumnos. En muchos casos, las y los profesores enfrentaron los mismos retos que el estudiantado, como pérdidas y duelos. Mencionaron como la contención se convirtió en un proceso mutuo cuando los estudiantes se reconocían en las y los supervisores los mismos duelos y dificultades que ellos enfrentaban.

Atención a las Necesidades y Retos de las y los Estudiantes Supervisados

Se refiere a las necesidades emocionales y retos de vinculación que vivieron las y los alumnos con su trabajo dentro de las supervisiones y prácticas.

Además de la importancia de poder conectar con los distintos aspectos y personas que involucraban las prácticas, las y los supervisores señalan que sus estudiantes mostraban ciertas necesidades que solo surgían una vez iniciadas las prácticas. El conocer a sus estudiantes les permitió comenzar a reconocer que, dentro de los distintos semestres, existía un sentimiento de alejamiento o distancia tanto emocional como profesional de las y los alumnos. Una supervisora señaló las preocupaciones generales que veía y sentía en sus estudiantes después de haber tenido un periodo completamente a distancia:

Mi cuestionamiento es a posteriori, porque ahorita seguimos en el escenario y viviéndolo. Entonces a posteriori, ver el impacto que cada quien ha tenido(vivido) de toda esta situación. Si somos afortunados, saldremos enriquecidos con muchos aprendizajes, si no estaremos llenos de síntomas y nos estaremos acompañando para elaborar más.

Destaca entonces, que las y los supervisores encontraron necesidades específicas de las y los estudiantes durante este periodo de pandemia y prácticas virtuales. Por una parte, las y los alumnos tuvieron una necesidad de contención por cuestiones personales que les requirió a las y los supervisores mayor inversión de tiempo, en ocasiones hasta de tiempo personal.

En segunda instancia, las y los supervisores notaron la necesidad de conectar la realidad de las y los estudiantes, con la de la práctica en un esfuerzo por generar una vinculación más certera con las necesidades de las poblaciones con las que trabajaban. Resalto entonces la manera en que las y los supervisores comenzaron a

ver cambios en el involucramiento del estudiantado, y observaron cómo tanto sus habilidades psicológicas, como su atención tanto con la práctica como con las y los usuarios, había mejorado. Una supervisora mencionó como observó un cambio en sus estudiantes al situarlos en la realidad de los adultos mayores con los que iban a trabajar durante la práctica, y al hacerlos conscientes de como el confinamiento que ellas y ellos estaban viviendo, también lo vivían sus usuarios:

(era necesario) Ver qué es lo que les movía, trabajar con las personas, cómo se sentían, de verlos, de los problemas que manifestaban, de darse cuenta de las cosas que ellas tienen y de replantear este concepto de vejez que tenían [...] los hizo mucho más sensibles, como que podían expresar mejor sus emociones, que les hacía sentir, como manifestaban sus contratransferencias.

Desarrollo de Habilidades de Intervención Psicológica en un Entorno Virtual

Hace referencia a las habilidades de empatía, vinculación, observación, escucha e intervención, que lograron desarrollar las y los estudiantes durante el periodo de confinamiento. Revela la posibilidad de alcanzar los objetivos de desarrollo profesional de las y los alumnos, aun en entornos virtuales, y, sobre todo, con la formación de equipos de trabajo colaborativos.

El primer aspecto importante que relataron las y los profesores es que, al hablar de la supervisión en línea, el contexto de la pandemia y el confinamiento generó en el alumnado respuestas positivas inesperadas. Sobresale la forma en que un par de supervisores relatan que una de las principales respuestas y quizá habilidades que desarrollaron las y los estudiantes después de procesar sus sentimientos por el confinamiento, fue la solidaridad. Como menciona una de ellas: “cuando estamos en una situación de vulnerabilidad sale una cosa ahí de solidaridad muy particular y de un acompañamiento muy sensible”.

Este cambio en la perspectiva de las y los estudiantes lo relacionan las y los participantes con la capacidad y desarrollo de empatía durante el avance del periodo académico, donde con la guía de la supervisión, fueron aprendiendo a generar apoyo mutuo, para posteriormente vincularse y vincular a las y los usuarios con el quehacer de la práctica. Mencionó una supervisora: “Como que había más recursos sociales, son recursos colectivos para poder hacer esta integración o esta inclusión social. Entonces creo que encontrarnos en el mismo mundo, para mí ha sido una habilidad maravillosa para la empatía social”.

En parte, esta relación con la socialización abarcó tanto el trabajo con las y los usuarios, como el trabajo entre los mismos estudiantes. Destaca la forma en que mencionan las y los supervisores que observaron un cambio positivo en la colaboración y el trabajo en equipo de sus grupos:

Noté yo muchísimo mayor compañerismo entre ellas. Normalmente, si trabajan muy bien en equipos [...] pero ahora fue general, el grupo como que se alió, el grupo se integró de una manera mucho más potente y se sugerían muchas cosas.

Esto se puede deber a la capacidad que tuvieron las y los estudiantes de abrir conversaciones respetuosas y de negociación, donde pudieron solventar situaciones que enfrentaron durante la práctica. Una supervisora mencionó que en esos momentos reflexionaba de forma personal: “Le estoy dando mucho más espacio al diálogo y a que ellos tengan también posibilidad de solucionar conmigo”.

Durante los grupos focales se observó como las y los supervisores vivieron de primera mano la forma en que la actitud de las y los estudiantes cambio de una consideración centrada en su propia persona, con sus propias frustraciones, a observar su exterior y reconocer la importancia del trabajo que iban a realizar y los aprendizajes que iban a adquirir. Esa transformación de observar las necesidades del “otro” se hizo aún más tangible con los trabajos reflexivos que hicieron las y los estudiantes dentro de las supervisiones. Este reconocimiento implica tanto el desarrollo de una capacidad de observación, como de la seguridad en las habilidades de intervención psicológica que fueron adquiriendo mediante la práctica y supervisión virtuales.

Como conclusión, al hablar una supervisora de su trabajo conjunto con las alumnas, mencionó:

Se logró la empatía en el seguimiento de algunos pacientes que tuvimos, se logró conectar la alumna con el paciente y finalmente lograron los objetivos de la práctica y quedaron satisfechas, pero sí me parece importante como hablar de este enojo y esta frustración, porque en el grupo se dio contención y logramos avanzar.

Discusión

La supervisión se concibe como una práctica viva, creativa, abierta a los cambios y transformaciones continuas, siendo estas características necesarias en entornos y en tiempos caracterizados por turbulencias como lo fue la pandemia por COVID-19 y el momento posterior a este evento. La tecnología puede ser una herramienta poderosa para mejorar la experiencia de supervisión, no por ello libre de desafíos en el momento de la implementación.

Si bien Gálvez et al. (2022), señalan que el entrenamiento en el uso de las tecnologías es crucial para el éxito o fracaso de la supervisión, en los grupos de la investigación se reconoce como una dificultad relativamente fácil de superar. Por otro lado, la reorganización de la supervisión y práctica, frente a la situación de pandemia o postpandemia, implicó más cambios, siendo la gestión de escenarios de práctica, la multiplicidad de medios de comunicación con el estudiantado y la diversificación de personas involucradas, los elementos más retadores en relación con la temática de reorganización. En este sentido, cuando las y los supervisores de esta investigación hablan de aprendizajes y evaluaciones de la supervisión a distancia emergente, dan cuenta de una constante reflexión a su práctica, una evaluación permanente de las estrategias y un trabajo más cercano con el estudiantado.

En consonancia con Inman et al. (2009), esta forma de supervisión a distancia,

una vez superadas las dificultades tecnológicas, favorece la aparición de diversas ventajas geográficas, temporales y del desempeño de los supervisores. Por su parte, la temática de evolución del proceso de supervisión describe como las y los participantes hablan inicialmente de la reestructuración y adecuaciones al espacio de supervisión, y también del constante cambio positivo de esta práctica durante su ejecución, llegando a ofrecer ventajas formativas en el estudiantado, empujándoles a tener una mayor iniciativa y evocando su creatividad.

Un efecto poco reportado en la literatura, y que sí fue mencionado por los y las participantes a través de dos temáticas fue el impacto emocional y la atención a las necesidades y retos del estudiantado. Esta temática puede ser resultado de dos aspectos principalmente: de la demanda emocional que surgió de los periodos de pandemia y postpandemia, y del uso de herramientas múltiples (como mensajería instantánea, mail, teléfono, plataformas de video conferencias), que creaban la sensación de “completa disponibilidad”. Sin embargo, la frecuencia de mención y la importancia que las y los participantes le dieron, los convierte en temas que inminentemente deben tomarse en cuenta al implementar la supervisión en el ámbito virtual.

Por último, tal como lo reportan diversos autores (Jiménez et al., 2018), los y las supervisoras, ponen énfasis en que este ámbito de supervisión también permite al estudiantado el desarrollo de habilidades de intervención psicológica en un entorno virtual. Destacando que pueden observarse en las personas que supervisan, una sensibilización con las y los usuarios, la capacidad de dar contención tanto a las y los usuarios como a sus compañeros, la autoobservación, la regulación emocional, y la reflexión sobre el vínculo de teoría y práctica.

Conclusiones

En la presente investigación se ha encontrado que durante las prácticas con supervisión virtual las adecuaciones emergentes relacionadas con los escenarios virtuales, las dificultades tecnológicas y las modificaciones para crear escenarios virtuales para las prácticas fueron algunos retos. Sin embargo, las dificultades más significativas que enfrentaron los y las supervisoras fueron aquellas relacionadas con la demanda emocional frente a la pérdida y la incertidumbre, siendo estos elementos centrales para analizar en la propia supervisión.

Por otro lado, las ganancias de la supervisión virtual también son notables, por ejemplo, el lograr colocar las prácticas en diferentes ubicaciones o escenarios, poder conducir sesiones de supervisión más productivas debido a la flexibilidad de la programación, las personas podían usar el tiempo de supervisión de manera más efectiva, y podría combinarse con un mayor grupo de supervisores.

Los beneficios de ofrecer un modelo de entrenamiento de supervisión que integra la última tecnología son significativos. Proporciona un contexto para experiencias de aprendizaje que serían difíciles de replicar en contextos tradicionales, dado su carácter global e internacional. Los retos no son menores pues apuntan a

que la demanda de trabajo de quien supervisó a distancia durante la pandemia se incrementó debido principalmente a los aspectos emocionales (suyos y del estudiantado) propios del momento de incertidumbre y duelos, en segunda instancia también debido a las dificultades tecnológicas iniciales, al tiempo requerido para la adaptación de sus modelos de supervisión, a las necesidades de capacitación en múltiples áreas, así como el incremento de demandas de comunicación por parte del estudiantado, por último se enfrentaron a vigilar la inclusión de criterios legales y éticos para la implementación de la supervisión a distancia.

Referencias

- Ambrose, H. (2000). Therapy and supervision in the age of the internet, Readings in family therapy supervision: Selected articles from the AAMFT [Terapia y supervisión en la era de Internet, Lecturas sobre supervisión de terapia familiar: artículos seleccionados de la AAMFT]. *Supervision Bulletin*, 124–126.
- American Counseling Association. [ACA] (2014). *ACA code of ethics*.
- Bernhard, P. A. y Camins, J. S. (2021). Supervision from afar: Trainees' perspectives on telesupervision [Supervisión desde lejos: perspectivas de los alumnos sobre la telesupervisión]. *Counseling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 377-386. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1770697>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology [Utilizando el análisis temático en psicología]. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Caballero-Suárez, N. P., Gálvez-Hernández, C. L., Huerta-Barrientos, C., Monroy-Ortiz, I. C., Sánchez-Ramos, S. M. y Sánchez- Sosa, J. J. (2023). Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 33(2), 427-439. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2825>
- Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs. CACREP (2015). (n.d.). Directory. Retrieved from <http://www.cacrep.org/directory/>
- Cepal. (2020). La Educación en Tiempos de Pandemia de COVID-19 (Informe COVID-19). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45904/1/S2000510_es.pdf
- Chapman, R. A., Baker, S. B., Nassar-McMillan, S. C. y Gerler Jr, E. R. (2011). Cybersupervision: Further examination of synchronous and asynchronous modalities in counseling practicum supervision [Cibersupervisión: examen más detallado de las modalidades sincrónicas y asincrónicas en la supervisión de la práctica de consejería]. *Counselor Education and Supervision*, 50(5), 298-313. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2011.tb01917.x>
- Eberly Center For Teaching Excellence & Educational Innovation. (2020). *Teaching Principles* [principio 4]. <https://www.cmu.edu/teaching/%20principles/teaching.html#T4>
- Gálvez, A. L. B., González, I. V. L. y Erazo, L. R. (2022). Práctica supervisada online. En M. A. Sotelo y C. I. Bojórquez (Eds.), *Salud mental y procesos cognitivos. Investigaciones en contextos educativos y sociales* (pp. 109-124). Fontamara.
- Hara, N., Bonk, C. J. y Angeli, C. (2000). Content analysis of online discussion in an applied educational psychology course [Análisis de contenido de una discusión en línea en un curso de psicología educativa aplicada]. *Instructional Science*, 28, 115-152. <https://doi.org/10.1023/A:1003764722829>
- Inman, A. G., Bashian, H., Pendse, A. C. y Luu, L. P. (2019a). Publication trends in telesupervision: A content analysis study [Tendencias de publicación en televisión: un estudio de análisis de contenido]. *The Clinical Supervisor*, 38(1), 97-115. <https://doi.org/10.1080/07325223.2018.1528194>
- Inman, A. G., Ngoubene-Atioky, A., Ladany, N. y Mack, T. (2009). School counselors in international school: Critical issues and challenges [Consejeros escolares en escuelas internacionales: cuestiones y desafíos críticos]. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 31, 80-99. <https://doi.org/10.1007/s10447-009-9070-8>
- Inman, A. G., Soheilian, S. S. y Luu, P. L. (2019b). Telesupervision: building bridges in a digital era [Telesupervisión: tendiendo puentes en la era digital]. *J. Clin. Psychol*, 75, 292-301. <https://doi.org/10.1002/jclp.22722>
- Jiménez, S., Juárez-Ramírez, R., Castillo, V. y Tapia, J. (2018). *Affective feedback in intelligent tutoring systems. A practical approach* [Retroalimentación afectiva en sistemas de tutoría inteligentes. Un enfoque práctico]. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-%2093197-5_7

- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology [Pautas para la práctica de la telepsicología]. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>.
- Kanz, J. E. (2001). Clinical-Supervision.com: Issues in the provision of online supervision [Clinical-Supervision.com: Problemas en la prestación de supervisión en línea]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 415–420. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.4.415>
- Montes de Oca, S. (2020). *El ABC de las prácticas preprofesionales*. Universidad Iberoamericana Ciudad de México.
- Organización de las Naciones Unidas. (2020). *Informe de políticas: La educación durante la COVID-19 y después de ella*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/09/policy_brief_-_education_during_covid-19_and_beyond_spanish.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] y Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2020). *La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374075>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- Puig-Cruells, C. (2015). *La supervisión en la acción social. Una oportunidad para el bienestar de los profesionales*. Publicaciones URV. <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/211/247/485-1?inline=1>
- Rodríguez, F. y Seda, I. (2013). El papel de la participación de estudiantes de Psicología en escenarios de práctica en el desarrollo de su identidad profesional. *Perfiles Educativos*, 35(140), 82-99. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982013000200006&lng=es&tlng=es
- Tarlow, K. R., McCord, C. E., Nelson, J. L. y Bernhard, P. A. (2020). Comparing in person supervision and telesupervision: A multiple baseline single case study [Comparación de la supervisión en persona y la telesupervisión: un estudio de caso único de referencia múltiple]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 383-393. <https://doi.org/10.1037/int0000210>.
- Wood, J. A., Miller, T. W. y Hargrove, D. S. (2005). Clinical supervision in rural settings: A telehealth model [Supervisión clínica en entornos rurales: un modelo de telesalud]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 173–179. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.2.173>
- Zabalza, M. (2004). Condiciones para el desarrollo del practicum. Profesorado. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 8(2), 1-22. <https://www.redalyc.org/pdf/567/56780202.pdf>

Lluís Casado Esquius



El Análisis Transaccional ante los nuevos retos sociales

Adaptación a un mundo en cambio

EDITORIAL CCS

APORTES DE UN EQUIPO DE SUPERVISIÓN DE SUPERVISORAS EN UN PROGRAMA DE CONSEJERÍA EN GUATEMALA: UNA MIRADA REFLEXIVA

CONTRIBUTIONS OF A SUPERVISION TEAM OF SUPERVISORS IN A COUNSELING PROGRAM IN GUATEMALA: A REFLECTIVE LOOK

Ana Alicia Cóbar*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8556-992X>

Meri Lubina*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0271-2114>

María Alejandra Auyón*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9676-7711>

Karla Lemus*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5509-8416>

Edil Torres Rivera*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0233-1076>

Wichita State University. Estados Unidos

* Universidad del Valle de Guatemala. Departamento de Psicología. Guatemala

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Córbán, A. A., Lubina, M., Auyón, M. A., Lemus, K. y Torres Rivera, E. (2023). Aportes de un equipo de supervisión de supervisoras en un programa de consejería en Guatemala: Una mirada reflexiva. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 73-87. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38699>



Resumen

El objetivo de este artículo es compartir la perspectiva de la supervisión desde Guatemala, enfocada en la experiencia como equipo de supervisión de supervisoras en un programa de formación de consejeros psicológicos en la Universidad del Valle de Guatemala. Se le solicitó responder reflexivamente una serie de preguntas en relación con los aportes del equipo en cuanto: (a) ¿mejores prácticas?, (b) ¿autocuidado del equipo de supervisión de supervisoras? (c) ¿identificación de límites?, y (d) ¿mentoría? Se hizo el análisis de las narrativas de sus testimonios y los hallazgos reflejaron dos momentos: (a) la construcción del programa de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental y en paralelo el inicio y la evolución de la supervisión en el marco del programa y (b) las reflexiones de los aportes del equipo. Los hallazgos narran temas centrales que describen las experiencias vividas durante el desarrollo de la supervisión en Guatemala, desde el programa de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental tales como: nombrar, responder a las necesidades del pueblo, llenar vacíos, institucionalidad/tipificación del conocimiento, liderazgo, internacionalización, modelo vivo, política, funcionalidad, dilemas, y futuros pasos. Se ofrecen recomendaciones en base a las narraciones del equipo de supervisión de supervisoras.

Palabras clave: Guatemala, consejería, equipo de supervisión de supervisoras

Abstract

The aim of this article is to share the perspective of supervision from Guatemala, focused on the experience as a supervision team of female supervisors in a training program for psychological counselors at Universidad del Valle de Guatemala. A series of questions were applied to which the supervisors responded spontaneously in relation to: What are the contributions of the a supervision team of female supervisors regarding: (a) best practices, (b) self-care of a supervision team of female supervisors (c) identified limits, (d) mentoring. The narrative analysis described two moments: (a) the construction of the Master's program in Psychological Counseling and Mental Health and parallelly the beginning and evolution of supervision within the framework of the program and (b) the reflected contributions of the supervision team of female supervisors. Findings describe central themes of the lived experiences during the development of supervision in Guatemala, within the master's level program in Counseling Psychology and Mental Health. Recommendations are offered on the basis of the supervision team's narratives.

Keywords: Guatemala, counseling, supervision of female supervisors

A principios del nuevo milenio (2000), el panorama en Guatemala no era muy diferente a la situación actual, en relación con el acceso a los servicios de salud mental. Es en este contexto que la idea de construir y participar en una nueva propuesta académica a nivel de maestría, para formar nuevos profesionales en consejería y salud mental, comienza a desarrollarse. El propósito fue ofrecer un programa diferente que tuviera los componentes básicos de ayuda desde la salud mental, dando paso a recibir una profesión que veía a la persona desde sus fortalezas y basada en la normalidad y no necesariamente, en la psicopatología (Cheung, 2000).

Dentro de este marco de referencia, el abordaje de supervisión clínica fue evolucionando; desde un lente integrativo, entendido como “la dialéctica entre lo uno y lo múltiple, entre la semejanza y la diferencia, entre yo y nosotros” (Fernández-Álvarez, 2008), cuidado, protegido y estudiado con tesón, por su directora, fundadora del programa en contexto; mujer, con un liderazgo comunitario multicultural, controversial, valiente. Este abordaje, sumado a los aportes de estudiantes, profesionales nacionales e internacionales y un marco institucional de formación universitaria privada en Guatemala, abrió la puerta a enfoques y marcos de referencia y trabajo, apoyados por estudiantes, docentes y mentores que se integraron desde varias latitudes y longitudes, entre ellas, Puerto Rico, Argentina y los Estados Unidos de Norteamérica (Consoli et al., 2017). Este equipo facilitó el desarrollo de profesionales en el campo de la consejería y la salud mental, para luego continuar, con la compleja tarea de aplicar y transformar no solo desde este campo sino desde la supervisión.

Desde estas cosmovisiones y perspectivas influyentes internacionales, el aporte del modelo de Bernard y Goodyear, definen la supervisión como una intervención proporcionada por un miembro con más experiencia a un miembro más joven de la misma profesión. Esta relación, descrita como: (1) de naturaleza evaluativa, (2) que se extiende por un período de tiempo, (3) con el propósito concurrente de mejorar el funcionamiento profesional de la persona más joven o con menos experiencia, monitoreando la calidad de los servicios ofrecidos, y (4) el rol del supervisor como guardián de la calidad y la ética de la profesión (Bernard y Goodyear, 2018).

Como regla general, los objetivos de la supervisión clínica incluyen los siguientes elementos:

1. Promover el crecimiento y desarrollo supervisado a través de la enseñanza.
2. Proteger el bienestar del cliente.
3. Monitorear el desempeño supervisado y el control de acceso para la profesión.
4. Empoderar al supervisado para auto-supervisar y llevar a cabo objetivos (Falender, 2018).

Sabiendo esto, entendemos que la supervisión de los profesionales de la salud mental ha sido identificada como un componente crítico en el desarrollo continuo de habilidades del desempeño de la consejería, en particular las habilidades de la conceptualización del problema de los clientes, personalización, autoconciencia y

comportamiento profesional (Bernard y Goodyear, 2018). En los Estados Unidos de Norte América, ha habido una creciente necesidad en las profesiones de ayudar a abordar las cuestiones multiculturales como parte integral de la capacitación y supervisión clínica de los profesionales (Garrett et al., 2001). Varios estudios han demostrado que las personas de color tienden a subutilizar los servicios de asesoramiento, un 50% acude únicamente a la primera sesión (terminando a una tasa de más del 50% después de la primera sesión) (Sue et al., 2019).

Esto no parece ser muy diferente en el contexto guatemalteco. Es por eso por lo que en las próximas páginas ofrecemos nuestros testimonios. Desde el colectivo de supervisión de supervisores del programa, con la mentoría de uno de nuestros catedráticos insignes, que ha caminado el camino, de manera crítica y liberadora, desde hace varios años, compartimos un tipo de conocimiento narrativo desde el significado, que nos ha funcionado en el sentir, para ir organizando aquellos elementos desde la conciencia en una realidad (Polkinghorne, 1988). Nos ha llevado a vivir la supervisión a través de la acción relacionada del “contexto concreto y teórico” y de cómo nos vamos comportando con “los otros y con la historia que hacemos y qué nos hace y rehace” (Freire, 2016). Su presencia nos ha retado grupalmente el hacer, desde la reflexión en grupo.

Esta narración, describe diferentes enfoques de trabajo y modelos aprendidos durante nuestra preparación y práctica. En este manuscrito, utilizamos el proceso de testimonios que no es una metodología (Freire, 1996, 2000 ; Moratilla, 2019). El testimonio se puede definir como un contra-discurso que pone en primer plano recuerdos ignorados de sectores sociales marginados. Además, gira principalmente en torno a experiencias de opresión y privación de derechos, en un lenguaje que es directo y no cumple con los estándares establecidos de la estética literaria, o las reglas comunes de metodología. Aquí, es donde se entrelaza lo personal con lo público. El testimonio es una narrativa que puede ser en forma de historias orales, diarios, memorias y relatos de testigos oculares, entre otros (Cervantes, 2020).

Se presentan dos momentos en la construcción de las narrativas, la primera parte elabora sobre la construcción del programa de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental y paralelamente en cómo nació y evolucionó la supervisión dentro de este marco. La segunda parte, presenta las reflexiones acerca de los aportes de este grupo de supervisoras a la supervisión.

Las Narrativas desde las Supervisoras: Primera parte

La Construcción del Programa de la Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental

Es importante resaltar que se ha aludido a que las personas que han creado el espacio, el programa académico, el servicio, y el mantenimiento de la supervisión clínica en Guatemala, han sido de manera prevalente mujeres. Creemos que es central traer esta reflexión a la discusión, debido a que, como en muchos países

de Latino América, las profesiones de ayuda como la docencia, la psicología, y la consejería, están en un reglón que puede por momentos significarse como de “segunda clase”. Esto contribuye a que el reconocimiento y el apoyo de parte de la instituciones gubernamentales y privadas sea poco y/o inexistente. Además, siendo también un país con tendencia machista (Kristinsdóttir, 2015), en donde los puestos de liderazgos son de hombres, se crea conflicto en torno a que este espacio haya sido construido por mujeres, haciendo que el trabajo sea más difícil y arduo. A continuación, compartimos las narrativas de las supervisoras en forma de temas centrales sobresalientes que fueron emanando a través de las narrativas contadas: nombrar, responder a las necesidades del pueblo, llenar vacíos, institucionalidad/Tipificación del conocimiento, liderazgos, internacionalización, modelo vivo, política, funcionalidad, dilemas, y futuros pasos.

Nombrar

No se estaba hablando de supervisión en consejería con anterioridad al programa. Se puso sobre la mesa con el programa, al haber un curso como parte de la malla curricular. Interesante porque a través del programa hemos podido llegar hoy, a una etapa en donde nos posicionamos ante la necesidad de repensar y reevaluar los perfiles y el rol del consejero y del supervisor, del modelo de supervisión y el entrenamiento para abordar las demandas actuales de la población. Como hacer un alto en el camino para revisar. Ha ayudado a nombrar lo que hago, y a poder plantear esa realidad y esa dinámica de la consejería en la supervisión, brindando identidad profesional ante quienes, por ejemplo, buscaban algo más, trabajando desde la consejería.

Responder a las Necesidades del Pueblo

Uno de los aportes desde la supervisión ha sido responder a las necesidades del pueblo y la historia de la consejería nació así: respondiendo a las necesidades. Hoy, por ejemplo, nos vemos ante la necesidad de responder a la psicopatología. Previamente había habido poca demanda dentro de la consejería de atender a personas con psicopatología; hoy esa demanda ha incrementado significativamente. Estamos cambiando no porque queramos cambiar, sino porque las necesidades de las personas han cambiado; porque respondemos desde un campo que responde a la justicia social. ¿Por qué? Porque velamos por ella. El programa ha respondido a esto, estando ahí, primero. Estamos representando la profesión estando presentes, realizando los ajustes necesarios en la oferta, respondiendo a las demandas. Por lo tanto, no es una identidad profesional estática, es una identidad profesional dinámica, que demanda flexibilidad de la supervisora y del profesional en formación.

Llenar Vacíos

No hay suficientes personas, pero ojo, también llegamos a llenar un vacío que aún, no está lleno y sigue cambiando. Hay que responder. Nosotros como

supervisoras tenemos que responder a lo que sucede. Lo que nuestros estudiantes están viendo hoy, inclusive post pandemia, es diferente a lo que vimos nosotros y a la forma en que nos entrenamos y/o formamos. Por ejemplo, antes, el consejero no quería ni decir la palabra patología, la separaban y hoy, miramos la necesidad de reentrenarnos, sabiendo que existe, que la vamos a encontrar y que tenemos que trabajar interdisciplinariamente, conociendo nuestros límites como consejeros que no es negar la patología sino identificado en contexto el trabajo que vamos a hacer”. La consejería potenció el trabajar con las fortalezas de la persona dentro de sus contextos y ayudó a visualizar algo que no era, ni dejaba de ser a largo plazo necesariamente, resolver el aquí y ahora ante una realidad de país con pocos profesionales entrenados en salud mental”. La realidad urbana, puede ser conocida pero la realidad rural quizá se conoce menos, es importante ver qué otras competencias necesitamos entrenar y evaluar. Hay procesos que difieren de forma muy impactante y cuando trabajamos con población indígena, o con la diversidad, estos espacios nos ayudan a romper esquemas, muchas veces en forma de incidentes, momentos críticos, y tomar conciencia de la urgencia inmersa en la acción y el papel vital de las destrezas multiculturales

Institucionalidad/Tipificación del Conocimiento

La historia del programa también está inmersa entre instituciones universitarias, nacionales e internacionales lo cual forma parte de la identidad de la supervisión y de las supervisoras. El primer grupo de supervisoras fue invitado, escogido, por la directora. Había una intención de graduarse no solo como consejeras sino, además, que este primer grupo fueran supervisoras. De ahí, tres de ellas quedaron como supervisoras. A veces, hacía ruido la palabra consejera como psicólogas clínicas; identidades previas. Hoy, vemos como la pandemia vino a complicar las situaciones y la tipificación del conocimiento. Antes, había varias oportunidades para la población de tener escapes. Muchos de ellos ante la pandemia, se encerraron y las implicaciones de esto, desastre y complejidad, uno tras de otro, potenció lo que ya existía más lo que estábamos viviendo en ese momento. Trauma, violencia, trauma violencia.

Liderazgos

Otro aporte es que, en el campo de la salud mental, los liderazgos, siempre han sido de los hombres, de manera amplia. El programa vino a darle un giro a esto. Abriendo campo para las mujeres, a veces peleando con una fachada machista, que no daba entrada a las mujeres en varios sentidos. Al proponer una carrera, que no era psiquiatría, ni psicología, sino consejería, nos abrió el poder hacer desde un campo, no dominado por hombres. La perspectiva de género, el multiculturalismo, abrió camino. Nos pegó, por ejemplo, el curso de sexualidad y género, no por los temas, sino porque lo veíamos ya en el trabajo y el día a día; más bien el cambio de paradigmas desde un modelo académico, y eso para mí, fue un cambio de vida.

No digamos el modelaje experto en su carácter docente de quién nos dirigió a trabajar sobre sesgos, prejuicios y estigmas en tanto sentidos, inclusive ante el poder escribir y relatar lo que mirábamos en contexto.

Internacionalización

La internacionalización de los catedráticos fue otro aporte, un enfoque diferente con nueva visión. Vale la pena mencionar, que, por ejemplo, dentro de esto, fue un proceso que costó mucho porque tratar de introducir la consejería, desde la perspectiva y la identidad internacional también en contexto, fue todo un reto, para algunos buenos, y para otros, quizá no tanto. El aporte mayor quizás es que la consejería es otra profesión. No se añadió una espacialidad más a la psicología. Esta profesión tiene su propia base, su propia historia. Se originó en Estados Unidos, con mujeres y, la mayoría de la práctica son mujeres, pero, la mayoría de los docentes son hombres. Interesante. Pensemos en Estados Unidos y los presidentes de ACA (Asociación Americana de Consejería, por sus siglas en inglés) también, por ejemplo. ¿Cuántos han sido latinoamericanos? Pongámoslo también en contexto y en las posibilidades de no simplemente ser y hacer desde una consejería que traemos desde otro lado, sino más bien desde como las cabezas ayudan a ir no solo adaptando sino transformando.

Modelo Vivo

Es el modelo vivo. No es solo ver el caso, sino es ver cómo está reaccionando el estudiante y por qué sí o no avanza, desde su ser persona hasta sus competencias. Es también compartir una responsabilidad dentro de los grupos de supervisión y supervisoras, y eso nos hace sentir que no estamos solas en todo esto. El modelo de supervisión de supervisoras se ha mantenido a través de los años, ha evolucionado y se ha fortalecido. La supervisión que vamos desarrollando ha ido en función de la demanda del estudiante y de nosotras, desde su práctica hasta sus competencias. Desde las primeras acciones de supervisar a través del programa.

La directora fundadora seleccionó a los profesores intencionalmente, buscando que fueran especializados en diferentes áreas y calificados para aportar a las necesidades del país.

Política

Quizás fue un momento político, muy importante. Hubo catedráticos que venían, otros que no estaban tan seguros, otros que hablaban inglés, otros que hablaban en español. Otros ambos. Algunos catedráticos que se identificaban como consejeros educadores, otros no, algunos del norte, otros del sur, algunos psicólogos, otros terapeutas, había un impacto y un efecto, multicultural. Nos lleva a preguntarnos qué hacer ahora con el programa, que ha evolucionado en torno a un grupo de consejeros formados en Guatemala. Pareciera que hubo un movimiento político y de alguna manera, psicólogos enseñándole a consejeros y viceversa, parte de una evolución.

Funcionalidad

Al escuchar consejería, aun en ámbitos hospitalarios, fue una luz, trabajando en el aquí y el ahora para proveer una respuesta funcional ante las personas y las familias que padecían una enfermedad crónica, por ejemplo. Quizás sea un hueco histórico latente en nuestro país. Muchos entrenamos con psiquiatras, trabajadores clínicos, etc., y algo que nos encontramos en el camino es esa transformación, por ejemplo; buscaban una patología y nosotros buscamos normalidad. Ellos decían paciente y nosotros decíamos, cliente. Sin embargo, conocer el uno y el otro es vital.

Otro aporte es trabajar desde la educación y prevención (psicoeducación); eso es consejería. En el COVID, aprendimos mucho en este sentido; a trabajar en crisis. Ver qué funciona en vez de qué no funciona.

Dilemas

El Colegio de Psicólogos de Guatemala solo reconoce el grado académico de licenciatura en Psicología y licenciatura en Psicopedagogía; no así la Maestría en Consejería Psicológica. Por lo tanto, las consejeras graduadas de este programa, que tienen una licenciatura en otras carreras que no sea Psicología y Psicopedagogía; no tienen colegio profesional que las reconozca y habilite como profesionales de la salud. Se han hecho esfuerzos, pero aún no se concreta, con el objetivo de formar una asociación de consejeros de Guatemala.

¿Si yo soy consejera y quiero abrir algo, como me voy a acreditar? Sigue siendo un dilema. ¿Aun cuando ni siquiera soy clínica o vengo de otra formación? Sin embargo, la historia de la consejería no ha sido fácil, tanto en grupos acreditadores como en grupos que otorgan licencias. Quizás la clave es organizarse y ya está pasando en otros contextos internacionales, también para poder ejercer y entrar.

Otro aporte ha sido la intención de formar un grupo colegiado. Ha habido un par de intentos, sin embargo, es importante no quedarse en la lucha. Se intentó una vez, y otra vez y quizás habrá que hacerlo otras veces más. Invitaciones a agruparse. Hacerlo para lograr tener requisitos y/o estándares. En este sentido es imprescindible que venga de los alumnos y exalumnos. Hacer un movimiento no desde la institución. Quizás aquí entramos a lo cultural, a la fuerza del grupo, de la colectividad y la dificultad profesional para hacerlo de forma organizada; de alguna manera el celo profesional para el desarrollo que quizás sea el primer paso que tenemos que trabajar.

El estatus profesional, la legitimación es una lucha. inclusive a nivel del campo de la salud mental. Así mismo, sabemos que históricamente vivimos una lucha constante por los recursos limitados. No lo podemos ignorar. Parte de nuestra realidad, es que vivimos en una sociedad fragmentada que dificulta la organización y el caminar juntos. Es parte de nuestra realidad y puede ser un incentivo para moverse como grupo. Al ver otros contextos, podemos aprender cosas distintas que han logrado unir esa fragmentación. Hablar de los estándares puede ser un punto de partida.

Próximos Pasos

Otro aporte, es pensar en el presente y los próximos pasos. Actualmente, estamos ante la necesidad de saber cómo vamos a ir formando esa identidad, no solo desde una institución sino también a nivel de profesión en un país como el nuestro. Aquí encontramos aspectos políticos complejos, que han sido parte de la identidad del programa y de la historia de la consejería. Por ejemplo, pensamos en la titulación, la acreditación, más allá del pregrado y el conflicto de identidad desde nuestros entornos de trabajo, dentro y fuera del modelo médico.

Las Narrativas de las Supervisoras: Segunda Parte

Reflexiones de los Aportes de este Grupo de Supervisión de Supervisoras

Identidad y Liderazgo

Un aporte es que estamos construyendo identidad porque si no, no nos estaríamos cuestionando esto. No solo estamos construyendo la identidad como consejeras sino como supervisoras. Es importante invitar al consejero en formación a reflexionar acerca de su autoconocimiento, su postura ante las situaciones que presentan los clientes y cuál es la reacción de las supervisoras ante estas circunstancias. El aporte desde la supervisión individual, ante las necesidades de los estudiantes, así como en la supervisión grupal en la que se benefician de la retroalimentación, desde distintas perspectivas y estilos, no solo de los pares sino de las supervisoras.

Además, hemos sido líderes en los procesos de supervisión tales como en ofrecer un espacio de supervisión de supervisoras para reflexionar acerca de los casos que están atendiendo los consejeros en formación y el desarrollo de sus competencias. La influencia comunitaria ha hecho que el manejo de grupo sea sólido y fuerte. Es una característica de la cultura colectiva a la que pertenecemos y la apreciamos y reconocemos sus aportes. En la supervisión nos acompañamos de las contribuciones de las demás y así llegamos a consensos y nos sentimos acompañadas en la toma de decisiones. Modelamos cómo cuidar al cliente, al cliente del otro y al grupo, por lo que es un modelo colectivo de supervisión.

Es parte de la cultura del país y de la cultura de la misma profesión de consejería. Se ha construido la identidad desde el ser chapín. El aporte ha sido la construcción de la identidad desde el ser guatemalteco y como darle poder a esa identidad en la supervisión.

Investigación

En los momentos en que no sabemos, usualmente investigamos. Es parte de las competencias del supervisor. El reto es cómo se reconoce esto dentro del ambiente de consejería. Cómo la investigación nos ha ayudado a contextualizar en el aquí y ahora, en las intervenciones basadas en evidencia. Esto también es parte de la identidad del supervisor y del consejero y la importancia de seguir formándose.

Es parte del ser profesional, desaprender, desarticular para poder crear nuevos conocimientos. Pero es un proceso que conlleva madurez en las competencias del ser estudiante y supervisar, a través de salir a la calle sumado al contexto.

Ética

El énfasis que se hace en que un estudiante en formación no pueda atender sin el acompañamiento de la supervisión para que sea una práctica ética. Otro aporte, es que este espacio es seguro y puede verse como parte del autocuidado del consejero. Se ofrece un modelo para que los estudiantes al momento de graduarse del programa busquen supervisar. Nos encontramos con el reto de que los supervisores formados son escasos.

Las estudiantes, aunque está cambiando, ven a la supervisora como una figura de autoridad que da instrucciones, como elemento cultural; en lugar de verlo como una construcción entre el grupo. El fin último de la supervisión es enseñar al supervisado a pensar como supervisor para seguir sumando al grupo de supervisores. Esto viene de la necesidad de recibir retroalimentación.

Poder

La responsabilidad que tiene la supervisora de velar por el caso que atiende el supervisado. El modelo de supervisión basado en competencias pone el foco, por un lado, en el estudiante y en sus necesidades, desde los casos que supervisa y lo hace visible; y por otro, en la calidad del servicio que se presta al cliente. Esto va haciendo el balance de poder entre el supervisor y supervisado y la responsabilidad del estudiante de desarrollar y practicar sus habilidades y competencias. Enfatizar cuál es el aporte del supervisado y del supervisor y en conjunto velan por el bienestar del cliente. En la comunidad de supervisoras, el poder es equitativo y hay permiso de vulnerabilizarse. El líder es más humano y cercano. Es un modelaje que permite al estudiante vulnerabilizarse como parte de su autoconocimiento e identidad. En Guatemala se inició la cultura de supervisión. Se ha modelado la necesidad de supervisar y que se transfiera a otros ambientes académicos. También se hizo el traslado del modelo de supervisión de la maestría a la licenciatura.

Cada una de las supervisoras maneja el poder de forma distinta. Estamos modelando otras formas de manejar el poder dentro de la supervisión. Nos alejamos del poder jerárquico implícito en la supervisión, haciendo sentido de este distanciamiento. Siempre ha existido la figura de supervisión entre nosotros. Es interesante a nivel de cómo nos hemos ido organizando o no, en materia de agrupaciones y políticas públicas. Somos un ente de salud como equipo de supervisoras y creamos un tipo de sistema de protección. Estamos trabajando con la salud de las personas, con estudiantes, por lo tanto, tienen que haber parámetros diferentes y específicos. Esto aún nos toca trabajar de forma continua y sostenida.

Modelos

El tema lo empezamos a mirar, a visibilizar. En este sentido, al hablar ampliamente de modelos, también consideramos algunos “héroes”, “líderes” o “mentores”. Pensamos en que la educación continúe, que también se pueda visualizar a través de acompañar a los catedráticos en los diferentes módulos, en el cual podemos tener el rol de observadoras o auxiliares, pudiendo así observar a los estudiantes en otros entornos y poder comprender cómo se interrelacionan y cómo hacen la integración del conocimiento adquirido en sus intervenciones con diferentes clientes.

Un reto importante es la cantidad de supervisores entrenados y profesionales que tienen el acceso y la oportunidad de supervisar. Eso también tiene que ver con la construcción de la identidad. En otros países, va implícito, para poder ser consejero o psicólogo. Aquí, esto difiere en materia de regulaciones, legislación, marcos conceptuales, espacios, etc.

Otro reto ha sido la Psicopatología. Ha salido en abundancia con la pandemia y la hemos enfrentado. No es algo nuevo, sino quizás, algo que se hizo más evidente en nuestra práctica y la consejería ha necesitado enfrentar esto desde lo que ha sido y sigue siendo, una profesión que trabaja con las necesidades de las comunidades. Hoy, muy enfocado a la necesidad de atención virtual, con alcance departamental, comunitario, rural. Algo que antes era difícil pensarlo desde el programa. Ha sido un reto para nosotros, pero más aún para los estudiantes. Contextualizar ubicaciones en el marco de trabajo guatemalteco, en el marco de la cronicidad y la severidad, las limitaciones, y éxitos; seguir surgiendo y abriendo puertas que...a veces, nos llevan a abrir algunas cuantas cajas de pandora. Es parte del caminar. Hemos necesitado responder a demandas de extrema severidad y complejidad en la práctica. La investigación que informa en ese sentido no siempre nos acompaña.

Un reto más es el autocuidado. Uno de los grandes riesgos que enfrentamos como supervisoras en Guatemala, porque la regulación, en principio, no está. ¿Somos responsables legalmente? ¿En qué contexto? ¿Quién nos defiende? ¿Qué nos ampara profesionalmente? ¿Institucionalmente? ¿Nacionalmente? ¿Individualmente? Son preguntas que remiten a vacíos importantes en materia de responsabilidad y de mejores prácticas. Aun así, vemos la necesidad de pasar por procesos legales que no figuran, que no necesariamente existen, aún en nuestros campos profesionales. El rol de consejero sigue siendo muy ambiguo y no digamos, el de la supervisora. Necesita ir poniendo atención a cómo vamos conformando nuevas demandas, en el marco de justicia social y del profesionalismo en materia de legislación. Nuevamente, ir integrando, parece, a un nivel muy importante.

Remiten también a lo que hemos tenido que vivir en cuanto a falta de reconocimientos propios del estado y las condiciones de crecimiento de la supervisión. Caminar el camino desde ir atendiendo a sesgos y prejuicios, a todo nivel. Por ejemplo, otra vez, ¿Cuál es su rol? ¿Qué funciones cumple?

Ahí estamos un poco claros, pero en donde no lo estamos tanto es en relación con, ¿en dónde se reconoce eso? Necesitamos ir trabajando sobre nuestra historia.

A nivel individual, grupal, institucional y contextual. Sabemos que mucho de lo que pasa en Guatemala no pasa en otros contextos y eso nos lleva a atender a necesidades distintas que también, nos lleva a responder desde la consejería y la supervisión de manera distintiva.

Análisis de las Narrativas

Aunque las autoras piensan que la primera parte de este manuscrito en realidad hace un resumen de las experiencias vividas durante el desarrollo de la supervisión clínica en Guatemala desde la consejería, también es importante resaltar algunos puntos que los testimonios apoyan. En nuestra opinión cada tema ha sido mencionado y luego sigue el testimonio, pero es importante poner algunos adjetivos a los temas mencionados.

El primer tema mencionado en el testimonio es “nombrar” que significa el ver y reconocer, pero también es importante hablar de invisibilidad. No tanto de la profesión, sino de las personas detrás de la supervisión. Además, ver y reconocer también ha significado evaluar cómo se ha construido el modelo de supervisión. El segundo tema es el de “responder a la necesidad del pueblo”, que también lo podemos llamar responsabilidad profesional, justicia social y patriotismo para con las necesidades que continúan evolucionando, al igual que las supervisoras evolucionan con los clientes. Este tema está también vinculado al tema de llenar vacíos y atender las demandas.

El próximo tema es el de “institucionalidad/tipificación” que están entrelazados con liderazgo. Se reconoce el legado patriarcal y machista en el que las supervisoras se han levantado y mantenido. También lo vemos como un punto de identidad profesional, abriendo puertas en un nuevo ámbito con barreras y dificultades.

Los próximos tres temas que presentan los testimonios son la “internacionalización”, un “modelo dinámico de supervisión”, y la “política”. Combinamos estos tres temas que tienen una interdependencia y traslape en algunos aspectos. Vemos la interacción con el modelo vivo o dinámica de supervisión clínica en la que la supervisión se moldea a las necesidades de los estudiantes y los clientes. También miramos la influencia de muchas disciplinas interactuando con otras, algo que vimos en el desarrollo de la consejería en los Estados Unidos de Norte América o las políticas de la profesión (Torres Rivera et al., 2008).

Finalmente, los últimos tres testimonios hablan de los retos, las oportunidades, y el futuro de la profesión, en particular de la supervisión clínica. El reto mayor es la falta de reconocimiento a los consejeros profesionales dentro del contexto guatemalteco. La falta de educación en términos de qué es lo que el consejero profesional puede hacer y dentro de ese marco, cómo la supervisión clínica funciona en el entorno del país, sus necesidades de salud mental y la diversidad cultural. Es importante resaltar que el hecho que como supervisoras podamos hablar del poder es otro aporte fundamental dentro de la cultura guatemalteca. Este es un tema tabú pero dentro del modelo propuesto, este poder se estructura por lo general, de forma

horizontal y no jerárquico, como modelo médico y patriarcal.

Un tema más discutido fue los “modelos”, la forma en cómo estos 20 años se han construido y deconstruido para ir teniendo bases sólidas y contextualizadas del quehacer en supervisión, y como es un modelo vivo para seguir aportando. Se suma acá otro de los temas que es “prácticas basadas en crisis/desastres”, que hace referencia al marco histórico en el que la Consejería y supervisión en Guatemala han dado respuesta a demandas importantes, dando evidencia de la adaptación que ha tenido el modelo.

Por último, se elabora el tema de los “retos”, en cómo continúa la necesidad de visibilizar el rol de la supervisora en el medio académico y la necesidad e importancia de seguir formándose. Esto ha conllevado a que son pocos los profesionales que tienen este rol de supervisores y la demanda es alta. Otra limitación es la falta de regulación del rol de supervisor que muestran vacíos importantes de responsabilidad, como también mejores prácticas. Un reto más ha sido cómo el modelo de consejería ha tenido que moverse a valorar la patología por las demandas del medio (Consoli et al., 2017).

Recomendaciones

Las autoras de este manuscrito, tomando en cuenta los 20 años de experiencia dentro del contexto guatemalteco, pensamos que las siguientes recomendaciones pueden ser apropiadas en este momento. Un punto de partida es el tener en cuenta que todo modelo de supervisión clínica se beneficia de ser dinámico y evolutivo, así como transformativo con las necesidades del cliente y con limitaciones. Todo modelo apunta a una parte de algo más grande y considerarlo exhaustivo y abarcativo en una totalidad, puede llevarnos a creer que no hay más por hacer, situación que no es cierta en nuestro caso.

Esa mirada social, constructivista que se nutre de múltiples realidades; nos lleva a trazar nuevas esperanzas en las generaciones presentes y futuras que también alude a un marco sociopolítico-cultural en el que se desempeña y se aplica. Con este marco de referencia, creemos que sería necesario que la supervisora tenga las destrezas y competencias para poder estructurar sus propias experiencias en términos de valores y sistemas de creencias de los clientes.

Segundo, el reconocer ampliamente el poder de responder adecuadamente a esos estímulos internos y externos de sus propias experiencias. La respuesta del supervisor tiene poder de interpretación, desde sus experiencias y de cómo estas atribuyen significados de acuerdo con el contexto cultural. En esa estructuración, es clave mantener conscientes los significados personales, culturales y las preferencias que proporcionan vías apropiadas para comportamientos relevantes y coherentes, dirigidos a objetivos y expectativas realistas. La supervisora se beneficia, además, de participar en el aprendizaje interactivo y la autoexpresión a través de un estilo de interacción de la comunicación verbal y no verbal en los grupos sociales y sus alrededores; entorno que requiere un proceso continuo de comprensión y aceptación.

Finalmente, creemos que el desarrollar estrategias de salud mental desde la supervisión y los equipos de supervisión pueden marcar una diferencia valiosa en cuanto a procedimientos para lograr las expectativas y las metas de la consejería y la salud mental, a niveles más amplios tanto a nivel cualitativo y cuantitativo. Como equipo, la construcción comunitaria es importante, respondiendo a aquellas características propias del contexto que, vistas de forma crítica, no han sido históricamente fáciles en Guatemala, desde las funciones y los componentes de la supervisión que priman en su aplicación.

Este manuscrito, busca fomentar una mirada reflexiva, que no necesariamente tiene un final escrito. Busca satisfacer la percepción física y mental, así como las necesidades espirituales, emocionales y ambientales de los equipos de supervisión de supervisoras.

Hablar de aportes, desde este lugar, es hablar con humildad y colaboración, reconociendo a quienes nos antecedieron y han hecho posible llegar hasta aquí. Aún frente a esos impases (competencias de estudiantes, motivos de consulta de clientes, pandemia, entre otros) y éxitos (adaptación a los momentos sociales, modelo contextualizado de supervisión en consejería, promover la cultura de supervisión, entre otros), que sabemos se dan en la construcción de la alianza de supervisión; es una invitación a integrar miradas reflexivas para emprender una acción sostenida. En palabras de Freire, quizás pudiese ser una invitación a “ ‘tomar distancia’ del equipo de supervisión, cuando nos ‘aproximamos’ a él, para poder admirar, analizando cómo nos movemos en el mundo (Freire et al., 2016).” En este sentido tenemos muchos que agradecer.

Referencias

- Bernard, J. y Goodyear, R. (2018). *Fundamentals of clinical supervision* [Fundamentos de la supervisión clínica] (6ª ed.). Pearson.
- Cervantes, A. (2020). Testimonios. En L. Comas-Díaz y E. Torres Rivera (Eds.), *Liberation psychology: Theory, method, practice, and social justice* (pp. 133–147). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chs1sn.14>
- Cheung, F. M. (2000). Deconstructing counseling in a cultural context [Deconstruyendo el asesoramiento en un contexto cultural]. *The Counseling Psychologist*, 28(1), 123–132. <https://doi.org/10.1177/0011000000281008>
- Consoli, A., Grazioso, M. P., Fernández, M. y Cobar, A. (2017). La supervisión hoy: lo que sabemos y nos falta saber. *Revista Psicólogos: Ética, Crecimiento y Desarrollo*, 7(20a), 6 - 19.
- Falender, C. A. (2018). Clinical supervision—the missing ingredient [Supervisión clínica: el ingrediente que falta]. *American Psychologist*, 73(9), 1240–1250. <https://doi.org/10.1037/amp0000385>
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental*. Desclee de Brouwer.
- Freire, P., Torres, R. M. y Mastrangelo, S. (2016). *Cartas a quien pretende enseñar* (Vol. 2). SXXI.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia* [Pedagogía de autonomía]. Paz e Terra.
- Freire, P. (2000). *Pedagogía del oprimido*. Norton.
- Garrett, M. T., Borders, L. D. D. A., Crutchfield, L. B. L. B., Torres-Rivera, E., Brotherton, D. y Curtis, R. (2001). Multicultural superVISION: A paradigm of cultural responsiveness for supervisors [SuperVISIÓN multicultural: un paradigma de capacidad de respuesta cultural para supervisores]. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 29(2), 147–158. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2001.tb00511.x>

- Kristinsdóttir, D. (2015). Cultura de violencia: normalización de la violencia de género en Guatemala. En R. E. Edmé Domínguez y S. Castro (Eds.), *Memorias y movilizaciones de género en América Latina* (pp.102-125). Instituto Iberoamericano, Universidad de Göteborg.
- Moratilla, N. C. A. (2019). Revisiting Paulo: critical pedagogy and testimonial narratives as liberative spaces in the philippines' K-12 Curriculum [Revisitando a Paulo: pedagogía crítica y narrativas testimoniales como espacios liberadores en el plan de estudios K-12 de Filipinas]. *Journal for Critical Education Policy Studies (JCEPS)*, 17(2).
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences* [El conocimiento narrativo y las ciencias humanas]. Suny Press.
- Rivera, E. T., Nash, S., Wah, B. S. C. y Ibrahim, S. B. (2008). Training school counselors in Singapore: First impressions of a multicultural challenge [Formación de consejeros escolares en Singapur: primeras impresiones de un desafío multicultural]. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 219-223. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00500.x>
- Sue, D. W., Sue, D., Neville, H. A. y Smith, L. (2019). *Counseling the culturally diverse: theory and practice* [Asesoramiento a personas culturalmente diversas: teoría y práctica] (8ª ed.). Wiley.



INTRODUCCIÓN A LAS PSICOTERAPIAS

Psicodinámicas, Experienciales, Sistémicas, Constructivistas e Integradoras

Begoña Rojí ▪ Luis Ángel Saúl (Eds.)



UNA APROXIMACIÓN DIALÓGICA A LA SUPERVISIÓN DE LA PSICOTERAPIA DE PERSONALIDADES DISFUNCIONALES

A DIALOGICAL APPROACH TO THE SUPERVISION OF PSYCHOTHERAPY OF DYSFUNCTIONAL PERSONALITIES

Carlos Mirapeix

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3845-2542>

Psiquiatra y Psicoterapeuta Cognitivo Analítico. Santander, España

Director Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad (FUNDIPP)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mirapeix, C. (2023). Una aproximación dialógica a la supervisión de la psicoterapia de personalidades disfuncionales. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 89-111. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38708>



Resumen

El modelo presentado está inspirado en una concepción del self dialógico que tiene la característica de estar compuesto por distintas posibilidades de manifestación. Basado en una concepción dialógica del self, entendido desde una dialéctica de la unicidad versus multiplicidad, tiene sus raíces en el análisis de secuencias dialógicas de la psicoterapia cognitivo analítica. Esta multiplicidad llámese posiciones del yo, estados del self, o sub-personalidades; todas ellas, vienen caracterizadas por tener su propia historia de desarrollo en el individuo y caracterizarse por tener una narrativa con una voz propia. En todo ello, resulta fundamental el papel de la metaobservación de los procesos intrapsíquicos e interpersonales. Entender la personalidad disfuncional desde esta perspectiva, es un modelo transteórico que puede ser utilizado en el trabajo clínico y en la supervisión de terapeutas que trabajen con diferentes modelos de psicoterapia. El trabajo de la supervisión está focalizado en contribuir a ir desentrañando la complejidad del discurso del paciente, del terapeuta y del supervisor y los distintos niveles de superposición entre dichos discursos y los diferentes personajes que habitan en cada uno de los participantes en el proceso de tratamiento y de supervisión clínica. Ilustraré esta forma de supervisión con un caso de un paciente con una personalidad disfuncional con un perfil limítrofe, en el que el motivo de consulta fueron las autolesiones. Este caso nos servirá para ver la forma de trabajo con los múltiples vaivenes en la relación terapéutica, en las diferentes posibilidades de intervención técnica y en la construcción de la narrativa del paciente, del terapeuta y del supervisor.

Palabras clave: supervisión, personalidad, psicoterapia, dialógico, transteórico, TLP

Abstract

The model I present is inspired by a conception of the dialogical self that has the characteristic of being composed of different possibilities of manifestation. Based on a dialogical conception of the self, understood from a dialectic of uniqueness versus multiplicity, it has its roots in the dialogical sequence analysis of cognitive analytic psychotherapy. This multiplicity, be I-self positions, self states, or sub-personalities, are all characterised by their own developmental history in the individual and are characterised by a narrative with a voice of their own. In this approach, the role of meta-observation of intrapsychic and interpersonal processes is fundamental. Understanding dysfunctional personality from this perspective is a transtheoretical model, that can be used in clinical work and in the supervision of therapists working with different models of psychotherapy. The work of supervision is focused on helping to unravel the complexity of the discourse of the patient, the therapist and the supervisor and the different levels of overlap between these discourses and the different characters that inhabit each of the participants in the process of treatment and clinical supervision. I will illustrate this form of supervision with a case of a patient with a dysfunctional personality with a borderline profile, in which the reason for consultation was self-harm. This case will help us to see the way of working with the multiple ups and downs in the therapeutic relationship, in the different possibilities of technical intervention and in the construction of the narrative of the patient, the therapist and the supervisor.

Keywords: supervision, personality, psychotherapy, dialogic, transtheoretical, BPD

El aforismo de la psicoterapia dialógica:
¿Quién de ti habla, de qué, con quién de mí?

-Mikael Leiman

Este artículo versa sobre la supervisión dialógica y quiero empezar compartiendo con aquellos que leáis este artículo algunos principios fundamentales de la visión del dialogismo y del self dialógico.

Continuando con el aforismo al inicio del artículo, estamos ante una pregunta de carácter metacognitivo. Partimos de varios supuestos: yo soy único, pero además hay distintas partes dentro de mí y lo mismo sucede con el otro con quien me relaciono. Por lo tanto, estamos haciéndonos una pregunta metacognitiva que obliga a reflexionar acerca de mí mismo y de qué distintos personajes habitan en mí. Esto a su vez supone entender que la mente del otro tiene también una composición única como individuo pero múltiple en sus manifestaciones.

Entrando en Materia

Aunque practico la psicoterapia cognitivo analítica, no está dentro de mis objetivos transmitir una modalidad de supervisión específica de un modelo de psicoterapia (Pickvance, 2016). Quiero hacerles llegar una forma de concebir la supervisión y la psicoterapia, sustentada en unos principios comunes y que pueden ser utilizados por distintos terapeutas con distintas orientaciones teóricas y técnicas.

El modelo que presento tiene una relación muy estrecha con otros modelos fundamentados en la multiplicidad del self como son los desarrollados por Bakhtin (1984/2012), Dimaggio et al. (2017), Hermans y Dimaggio (2004), Leiman (1997), Ryle (1997), Schwartz (2015). Personajes internos con sus voces, que se han generado a lo largo de nuestra vida, que han ido evolucionando y que tienen la capacidad de establecer diálogos entre sí mismos y construyen diálogos y patrones de relación individualizados con los diferentes personajes que habitan la vida de las otras personas con quien nos relacionamos.

Es una concepción que a su vez es relacional y metacognitiva. La psicoterapia de la personalidad y la supervisión de los profesionales que tratan a pacientes con disfunciones de personalidad, requiere un modelo que integre el temperamento, los patrones de relación interpersonal, la función reflexiva y el contexto; estos principios permiten sustentar la multiplicidad relacional en la que la metaobservación es fundamental.

Algunas Reflexiones sobre la Supervisión y sus Variantes

A nadie se le escapa que hay tantas modalidades de supervisión como escuelas terapéuticas. Cada cual tiene su forma de comprender la etiopatogenia de los problemas psicológicos y cada una de ellas tiene una teoría de la técnica y un modelo del cambio en la psicoterapia que practica (Smith, 2009).

Podríamos sintetizar las aportaciones de Watkins como una serie de factores

comunes (ver Figura 1) de la siguiente manera: (a) el supervisor y el supervisado aportan sus características / cualidades / rasgos a la situación de supervisión (un entorno educativo) y establecen una relación supervisor-supervisado; (b) esa relación sirve como mediadora de la acción supervisora y permite la puesta en práctica de los principios, tareas, funciones e intervenciones preeminentes de la práctica; y (c) los procesos de cambio del supervisado son, en consecuencia, instigados por la relación de supervisión (Watkins, 2017).

Figura 1

Los Factores Comunes, los Procesos Comunes y las Prácticas Comunes en la Supervisión



No es de extrañar que, como coordinador de este número monográfico sobre supervisión en psicoterapia, de la Revista de Psicoterapia, se le haya encargado a Héctor Fernández-Álvarez esta labor. Héctor, es probablemente uno de los terapeutas de habla hispana, que ha reflexionado con mayor profundidad y detalle describiendo las características de diferentes tipos de supervisiones, diferentes dificultades que se presentan en esta tarea y ha desarrollado un modelo que está vinculada a su concepción integradora de la psicoterapia. Las revisiones que se han llevado a cabo sobre los efectos de la supervisión clínica informan que hasta el momento no se cuenta con pruebas empíricas sólidas que permitan conocer los resultados que tiene la supervisión en los tratamientos que se supervisan (Prueba de Fuego). A partir de lo expuesto, enfatizó la importancia de incentivar la investigación de la supervisión en psicoterapia (Fernández-Álvarez, 2008, 2016, 2017, 2019, 2020, 2022).

Lo Nuclear de la Función Reflexiva en Psicoterapia y Supervisión: el PAHORC, Metaobservación Sincrónica y Diacrónica

Implícito en lo que vengo comentando hasta ahora, subyace el planteamiento de William James. Hay un mínimo de 2 Self, uno que experimenta y otro que observa. Esa multiplicidad del Self requiere de la presencia de una parte del Self con

capacidad de descentrarse y metaobservar las diferentes formas de comportarse en diferentes contextos y con diferentes personas. Un concepto desarrollado por otros terapeutas y modelos que hablan de metaposiciones del Self (Hermans y Dimaggio, 2004).

En todos los modelos que hablan de la multiplicidad del self, se incorpora de manera inevitable un proceso metacognitivo que permite la observación descentrada del comportamiento (Semerari et al., 2012). Hablaba antes de un proceso común en diferentes terapias al que denominé: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC) (Mirapeix, 2014). Esta descripción nos lleva a conceder una importancia relevante a la capacidad metacognitiva de autoobservarnos en los diferentes componentes de nuestro comportamiento, así como a la capacidad innata que sustenta la cognición social y que nos permite intuir el contenido de la mente del otro. Esto nos permite y facilita la regulación de nuestro comportamiento social, pudiendo anticipar cuál puede ser la reacción del otro con quien nos vamos a relacionar y posteriormente ser conscientes de cómo dicha reacción afecta a nuestras motivaciones y expectativas, permitiéndonos corregir lo que habíamos hecho.

Este principio básico de auto y hetero observación, abre la puerta a ser conscientes y poder metaobservar el baile relacional que se produce en la interacción interpersonal con las personas con las que nos relacionamos. Además, esta conciencia relacional es a su vez contextual: soy capaz de observar que puedo bailar diferentes bailes relacionales en diferentes contextos. Se trata pues de un proceso metacognitivo que facilita la auto y hetero observación y que es común a cualquier tipo de psicoterapia. Esto que planteo es un componente transteórico que puede ser utilizado en cualquier modelo de psicoterapia. Ningún modelo de psicoterapia funciona sin una observación del sujeto y un análisis de su contexto y de la relación con el otro. Reflexionen ustedes sobre los diferentes modelos de psicoterapia y este procedimiento de metaobservación está presente en todas ellas. Por eso, va a ser un elemento nuclear en la concepción teórica de una supervisión dialógica, integradora y transteórica, pudiendo ser considerado como un factor común en cualquier psicoterapia.

Recomendaciones Internacionales en la Supervisión de Pacientes en Tratamiento por Personalidades Disfuncionales

Como veremos la concepción de un Self sustentado en un modelo basado en la unicidad versus la multiplicidad, condiciona la concepción de la estructura del sujeto y de ello se deriva una mejor comprensión de las diferentes variaciones del repertorio de patrones de relación interpersonal que a cada persona le es posible desplegar. Esto, obviamente, tiene grandes repercusiones tanto en la psicoterapia como la supervisión.

En relación a la necesidad de desarrollar una serie de habilidades específicas para trabajar con personas con trastorno de personalidad, se consideran necesarias las siguientes: saber involucrar al cliente para que éste mantenga una implicación en

la relación y en la motivación a lo largo del tratamiento, trabajar sistemáticamente de una forma colaboradora, ser capaz de manejar las tensiones y amenazas de ruptura de la alianza terapéutica; fomentar una capacidad de trabajar de una forma dialéctica encontrando vías intermedias ante problemas dicotómicos; entrenar la capacidad del supervisando de trabajar con situaciones clínicas de alta carga emocional y estar muy atento a trabajar en situaciones en los que puede estar presente un riesgo alto. Todo ello está vinculado con un fomento sistemático de la capacidad de metaobservación del proceso terapéutico, del paciente, terapeuta y supervisor¹.

Principios Generales de un Modelo de Supervisión Dialógica

La psicoterapia se realiza a través del diálogo entre el paciente y el terapeuta y la supervisión entre el terapeuta y el supervisor. Este diálogo tiene una estructura que cuando es microanalizada (Leiman, 2012), lleva implícita muchos aspectos estructurales de quien habla y de quien escucha. Es el análisis de estas secuencias dialógicas es el que arroja una luz particular para ser utilizada en esta propuesta de supervisión dialógica.

A través de esta forma de comprensión de las expresiones del paciente y del supervisando, se van a desplegar los ovillos del discurso del paciente, del supervisando y del supervisor; separando las tramas, los orígenes y los personajes implicados. Se convierte, pues, el despacho dedicado a la supervisión, en una habitación que está saturada de personajes y con múltiples discursos superpuestos, procedentes de diferentes personajes, traídos al momento actual, aunque pertenezcan a momentos pasados, o incluso, voces imaginadas del futuro que aún no han tomado forma.

Posicionamiento Teórico: El Self Multiple y Polifónico

Han cambiado mucho las directrices de clasificación internacional de las disfunciones de la personalidad (Belloch et al., 2019). No hay posibilidad de realizar un tratamiento de pacientes que presentan alteraciones en la estructura y funcionamiento de la personalidad sin que resulte obligada la referencia al Self y a los patrones de relación interpersonal.

Para poder comprender el aforismo dialógico señalado al inicio del artículo y la supervisión dialógica, es necesario comprender el planteamiento de la multiplicidad del self.

Una concepción del Self polifónico, nos permite pensar al individuo con un Self único de manifestaciones múltiples y adherirnos al modelo de los múltiples estados del Self (Ryle, 1997), que nos permiten explicar desde la multiplicidad normal el desarrollo de cualquier individuo, hasta la multiplicidad en personalidades altamente disfuncionales, con manifestaciones disociadas de dicha multiplicidad. Esta forma de entender el Self desde la multiplicidad, he tenido ocasión de describirla en diferentes publicaciones a lo largo de los últimos años (Mirapeix 2008, 2014, 2017a, 2017b, 2018) y está sustentada en otros muchos modelos que a lo largo de la historia hablan también del Self y sus posibilidades de manifestarse de forma

múltiple (Abramovich, 2018 ; Dimaggio et al., 2015, 2018).

Podemos establecer un axioma que dijese algo así como: sin Self es imposible hacer psicoterapia y tampoco supervisar.

Self Único vs. Self Polifónico

Cuando hablo de ese Self con múltiples componentes, al que me refiero como un Self múltiple y polifónico no quiere decir que tengamos varios Self. Quiero transmitir que tenemos un Self único, como bien supo definir Ramachandran y Blakeslee (1999), quien describió las siguientes características de la unicidad del Self: continuidad, unidad, coherencia, corporeidad, responsabilidad a cerca de las propias acciones, capacidad reflexiva, emocionalidad e implicación y conciencia de ser un ser social. Este Self único, tiene múltiples manifestaciones y resulta polimorfo en sus manifestaciones a diferentes niveles, con diferentes personas y en diferentes contextos.

La Multiplicidad en la Vida Cotidiana

Pero más allá de las reflexiones teóricas, les invito a que piensen ustedes en sí mismos y en su vida cotidiana. Cada uno de nosotros somos conscientes de comportarnos de manera muy diferentes en distintas situaciones y en ocasiones comportarnos de manera diferente con una misma persona en distintos contextos. Sigo siendo el mismo, hay un sentido de unicidad de quien soy, pero también hay una certeza vivencial de mi capacidad de manifestarme de diferentes formas, con la misma persona en diferentes contextos, con diferentes personas en el mismo contexto o una combinación de ambas. La vivencia subjetiva de la multiplicidad de posibilidades de manifestar quién soy en diferentes contextos y personas con las que me relaciono, es una certeza subjetiva que cada uno de nosotros tenemos. En última instancia, el modelo de la multiplicidad del Self es un recurso hermenéutico que contribuye a la comprensión de la complejidad de quiénes somos. Como veremos, esto tiene una gran repercusión clínica y en la supervisión, pudiendo articular la práctica terapéutica y la supervisión profesional desde un marco teórico sustentado en esta visión de la multiplicidad del Self.

Su Comprensión como un Continuo: de la Normalidad a la Disociación

Resulta necesario plantear la comprensión de la multiplicidad del Self, más allá de utilizarla como un modelo explicativo de las manifestaciones poco integradas y tendientes a la disociación del trastorno límite de la personalidad. Actualmente, esta comprensión del modelo de la multiplicidad del Self es aplicado al individuo en su desarrollo normal y esta multiplicidad podemos comprenderla como presente en un continuo que va desde la normalidad hasta la disociación (Mirapeix, 2008).

Investigaciones Dialógicas

La investigación en psicoterapia y supervisión dialógica está en sus albores y queda mucho por desarrollar (Georgaca y Avdi, 2019). Disponemos de procedimientos para la identificación de los diferentes estados del self (fueron desarrollados por Anthony Ryle en 1997) y nuestro grupo tuvo la ocasión de trabajar con dicho instrumento de evaluación que fue objeto de una publicación hace ya unos años (Mirapeix, 2008). Hay otros instrumentos desarrollados para poder identificar los diferentes componentes de esta perspectiva de la pluralidad del self (Łyś et al., 2022).

El self es un proceso en constante construcción que exige una flexibilidad y cambio y que supone una integración de sus diferentes partes, así como una integración de las partes que van surgiendo a lo largo de la evolución del individuo (Cunha 2007). Hay modelos que cuentan con una gran tradición en la investigación como el Modelo de Asimilación (Stiles, 2001). Un desarrollo reciente de esta línea teórica sugiere que abordar clínicamente tanto las voces internas de los pacientes como las de los terapeutas, así como sus influencias mutuas, contribuye significativamente al resultado del tratamiento (Hacohen et al., 2019). Dentro de las investigaciones en psicoterapias dialógicas, son especialmente reseñables las del grupo chileno (Mellado et al., 2022a, 2022b, 2023). Resulta especialmente reseñable un artículo sobre la utilización conjunta del análisis de secuencias dialógicas y el modelo de asimilación (Stiles et al., 2006), sin duda de gran interés pero que excede los propósitos del presente artículo.

Recientemente el análisis de secuencias dialógicas también ha sido utilizado por el grupo de trabajo con programas de intervención precoz con adolescentes en la Universidad de Melbourne, el proyecto Hype, para establecer la relación entre la formulación, la autoobservación y la alianza terapéutica en el proceso de psicoterapia de pacientes con trastorno límite de la personalidad (Gersh et al., 2017) y resolución de las amenazas de ruptura de la alianza (Gersh et al., 2018)

Principios Básicos de una Comprensión Dialógica de la Supervisión

Vamos a entrar de lleno en el núcleo teórico y técnico del presente artículo: el concepto de la supervisión dialógica, sustentada en el análisis de secuencias dialógicas (Leiman, 2012) de clara inspiración semiótica (Bakhtin, 1981, 1984/2012).

Características y Diferencias de la Narrativa Clásica y la Dialógica

Cuando alguien cuenta lo que le sucede, construye una narrativa que da cuenta de su experiencia. Tenemos dos formas fundamentales de poder escucharla: una centrada en la narrativa convencional y otra sustentada en una comprensión dialógica de la narrativa (Leiman, 2012). Estos dos modelos de comprensión tienen implicaciones teóricas y técnicas sintetizadas en la breve descripción que presento a continuación.

La Visión Narrativa Clásica. La forma habitual que tenemos de comprender el cómo una persona cuenta las historias, es pensar que quien cuenta algo quiere

que nosotros sepamos su contenido. La narrativa, los sucesos que son descritos y las personas que están incluidas en la historia, se convierten en el foco principal de nuestra atención como oyentes. Esta visión basada en el sentido común reconoce al hablante y al contenido como las características fundamentales de la expresión.

La Visión Dialógica. Mientras que una comprensión dialógica de la narrativa conlleva que hay tantas variedades de contar lo que a la persona le ha sucedido, como personas intentan contarlo. Hay una unidad del Self que es polifónica. Cada expresión puede ser dicha por un protagonista. Puede ser una voz que exprese la identidad de uno de los personajes interiores con una voz característica (o posiciones del yo en términos de Hermans). Puede ir dirigida a otro personaje interno o a alguien externo. Unas voces se diferencian de otras por el contenido, por la prosodia, por el lenguaje corporal, por el contenido emocional que acompaña, la disposición a actuar y por tener motivaciones y expectativas diferentes.

Las posiciones del yo no están aisladas unas de otras, sino que pueden entablar diálogos; quien habla, se coloca en una posición y su mensaje se dirige a alguien a quien le coloca en una contraposición. Si yo digo por ejemplo: necesito sentirme cuidado, me estoy posicionando en un rol de necesidad de protección y situando al otro en el rol de protector. Desde el punto de vista dialógico, entender una expresión conlleva captar la dinámica relacional implícita en dicha expresión.

Alguien puede experimentar un conflicto entre dos posiciones del yo, por ejemplo: “Quiero acabar con este sufrimiento y suicidarme, pero hay creencias religiosas que me lo impiden”. En todo paciente suicida se produce siempre un diálogo como mínimo entre 2 voces: una que quiere morir y otra vinculada al instinto de vida, que puede ser muy débil y que quiere vivir (Mirapeix, 2023).

En el análisis de las secuencias dialógicas (DSA), la unidad estructural fundamental que guía al investigador, “el punto de partida es el análisis de los enunciados” ¿a quién se dirige la persona que habla? El oyente sólo representa al destinatario inmediatamente observable, pero la mayoría de las veces el destinatario es un complejo entramado de otros invisibles cuya presencia puede rastrearse en el contenido, el flujo y los aspectos expresivos del enunciado.

Implicaciones de una Comprensión Dialógica

Tener una aproximación sustentada en el análisis de las secuencias dialógicas y en los principios del dialogismo, hace escuchar el relato del paciente desde una perspectiva totalmente innovadora. Es por esto por lo que hablamos de psicoterapia dialógica y de supervisión dialógica.

Como luego veremos con más detalle, toda expresión de un sujeto va dirigida a un destinatario. Este, el destinatario, habita en la mente del emisor antes de que verbalice su expresión. El otro, pues, está presente en nuestra mente, en nuestro diálogo interno durante el proceso de la construcción de aquello que le queremos decir. Como decía, mi expresión va siempre dirigida a alguien y antes de ser dicha ese alguien ya habitaba en mí.

Por otro lado, el receptor tiene su propio diálogo interno y escuchar el mensaje recibido implica que será el destinatario quien valore de qué forma lo acopla a los que anticipadamente esperaba escuchar. De la misma forma, verá qué encaje tiene y de qué forma se articula el mensaje recibido con las motivaciones y expectativas del receptor.

Este diálogo complejo, se convierte en aún más complejo cuando lo entendemos desde la perspectiva de la multiplicidad del Self. Aquí, surge con todo su sentido y profundidad el aforismo de Leiman (con el que habría este artículo) que me permitió modificar de la siguiente forma: ***¿quién de ti está hablando a quién de mí?; ¿de qué, por qué y para qué?***

Un proceso psicoterapéutico al igual que una supervisión dialógica, pretende poder dar respuesta a este aforismo ampliado y construir una narrativa que dé cuenta de la complejidad de la estructura de cada persona (los múltiples personajes que nos habitan y sus potenciales diálogos) y los diferentes patrones de relación.

Sin entrar en el análisis de las similitudes y diferencias del modelo de los múltiples estados del Self, del Self dialógico, del Self polifónico, de la polifonía interior y el análisis de secuencias dialógicas de Leiman. Todos ellos tienen la peculiaridad de poder ser considerados un metamodelo que puede ser utilizado por diferentes modelos de psicoterapia con las peculiaridades propias tanto teóricas como técnicas de cada uno de los modelos de que se trate. El modelo de los múltiples estados del Self favorece un proceso de integración asimilativa que permite articular una concepción integradora de la supervisión para diferentes terapeutas con diferentes orientaciones.

El trabajo psicoterapéutico y de supervisión consiste, entre otras cosas, en encontrar la falta de acoplamiento de los discursos entre los interlocutores; sean éstos el paciente y el terapeuta; o el terapeuta y el supervisor; o la relación que a modo de paraguas envuelve las tareas que desarrollamos y que denominamos supradestinatario, sea esta institución o contexto en general.

La gran aportación del análisis de las secuencias dialógicas, es que a través de un microanálisis de la estructura de la comunicación y de las expresiones entre el sujeto hablante y el destinatario del mensaje (sea éste otra persona, institución u objeto) puede inferirse un patrón relacional en el cual quien habla se coloca en una posición y a quién va dirigido el mensaje es colocado en otra contraposición.

El análisis preciso y detallado de este juego comunicativo y relacional, es aplicable en el aquí y en el ahora de la sesión de psicoterapia, en la supervisión, en nuestra propia vida cotidiana. El desvelamiento de toda esta complejidad actual y sus raíces históricas es en definitiva el objetivo de la psicoterapia y la ayuda que el supervisor presta al terapeuta en desentrañar los misterios ocultos a través de mensajes no dichos o deformados.

Ejemplos Clínicos

Procedimiento Técnico

Se graban las sesiones de forma sistemática con el consabido consentimiento informado. El terapeuta presentará un resumen de los contenidos fundamentales que se han abordado en la sesión y las áreas de conflicto o interés de la misma, como se suele hacer en las supervisiones clásicas. A su vez, se le pide al terapeuta que seleccione los 5 primeros minutos de la sesión y que a su elección seleccione otros 5 minutos que le hayan parecido relevantes para poder ser escuchados en la supervisión y aclarar alguno de los contenidos que en ella se aborden.

Veamos un breve ejemplo clínico que puede ser ilustrativo de lo que vengo planteando hasta ahora. Para el análisis que se realiza, de la interacción entre paciente y terapeuta, se enumeran las intervenciones.

a. Una comunicación de apertura en la primera sesión:

Terapeuta (T-1): buenas tardes, María, En qué cree usted que puedo ayudarle.

Paciente (P-1): en todo y en nada. Estoy muy confusa, vivo con angustia y necesito alguien que me ayude a encontrar un sentido a mi vida.

T-2: me gustaría poder ayudarle y para ello necesitaría que hablemos con más detalle de esa sensación de confusión que le invade, la angustia que le dificulta vivir y la dificultad en encontrar sentido a su vida. Todo ello entiendo que le hace sufrir y que en una frase sencilla y corta ha dicho usted muchas cosas. Me gustaría que pudiéramos hablar con más detalle de todo ello.

P-2: necesito que usted vaya preguntándome cosas, para que yo pueda ir encontrando lo que no encuentro por mí misma.

Una Comprensión Dialógica Relacional

Añado el término relacional después del dialógico, pues en la modalidad de supervisión dialógica, los patrones de relación interpersonal están implícitos en las expresiones, tanto del paciente como del terapeuta y como luego veremos también en las expresiones del supervisado y del supervisor. La estructura de la expresión conlleva siempre un posicionamiento del hablante con relación a la temática de la que se habla y al destinatario.

Tomando como referente la micro escena propuesta en el párrafo anterior, en el movimiento de apertura de una primera sesión, cómo daríamos respuesta al aforismo que comenté en un apartado anterior: ¿quién de ti habla a quien de mí?; ¿de que, por qué y para qué?

En la secuencia que he relatado:

En (T-1) el terapeuta realiza una intervención estándar para establecer un buen contacto y conocer la problemática en la que pueda ayudar.

(P-1) La paciente se coloca en una posición de confusión y de necesidad de ser dirigida (confusa y dependiente), para aliviar su ansiedad y encontrar objetivos que

den sentido a su vida. Coloca al terapeuta en una contraposición de protector, que sabe y que le atribuye la función de dar respuestas (protector, con conocimiento y directivo) y que le acompañe a encontrar objetivos y sentido a su existencia.

(P-2) en esta intervención el paciente insiste en la misma estructura y contenido colocando al terapeuta en la misma posición de protector con conocimiento que pueda dirigirla.

Corto la secuencia aquí y hago referencia al soliloquio del terapeuta. Resulta relevante prestar atención a cuál es el contenido de la mente del terapeuta después de haber escuchado la segunda propuesta de la paciente en el diálogo (también el contenido de la mente del supervisor). El soliloquio que se produce en la mente del terapeuta es: me siento tentado de preguntarle qué dificultades son las que tiene para encontrar objetivos en su vida. La situación me presiona a darle soluciones y tengo que contenerme para no proponer yo cosas (hay una clara activación de la parte protectora y directiva por parte del terapeuta, que siendo conocedor de la dinámica relacional implícita se contiene en posicionarse en ese rol).

Soliloquio de la mente del supervisor: de adoptar ese rol directivo por parte del terapeuta, estaría actuando de forma recíproca al lugar donde le pone la paciente. Quizás en un inicio pueda requerirse algo parecido, pero más pronto que tarde, ese tipo de requerimiento debe de pasar a formar parte de un diálogo de clarificación y co-construcción entre terapeuta y paciente.

Este breve ejemplo, pone de manifiesto que, en la actitud del terapeuta en este abordaje de psicoterapia dialógica, se produce una escucha de la polifonía del otro y las repercusiones en nuestra propia estructura polifónica. Estando atento y desvelando -cuando sea pertinente- las posiciones relacionales implícitas en la comunicación.

b. Una paciente con un trastorno límite de la personalidad y con autolesiones como motivo de consulta:

Una joven de 21 años es traída a la consulta por la familia, tras haber sido atendida en urgencias hospitalarias por autolesiones. Presentó cortes superficiales en el antebrazo izquierdo que solo requirieron cura y no fue necesario realizar sutura, aunque fueron de la suficiente profundidad para producir un leve sangrado.

Fue diagnosticada de autolesión no suicida en un contexto clínico de sospecha de trastorno límite de la personalidad, fue dada de alta y remitida de forma preferente a su centro de salud mental con el compromiso de que le llamarían para citarle. Quedaron en llamarle para darle cita y efectivamente en 48 horas le llamaron, pero aun siendo una remisión preferente, le dieron cita en dos semanas. La familia decidió llevarle a un psicólogo privado que le habían recomendado.

La psicóloga, llamémosle Luisa, supervisa otros casos conmigo desde hace tiempo, pero me pide si podemos supervisar este caso que acaba de recibir en consulta y que le ha visto solo una vez y se ha quedado con una sensación de inquietud por la gravedad.

Luisa, ante la urgencia de la consulta no grabó la sesión, algo que es habitual que realice por conocer la metodología de grabación de sesiones que utilizo en mis supervisiones, pero había tomado unas notas muy detalladas que cree que serán útiles junto con abordar sus reacciones emocionales en la relación con la paciente.

Relata Luisa los primeros compases del movimiento de apertura de la sesión con la paciente que llamaremos María.

Luisa (T-1): buenas tardes, María. Me llamaron tus padres solicitando una consulta urgente por algo que había sucedido y que requirió atención en el servicio de urgencias. ¿En qué te puedo ayudar?

María (P-1): no sé si me puedes ayudar en algo y tampoco sé si me pasa algo en lo que tú me puedas ayudar.

T-2: en este momento María, yo tampoco lo sé, pero te ofrezco un espacio privado entre tú y yo, con toda la confianza que seas capaz de tener y sabiendo que lo que hablemos aquí pertenece al secreto profesional y solo en situaciones excepcionales hablaré con tus padres, informándote siempre previamente a ti.

P-2: es que me desespera un poco esta situación, a la mínima frustración que tengo, a la mínima sensación de no sentirme comprendida, aparece en mí una intensa angustia que finalmente desemboca en autolesionarme como forma de alivio.

T-3: hablas de varias cosas en lo que me comentas María, desesperación, intolerancia a la frustración, angustia, dificultad de control y comportamiento impulsivo que termina autolesionándote como forma de alivio. Esto es lo que he entendido de lo que me has contado, María, ¿es así?

P-3: sí, es así. Pero tampoco vengo aquí para que repitas las palabras que te he dicho. No sé si me entiendes o eres una cotorra.

T-4: quería asegurarme de que te había entendido bien María, pero ¿me da la sensación de que parece que mi comentario ha producido cierto malestar en ti?

P-4: he leído cosas sobre las autolesiones y sé que el cortarse a veces actúa como alivio. Mis padres también lo han leído y a veces me dan la vara con este tema. Además, en las redes sociales hay mucha información sobre esto.

T-5: estoy a tu disposición para que hablemos de todo lo que sabes y de lo que te han dicho y para ayudarte en que puedas organizarlo de tal forma que te sea de utilidad.

Análisis de los Cambios de Estado y de la Secuencia Dialógica

Mi soliloquio como supervisor al escuchar la solicitud urgente de Luisa: parece que la terapeuta, Luisa, ha percibido cierta gravedad en el caso y esto le hace quererlo priorizar. Si tan urgente es, podemos agendar una nueva cita de supervisión y respetar la que tenemos concertada para

continuar con la supervisión de otros casos en activo que lleva en este momento. *¿Qué justificación tenía esto que me pregunto?, ¿es un beneficio para el paciente que trata Luisa o es algo que puede interesar a mi agenda y ocupación?*

Más allá de esta reflexión, sentí la angustia de su solicitud pues estaba realmente preocupada por el caso. Continuando con mi soliloquio, Luisa había conseguido transmitirme la angustia que la paciente le hizo llegar a ella. Ante tal situación responder a su urgencia ¿era una forma de colocarme en un rol de “calmante, salvador”?, ¿Dónde se posicionaba la supervisada y dónde me posicionaba a mí como supervisor?, ¿Estábamos ante una primera manifestación de un proceso paralelo?

Una reflexión teórico técnica: el primer objetivo de la atención en una primera consulta con una joven que se autolesiona es hacer algo que le haga implicarse en el tratamiento y favorecer que venga a una segunda sesión. Es muy frecuente que las personas que se autolesionan no vuelvan a la consulta. Por lo tanto, priorizar la supervisión y favorecer aclarar en lo posible el caso favorecería una segunda sesión que ojalá pueda ayudarle a la paciente.

El análisis de la secuencia dialógica permite generar diferentes explicaciones relacionales de cuál es el baile interpersonal que se está poniendo en juego.

En (T-1) la terapeuta abre la sesión de forma estándar informando a la paciente de cuál ha sido la secuencia de hechos que han motivado la consulta. En (P-1), se activa un estado mental de confusión, que produce una sensación de incertidumbre en el terapeuta, y que al escuchar el relato el supervisor siente también cierta demanda con respecto a la necesidad de aclarar una confusión que dificulta la intervención. Hay inicialmente una disfunción de la función reflexiva, que como sabemos es un componente muy importante en el trabajo psicoterapéutico en general y de la supervisión en particular. En (T-2) la terapeuta valida los sentimientos de la paciente y le ofrece contención, privacidad y crea un entorno que favorezca la construcción de una alianza terapéutica colaboradora y productiva.

En (P-3) aparece de manera inmediata un viraje a varios estados mentales muy diferentes, que hablan de distintas partes existentes en la paciente. En su verbalización, ella se coloca en una posición de sobrecarga y malestar, y reconoce su intolerancia a la frustración y tendencia a actuar de forma impulsiva para aliviar su angustia. Son varios estados del Self que pueden ser representados en un bucle circular que se repite una y otra vez y que la lleva a autolesionarse o al pensamiento de hacerlo.

Comentario técnico del supervisor: esto encaja perfectamente con los patrones contra transferenciales parciales que veremos en el apartado referido a la publicación de Salvatore (2022). Los cambios bruscos de estado

mental por parte del paciente, generan movilizaciones emocionales poco coherentes e integradas por parte del terapeuta, con lo que la aparición de una sensación de confusión resulta coherente.

Intervención del supervisor: le pregunto a Luisa, la terapeuta, ¿cómo te sentiste ante la emoción inicial de confusión y los cambios en el estado mental que se produjeron a continuación en la interacción?

Responde Luisa: fueron algo desconcertantes, la confusión inicial y la duda acerca de si yo la podía ayudar, hace que inicialmente el movimiento de apertura sea generador de incertidumbre. En los movimientos posteriores del diálogo de María, se produce una descripción de un procedimiento que la lleva a la autolesión y por otro lado hay una expresión de cierta hartura ante verse rodeada de explicaciones que no le sirven para nada. Cuando la paciente, María dice: P-3: Sí, es así. Pero tampoco vengo aquí para que repitas las palabras que te he dicho. No sé si me entiendes o eres una cotorra.

Se produce un viraje a un estado mental que genera un movimiento de desconcierto en el terapeuta que evidentemente es interpretado como una muestra de hostilidad y una amenaza de ruptura de la alianza terapéutica. La paciente se posiciona en un lugar de rechazo y crítica haciendo sentir a la terapeuta que se puede producir una amenaza en la relación terapéutica generándole cierto malestar y alerta.

Luisa, buena terapeuta, interviene inmediatamente diciendo: T: Quería asegurarme de que te había entendido bien María, pero me da la sensación de que parece que mi comentario ha producido cierto malestar en ti. Intenta reparar el movimiento de insatisfacción, leve hostilidad y cuestionamiento del comentario previo de la terapeuta.

Luisa, había comprendido muy bien el cambio de estado de su paciente María, y la leve amenaza de ruptura de la alianza terapéutica, siendo consciente de la movilización emocional que había generado en ella por lo que hizo una intervención que permitiera identificarlo, muy en la línea de las intervenciones recomendadas por Safran y Muran (2005) para la resolución de las amenazas de ruptura de la alianza terapéutica.

El supervisor interviene y pregunta: ¿cómo te hizo sentir esto Luisa?

Contesta Luisa: por un lado, me sonaba algo conocido el bucle que describía y la utilización de la autolesión como alivio de su malestar emocional. Por otro lado, parece que la actitud de sus padres era algo cansina y reiterativa, que le repetían informaciones que no le servían y eso la hacía sentirse no ayudada. Me dio la impresión de que también en relación a mí se produjo un patrón de relación similar.

Pregunta el supervisor: ¿cuál es la sensación que tienes ahora mismo, Luisa, en relación con la ayuda que yo te puedo prestar como supervisor?

Contesta Luisa: sé que tienes experiencia con este tipo de pacientes y

problemáticas, pero me siento algo cuestionada por la paciente y también me hace cuestionar si vas a ser capaz de ayudarme en resolver el malestar que tiene María.

Comenta el supervisor: de momento, Luisa, necesito que tanto tú como yo tengamos más datos para poder comprender qué le está sucediendo a tu paciente María y cómo podemos hacer un primer mapa que nos permita comprender sus cambios de estado mental, su dificultad en la regulación emocional y los patrones de relación interpersonal que tiene contigo en el breve pasaje de sesión que has comentado.

Por otro lado, también debemos de prestar atención a cómo te diriges a la paciente María y dónde te sitúas tú y dónde le sitúas a ella en la intervención que realizas. Esto nos ayudará también a conocer en más profundidad la dinámica de los patrones relacionales que se establecen con la paciente.

Las Repercusiones en el Terapeuta

El supervisor tiene la tarea de ocuparse de que los diferentes niveles de repercusión del trabajo clínico con pacientes con personalidades disfuncionales, de niveles de complejidad moderados altos, con conductas en ocasiones de riesgo y con la implicación emocional que suponen para el terapeuta. Ha de saber ayudarle a que gestione todo esto de la forma más adecuada y para ello hay que tener en cuenta una serie de componentes en cuanto a las repercusiones de alta demanda emocional para el terapeuta.

Las Reacciones Contratransferenciales de los Terapeutas

Los cambios bruscos de estados mentales que pueden presentar los pacientes con perfiles limítrofes en una misma sesión y en pocos minutos, son generadores de desconcierto en el terapeuta y sistemáticamente produce una movilización emocional en diferentes direcciones, que exige una gran atención por parte del terapeuta, una gran capacidad de mantener la serenidad con sus conocimientos de autorregulación emocional que les permitan una metaobservación del proceso terapéutico de los cambios de estado del paciente y de las reacciones cambiantes y desconcertantes que le afectan.

Una comprensión relacional de la psicoterapia es básica en general y en especial al tratar pacientes con trastornos de personalidad, pero esta modalidad de comprensión desde la perspectiva dialógica que permite microanalizar las expresiones del paciente, nos permite identificar en una o dos expresiones los patrones relacionales implícitos y la movilización que provocan tanto en el paciente como en el terapeuta.

Recientemente desde el modelo psicoterapia metacognitiva interpersonal (MIT), se ha realizado una aportación a la supervisión de terapeutas que tratan pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), que me ha resultado de interés, especialmente por el desarrollo de lo que se ha denominado patrones

contratransferenciales parciales (PCP) (Salvatore, 2022). Estos, los PCP, consisten en la respuesta parcial del terapeuta ante reacciones inducidas por los cambios de estado mental del paciente.

En este artículo, desde un modelo de psicoterapia (el MIT) muy cercano a la psicoterapia cognitivo analítica, se plantea la relevancia de estos PCP. Los desarrollos teóricos del artículo que menciono son de gran relevancia y tiene una gran similitud con lo que vengo planteando en este artículo. Hay dos diferencias fundamentales. Por un lado, la importancia que le damos desde el modelo que defiende a la identificación y denominación -con un nombre específico- a los diferentes estados mentales por los que transita el paciente y la repercusión que tiene en el terapeuta. Por otro lado, y desde el punto de vista cognitivo analítico y dialógico, los bailes relacionales, tienen relación el uno con el otro desde la perspectiva de lo que denominamos los roles recíprocos.

En la relación psicoterapéutica, los autoestados compartimentados del paciente tienen una fuerte tendencia a provocar en el terapeuta reacciones no integradas y difíciles de regular, dando lugar a lo que denomina Salvatore (2022), patrones contratransferenciales parciales (PCP). Los PCP obstaculizan el esfuerzo terapéutico para promover una integración de la identidad del paciente y el progreso terapéutico. Con el fin de revisar un buen resultado clínico con pacientes que sufren TLP, la Terapia Metacognitiva Interpersonal (MIT) enfatiza el papel de un proceso de supervisión sistemático dirigido a ayudar a los terapeutas a enfrentarse a la propia discontinuidad experimentada con pacientes con TLP.

Por otro lado, las reacciones contratransferenciales de los terapeutas no solo pueden estar debidas al eco que producen los cambios bruscos de estado mental de los pacientes con trastorno límite de personalidad. En ocasiones, la relación terapéutica puede tomar implícitamente la forma de un “baile” entre el “trauma del desarrollo” (TD) del paciente y del terapeuta, que impide al terapeuta sintonizar intersubjetivamente con el paciente; y cómo un proceso de supervisión particularmente enfocado en el TD del terapeuta puede promover efectivamente esta sintonía y un buen resultado clínico (Salvatore, 2023).

Solo un breve apunte clínico en relación con el tema de las autolesiones, reseñando el caso de una terapeuta que de niña tuvo la ocasión de vivir la experiencia traumática de una hermana mayor que tenía autolesiones de cierta seriedad y que duraron años.

Hay puntos como este y otros muchos que la supervisión llega a tocar temas que solo parcialmente pueden ser abordados en la supervisión y que requerirían un trabajo individual en psicoterapia.

La Aproximación a las Reacciones Contratransferenciales desde el Modelo Cognitivo Analítico. El trabajo con pacientes que presentan autolesiones en un contexto de personalidades disfuncionales con un perfil limítrofe, son generadoras de una gran demanda emocional al terapeuta y como proceso paralelo también al supervisor. Un trabajo de hace unos años sobre esta temática (Sheard 2000),

desarrolló un cuestionario sobre las reacciones contratransferenciales de los terapeutas, así como de los patrones más frecuentes de relación de las personas que se autolesionaban y los terapeutas. Esto facilita la toma de conciencia de las mismas y su utilización entre sesiones y en las supervisiones.

El cuestionario sirve de ayuda para que el terapeuta puede identificar si la actitud del paciente hacia él le colocó en una posición de proveedor de rescate o se sintió amenazado o sintió que el paciente le controlaba. Esto contribuye no solo a identificar la dinámica relacional paciente-terapeuta, sino a poder iniciar la construcción conjunta de un diagrama que explique tanto el patrón relacional como la secuencia que lleva a la realización de las autolesiones.

Este cuestionario está a disposición de aquellos que estén interesados en el mismo (si es solicitado en el correo electrónico que figura al final del artículo); teniendo en cuenta que es un instrumento en desarrollo y que sirve de ayuda para poder trabajar desde esta perspectiva dialógica y detectar el contra posicionamiento en el que es situado el terapeuta en la interacción con el paciente.

Promover la Creatividad y la Capacidad de Innovación por Parte del Terapeuta. No es solo cuestión de un aprendizaje técnico y mejora de las habilidades del supervisando. La supervisión también es un proceso de relación interpersonal a través del cual se produce una mejora y evolución personal del supervisando. Uno de los objetivos señalados en la supervisión metacognitivo e interpersonal es el desbloqueo de la capacidad creativa por parte del terapeuta (Salvatore, 2022). En esa dirección hay toda una serie de intervenciones que promueven esta creatividad e innovación por parte de los terapeutas, me voy a limitar a comentar algunas. Creo especialmente útil incorporar el trabajo con sillas (Pugh, 2021). La externalización de las conversaciones y el diálogo interior, tanto en una supervisión como en la terapia a través de la escritura de diálogos yo-tú-yo (Partridge et al., 2009). Realizar un breve ejercicio de mindfulness para prestar atención al curso de sus pensamientos y diálogo interior; esto no solo le va a ser útil al supervisando, sino que además va a poder extender esta práctica con su paciente en los momentos que pueda requerirse (Andersson et al., 2010). Promover la función reflexiva constituye una experiencia única para promover la autoobservación y las competencias relacionales por parte del terapeuta y favorecer su transferencia a las habilidades terapéuticas del supervisado (Calvert et al., 2016).

Los supervisores de psicoterapia sirven ante todo como agentes de transformación, siendo su principal objetivo activar y actualizar un proceso transformador del desarrollo del terapeuta. En consecuencia, la supervisión psicoterapéutica se conceptualiza mejor como una pedagogía de aprendizaje transformativo (Watkins, 2020).

Reflexiones Finales

La construcción de nuevas narrativas y el desarrollo de nuevas acciones son los objetivos de toda psicoterapia bien conducida. Me referiré al modelo de

psicoterapia cognitivo analítico por ser el que llevo practicando desde hace años y uno de los modelos inspiradores de la concepción dialógica. Piénsenlo un poco ustedes, si no te cuentas tu vida de otra forma y no actúas de una manera nueva, la psicoterapia no ha sido eficaz.

Como veremos al final, tanto la nueva narrativa como las nuevas acciones, serán un objetivo conjunto entre terapeuta y paciente de algo que denominamos un metaprocésamiento del proceso terapéutico. Este, en muchas ocasiones, especialmente en la psicoterapia cognitivo analítica, es sintetizado en una técnica que resulta de gran utilidad como la carta de despedida.

De nuevo la metaobservación, tanto del paciente como del terapeuta, trabajando de forma colaboradora en la identificación y descripción de los objetivos conseguidos y de los que quedan por conseguir, son fundamentales en una psicoterapia exitosa. De tal forma que, tras el recorrido realizado por este artículo, bien pudiéramos decir que la capacidad metacognitiva de desarrollar un self metaobservador nos va a permitir establecer diálogos más fructíferos con el otro en nuestra vida cotidiana, y comprender los mal entendidos de una forma más enriquecedora.

La perspectiva del self múltiple y la relativización de los posibles conflictos en la relación con el otro, hace que el aforismo dialógico de quién de mí tiene qué conflicto con quien de ti y de qué forma podemos dialogar para entender qué motivaciones y expectativas han generado las dificultades, esto nos va a resultar de gran utilidad en nuestra vida cotidiana y por supuesto y como no puede ser de otra forma en la psicoterapia y en la supervisión.

Quiero terminar el artículo mencionando que las supervisiones a pesar de los años que llevan incorporadas a la práctica terapéutica, queda mucho por investigar en ellas y sobre todo continuar su proceso de mejora continua incorporando nuevos procedimientos que mejoren la transmisión de los conocimientos de los terapeutas expertos a los que están aprendiendo y que nos permitan utilizar nuevas metodologías como la práctica deliberada (Rousmaniere, 2016; Rousmaniere et al., 2016, 2017).

El aprendizaje automático y la inteligencia artificial en el diseño de intervenciones personalizadas en psiquiatría, psicología y psicoterapia es un terreno prometedor sobre el que queda mucho por hacer (Aafjes-van Doorn et al., 2021; Delgadillo et al., 2022; Lutz et al., 2022; Moggia et al., 2023; Penedo et al., 2022; Zhou et al., 2022).

Notas

- 1- Para profundizar en las recomendaciones internacionales vinculadas a las competencias de los diferentes modelos de psicoterapia puede consultar: <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/competence-frameworks> y si desea específicamente profundizar en las habilidades que se recomiendan a los profesionales que trabajan con pacientes con trastornos de personalidad dispone de información en: <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/core/competence-frameworks-12>

Referencias

- Aafjes-van Doorn, K., Kamsteeg, C., Bate, J. y Aafjes, M. (2021). A scoping review of machine learning in psychotherapy research [Una revisión del alcance del aprendizaje automático en la investigación en psicoterapia]. *Psychotherapy Research*, 31(1), 92-116. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1808729>
- Abramowitz, E. G. y Torem, M. S. (2018). The roots and evolution of ego-state theory and therapy [Las raíces y la evolución de la teoría y la terapia del estado del ego]. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 66(4), 353-370. <https://doi.org/10.1080/00207144.2018.1494435>
- Andersson, L., King, R. y Lalande, L. (2010). Dialogical mindfulness in supervision role-play [Atención plena dialógica en el juego de roles de supervisión]. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(4), 287-294. <https://doi.org/10.1080/14733141003599500>
- Bakhtin, M. M. (1981). Discourse in the novel [Discurso en la novela]. En M. Holquist. (Ed.), *The dialogic imagination. Four essays by M.M. Bakhtin* (pp. 258-422). University of Texas Press.
- Bakhtin, M. M. (2012). *Problemas de la poetica de Dostoievski Mijail Bajtin*. Fondo De Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1984)
- Belloch, A., Fernández-Álvarez, H. y Pascual-Vera, B. (2019). *Guía de intervención en trastornos de la personalidad*. Síntesis.
- Calvert, F. L., Crowe, T. P. y Grenyer, B. F. (2016). Dialogical reflexivity in supervision: An experiential learning process for enhancing reflective and relational competencies [Reflexividad dialógica en la supervisión: un proceso de aprendizaje experiencial para mejorar las competencias reflexivas y relacionales]. *The Clinical Supervisor*, 35(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/07325223.2015.1135840>
- Cunha, C. (2007). Constructing organization through multiplicity: A microgenetic analysis of self-organization in the dialogical self [Construyendo organización a través de la multiplicidad: un análisis microgenético de la autoorganización en el yo dialógico]. *International Journal for Dialogical Science*, 2, 287-316.
- Delgadillo, J., Ali, S., Fleck, K., Agnew, C., Southgate, A., Parkhouse, L., Zachary, D. C., DeRubeis, R. J. y Barkham, M. (2022). Stratified care vs stepped care for depression: A cluster randomized clinical trial [Atención estratificada versus atención escalonada para la depresión: un ensayo clínico aleatorizado por grupos]. *JAMA Psychiatry*, 79(2), 101-108. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3539>
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. y Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual [Terapia interpersonal metacognitiva para los trastornos de la personalidad: un manual de tratamiento]*. Routledge.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., MacBeth, A., Ottavi, P., Buonocore, L. y Popolo, R. (2017). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A case study series [Terapia interpersonal metacognitiva para los trastornos de la personalidad: una serie de estudios de casos]. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 11-21. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9342-7>
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R. y Salvatore, G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy as a dialogical practice [La terapia interpersonal metacognitiva como práctica dialógica]. En A. Konopka, H. J. Hermans y M. M. Gonçalves (Eds.), *Handbook of dialogical self theory and psychotherapy: Bridging psychotherapeutic and cultural traditions* (pp. 135-152). Routledge.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). Supervisión en psicoterapia. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1, 1-9.
- Fernández-Álvarez, H. (2016). Reflections on supervision in psychotherapy [Reflexiones sobre la supervisión en psicoterapia]. *Psychotherapy Research*, 26(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014009>
- Fernández-Álvarez, H. (2017). El futuro de la supervisión. *Revista Psicólogos*, 7(20a).
- Fernández-Álvarez, H. (2020). La psicoterapia en su laberinto. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 5-28. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116>
- Fernández-Álvarez, H. (2022). Practice oriented research: the case of psychotherapy supervision [Investigación orientada por la práctica: el caso de la supervisión en psicoterapia]. *Studies in Psychology*, 43(3), 510-524. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2135228>
- Fernández-Álvarez, H., del Pilar Grazioso, M. y Kirszman, D. (2019). Distance supervision in the Aiglé Foundation's Latin American psychotherapy training program [La supervisión a distancia en el programa latinoamericano de formación en psicoterapia de la Fundación Aiglé]. *Journal of Clinical Psychology*, 75(2), 282-291. <https://doi.org/10.1002/jclp.22721>

- Gersh, E., Hulbert, C. A., Leiman, M., McCutcheon, L., Burke, E., Valkonen, H., Tikkanen, S. y Chonen, A. (2017). The relationship between formulation, self-observation and the alliance process in psychotherapy for borderline personality disorder: A dialogical sequence analysis [La relación entre formulación, autoobservación y proceso de alianza en psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad: un análisis de secuencia dialógica]. *Int. Journal of CAT & RMH*, 1(1).
- Gersh, E., Leiman, M., Hulbert, C., McCutcheon, L., Burke, E., Valkonen, H., Tikkanen, S. y Chonen, A. M. (2018). Alliance rupture and repair processes in borderline personality disorder: A case study using dialogical sequence analysis [Procesos de ruptura y reparación de alianzas en el trastorno límite de la personalidad: un estudio de caso mediante análisis de secuencia dialógica]. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(4), 477-496. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1331203>
- Georgaca, E. y Avdi, E. (2018). Developing a dialogical approach to analysing psychotherapy [Desarrollar un enfoque dialógico para analizar la psicoterapia]. En A. Konopka, H. J. Hermans y M. M. Gonçalves (Eds.), *Handbook of dialogical self theory and psychotherapy: Bridging psychotherapeutic and cultural traditions* (pp. 153-170). Routledge.
- Hacohen, N., Atzil-Slonim, D., Tuval-Mashiach, R., Bar-Kalifa, E. y Fisher, H. (2019). Multiplicity and mutuality in the transition of patient and therapist's self-states: Comparison of good vs. poor outcome groups [Multiplicidad y mutualidad en la transición de los estados del self del paciente y del terapeuta: comparación de grupos de resultados buenos versus malos]. *Psychotherapy Research*, 29(6), 770-783. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1411625>
- Hermans, H. J. y Dimaggio, G. (Eds.). (2004). *The dialogical self in psychotherapy: An introduction [El yo dialógico en psicoterapia: una introducción]*. Routledge.
- Leiman, M. (1997). Procedures as dialogical sequences: A revised version of the fundamental concept in cognitive analytic therapy [Procedimientos como secuencias dialógicas: una versión revisada del concepto fundamental en la terapia analítica cognitiva.]. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 193-207. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01899.x>
- Leiman, M. (2012). Dialogical sequence analysis in studying psychotherapeutic discourse. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 123-147. https://ijds.lemoyne.edu/journal/6_1/pdf/IJDS.6.1.08.Leiman.pdf
- Lutz, W., Rubel, J., Deisenhofer, A. K. y Moggia, D. (2022). Continuous outcome measurement in modern data-informed psychotherapies [Medición continua de resultados en psicoterapias modernas basadas en datos]. *World Psychiatry*, 21(2), 215-216. <https://doi.org/10.1002/wps.20988>
- Lyś, A. E., Suszek, H. y Fronczyk, K. (2022). Psychometric properties of the Polish version of the Self-Pluralism Scale (SPS) [Propiedades psicométricas de la versión polaca de la Escala de Autopluralismo]. *Current Issues in Personality Psychology*, 9(1).
- Mellado, A., Guastello, S. J., Martínez, C., Tomicic, A. y Krause, M. (2023). Self-organisation in dialogical patterns of a patient with borderline personality disorder and their therapist: A case study from nonlinear dynamics perspective [Autoorganización en patrones dialógicos de un paciente con trastorno límite de la personalidad y su terapeuta: un estudio de caso desde la perspectiva de la dinámica no lineal]. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(2), 577-591. <https://doi.org/10.1002/capr.12527>
- Mellado, A., Martínez, C., Tomicic, A. y Krause, M. (2022a). Dynamic patterns in the voices of a patient diagnosed with borderline personality disorder, and the therapist throughout long-term psychotherapy [Patrones dinámicos en las voces de un paciente diagnosticado con trastorno límite de la personalidad y del terapeuta a lo largo de la psicoterapia a largo plazo]. *Journal of Constructivist Psychology*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/10720537.2022.2082606>
- Mellado, A., Martínez, C., Tomicic, A. y Krause, M. (2022b). Identification of dynamic patterns of personal positions in a patient diagnosed with borderline personality disorder and the therapist during change episodes of the psychotherapy [Identificación de patrones dinámicos de posiciones personales en un paciente diagnosticado con trastorno límite de la personalidad y el terapeuta durante episodios de cambio de la psicoterapia]. *Frontiers in Psychology*, 13, 716012. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.716012>
- Mirapeix, C. (2008). Desarrollo del self, múltiples estados mentales y metodología de evaluación desde la psicoterapia cognitivo analítica. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1(2).
- Mirapeix, C. (2014). Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. *Revista Mentalización*.
- Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Norte de Salud Mental*, 13, 35-45. <https://www.academia.edu/download/80930972/mindfulness.pdf>

- Mirapeix, C. (2017a). Psicoterapia cognitivo-analítica en el trastorno límite de la personalidad. En C. Mirapeix, J. Vázquez, A. Gómez del Barrio y J. Artal (Eds.): *abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad* (pp. 147-164). Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, CIBERSAM, Gobierno de Cantabria, IDIVAL y FUNDIPP. https://www.seetp.org/materiales/Publicaciones_Abordaje_TLP.pdf
- Mirapeix, C. (2017b). La integración más allá del diagnóstico: Aplicaciones de los nuevos modelos transdiagnósticos. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 15-38. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.198>
- Mirapeix, C. (2018). El Self polifónico: identidad y multiplicidad. En M. I. Rodríguez Fernández (Ed.), *El yo y la identidad ¿un qué o un quién?* (pp. Nd.). Monte Carmelo. <https://mirapeix.es/wp-content/uploads/2021/06/02-El-Self-Polifonico.pdf>
- Mirapeix, C. (13-15 de abril, 2023). Dialogando con el paciente suicida en busca de salidas. En M. Roca (Presidente) y J. J. Carballo (Secretario), *Intervenciones psicoterapéuticas en adolescentes con un TLP desde un equipo de resolución de crisis* [Simposio]. Encuentros Nacionales en Psiquiatría sobre conducta suicida. Sevilla.
- Moggia, D., Schwartz, B., Rubel, J. A., Zimmermann, D., Kästel, B. y Lutz, W. (2023). Is it me, is it you or is it both of US? Applying the social relations model to disentangle the components of the therapeutic bond [¿Soy yo, eres tú o somos ambos? Aplicar el modelo de relaciones sociales para desentrañar los componentes del vínculo terapéutico]. *Psychotherapy Research*, 33(1), 30-44. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2126334>
- Partridge, K., McCarry, N., Kelly, A., Ruse, E. y Holmes, J. (2009). Externalising inner conversation in supervision and in therapy through 'I' and 'YOU' dialogical writing [Exteriorizar la conversación interna en supervisión y terapia a través de la escritura dialógica "yo" y "tú"]. *Context*, 103, 2-7.
- Penedo, J. G., Schwartz, B., Giesemann, J., Rubel, J. A., Deisenhofer, A. K. y Lutz, W. (2022). For whom should psychotherapy focus on problem coping? a machine learning algorithm for treatment personalization [¿Para quién debería centrarse la psicoterapia en el afrontamiento de problemas? Un algoritmo de aprendizaje automático para la personalización del tratamiento]. *Psychotherapy Research*, 32(2), 151-164. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1930242>
- Pickvance, D. (Ed.). (2016). *Cognitive analytic supervision: A relational approach* [Supervisión analítica cognitiva: un enfoque relacional]. Taylor & Francis.
- Pugh, M. (2021). Single-session chairwork: overview and case illustration of brief dialogical psychotherapy [Trabajo de presidencia en una sola sesión: descripción general e ilustración de un caso de psicoterapia dialógica breve]. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1984395>
- Ramachandran, V. S. y Blakeslee, S. (1999). *Fantasmas en el cerebro*. Debate.
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness* [Práctica deliberada para psicoterapeutas: una guía para mejorar la eficacia clínica]. Taylor & Francis.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. y Wampold, B. E. (Eds.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* [El ciclo de la excelencia: utilizar la práctica deliberada para mejorar la supervisión y la capacitación]. John Wiley & Sons.
- Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L. y Berzins, S. (2016). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice [Variación del supervisor en el resultado de la psicoterapia en la práctica habitual]. *Psychotherapy Research*, 26(2), 196-205. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.963730>
- Ryle, A. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder* [Terapia analítica cognitiva y trastorno límite de la personalidad]. Wiley.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Desclee de Brouwer.
- Salvatore, G., Gelo, O. C. G., Buonocore, L., Conza, M., Di Somma, T., Di Sturco, N., Fimiani, G., Mandredi, N., Marciano, R., Pallotta, A., Grazia, M. y Sateriale, A. (2022). The approach of metacognitive interpersonal therapy to supervision of therapists treating borderline personality disorder: the key role of partial countertransference patterns [El enfoque de la terapia interpersonal metacognitiva para la supervisión de terapeutas que tratan el trastorno límite de la personalidad: el papel clave de los patrones contratransferenciales parciales]. *Journal of Clinical and Medical Case Studies*, 8, 1-19.
- Salvatore, G., Staiano, M. y Salvatore, S. (2023). Focusing the clinical supervision on the therapist's developmental trauma: a single case study [Centrar la supervisión clínica en el trauma del desarrollo del terapeuta: un estudio de caso único]. *The American Journal of Psychoanalysis*, 83(3), 371-395. <https://doi.org/10.1057/s11231-023-09410-0>

- Watkins, C. E. Jr. (2017). Convergence in psychotherapy supervision: A common factors, common processes, common practices perspective [Convergencia en la supervisión de la psicoterapia: una perspectiva de factores comunes, procesos comunes y prácticas comunes]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 140-152. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/int0000040>
- Watkins, C. E. Jr. (2020). The psychotherapy supervisor as an agent of transformation: To anchor and educate, facilitate and emancipate [El supervisor de psicoterapia como agente de transformación: anclar y educar, facilitar y emancipar]. *American Journal of Psychotherapy*, 73(2), 57-62. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190016>
- Zhou, S., Zhao, J. y Zhang, L. (2022). Application of artificial intelligence on psychological interventions and diagnosis: an overview [Aplicación de la inteligencia artificial en intervenciones y diagnósticos psicológicos: una visión general]. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 811665. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.811665>



Programa Modular Virtual de Posgrado
Formación Continua
**Intervención
Psicoterapéutica**
(curso 2023-2024) (20ª edición)
www.intervencion-psicoterapeutica.com

Intervención Psicoterapéutica es un programa modular virtual de Formación Continua de Postgrado en activo desde 2004. Ofrece un total de **16 módulos** organizados de forma piramidal. Su objetivo consiste en promover la actualización de los conocimientos **teóricos y prácticos** requeridos por las actividades psicoterapéuticas. Permite acceder a sus titulaciones secuencialmente, a lo largo de 4 años y cuenta con módulos reconocidos como formación teórica, por ASEPCO y por la Asociación Laureano Cuesta, para la **acreditación** ante la **FEAP**.

14 Certificados de Enseñanza Abierta, 6 ó 12 créditos ECTS. Requisitos: Ninguno.

Diploma de Experto Universitario en *Ámbitos de Intervención Psicoterapéutica*, **18 créditos ECTS.** Requisitos: Cumplir con los requisitos legales de Acceso a la Universidad y CV relacionado con la materia.

Diploma de Especialización en *Intervención Psicoterapéutica*, **30 créditos ECTS.** Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines.

Título de Máster en *Intervención Psicoterapéutica*, **60 créditos ECTS.** Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines

Matrículas del 7 de Septiembre al 30 de Noviembre de 2023

MÁS INFORMACIÓN



Fundación General de la UNED

<https://www.fundacion.uned.es/>

Secretaría de Cursos

Teléfonos: (+34) 91 386 72 75 / 15 92

Fax: (+34) 91 386 72 79

EQUIPO RESPONSABLE DEL PROGRAMA

ipsicoterapeutica@psi.uned.es



Fundación UNED

CLINICAL SUPERVISION OVER COMPLEX CASES OF PERSONALITY DISORDERS ACCORDING TO METACOGNITIVE INTERPERSONAL THERAPY

SUPERVISIÓN CLÍNICA DE CASOS COMPLEJOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN LA TERAPIA INTERPERSONAL METACOGNITIVA

Antonino Carcione

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0176-266X>

“G. Marconi” University, Rome, Italy

Third Centre of Cognitive Psychotherapy - Italian School of Clinical Cognitivism (SICC)

Ilaria Riccardi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9929-8542>

Third Centre of Cognitive Psychotherapy - Italian School of Clinical Cognitivism (SICC). Rome, Italy

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Carcione, A., & Riccardi, Ilaria (2023). Clinical supervision over complex cases of personality disorders according to metacognitive interpersonal therapy. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 113-132. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38709>

Abstract

Treating patients with Personality Disorders (PDs) means dealing with what are often referred to as complex cases. The complexity of cases stems from several variables and in particular: the high percentage of diagnostic co-occurrences, patients' difficulty in reflecting on their own and others' mental states (i.e., metacognitive impairments), and the strong emotional pressure experienced by therapists. All this results in difficulties in building the therapeutic alliance and high drop-out rates. For these reasons, therapists often need supervision, with a more experienced therapist or even among peers. This article proposes the structured supervision model according to Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT), which is an evidence-based treatment model for PDs.

Keywords: supervision, personality disorders, Metacognitive Interpersonal Therapy, complex cases, metacognition

Resumen

Tratar con pacientes con Trastornos de la Personalidad (TP) significa enfrentarse a lo que a menudo se denominan casos complejos. La complejidad de los casos deriva de diversas variables y en particular: el alto porcentaje de co-ocurrencias diagnósticas, la dificultad de los pacientes para reflexionar sobre sus propios estados mentales y los de los demás (es decir, dificultades metacognitivas) y la fuerte presión emocional que experimentan los terapeutas. Todo ello provoca dificultades en la construcción de la alianza terapéutica y altas tasas de abandono. Por estas razones, los terapeutas suelen necesitar supervisión, con un terapeuta más experimentado o incluso entre pares. Este artículo propone un modelo de supervisión estructurada según la Terapia Metacognitiva Interpersonal (TMI), que es un modelo de tratamiento para la TP basado en la evidencia.

Palabras clave: supervisión, trastornos de la personalidad, terapia metacognitiva interpersonal, casos complejos, metacognición

Received: august 28, 2023. Accepted: september 20, 2023.

Correspondence::

E-mail: carcione@terzocentro.it

© 2023 Revista de Psicoterapia



Alberto is a novice psychotherapist, 32 years old, he is treating a young patient 28 years old suffering from Narcissistic Personality Disorder (NPD); he asks for a supervision because “I can’t tolerate him anymore, he always makes me feel under examination!”. Serena is a psychotherapist 42 years old; during supervision she refers her difficulty while she is working with a young girl, 31 years old, suffering from Dependent PD: “Oh my God, she really makes me feel so tender, I would do anything to make her feel good”. Giovanni don’t tolerate anymore the patient suffering from Histrionic PD he is treating with psychotherapy: “He constantly harasses me with phone calls and I spend hours talking on the phone, it would be better if someone else would treat him”. Stefania is very confused about how to diagnose and treat a patient 44 years old: “He seems to suffering from all the DSM 5: sometimes he’s anxious, sometimes very arrogant and sometimes so tender... once he is depressed and, in another session, he is excited and hyperactive”.

These are just a few examples of what drive therapists dealing with patients suffering from personality disorders (PDs) to ask help with their work by asking for a supervision. And such a situation is not at all uncommon, since it is widely agreed that patients with PDs elicit in the therapist very strong feelings, often not easy to manage, leading to interventions that fail to help the patient, but are even anti-therapeutic. In fact, it is not surprising that this kind of patients are often defined as *severe* (Semerari, 2002) - to referring to the worse prognosis compared to patients with symptomatic disorders, *difficult* (Perris, 1993) - referring to the extreme difficulty in creating and maintaining a solid and stable therapeutic alliance or *complex* (Carcione et al., 2021) - emphasizing the difficulty of treatment related to the high percentage of diagnostic overlaps (Clark, 2007; Zimmerman et al., 2005). These difficulties are mainly related to two main aspects: 1) patients have difficulty reflecting on their own and others’ mental states, i.e., they have difficulties in mentalization (Bateman & Fonagy, 2004) or metacognition (Carcione et al., 2010)¹. 2) Therapists perceive a strong emotional pressure that often activates interventions that, by provoking them to engage in interventions that will result as anti-therapeutic, contributing to ruptures in the alliance. On the basis of this considerations, do not come as a surprise if drop-out rates are particularly high (Gamache et al., 2018).

Based precisely on these considerations, a treatment, named Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT) (Carcione et al., 2021; Dimaggio et al., 2007), that focuses on treating general personality pathology rather than a specific PD, has been developed at the Third Center for Cognitive Psychotherapy in Rome. MIT has recently received evidence of its efficacy through the RCT CLIMAMITHE that collocates it among the evidence-based treatments for PDs (Rossi et al., 2023).

In this paper we will describe the central aspects to focus on during the supervision of therapists treating PD patients. Competency-based fundamentals in the practice of supervision will be explained, with the purpose especially of managing the therapeutic relationship and adhering to the MIT treatment manual. We will answer to some critical questions according to us useful to the development

of evidence-based competency-oriented approaches to clinical supervision: how do MIT supervisors facilitate reflective practice and encourage their supervisees to manage relational difficulties? How can supervision develop clinical skills in treating patients with PDs?

Providing treatments under clinical supervision has generally been viewed as a necessary and essential part of psychotherapy training but there is surprisingly little empirical support for this standpoint. Very few studies have investigated the effects of providing clinical supervision for psychotherapy and the evidence for the causal mechanism between supervision and treatment quality is limited. Since there is a lack of empirically based guidelines, psychotherapy supervision has instead often been structured based on models from psychotherapy practice (Alfonsson et al., 2017).

We will therefore provide some suggestions regarding the central nodes on which to center supervision following MIT for PDs.

As well as specific training in personality disorders is considered one of the principal variables for successful psychotherapy with patients suffering from PDs (Fernández-Álvarez et al., 2005), we believe that supervision by clinicians specifically trained and experienced in the treatment of personality disorders is essential to make supervision more effective than by a supervisor, also experienced, but with more generalist expertise. Conducting supervision according to specific theoretical frameworks has the consequence that some skills become the focus of attention and others are put on the secondary side. Of course, the characteristics of the individual supervisee will also need to be taken into account. Having a specific structured treatment referral allows supervision to be similarly structured, according to the guidelines of the treatment manual. In this way, the organizational structures of supervision will sensitize the supervisor and supervisee to certain classes of variables within the therapeutic relationship and, more generally, in the strategy and tactics to be followed in the course of treatment with that specific patient. In this way, supervisees will learn, through direct experiences within the supervisory relationship, how to deal with similar dynamics in treatment and thus acquire specific treatment skills (see also, Falender & Shafranske, 2010).

Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT)

Metacognitive interpersonal therapy (MIT) is a cognitive behavioral oriented psychotherapy designed to promote metacognitive abilities and improve interpersonal relationships (Carcione et al., 2021; Dimaggio et al., 2007). It is designed to treat personality pathology rather than a specific PD. On the other hand, ICD-11 (World Health Organization, 2019) and Criterion A of the Alternative Model for Personality Disorders (AMPD; American Psychiatric Association, 2013) base the diagnosis on an assessment of general personality functioning, rather than on a categorical approach. In addition, DSM 5-Section III emphasizes the key role of reflective skills in considering the assessment of an individual's level of personality

functioning through his or her ability to (a) self-reflect, thus promoting a stable sense of self and self-directedness and (b) understand the minds of others in order to establish and maintain empathic and good relationships (American Psychiatric Association, 2013). The MIT manual does not provide session-by-session instructions, but consists of a step-by-step procedure that starts with a multidimensional assessment of metacognition and other variables to construct a case formulation. MIT considers a pretreatment phase that begins with the assessment and ends with the contract by which patient and therapist plan treatment and setting rules to foster alliance (Bordin, 1979). The contract is based on a case formulation that includes some precise psychopathological variables: symptoms, mental states, metacognitive functioning, relational patterns and interpersonal problems (identifying markers of potential dysfunctional interpersonal cycles; Safran & Segal, 1990), emotion regulation, impulsivity and choice regulation.

Supervision is often a key time to manage the difficulties therapists face in treating complex patients: it plays a fundamental role in training to become MIT therapist and it has essentially 4 purposes: 1) to train the therapist in the treatment of PDs according to MIT; 2) to help the therapist in the assessment and, consequently, to construct the contract, treatment plan, and to establish the hierarchy of interventions; 3) to help the therapist in building and maintaining the therapeutic relationship and 4) to reduce therapist's stress and burn-out.

It should be premised at the outset that we do not present data on the effect of supervision on outcome or benefit to therapists in this paper, which will be the topic for future research.

Supervision and Case-Formulation

An adequate case conceptualization is fundamental to plan a good-treatment (Ruggiero et al., 2021), whereby first of all, the supervisor must help the therapist to have a clear case-formulation. According to MIT, this means answering to a series of questions regarding the main variables to be investigated in the assessment phase, in addition to the actual diagnostic formulation according to DSM 5-TR (American Psychiatric Association, 2023) or ICD-11 (World Health Organization, 2019):

1. has the therapist a clear idea about patient's problematic mental states, or the pattern of thoughts and emotions that are the sources of subjective distress and maladaptation?
2. Has the therapist a clear profile of patient's ability to understand and reflect on his own and others' mental states, including empathy and capacity for decentration (i.e. metacognitive functioning)?
3. Has the therapist accurately investigates patient's ability to regulate emotions and impulses, and preferred variables driving choices regulation?
4. Has the therapist a clear idea about the patient's intersubjective world though reconstructing the dominant representations of patient's relationships with significant others and the reactions of others that tend to be elicited by

patient's behavior, starting with reactions induced in therapist him/herself?

The call for help through supervision may arise from this very stage. Indeed, the metacognitive difficulties that characterize PD patients and the co-occurrence of many problematic aspects in the same psychopathological picture presented by the patient can make it complicated for therapists to easily reconstruct these variables. Often this situation causes therapists a great deal of confusion that can lead to brooding about their competence or ability to help the patient, hindering therapeutic reflection. The supervisor can help focus on the clear variables, and highlight the missing ones, so as to build the correct picture of the puzzle.

Once this has been done, the next steps are aimed at sharing with the patient the case-formulation in such a way as to ascertain whether a clear agreement has been formulated on the aims and tasks of therapy, which are fundamental requirements for the therapeutic alliance (Bordin, 1979) and, above all, whether the patient has taken a reflective attitude, acquiring a clear awareness of the terms of the therapeutic contract.

Supervision on Therapeutic Relationship and the Coping of the Dysfunctional Interpersonal Cycles

A primary goal of supervision, for any theoretical orientation, is to focus on the therapist's ability to foster the building and maintenance of a good therapeutic alliance by thoroughly monitoring the progress of the therapeutic relationship. The importance of alliance for good therapy outcomes is well known (Horvath, 2001; Norcross & Lambert, 2006) and some authors also obviously emphasize the importance of a good relationship in clinical supervision (Bordin, 1983; Falender & Shafranske, 2010), even if some authors consider it having different characteristics (learning alliance) (Watkins, 2015); but this last aspect will not be an issue of this paper.

Poor metacognition makes it difficult for the patient to understand the therapist's mind and for the therapist to understand the patient's mind. It reduces the strategies for negotiating and solving relational problems or autonomous emotional regulation. As a result, interpersonal relationships are problematic, including therapeutic relationships. The therapist may fail to find a way and time to appropriately intervene with the patient's needs at that precise moment. Recent data (Tanzilli et al., 2023) suggest an association between metacognitive functioning and therapist responsiveness (Stiles et al., 1998).

Supervisors must help the supervisees to become aware of their own feelings during therapeutic session. Therapists' emotions take on a very important meaning with regard to the therapist-patient relationship because they serve as indicators and inform the therapist's participation and construction in the process of interacting with the patient through his or her own appraisal systems (Gaetano et al., 2022; Semerari et al., 2021).

Through awareness of one's own mental states in session and accurate assessment of the patient's metacognitive functioning, it is possible to use what is

happening in the therapeutic relationship in a way that is beneficial to therapy, to move out of dysfunctional interpersonal cycles, and to master moments of alliance flexing or rupture.

Patients with PD have difficult interpersonal relationships. Influenced by negative expectations, i.e., pathogenic interpersonal schemas, they tend to be too aloof or too preoccupied, thus seeking too much closeness with requests for help and reassurance, or they keep away from any possible contact with emotions by manifesting coldness, contempt or simply disinterest. This will also happen in the therapeutic relationship, leading to major problems for therapists who often respond in ways that maintain problematic schemas (i.e., problematic interpersonal cycles; Safran & Segal, 1990; Safran & Muran, 2000; Carcione & Semerari 2019; Carcione et al., 2021). Supervision is a key time to help therapists remove obstacles to therapy and avoid iatrogenic risks.

This does not always occur only with overt events, such as when the therapist reports to the supervisor that he/she feels attacked or that he/she feels that the patient is taking a hostile closing attitude or is being over-pressured with requests for help. Many times, the modality is more subtle, stimulated by the patient's non-verbal attitudes, facial expressions, and voice tone, which may be sufficient to trigger strongly negative counter-transference reactions in the therapist (moving the appointment of sessions, forgetting the appointment, taking a cold or over-pressuring attitude, etc.). These are often the situations in which supervision is most needed.

How to help supervisees notice that they are involved in an interpersonal cycle? It is precisely noticing that the therapist is making an effort not to act in an anti-therapeutic manner that offers the crucial information that he is within an interpersonal cycle.

Once supervisees have become aware of their distress, the supervisor must help them focus on their own internal state and achieve awareness regarding the thoughts, affects, and impulses they feel toward the patient. Since these representations are an integral part of the patient's pathology, it follows that the nature of this pathology will largely influence the therapist's countertransference responses (Colli et al., 2014). Although the therapist's personal characteristics have an influence on the relationship, it is also true that as the severity of psychopathology increases, individual differences tend to diminish (Clarkin et al., 1999). One consequence of this is that typical interpersonal cycles are activated in DP psychotherapies that can be recognized by any therapist engaged in the treatment of these patients. (Dimaggio et al., 2007; Carcione et al, 2021). This assertion can be considered as general rule, that means that psychopathology tends to cancel the individual characteristics of the patient and the therapist and to induce problematic cycles that are always the same but characteristic for types of disorders.

Supervisees often present recurrent and recognizable problems during session. If we consider the patient's metacognitive impairments, difficulties in monitoring tend to evoke in the therapist a sense of opacity, as to walk through the fog; diffi-

culties in differentiation or decentration evoke the feeling of walking on eggs, that one's words are taken literally, and sometimes a struggle even in the therapist to distinguish between fantasy and reality; integration difficulties are associated with a sense of extreme confusion, chaos, and a tendency to lose the thread of the conversation and to constantly change the hierarchy of treatment goals. Therefore, the fact that the onset of problematic cycles is deeply linked to the interpersonal pathology of DP means that the same type of cycle tends to repeat itself when a certain type of pathology is present, independent of the therapist's personal characteristics. In other words, similar patients tend to create similar cycles and this makes it possible to attempt a partial classification of the cycles and above all a learning to recognize and manage them.

Recognizing in the context of supervision that one is involved in a typical interpersonal cycle has the advantage of being able to understand the difficulties in treatment and, more importantly, what the interaction partners of the patient we are treating feel, so then, with appropriate sharing techniques (i.e. universal we, self-disclosure, etc.; Carcione et al., 2021; Dimaggio et al., 2007) communicate with empathic understanding the experience of their management and facilitating their mastery outside of therapy.

So, identifying in supervision a problematic interpersonal cycle is certainly an important moment in therapy, because paradoxically it allows supervisees to recognize that they feel something very similar to the patient thus combining intellectual understanding with empathic understanding, precisely from the moments when they feel least empathic with the patient.

Semerari (Carcione & Semerari, 2019; Semerari et al., 2021) divides the interpersonal cycles that are activated in the therapeutic relationship into **acute** and **chronic**.

Acute cycles are characterized by the intensity of the emotions, by the power of the thrust to action and by the relatively short duration that, when it does not lead to the breaking of the relationship, rarely exceeds two sessions.

Chronic cycles, instead, are characterized by feelings of lower intensity, by pushes to action more easily contained, but by a duration that, especially at the beginning of the therapy, tends to extend for several sessions.

Supervisor must help the therapist to recognize to be involved in an acute cycle to reach in therapy session the ability to:

- a) Tolerate relational distress.
- b) Avoid acting in a way that is harmful to therapy.
- c) Use his/her own inner experience to understand the patient's.
- d) Exploring the patient's mental state during the cycle.

Once the cycle has been overcome the therapist will be able to explore the patient's mental state, so that he/she through a process of integration, recognizes that it plays a key role in his/her relationships, being a recurring factor in them.

In chronic cycles, on the other hand, the goals are as follows:

- a) Tolerate relational discomfort.
- b) Use relational discomfort to understand the patient
- c) Consolidate the alliance through direct exploration of the patient's mental state in the relationship with him or her.

At a more advanced stage, the therapist can take advantage of the cycles to make the patient understand his own role in the genesis of his interpersonal processes.

Through this attention to the therapeutic relationship, supervision can foster the construction and maintenance of a cooperative attitude in therapy, which is essential for treatment effectiveness (Monticelli et al., 2018).

The Metacognitive Functioning

The metacognitive profile of the patient, influence the personal style that therapist must have during therapy and change the aim that therapist, and also supervisor, must fix during treatment. Therapists, especially those less experienced in treating PDs, may find it difficult to follow the steps provided by MIT, following a specific order in pursuing the improvement of specific metacognitive skills. The supervisor, therefore, in accordance with the MIT manual (Carcione et al., 2021), must ensure that the therapist has worked on metacognitive functions in the following strategic order: 1) monitoring, 2) integration, 3) differentiation, and 4) decentration. Only during the fourth stage, working on decentration, can the therapist set himself the goal of explicitly agreeing with the patient to work on dysfunctional interpersonal cycles, clearly highlighting his role in generating and maintaining his relational difficulties. As we have seen in the previous section, therefore, although it is sometimes necessary to intervene on acute cycles that occur in therapy, in order to maintain the alliance, in interpersonal problems it must take place at this late stage of therapy, when sufficient reflective skills and an alliance strong enough not to make the patient feel judged or accused of being exclusively responsible for his or her own problems are present.

The Problem of Diagnostic Co-Occurrences and the Problem of the Timing of Intervention

PD patients have complex diagnostic frameworks and different psychopathological problems to treat and overlapping of different diagnoses is almost the rule (Carcione et al., 2021; Dimaggio & Norcross, 2008). Sometimes during supervision, therapists express great confusion related to the complexity of the clinical picture resulting in difficulty in treatment planning. At other times they express frustration believing that they followed the correct treatment procedures or made correct technical interventions, but despite this they failed. During supervision it may emerge that the therapist actually made correct interventions but at the wrong times, or correct interventions but at separate times that made them ineffective. For example, a therapist who wants to help the patient avoid repeating a problematic interpersonal cycle might immediately emphasize the patient's impact in generating

the unwanted response from others, without first making an intervention to validate or share the patient's wants and needs; or he might express in one session all understanding and empathy regarding the patient's suffering from frustrated needs and in a later session, taking for (wrongly) assumed memory of the previous session, emphasize the dysfunctionality of his relational pattern. Do the right thing at the right time is the essence of therapist responsiveness (Stiles et al., 1998), difficult to achieve with PD patients.

Therefore, one of the most common questions supervisees ask the supervisor is: where to begin?

Supervisor, following MIT manual, can lead the supervisee indicating some useful guide questions to structure an order in intervention planning, according to reasoning that includes a clear distinction between strategic, tactical, and technical interventions. In MIT, strategic interventions are those aimed at enhancing meta-cognition, tactical interventions are related to managing the therapeutic relationship and maintaining the alliance, and technical interventions are aimed at change and vary according to the therapist's skills, in line with the specific goals one aims to pursue (e.g., suggesting mindfulness or ACT interventions if the aim is to foster acceptance, E-RP for anxiety symptomatology, etc.). The supervisor can help the supervisee monitor the timing of their interventions by following the order suggested in the following questions:

1. Which psychopathological factor is the biggest threat to the patient's health and integrity?
2. Which psychopathological factor is an obstacle to the therapeutic alliance and the therapy?
3. Which psychopathological factor contributes most to maintaining the disorder?
4. Which psychopathological factor is the greatest source of subjective distress and/or maladaptation?

Check List for Supervision and Treatment Adherence

MIT therapists were supervised throughout the duration of treatments, weekly or biweekly one-to-one sessions and weekly team consultation meetings. Useful in conducting supervision to promote MIT adherence, fill out a checklist on MIT strategies and techniques in order to monitor fidelity. The checklist consists of a list of questions specific to the different phases of therapy (assessment, definition of objectives, pretreatment, sessions) assessing whether the therapist addressed key elements of MIT therapy (i.e., Did the therapist investigate mental states? Did the therapist focus patient's attention on automatic thoughts and emotion? Did the therapist assign homework?) (Carcione et al., 2021).

Clinical supervision of individual cases is the primary vehicle for training in the fidelity and competent delivery of treatments (Falender et al., 2004). In a study by Anderson et al. (2012) aimed to identify the effectiveness of psychotherapy su-

pervision on therapists' immediate (next session) and long-term (1 year) adherence to time-limited dynamic psychotherapy, the findings provide support for the immediate effects of supervision in shaping therapist techniques as well as highlighting the challenges of altering common relational processes through technical training.

Stiles et al. (1998) suggested that therapists who are learning interventions from a therapy manual may initially apply techniques more frequently, but without discretion and in a wider variety of contexts than needed. In supervision, therapists tend to focus on how they adhered to techniques from the previous session, whereas supervisors' comments about specific techniques predicted how the therapist would adhere to techniques in the *next* therapy session.

Conclusion and Limitation

In this paper, we focused on the guidelines that a supervisor should follow to help supervisees in treating PD patients according to MIT. Several limitations are present. First, the problem of regulating the relationship that is created between supervisor and supervisee has not been addressed. Again, there could be difficult management, varying from dyad to dyad, related to the metacognitive functioning and personal characteristics of both participants. These factors could lead to attitudes that may be judgmental by the supervisor or simply perceived as such by the supervisee, or sometimes the therapist's reflective difficulties may complicate supervision itself. Although these and other factors are undoubtedly relevant, we have decided to focus this article on supervision guidelines in order to facilitate correct treatment provision. Another important limitation concerns the absence of data on the effectiveness of this procedure, supervisee perceived satisfaction, and reduction of stress and burn-out. However, data suggest that effective supervision increase supervisee self-efficacy, decrease supervisee anxiety, improve skill acquisition, increase supervisee autonomy and openness, and reduce confusion about professional roles (see Whipple et al., 2020).

A careful study of these variables can certainly help break out of the *terra incognita*, as MacDonald and Ellis (2012) defined supervision in psychiatry, of the role of supervision in improving psychotherapy outcomes. Increase the use of video recording psychotherapy sessions in clinical supervision that appear the most reliable method compared to first-person report, by providing more effective feedback to supervisees, and more effective outcomes to the patients with whom they work (Haggerty & Hilsenroth, 2011).

In conclusion, while emphasizing how essential we believe it is to use well-structured treatments and also to guide with supervision in the proper implementation of them, we must always consider, in agreement with Hoffmann and Weinberger (2007) that psychotherapy is an applied discipline, a practice that blends principles of art and science. However, as Fernández-Álvarez et al. (2015) have argued, a good link between theory, research and practice, between models and therapeutic skills, is probably the best approach to optimize our interventions. Practice is more likely

to be effective if it is based on a theoretical and conceptual framework, although specific factors, related to the individual therapist's aptitudes, must always be considered (*science and art!*).

Supervisor must help therapist in applying procedures that help improve the patient's quality of life and must be able to build a good therapeutic alliance, resolve critical episodes, and manage emergencies. At the same time, however, clinical practice must rest on a solid and reliable foundation when it does not rely solely on the skill of the therapist.

Supervision is certainly an excellent tool for increasing therapists' training on at least two fronts: 1) increasing skills and 2) reducing stress in managing patients. An obvious question is how much supervision improves outcomes, but on this aspect, data are not yet conclusive (Schofield & Grant, 2013; Wheeler & Richards, 2007), sometimes even skeptical (Watkins, 2019). The fact that a few quality studies have been published during the last years is a promising sign but there is still a continued need for more rigorous studies on the effects of clinical supervision (Alfonsson et al., 2017).

Future direction can be directed to study the impact of MIT supervision on psychotherapy outcome and on welfare of therapist.

Notes

1. In this paper we will use for more familiarity of the authors the term metacognition

References

- Alfonsson, S., Parling, T., Spännargård, Å., Andersson, G., & Lundgren, T. (2018). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), 206-228. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1369559>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th Ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Patterson, C. L., & Heckman, B. D. (2012). The influence of supervision on manual adherence and therapeutic processes. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 972-988. <https://doi.org/10.1002/jclp.21879>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 35-42. <https://doi.org/10.1177/0011000083111007>
- Carcione, A., Dimaggio, G., Conti, L., Nicolò, G., Fiore, D., Procacci, M., & Semerari, A. (2010). *Metacognition Assessment Scale (MAS) V. 4.0*. Terzocentro.
- Carcione, A., & Semerari, A. (2019). I cicli interpersonali problematici nei disturbi di personalità [Problematic interpersonal cycles in personality disorders]. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 45. <https://journals.francoangeli.it/index.php/qpcoa/article/view/8988>
- Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2021). *Complex cases of personality disorders. Metacognitive interpersonal therapy*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-70455-1>
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-258. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>

- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. Wiley.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102–108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Dimaggio, G., & Norcross, J. C. (2008). Treating patients with two or more personality disorders: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 127–138. <https://doi.org/10.1002/jclp.20447>
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolo, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind, and interpersonal cycles*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203939536>
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2010). Psychotherapy-based supervision models in an emerging competency-based era: A commentary. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 45–50. <https://doi.org/10.1037/a0018873>
- Falender, C. A., Cornish, J. A. E., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N. J., Leventhal, G., Shafranske, E., Sigmon, S. T., Stoltenberg, C., & Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 771–785. <https://doi.org/10.1002/jclp.20013>
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, B., & García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's program. *Psychotherapy Research*, 25(1), 84–94. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.856047>
- Fernández-Álvarez, H., Clarkin, J. F., Salgueiro, M. D. C., & Critchfield, K. L. (2005). Participant factors in treating personality disorders. In L. G. Castonguay, & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 203–218). Oxford University Press.
- Gaetano, P., Picardi, A., & Carcione, A. (2022). A cognitive therapy perspective on therapists' feelings and interpersonal processes. In M. Biondi, A. Picardi, M. Pallagrosi, & L. Fonzi (Eds.), *The clinician in the psychiatric diagnostic process* (pp. 165–194). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_11
- Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S., Cote, A., & Villeneuve, E. (2018). Premature psychotherapy termination in an out-patient treatment program for personality disorders: a survival analysis. *Compr. Psychiatry*, 80, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.08.001>
- Haggerty, G., & Hilsenroth, M. J. (2011). The use of video in psychotherapy supervision. *British Journal of Psychotherapy*, 27(2), 193–210. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2011.01232.x>
- Hoffmann, J., & Weinberger, S. (2007). *The art and science of psychotherapy*. Routledge.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365–372. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365>
- MacDonald, J., & Ellis, P. M. (2012). Supervision in psychiatry: terra incognita? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(4), 322–326. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283541ecc>
- Monticelli, F., Imperatori, C., Carcione, A., Pedone, R., & Farina, B. (2018). Cooperation in psychotherapy increases metacognitive abilities: A single-case study. *Rivista di psichiatria*, 53(6), 336–340. <http://dx.doi.org/10.1708/3084.30768>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 208–218). American Psychological Association.
- Perris, C. (1993). *Psicoterapia del paziente difficile [Psychotherapy of the difficult patient]*. Metis.
- Rossi, R., Corbo, D., Magni, L. R., Pievani, M., Nicolò, G., Semerari, A., Quattrini, G., Riccardi, I., Colle, L., Conti, L., Gasparotti, R., Macis, A., Ferrari, C., Carcione, A., & CLIMAMITHE study group (2023). Metacognitive interpersonal therapy in borderline personality disorder: clinical and neuroimaging outcomes from the climamithe study - a randomized clinical trial. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(4), 452–466. <https://dx.doi.org/10.1037/per0000621>
- Ruggiero, G. M., Caselli, G., & Sassaroli, S. (Eds.). (2021). *CBT case formulation as therapeutic process*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63587-9>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Books.
- Schofield, M. J., & Grant, J. (2013). Developing psychotherapists' competence through clinical supervision: protocol for a qualitative study of supervisory dyads. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-12>
- Semerari, A. (2002). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognition y relacion terapéutica [Cognitive psychotherapy of the seriously ill patient. Metacognition and therapeutic relationship]*. Desclée de Brouwer.
- Semerari, A., Pellecchia, G., & Carcione, A. (2021). The therapeutic relationship. In A. Carcione, G. Nicolo, & A. Semerari (Eds.), *Complex cases of personality disorders* (pp. 75–102). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70455-1_6

- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Tanzilli, A., Lingardi, V., & Carcione A. (2023). Therapist Responsiveness and Metacognition: A patient perspective. Preliminary Study. [Manuscript in preparation]. Department of Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma.
- Watkins, C. E. (2019). What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years. *Couns Psychother Res*, 20(2), 1–19. <https://doi.org/10.1002/capr.12287>
- Watkins, C. E. (2015). The learning alliance in psychoanalytic supervision: A fifty-year retrospective and prospective. *Psychoanalytic Psychology*, 32(3), 451–481. <https://doi.org/10.1037/a0034039>
- Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54–65. <https://doi.org/10.1080/14733140601185274>
- Whipple, J., Hoyt, T., Rousmaniere, T., Swift, J., Pedersen, T., & Worthen, V. (2020). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice: A replication. *Sage Open*, 10(1), 2158244019899047. <https://doi.org/10.1177/2158244019899047>
- Zimmerman, M., Rothschild, L. y Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients [La prevalencia de los trastornos de personalidad del DSM-IV en pacientes psiquiátricos ambulatorios]. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911–1918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problem* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

APPENDIX

Checklist for Assessing Adherence to the Treatment Procedure

To help the therapist implement the techniques and procedures of MIT and, at the same time, to verify the adherence to the treatment model, this check-list is a guide for therapists, supervisors and researchers.

ASSESSMENT AND PRE-TREATMENT	YES	NO
• Was a careful assessment done?		
<u>If Yes, the therapist must have a clear idea of the following points:</u>		
- the symptoms, including assessment of their severity and effect on general functioning;		
- patient's subjective experience, especially problematic mental states, or the pattern of thoughts and emotions that are the sources of subjective distress and maladaptation;		
- dominant representations of patient's relationships with significant others and the reactions of others that tend to be elicited by patient's behavior, starting with reactions induced in therapists, so as to form an idea of the patient's intersubjective world;		
- metacognitive functions, or patient's capacity to understand and reflect on his own and others' mental states, including empathy and capacity for decentration;		
- regulatory functioning, including capacity to regulate emotions and impulses, and patient's ways of regulating choices.		
• Did the therapist offer the patient a schematic summary of patient's disorder, expressed clearly and carefully, using the patient's own terminology and concentrating on the patient's subjective distress?		
• Did the therapist correct the schema based on the patient's observations?		
• Did the therapist construct with the patient a shared case formulation?		
• Does the therapist have a clear understanding of the maintenance mechanisms of the patient's disorder?		
• Did the therapist illustrate the treatment goals?		
• Did the therapist reach agreement with the patient on the treatment goals, their reciprocal responsibilities, and the rules of the therapeutic setting and relationship?		
• Did the therapist explain the rationale and treatment principles of cognitive therapy?		
• Did the therapist ensure that the patient understood the explanation?		
• Did the therapist formulate the therapeutic contract?		
THERAPEUTIC RELATIONSHIP	YES	NO
• Does the therapist maintain a climate of interpersonal cooperation?		
• Does the therapist use the <i>universal we</i> ?		

Is the therapist transparent in communicating the underlying intention of all interventions? (continually offer brief explanations of the reasons why certain questions are asked or why specific requests are made of the patient)		
INTERPERSONAL CYCLES	YES	NO
Are there interpersonal cycles in the relationship? What are they?		
Is the interpersonal cycle in an acute phase?		
If Yes		
Is the therapist conscious of therapist's own discomfort?		
Is the therapist tolerating the relational discomfort?		
Is the therapist avoiding acting in ways that are damaging for the therapy?		
Is the therapist conscious of the thoughts, affects, and impulses that the therapist directs toward the patient in that moment?		
Is the therapist using therapist's own internal experience to understand the patient's internal experience?		
Is the therapist focusing on the patient's mental state, by asking "to what extent is what I feel similar or complementary to what the patient feels?"		
Is the therapist exploring the patient's mental state during the cycle?		
Has the therapist achieved an empathetic understanding of the patient?		
Is the therapist regulating his communication so as to modulate the emotional tone of the relationship?		
PRINCIPLES FOR CONDUCTING SESSIONS	YES	NO
Was the session useful for the patient?		
Does the patient have a metacognitive attitude?		
Are the patient's attention and reflection focused on mental processes and contents?		
Are there obstacles to a metacognitive attitude?		
If Yes, what are they?		
Does the patient have metacognitive difficulties?		
Is the patient in a condition of disorientation and confusion regarding his own internal states?		
Is there a relational problem with the therapist?		
Is emotive activation too intense to allow the patient to reflect on his own mental states?		
Is the therapist regulating the emotional tone of the sessions?		
Is the therapist respecting the principles of therapist authenticity?		
Is the therapist authentic in expressing what he feels with his non-verbal conduct?		
Has the therapist regulated the emotive tone of the session? ☐ now it is possible to explore the patient's problematic mental state		

PROBLEMATIC MENTAL STATE	YES	NO
Does the therapist have a clear understanding of the criteria for choosing the problematic state to explore?		
- are there problematic states tied to risky behavior that may threaten the health or life of the patient?		
- are there mental states that contribute more than others to the patient's subjective distress and to the creation of interpersonal problems?		
- are there problematic mental states active during sessions?		
The therapist can now focus on MONITORING the selected problematic mental state		
Has the therapist asked the patient to recount a specific episode where patient's distress was manifested?		
Having identified such an episode, did the therapist focus on the emotions and (where present) the sensations felt during the episode?		
Has the therapist asked the patient to describe the thoughts and images that precede, accompany, and follow those emotions?		
Having identified the thoughts and emotions, has the therapist helped the patient to create an integrative metarepresentation of their connections? Or rather:		
Has the therapist summarized the elements of the problematic state?		
Has the therapist asked the patient to recall other episodes in which those kinds of thoughts and emotions were part of the experience?		
Has the therapist asked the patient to give a name to the mental state?		
Is the patient's primary state clear to the therapist?		
Has the therapist helped the patient to recognize the problematic mental state as a recurring pattern?		
Are the underlying intentions and objectives of the patient's behavior clear?		
Has the patient understood the purposeful nature of patient's actions?		
Has the therapist discussed with the patient alternative strategies for mastering maladaptive problematic mental states?		
Has the therapist fostered the implementation of alternative strategies?		
Does the therapist have a clear idea of how the patient makes use of the sessions?		
Does the therapist try to stimulate a metacognitive attitude outside of the sessions?		
Does the therapist make use of extra-session communications, homework, and reminders?		

INTEGRATION	YES	NO
Did the therapist repeat the procedure for the various problematic mental states?		
Is the patient aware of the recurrent patterns of internal experience?		
Are the activating factors of a mental state clear?		
Are processes for getting out of a problematic state clear?		
Are the transition processes clear?		
Was an exploration done of how the action and its consequences have an effect on a change of mental state?		
Does the therapist help the patient reflect on the short and long-term consequences of patient's actions? Also in terms of variation of patient's internal state?		
Did the therapist reformulate in diagrammatic form the patient's mental states?		
MANAGING SUICIDE RISK	YES	NO
There is suicide risk?		
Is it a chronic or acute risk (if acute ☐ hospitalization)?		
Has the therapist explored the degree of suicide risk?		
Is it a suicide risk secondary to a diagnosed mood disorder? (if Yes ☐ hospitalization)		
Is it a suicide risk associated with weak sense of self and weak integrative capacity? (☐ enhancement of metacognitive functions)		
Do therapist and patient communicate openly and explicitly about suicidal ideation?		
Have therapist and patient agreed on each one's responsibilities for managing the risk?		
Has the therapist investigated whether the ideation is constant, and if it brings relief and is actively sought for this purpose?		
Has the therapist investigated whether the patient is actively and concretely planning suicide?		
Has the therapist investigated whether the patient openly declares an intention to commit suicide?		
Has the therapist investigated whether the patient still hopes to improve patient's own condition?		
Does the patient have a history of serious suicide attempts?		
Does the patient have a family history of suicides?		
Does the patient have a history of childhood sexual abuse?		
Does the patient have a high degree of impulsivity?		
Are there protective factors with regard to suicide (worry about the consequences for loved ones and/or moral or religious factors)?		
Has the therapist understood the different objectives underlying the suicidal behavior?		

• Has the therapist explored with the patient his problematic mental state?		
• Has the therapist examined the primary emotion and the representations associated with it?		
• Has the therapist focused on the intentionality of the suicidal act, underlining its character as an attempt to master distress?		
• Has the therapist discussed with the patient possible alternative behaviors that could alleviate the distress?		
• Has the therapist written a reminder note that summarizes the characteristics of the problematic state and reminds the patient of the alternatives discussed?		
• Has the therapist invited the patient to call if the discussed alternatives prove to be ineffective?		
• Has the therapist delivered the reminder note to the patient, urging patient to read it when he feels the primary emotion?		
• Is the suicide risk linked to mental states of dissociative detachment? - If Yes , has the therapist composed the reminder note?		
• Has the therapist done everything possible in order to see the patient on the same day of the telephone call?		
MANAGING IMPULSIVE BEHAVIORS	YES	NO
• Is the therapist working on monitoring the mental states underlying the impulsive behavior?		
• Does the session focus on the emotions, thoughts, and images that make up the mental state?		
• Has the therapist helped the patient to distinguish between primary and secondary emotions?		
• Has the therapist helped the patient to recognize the intention driving the impulsive action?		
• Has the therapist asked the patient to concentrate on his primary lived emotion and to recall life situations and episodes where that same emotion was experienced?		
• Does the patient recognize the mental state as a recurring pattern of internal experience?		
• Are the primary emotions underlying impulsive behaviors clear?		
• Is it clear to the patient that the goal of impulsive actions is to manage negative emotional conditions?		
• Does the therapist help the patient to compare the concrete consequences of patient's actions to the active goals of his mental state?		
• Does the therapist have the patient acknowledge the paradoxical consequences of his conduct?		
• Does the therapist foster motivation for change?		
• Does the therapist discuss with the patient alternative mastery strategies?		
DIFFERENTIATION	YES	NO

• Does the patient have difficulty differentiating?		
- Does patient treat thoughts as concrete objects?		
- Does patient try to influence external reality with thoughts?		
- Is patient able to distinguish between imagination and reality?		
- Does patient experience fantasies as though they were actually happening?		
- Does patient experience reality as though it were an invention of the mind?		
- Does patient have difficulty distinguishing between opinion and knowledge?		
- Does patient have rigid, absolute beliefs that are applied pervasively and assumed to be matters of fact?		
- Does patient have a radical distrust in their own capacity for judgment?		
• Is the patient able to assume critical distance from their representations?		
• Has the therapist helped the patient: - to develop the capacity to shift his attention from the external to the internal world and vice versa?		
- to acquire awareness that there exist different points of view concerning the same issue?		
- to acquire awareness that mental states are transitory even regardless of what happens in reality?		
• Has the therapist reassured the patient that there is nothing pathological in generating different and conflicting representations of the same issue?		
• Is the patient aware that all mental states, even negative ones, eventually come to an end spontaneously?		
• Is the therapist encouraging the patient to observe those states and accept them as part of themselves?		
• Has the therapist helped the patient to develop the capacity to treat a mental state as something purely "mental"?		
• Does the therapist have clear criteria for saying that a schema, a belief, or a set of beliefs is pathogenic or dysfunctional and that it is necessary to develop critical distance from it? (common sense psychology – bizarre character – harmful to emotional life and/or adaptation)		
• Has the therapist evaluated the possibility that such beliefs are well-founded or compensatory?		
DECENTRATION	YES	NO
• Does the patient have a decentering impairment?		
- Does patient have a distorted way of attributing intentionality to others?		
- Does patient have a tendency to stereotype in evaluating others?		
- Does patient lack empathy?		

- Does patient have mental states characterized by themes of threat, estrangement/exclusion, competition/comparison?		
• Has the therapist helped the patient to consider people as individuals different from one another by posing questions that stimulate appreciation of differences?		
• Does the therapist favor explanations based on the observation of differences in character and psychological attitudes?		
• When speaking of other people, does the therapist assume and invite the patient to assume an accepting attitude aimed at understanding rather than judging?		
• Does the therapist help the patient assume an attitude of non-judgmental curiosity?		
• Does the therapist encourage the patient to observe the emotions and affects of others, recognizing, at the same time, that the reasons underlying these affects remain hypothetical unless the other person expresses them directly?		
• Does the therapist encourage the patient to pay attention to the interests of others by observing what they like to talk about, what animates them in conversation, and what attracts their attention?		
• Does the therapist help the patient to take account of the context in trying to understand the relational significance of the behavior of others?		
• Does the therapist help the patient to accept the limits of the openness and empathy of others?		
• Does the therapist help the patient to reflect on his need for total acceptance and to manage the difficulties that derive from it?		
• Does the therapist help the patient to recognize and understand their own role in the creation of interpersonal problems and conflicts?		

UTILIZACIÓN DE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS EN SUPERVISIÓN CLÍNICA EN PSICOTERAPIA

USE OF FUZZY COGNITIVE MAPS IN CLINICAL SUPERVISION IN PSYCHOTHERAPY

Luis Ángel Saúl

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

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

Luis Botella

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

FPCEE Blanquerna, Universidad Ramón Llull. Barcelona, España

Alejandro Sanfeliciano

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

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

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Saúl, L. A., Botella, L. y Sanfeliciano, A. (2023). Utilización de mapas cognitivos borrosos en supervisión clínica en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 133-148. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38710>



Resumen

El presente artículo se enfoca en la utilidad de los Mapas Cognitivos Borrosos como herramienta para la supervisión clínica en el ámbito de la psicoterapia. Estos mapas representan una herramienta versátil que facilita la conceptualización de casos clínicos desde dos perspectivas complementarias: la nomotética y la idiográfica. Desde la perspectiva nomotética, se utilizan los Mapas Cognitivos Borrosos para ordenar y organizar la experiencia que el cliente elabora en el diálogo terapéutico. Esto se logra mediante la creación de un mapa de sistema complejo que incorpora términos técnicos y conceptos clínicos de los campos de la psicopatología, la evaluación y el tratamiento. Esta representación en tercera persona permite una comprensión teórica, más profunda y estructurada de la situación clínica, fomentando la colaboración entre el supervisor y el supervisando. Desde la perspectiva idiográfica, se emplea una aproximación en primera persona que recoge el Sistema de Significados Personales del paciente, así como sus dinámicas de interacción. Lo que ayuda tanto al terapeuta, como al supervisor, a entender la construcción del problema desde la visión del cliente utilizando sus propios términos. Al combinarse con el mapa en tercera persona, se enriquece y complementa el panorama general, permitiendo una visión más completa de la dinámica clínica.

El proceso de utilización de los Mapas Cognitivos Borrosos en la supervisión clínica está altamente protocolizado, lo que facilita la comunicación efectiva entre el supervisor y el supervisando. Además, promueve la colaboración en la generación de hipótesis explicativas tanto para los momentos de cambio como de estancamiento en el proceso terapéutico. Esta metodología también posibilita la monitorización constante del caso, lo que aporta una mayor comprensión de las dinámicas que influyen en la evolución terapéutica.

En definitiva, se presenta una propuesta de supervisión desde una perspectiva constructivista, colaborativa y centrada en el cliente, integradora y transdiagnóstica caracterizada a la vez por una elevada coherencia teórica, eclecticismo técnico, sofisticación metodológica y apoyo tecnológico.

Palabras clave: psicoterapia, supervisión, mapa cognitivo borroso, formulación de caso, nomotético, idiográfico, monitorización, transdiagnóstico, apoyo tecnológico

Abstract

The present article focuses on the usefulness of Fuzzy Cognitive Maps as a tool for clinical supervision in the field of psychotherapy. These maps represent a versatile tool that facilitates the conceptualization of clinical cases from two complementary perspectives: nomothetic and idiographic. From the nomothetic perspective, Fuzzy Cognitive Maps are used to order and organize the experience that the client elaborates in the therapeutic dialogue. This is accomplished by creating a complex system map that incorporates technical terms and clinical concepts from the fields of psychopathology, assessment, and treatment. This third-person representation allows for a theoretical, deeper, and more structured understanding of the clinical situation, fostering collaboration between supervisor and supervisee. From the idiographic perspective, a first-person approach is employed that captures the patient's Personal Meaning System as well as their interaction dynamics. This helps both the therapist and the supervisor to understand the construction of the problem from the client's point of view using the client's own terms. When combined with the third person map, it enriches and complements the overall picture, allowing a more complete view of the clinical dynamics.

The process of using the Fuzzy Cognitive Maps in clinical supervision is highly protocolized, which facilitates effective communication between the supervisor and the supervisee. In addition, it promotes collaboration in the generation of explanatory hypotheses for both moments of change and stagnation in the therapeutic process. This methodology also enables constant monitoring of the case, which provides a better understanding of the dynamics that influence the therapeutic evolution.

In short, we present a supervision proposal from a constructivist, collaborative, client-centered, integrative and transdiagnostic perspective, characterized by high theoretical coherence, technical eclecticism, methodological sophistication and technological support.

Keywords: psychotherapy, supervision, fuzzy cognitive map, case formulation, nomothetic, idiographic, monitoring, transdiagnostic, technology support

La supervisión clínica en psicoterapia es un proceso fundamental en el que el terapeuta y el supervisor colaboran en el análisis y la reflexión sobre la formulación del caso y el proceso terapéutico (González-Grignardello, 2016). Wampold e Imel (2021) argumentan que es necesario entender por qué ocurren ciertos fenómenos en la psicoterapia y cómo pueden cambiar, lo que implica una comprensión profunda de los procesos terapéuticos y de los factores que contribuyen a la eficacia de la terapia. Para tener un análisis completo es necesario, por lo tanto, partir de formulaciones basadas tanto desde una perspectiva nomotética, que tenga en cuenta los factores que intervienen en todo proceso terapéutico, como idiográfica, que recoja la particularidad del paciente y su forma de construir su mundo. En este sentido, la visión nomotética ayuda a generar un entendimiento del caso desde la evidencia de los factores o principios psicológicos que facilitan o dificultan el cambio terapéutico. Por otra parte, la perspectiva idiográfica ayuda a comprender los aspectos únicos de un individuo en particular identificando su particular Sistema de Significados Personales (SSP).

Todo ello implica la integración de la teoría y los principios psicológicos, con los pensamientos, sentimientos y significados del paciente, a través de un proceso continuo y colaborativo de “dar sentido” a la información recopilada durante la terapia y la supervisión (González-Grignardello, 2016). Matthews y Treacher (2004) proponen la utilización de métodos co-constructivos en el proceso continuo y colaborativo de “dar sentido” a la información que se está recogiendo a través del proceso de terapia y de supervisión. Desde un enfoque constructivista, la supervisión implica la creación conjunta de una narrativa que tenga en cuenta el significado que los tres agentes (paciente, supervisado y supervisor) han dado a la historia del paciente (Bob, 1999). Wampold e Imel (2021) también proponen la incorporación de la perspectiva del paciente.

Desde la necesidad de ayudar a identificar posibles vías de intervención y movimiento en la dinámica estancada y problemática del cliente, se recomienda utilizar **metodologías orientadas al descubrimiento de procesos y dinámicas** (véase Eells, 2007; Stiles, 2001). En este sentido, González-Grignardello (2016) propone la utilización de mapas conceptuales que recojan qué elementos definen al caso. Esta autora muestra cómo este tipo de mapas es una 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.

En el presente artículo, se propone la utilización gráfica de mapas, dentro del proceso de supervisión clínica, como método que facilite la colaboración entre terapeuta y supervisor en el análisis, reformulación y seguimiento de un caso clínico. La representación de la estructura de un sistema tiene una larga tradición en psicología y educación. De hecho, los mapas conceptuales ya habían sido desarrollados en 1972 por Joseph D. Novak y su equipo en Cornell (ver Novak y Musonda, 1991). Aunque este tipo de mapas pueden representar relación causal, nuestra propuesta es la del uso de Mapas Cognitivos Borrosos (MCBs, Kosko 1986) que enriquecen este

elemento agregando variables difusas. Variables que permiten valores intermedios entre dos opciones extremas o posiciones indefinidas. Posición más acorde al modelo de pensar humano. La lógica borrosa de los MCBs de Kosko utiliza la teoría de los conjuntos borrosos de Zadeh (1965) para representar y analizar la causalidad en los modelos mentales. Esta combinación permite una representación más precisa y detallada de los modelos mentales y otros sistemas complejos, ya que puede manejar la incertidumbre y la vaguedad inherentes en estos sistemas (Botella, 2007; Vera-Mora et al., 2018). Además, la contribución distintiva de los MCBs como un caso particular de mapas conceptuales los hace especialmente útiles para lograr el objetivo de modelar la dinámica de los sistemas humanos.

En los MCBs, los nodos representan conceptos y las aristas representan relaciones causales entre estos conceptos. La lógica borrosa permite representar la causalidad en presencia de vaguedad mediante grafos borrosos (ver Botella 2023, para una más completa descripción). El valor numérico de las aristas indica hasta qué punto quién dibuja el mapa cree que los nodos conectados están relacionados causalmente, y la dirección de la causalidad se indica con una punta de flecha. La práctica habitual es asignar un valor de +1 cuando un nodo (*impulsor*) *aumenta* causalmente al conectado (*receptor*) y de -1 cuando lo *disminuye*. Por supuesto al ser un MCB sería perfectamente aceptable asignar cualquier valor en el intervalo [+1, -1] a una arista causal, pero precisamente debido a la complejidad y la naturaleza lingüística de los sistemas que generalmente se mapean, es poco frecuente poder cuantificar la causalidad con una precisión tan minuciosa.

En nuestra propuesta, por una parte, los MCBs ayudan a ordenar y organizar la experiencia del cliente en el diálogo terapéutico mediante la creación de un mapa de sistema complejo, que incorpora términos técnicos y conceptos clínicos de los campos de la psicopatología, la evaluación y el tratamiento (o “constructos profesionales” como los denominaba George Kelly). Esta representación en tercera persona facilita una comprensión teórica, más profunda y estructurada de la situación clínica, fomentando la colaboración entre el supervisor y el supervisando.

Por otra, presentamos también las bases para elaborar un modelo de conceptualización de caso en *primera persona* de forma que el terapeuta construye un mapa que se basa al 100% en el propio Sistema de Constructos Personales del cliente y que cartografía no ya la construcción profesional de su bloqueo, sino su propia teoría/mapa/sistema personal. Esto ayuda tanto al terapeuta como al supervisor a entender la construcción del problema desde la visión del cliente utilizando sus propios términos. Al combinarse con el mapa en tercera persona, se enriquece y complementa el panorama general, permitiendo una visión más completa de la dinámica clínica.

En definitiva, este artículo explorará la utilidad de los Mapas Cognitivos Borrosos en el proceso de supervisión clínica en psicoterapia, presentando una propuesta constructivista y colaborativa, centrada en el cliente, integradora y transdiagnóstica, que facilita la colaboración entre terapeuta y supervisor en el análisis,

reformulación y seguimiento de un caso clínico. Se discutirán las implicaciones de esta propuesta para la práctica clínica y la investigación futura en el campo de la psicoterapia y la supervisión. Por motivos de espacio, en este artículo no añadimos el procedimiento de utilización de este tipo de mapas. Su aplicación está recogida en otros trabajos (se hará mención a ellos a lo largo de este artículo).

Utilización del Mapa Nomotético en Supervisión (Constructos Profesionales)

El MCB del proceso de formación y resolución de problemas (MCB-FRP) está diseñado para su aplicación a los procesos de formación y resolución del tipo de problemas que habitualmente llevan a la gente a psicoterapia (véase una explicación más extensa en Botella, 2007, así como los factores que lo forman, sus componentes y las relaciones entre ellos en la Figura 1).

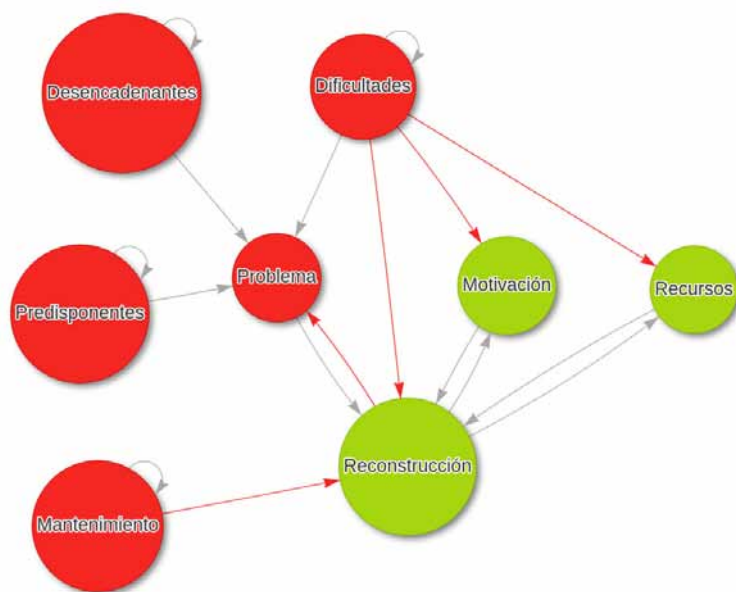
Se propone la utilización de un MCB para la comprensión de la demanda y la planificación del proceso terapéutico dado que se trata de una herramienta de considerable valor heurístico (Botella, 2007).

Desde la perspectiva nomotética, los MCBs se utilizan para ordenar y organizar la experiencia que el cliente elabora en el diálogo terapéutico. Esto se logra mediante la creación de un mapa de sistema complejo que incorpora términos técnicos y conceptos clínicos de los campos de la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico.

Está elaborado desde una perspectiva fundamentada en la investigación de resultados y procesos terapéuticos, integradora en lo referente a las técnicas de elección, y con una base teórica constructivista relacional. La visión que lo inspira es, en síntesis, la de la terapia como Reconstrucción Colaborativa de la Experiencia (Botella, 2007, 2020).

Esta representación en tercera persona facilita una comprensión teórica, más profunda y estructurada de la situación clínica, fomentando la colaboración entre el supervisor y el supervisando en la supervisión de casos clínicos.

Pese a la aparente complejidad del MCB, hemos seguido la estrategia de mantenerlo lo más simple posible incluyendo sólo las relaciones de causalidad con sólido apoyo empírico y clínico para poder contrastar su utilidad en cuanto que modelo de simulación del cambio terapéutico y, consecuentemente, poder utilizarlo como herramienta de toma de decisiones en la práctica clínica.

Figura 1*Relaciones entre los Factores del MCB-FRP*

El modelo de conceptualización de casos que presentamos (véase Botella, 2007; 2020; Botella et al., 2022; Saúl et al., 2022) se articula propuesto como un Mapa Cognitivo Borroso (MCB, *Fuzzy Cognitive Map*; ver Kosko, 1986, y su elaboración más detallada sigue en este capítulo, además de en Botella, 2020 y Saúl et al., 2022) y consta de los siguientes factores:

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

ii. Factores predisponentes. Variables o procesos biográficos, evolutivos y relacionales que contribuyen a aumentar la probabilidad de sufrir un problema. Entre los más contrastados e investigados se encuentran los siguientes: (1) estilos de apego inseguros, (2) relaciones familiares disfuncionales, (3) vulnerabilidad personal, (4) modelos internos autoinvalidantes y (5) sumisión a narrativas opresivas.

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

factores desencadenantes con la misma manifestación sintomática.

iv. Factores de mantenimiento. Los factores de mantenimiento son aquellos que contribuyen a que, una vez desencadenado un problema, resulte más difícil resolverlo que perpetuarlo. De entre los más investigados destacan los siguientes—véase Botella (2007; 2020; Botella et al., 2022): (1) posición respecto al cambio precontemplativa o contemplativa (Prochaska, 1999), es decir, negación del problema o falta de compromiso con su resolución, (2) creencias, constructos, narrativas y modelos internos incapacitantes, (3) problema egosintónico, es decir, problemas que paradójicamente contribuyen a dar mayor coherencia a la identidad personal y (4) coherencia relacional de la posición en que el problema sitúa al cliente.

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

vi. Recursos y competencias. El proceso de reconstrucción cuenta con un potente aliado en este ámbito. Se trata de todas aquellas capacidades que el paciente aporta como fruto de su biografía, personalidad y propio curso evolutivo que pueden contrarrestar el efecto invalidador del problema. De entre los más estudiados (véase Botella, 2007; 2020; Botella et al., 2022) destacan: (1) excepciones al problema, (2) competencias (habilidades), (3) creencias, constructos y modelos internos competentes, (4) red de apoyo, (5) estilos de apego seguro, (6) relaciones familiares sanas y (7) recursos en otras áreas—por ejemplo, laboral, académica, social, etc.

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

viii. Dificultades. Se trata de factores que bloquean la acción del proceso reconstructivo por diferentes vías de acción inhibitoria. De entre las más citadas en la literatura al respecto (véase, Botella, 2007; 2020; Botella et al., 2022) destacan: (1) gravedad extrema, (2) motivación baja o nula, (3) graves dificultades relacionales, (4) poca o nula mentalidad psicológica y (5) problema inespecífico.

Tabla 1*Resumen de los Componentes del MCB-FRP*

Problema: situación crítica motivo de demanda y que provoca malestar en el paciente y/o su entorno.	
Factores predisponentes: variables o procesos biográficos, evolutivos y relacionales que contribuyen a aumentar la probabilidad de sufrir un problema.	Estilos de apego inseguro.
	Relaciones familiares disfuncionales.
	Vulnerabilidad personal.
	Modelos internos autoinvalidantes.
	Sumisión a narrativas opresivas.
Factores desencadenantes: acontecimientos traumáticos o críticos que activan procesos de invalidación.	
Factores de mantenimiento: factores que contribuyen a que, una vez desencadenado un problema, resulte más difícil resolverlo que perpetuarlo.	Posición respecto al cambio precontemplativa o contemplativa.
	Creencias, constructos, narrativas y modelos internos incapacitantes.
	Problema egosintónico.
	Coherencia relacional de la posición en que el problema sitúa al cliente.
Proceso de reconstrucción: movimiento autocorrector hacia la resolución y superación del problema que se activa ante la manifestación de éste.	
Recursos y competencias: capacidades que el paciente aporta como fruto de su biografía, personalidad y propio curso evolutivo que pueden contrarrestar el efecto invalidador del problema.	Excepciones.
	Habilidades.
	Creencias, constructos y modelos internos competentes.
	Red de apoyo.
	Estilos de apego seguro.
	Relaciones familiares sanas.
	Recursos en otras áreas (laboral, académica...)
Motivación	Posición respecto al cambio de preparación, acción o mantenimiento.
	Expectativas de autoeficacia.
	Experiencias terapéuticas previas positivas.
	Objetivos claros y definidos.
Dificultades: factores que bloquean la acción del proceso reconstructor por diferentes vías de acción inhibitoria.	Gravedad extrema.
	Motivación baja o nula.
	Graves dificultades relacionales.
	Poca o nula mentalidad psicológica.
	Problema inespecífico.

Utilización del Mapa Idiográfico: MCB-SSP (Constructos Personales)

Desde la perspectiva idiográfica, proponemos una aproximación en primera persona que recoge el Sistema de Significados Personales del paciente, así como sus dinámicas de interacción. La inclusión de información ideográfica, siguiendo

a Meier (2003), ha de hacerse de un modo riguroso, superando así, un modo habitualmente poco preciso. Una de las teorías más elaboradas para conseguir una perspectiva idiográfica en la evaluación de un sujeto y explorar su subjetividad es la Teoría de los Constructos Personales de George Kelly (1955). Su teoría se basa en el postulado filosófico del alternativismo constructivo, que sostiene que el significado que atribuimos a la experiencia es resultado de una construcción personal. Según esta teoría, la realidad estaría sujeta a variadas construcciones personales, algunas de las cuales pueden ser provechosas para el individuo y otras no serlo (para una aproximación ver Botella y Feixas, 2008).

Kelly concibe al ser humano como un científico que construye y modifica con la experiencia su conjunto de conocimientos y de hipótesis, o su filosofía vital, por tal de anticipar los resultados de su conducta y otros eventos. Esto tiene lugar a través de la formación de los constructos personales, categorías descriptivas que usamos para conceptualizar los acontecimientos.

Junto a su teoría, Kelly elaboró una herramienta de evaluación, la Técnica de Rejilla (TR; Kelly, 1955), que pretende captar la forma en que una persona da sentido a su experiencia en sus propios términos. No se trata de un test convencional, sino de una forma de entrevista estructurada orientada a explicitar y analizar los constructos con los que la persona organiza su mundo (para una aproximación véase Feixas y Cornejo, 1996). La TR ha sido utilizada en más de 3.000 artículos científicos (López-González, 2016; Saúl et al., 2012) y ha demostrado un potencial extraordinario para la exploración del “universo interior” de la mente humana. En el campo de la psicología clínica, la TR ha sido especialmente útil para evaluar los constructos personales y aspectos cognitivos y relacionales desde la construcción de cada persona.

El Grupo de Investigación Constructivista de la UNED (<https://blogs.uned.es/gicuned/>) ha desarrollado un software innovador (Sanfeliciano y Saul, 2022) destinado a analizar la estructura y dinámica del SSP. Este enfoque se basa en el estudio de las implicaciones entre constructos, siguiendo la perspectiva teórica propuesta por Hinkle en 1965. El resultado de esta metodología es la generación de representaciones visuales mediante el empleo de MCB.

Este software representa una contribución significativa a la psicología de constructos personales al posibilitar una evaluación más profunda y precisa de las interrelaciones entre los significados personales que constituyen el SSP. Este avance se fundamenta en la aplicación de los principios de la Teoría de Grafos (Wasserman y Faust, 2013) para representar la complejidad intrínseca de la estructura psicológica de los individuos.

La integración de la Teoría de Grafos permite un análisis matemático que captura la intrincada red de conexiones entre los distintos elementos del SSP. Esta aproximación nos ayuda a la construcción de modelos matemáticos que posibilitan el estudio detallado de estas redes complejas, incluyendo la centralidad de los nodos, la estructura general del sistema, sus posibles inconsistencias y las dinámicas subya-

centes (Borgatti, 2005; Freeman et al, 1991). Además, se añade una capa adicional de complejidad y profundidad al emplear los principios de álgebra vectorial y los desarrollos propuestos por Kosko (1986) en relación a los MCB. Esta combinación permite la creación de escenarios de cambio hipotético, facilitando la construcción de modelos de experimentación sobre el mundo de significados del individuo. Esto, a su vez, posibilita la inferencia de posibles obstáculos y fortalezas presentes en los deseos de cambio del individuo.

Para obtener una comprensión detallada de la metodología empleada en la creación de MCB a partir de la evaluación del SSP, así como de los fundamentos matemáticos subyacentes, se recomienda revisar el artículo de Saúl et al. (2022). Este software pronto estará disponible de manera más accesible a través de un portal web (<https://psychlab.uned.es>) concebido como un laboratorio virtual, que no requiere poseer conocimientos en programación y matemáticas avanzadas.

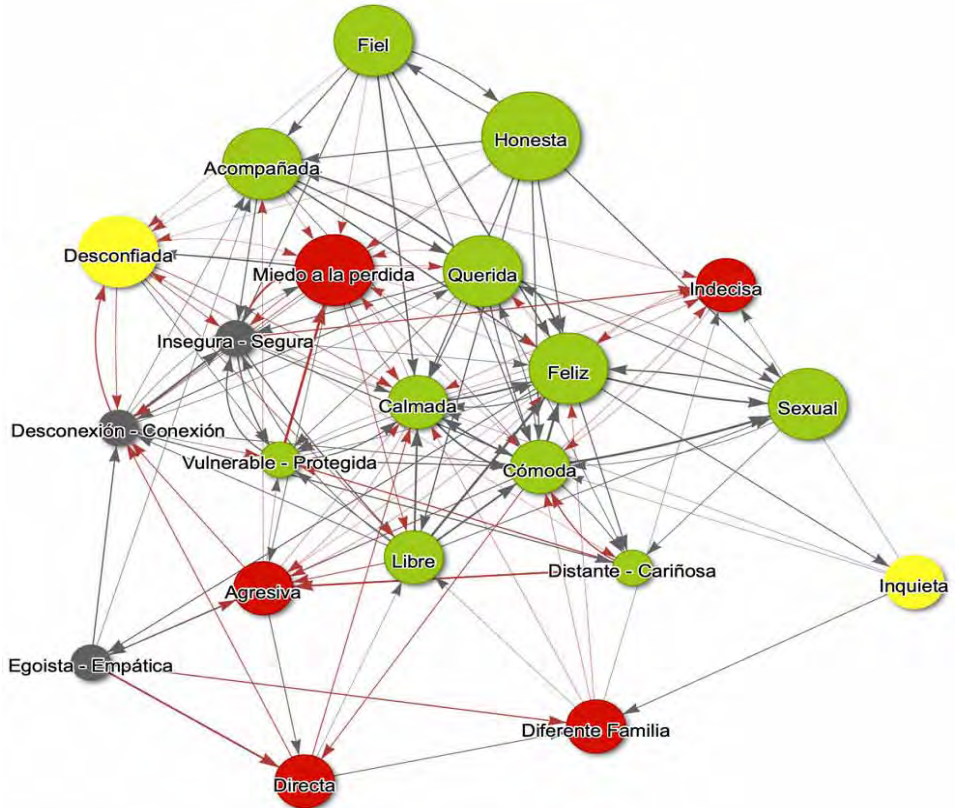
La utilización de estos MCB ha mostrado ser útil en la formulación de casos y como facilitador del proceso de cambio en psicoterapia (Botella et al., 2022). Estos mapas permiten al paciente tener un papel más activo en el proceso de cambio. Se le otorga al propio paciente el poder del cambio y facilita el acompañamiento por parte del psicoterapeuta. Como señala Botella (2021) un MCB contribuye de manera significativa al proceso terapéutico al permitir que tanto el terapeuta como el cliente construyeran un modelo dinámico del SSP y pueda ser utilizado como una herramienta para (a) llegar a una comprensión mejor, más profunda y absolutamente personal de las dificultades y recursos del paciente, (b) planificar sus objetivos terapéuticos como un sistema alternativo (es decir, significativamente diferente, no necesariamente opuesto al problemático) y planificar cómo pasar de uno a otro con la ayuda del proceso terapéutico, (c) probar escenarios hipotéticos del tipo “¿qué pasaría si...?”, identificar riesgos, obstáculos y posibles dificultades y cómo abordarlos, y adaptar el ritmo del cambio a lo que paciente considere viable y (d) verificar si el paciente había alcanzado sus metas una vez que la terapia estaba llegando a su fin.

En la Figura 2 encontramos un ejemplo de MCB que recoge el SSP de un paciente. Cada constructo es una dimensión bipolar, no obstante en el nombre del nodo aparece el nombre del polo activo de ese constructo. En color verde se encuentran los constructos congruentes en los que el sujeto está a gusto. En color rojo aparecen los constructos discrepantes, en los que el sujeto se encuentra en el polo activo y le gustaría estar en el polo opuesto. En color gris aparecen los constructos en los que el sujeto no se define ni en un polo ni en el otro y en color amarillo, aparecen los constructos dilemáticos, en los que el sujeto no sabe definir cual de los dos polos sería el ideal para él. Las aristas, muestran las relaciones de atribución causal que el paciente ha establecido a través de la entrevista de Rejilla de Implicaciones (Hinkle, 1965). A través de esa prueba de evaluación, se le ha preguntado al paciente qué implicaciones tendría en el resto del sistema el que él cambiase al polo opuesto que le define, en cada constructo. El resultado de esa entrevista nos ayuda a establecer

las relaciones de atribución causal que existen dentro del SSP.

Figura 2

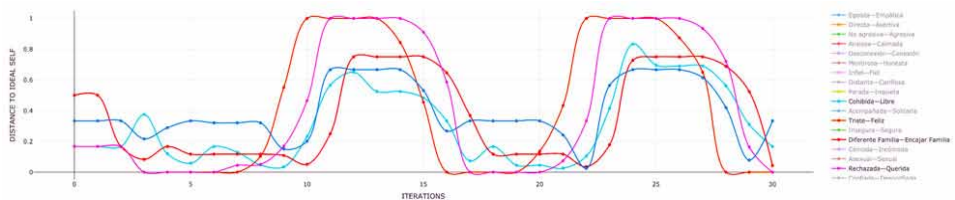
Ejemplo de MCB en Primera Persona del SSP de un Paciente



La obtención del sistema de implicaciones causales dentro del SSP nos facilita un sistema dinámico, en el que podemos proyectar sus dinámicas de interacción y simulación de evolución. En la gráfica de la figura 3, nos muestra la simulación de la evolución de los constructos seleccionados, lo que nos permite explorar dinámicas y bucles de relación entre los constructos. Lo más próximo a la línea de abscisas, lo más cerca de conseguir su polo deseado del constructo.

Figura 3

Ejemplo de la Evolución de Algunos de los Constructos del SSP de un Paciente



Desde el mismo MCB podemos identificar ciclos conflictivos que ejemplifican las dinámicas del sistema y que ayudan a entender los bucles que no facilitan el cambio psicológico. Este tipo de ciclos pueden ser analizados tanto en sesión clínica como en supervisión (ver figuras 4 y 5).

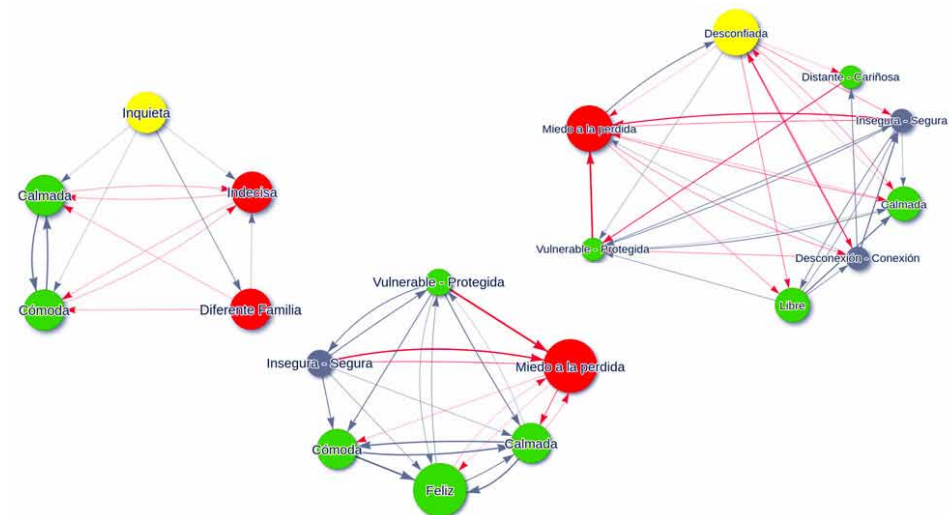
Figura 4

Ejemplo de Ciclos Conflictivos en el SSP de un Paciente Particular



Figura 5

Ciclos que Ayudan a Entender la Indefinición del Sujeto Evaluado



Colaboración Terapeuta-Supervisor en la Elaboración de Hipótesis Explicativas de las Dinámicas de Cambio y Estancamiento del Proceso Terapéutico

Un Mapa Cognitivo Borroso de los factores que influyen en el malestar del paciente puede facilitar el proceso de supervisión en psicoterapia de varias maneras.

En primer lugar, aportando claridad conceptual. El MCB proporciona una representación visual de los factores que contribuyen al malestar del paciente. Esto ayuda a los terapeutas y supervisores a comprender de manera más clara y concisa

la complejidad de la situación y a identificar áreas clave que requieren atención.

Además, facilitando la identificación de patrones. Los mapas cognitivos borrosos pueden mostrar patrones y relaciones entre los diferentes factores, lo que permite a los terapeutas y supervisores identificar tendencias y conexiones que pueden no ser evidentes de otra manera.

En tercer lugar, ayudando al enfoque en objetivos terapéuticos. Al tener una representación visual de los factores que contribuyen al malestar, los terapeutas pueden enfocarse en los objetivos terapéuticos específicos que aborden esos factores de manera más efectiva.

También facilitando la comunicación efectiva. Los MCBs pueden ser herramientas útiles para la comunicación entre el terapeuta y el supervisor. Facilitan la supervisión permitiendo una comprensión compartida y una colaboración más efectiva en el proceso de supervisión.

En quinto lugar, permitiendo la evaluación y el seguimiento. A lo largo del proceso de terapia, el MCB puede utilizarse como una herramienta de evaluación y seguimiento para verificar el progreso del paciente y ajustar la intervención terapéutica según sea necesario.

Además, fomenta la integración de enfoques terapéuticos. Los MCBs pueden ayudar a integrar enfoques terapéuticos diferentes o múltiples teorías psicológicas al mostrar cómo los factores se relacionan y se interconectan en la experiencia del paciente.

Por último, y de cara al trabajo con el cliente y no sólo a la supervisión, permite la validación y el empoderamiento. Mostrar un mapa visual de los factores que contribuyen al malestar puede validar las experiencias del paciente al demostrar que se están teniendo en cuenta múltiples influencias. Esto puede empoderar al paciente al comprender mejor su situación y el proceso terapéutico.

Por otra parte, la utilización del MCB en primera persona, ayuda tanto al terapeuta como al supervisor a entender la construcción del problema desde la visión del cliente utilizando sus propios términos y facilita que tanto el terapeuta como el supervisor compartan la misma información sobre el modo que tiene el paciente de articular su subjetividad.

Al combinarse los dos mapas, se enriquece y complementa el panorama general del caso, permitiendo una visión más completa de la dinámica clínica.

Es importante tener en cuenta que la creación y el uso de MCBs en la terapia requiere habilidades y entrenamiento específicos. Además, es fundamental obtener el consentimiento del paciente para utilizar esta herramienta y garantizar la confidencialidad de la información. El MCB debe utilizarse como una herramienta complementaria en el proceso terapéutico y de supervisión, junto con otros enfoques y técnicas clínicas.

Monitorización de Casos

La supervisión clínica en psicoterapia es esencial para garantizar la calidad de los procedimientos y evaluar el proceso terapéutico. Este proceso implica la monitorización sistemática del progreso del paciente a lo largo del tratamiento, un enfoque respaldado por la práctica basada en la evidencia (Gimeno-Peón et al., 2018).

La monitorización del paciente y la atención al feedback son recomendaciones derivadas de la investigación básica en el proceso terapéutico. Este proceso implica medir y rastrear regularmente el progreso del paciente a lo largo del curso del tratamiento (Barkham et al., 2023; Gimeno-Peón et al., 2018; Lambert et al., 2018). Lambert et al. (2018) introdujeron el concepto de pacientes “no en el camino correcto”, es decir, aquellos que no están siguiendo la trayectoria de recuperación esperada y, por lo tanto, están en riesgo de tener un tratamiento fallido, aspecto fundamental que tenemos que tener en cuenta.

Por otro lado, es importante destacar que los terapeutas en la práctica tienden a sobreestimar la tasa de mejora de sus pacientes y subestimar la tasa de empeoramiento. De hecho, Hannan et al. (2005) encontraron que los psicoterapeutas pronosticaron con precisión el curso negativo del tratamiento de solo uno de cada 40 pacientes. La monitorización del proceso terapéutico hace que sea más probable que el terapeuta advierta el cambio negativo del paciente y discuta cómo mejorar el encuentro terapéutico (Lambert y Shimokawa, 2011). Además, su uso proporciona al terapeuta información valiosa para ayudar a mejorar a los pacientes que se encuentran estancados y muestran signos de empeoramiento (Lucock et al., 2015), y ayuda en la supervisión a realizar un análisis de las mejoras o dificultades de cambio.

En este contexto, la utilización de Mapas Cognitivos Borrosos (MCB) en primera persona facilitan la identificación de metas terapéuticas compartidas entre el terapeuta y el paciente, la revisión de las mismas en supervisión, y la monitorización del avance del proceso hacia la obtención de las mismas (Botella y Saúl, en prensa; Botella y Saúl, 2022). Una vez establecidas las metas terapéuticas, una forma sencilla de evaluar este avance es mediante el uso de las “preguntas escala” que se utiliza en la terapia sistémica. Se le pide al sujeto que valore en una escala del 1 al 10, en qué punto está cada uno de los objetivos terapéuticos acordados. Desde la puntuación que asigna el sujeto se puede indagar qué haría falta para subir un punto en la escala, o si la puntuación es baja, que han hecho para conseguir que no baje más.

El uso del feedback del paciente en la supervisión clínica ofrece múltiples beneficios tanto para el terapeuta como para el supervisor. Al incorporar las “Preguntas escala”, se facilita la alineación con las metas terapéuticas y se fortalece la relación terapeuta-paciente. En el contexto de la supervisión clínica, el feedback del paciente permite a los terapeutas y supervisores evaluar el progreso del paciente y ajustar el enfoque terapéutico según sea necesario. Esto ayuda a mantener la terapia alineada con las metas establecidas y a mejorar la efectividad del tratamiento. Además, el feedback del paciente puede servir como una herramienta valiosa para

el supervisor al proporcionar información sobre el desempeño del terapeuta y las áreas de mejora.

Referencias

- Barkham, M., Jong, K. D., Delgadillo, J. y Lutz, W. (2023). Routine Outcome Monitoring (ROM) and Feedback: Research Review and Recommendations [Monitoreo de resultados de rutina (ROM) y retroalimentación: revisión de investigaciones y recomendaciones]. *Psychotherapy Research*, 33(7), 841–855. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2181114>
- Borgatti, S. P. (2005). Centrality and network flow [Centralidad y flujo de red]. *Social Networks*, 27(1), 55-71. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2004.11.008>
- Botella, L. (2007). Usos potenciales de la lógica borrosa. Aplicaciones de mapas cognitivos borrosos (MCBS) para el manejo de los casos clínicos en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI, 103–119. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921793001.pdf>
- Botella, L. (2020). *La construcción del cambio terapéutico. Terapia Constructivista Integradora en la Práctica Clínica*. Desclée De Brouwer.
- Botella, L. (2021). La Cartografía de los Espacios Psicológicos: Aplicaciones Psicoterapéuticas de las Dinámicas Sistémicas de Mapas Cognitivos Borrosos de Constructos Personales. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 237–252. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.474>
- Botella, L., Barrado Mariscal, E., Sanfeliciano, A. y Saúl, L. A. (2022). Formulación de caso mediante Mapas Cognitivos Borrosos: Bases conceptuales y metodológicas y ejemplo de caso. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 79-110. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35946>
- Botella, L. y Feixas, G. (2008). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Laertes. https://www.researchgate.net/publication/31739972_Teoria_de_los_Constructos_Personales_aplicaciones_a_la_practica_psicologica
- Botella, L. y Saúl, L. A. (en prensa). Explorando la Formulación de Caso con Mapas Cognitivos Borrosos: Conceptos, Métodos y Estudio de Caso en Primera y Tercera Persona. En A. Quiñones y C. Caro (Eds.), *Formulación de Caso: Hacia una Psicoterapia de precisión*. Editorial UNED.
- Botella, L. y Feixas, G. (2008). *Teoría de los constructos personales. Aplicaciones a la práctica psicológica*. Laertes.
- Botella, L. y Saúl, L. A. (2022). *Haciendo camino al andar: uso de Mapas Cognitivos Borrosos en Psicoterapia Constructivista* [Comunicación presentada en las Jornadas de la Asociación Española de Psicoterapias Constructivistas (ASEPCO)]. <https://canal.uned.es/video/637c85a4b9130f4384603ab2>
- Bob, S. R. (1999). Narrative approaches to supervision and case formulation [Enfoques narrativos de supervisión y formulación de casos]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 146-153. <https://doi.org/10.1037/h0087641>
- Eells, T. D. (2007). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies [Generar y generalizar conocimientos sobre psicoterapia a partir de estudios de casos pragmáticos]. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 35-54. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i1.893>
- Feixas, G. y Comejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD V. 2.0*. Paidós.
- Freeman, L. C., Borgatti, S. P. y White, D. R. (1991). Centrality in valued graphs: a measure of betweenness based on network flow [Centralidad en gráficos valorados: una medida de intermediación basada en el flujo de la red]. *Social Networks*, 13, 141-154. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(91\)90017-N](https://doi.org/10.1016/0378-8733(91)90017-N)
- Gimeno-Peón, A., Gijón, P., Barrio-Nespereira, A., Asturias, S., Prado-Abril, J. y Salud-Osasunbidea, S. N. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 39(3). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- González-Brignardello, M. P. (2016). La formulación de caso en supervisión clínica: proceso colaborativo apoyado por mapas conceptuales. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 101–118. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.121>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. y Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure [Una prueba de laboratorio y algoritmos para identificar clientes en riesgo de fracaso del tratamiento]. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of construct implications*. [Tesis doctoral, The Ohio State University].

- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* [Psicología de los constructos personales] (Vol. 1 y 2). Norton.
- Kosko, B. (1986). Fuzzy Cognitive Maps [Mapas cognitivos difusos]. *International Journal of Man-Machine Studies*, 24(1), 65-75. [https://doi.org/10.1016/S0020-7373\(86\)80040-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7373(86)80040-2)
- Lambert, M. J. y Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback [Recopilar comentarios de los clientes]. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79. <https://doi.org/10.1037/a0022238>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L. y Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring [Recopilación y entrega de comentarios sobre el progreso: un metanálisis del seguimiento de resultados de rutina]. *Psychotherapy*, 55(4), 520-537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- López-González, M. Á. (2016). *Evaluación de la actividad científica de la técnica psicológica de rejilla a través de indicadores bibliométricos* [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)] <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1500537>
- Lucock, M., Halstead, J., Leach, C., Barkham, M., Tucker, S., Randal, C., Middleton, J., Khan, W., Catlow, H., Waters, E. y Saxon, D. (2015). A mixed-method investigation of patient monitoring and enhanced feedback in routine practice: Barriers and facilitators [Una investigación de métodos mixtos sobre el seguimiento de los pacientes y la retroalimentación mejorada en la práctica habitual: barreras y facilitadores]. *Psychotherapy Research*, 25(6), 633-646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1051163>
- Matthews, S. y Treacher, A. (2004). Therapy models and supervision in clinical psychology [Modelos de terapia y supervisión en psicología clínica]. En I. Fleming y L. Steen (Eds.), *Supervision and Clinical Psychology: Theory, Practice and Perspectives* (pp. 187-210). Routledge.
- Meier, S. T. (2003). *Bridging case conceptualization, assessment, and intervention* [Uniendo la conceptualización, evaluación e intervención de casos]. Sage.
- Novak, J. D. y Musonda, D. (1991). A twelve-year longitudinal study of science concept learning [Estudio longitudinal de doce años sobre el aprendizaje de conceptos científicos]. *American Educational Research Journal*, 28(1), 117-153. <https://doi.org/10.3102%2F00028312028001117>
- Sanfeliciano, A. y Saúl, L. A. (2022). GridFCM: A tool for creating fuzzy cognitive maps [GridFCM: una herramienta para crear mapas cognitivos difusos] (0.1.0-alpha). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6476591>
- Prochaska, J. O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? [¿Cómo cambian las personas y cómo podemos cambiar para ayudar a muchas más personas?]. En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 227-255). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-007>
- Saúl, L. A., López-González, M. A., Moreno-Pulido, A., Corbella, S., Compañ, V. y Feixas, G. (2012). Bibliometric review of the Repertory Grid Technique: 1998-2007 [Revisión bibliométrica de la Técnica de Cuadrícula de Repertorio: 1998-2007]. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 112-131. <https://doi.org/10.1080/10720537.2012.651065>
- Saúl, L. A., Sanfeliciano, A., Botella, L., Perea, R. y Gonzalez-Puerto, J. A. (2022). Fuzzy Cognitive Maps as a tool for identifying cognitive conflicts that hinder the adoption of healthy habits [Mapas Cognitivos Difusos como herramienta para identificar conflictos cognitivos que dificultan la adopción de hábitos saludables]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031411>
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences [Asimilación de experiencias problemáticas]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 462-465. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.462>
- Vera-Mora, G., Leyva-Vásquez, M., León-Acurio, J. y Botto-Tobar, M. (2018). Mapas cognitivos borrosos para el análisis de modelos mentales. *Espacios*, 39(15). <https://www.revistaespacios.com/a18v39n15/a18v39n15p22.pdf>
- Wampold, B. e Imel, Z. (2021). *El gran debate de la psicoterapia*. Eleftheria.
- Wasserman, S. y Faust, K. (2013). *Análisis de redes sociales. Métodos y aplicaciones* (Vol.10). CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Zadeh, L. A. (1965). Fuzzy sets [Conjuntos borrosos]. *Information and Control*, 8(3), 338-353. [https://doi.org/10.1016/S0019-9958\(65\)90241-X](https://doi.org/10.1016/S0019-9958(65)90241-X)

EL DOBLE USO DE LA PALABRA EN LA HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA: TÉCNICA Y MEDIACIÓN

THE DOUBLE USE OF THE WORD IN THE HISTORY OF PSYCHOTHERAPY: TECHNIQUE AND MEDIATION

Julián Gómez Peñalver

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1202-3205>

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid, España.

Carlos Rejón Altable

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4076-0066>

Hospital de día. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid, España
Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez Peñalver, J. y Rejón Altable, C. (2023). El doble uso de la palabra en la historia de la psicoterapia: Técnica y mediación. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 149-162. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.37227>

Resumen

El objetivo de este artículo es mostrar cómo la historia de la psicoterapia y sus textos pueden leerse bajo una doble mirada: la historia de la palabra técnica y la historia de la palabra facilitadora para la subjetivación. La psicoterapia como forma de actividad se situaría a nuestro parecer en la tensión y entrecruzamiento entre estas dos posibilidades de lenguaje en su trato con el sufrimiento (técnica y mediación), traduciendo la posibilidad de que se comprenda a sí misma no únicamente como un conjunto de técnicas necesarias para acceder a una verdad disponible, sino aquella que, sirviéndose de un saber experto, busca producir un acontecimiento que genere un cambio en el individuo. Esta posibilidad de lectura conlleva una serie de implicaciones, entre las que destaca la atención al momento resubjetivador como motor de cambio en el encuentro con el paciente, y permite pensar, además, cómo idénticos malestares pueden ser formulados en lenguas teóricas diferentes.

Palabras clave: psicoterapia, historia, palabra, cuidado, subjetividad

Abstract

The objective of this article is to show how the history of psychotherapy and its texts can be read under a double gaze: the history of the technical word and the history of the facilitating word for subjectivation. Psychotherapy as a form of activity would be located, in our opinion, intersecting between these two possibilities of language in its dealings with suffering (technique and mediation), translating the possibility of looking itself not only as a set of necessary techniques to access an available truth, but one that, using expert knowledge, seeks to produce an event that generates a change in the person. This possibility of double reading entails a series of implications. First, resubjectivation moment stands out as the engine of change in the encounter with the patient. Finally, it also allows us to think about how identical discomforts can be formulated in different theoretical languages.

Keywords: psychotherapy, history, word, care, subjectivity

Fecha de recepción v1: 27-03-2023. v2: 13-06-2023. v3: 25-07-2023. Fecha de aceptación: 26-07-2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: julianasensio.gomez@salud.madrid.org

Dirección postal: Julián Gómez Peñalver. Centro de Salud Mental Chamartín, C/Marqués de Ahumada, 11, 28028, Madrid. España

© 2023 Revista de Psicoterapia



Nota

Este artículo ha sido redactado como parte del proyecto del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades: La mirada filosófica como mirada médica (PGC2018-094253-B-I00).

La Historia de la Palabra Técnica

Desde muy temprano se cayó en la cuenta de los efectos del lenguaje en el cambio de los ánimos y las conductas de los individuos. La historia de la curación por la palabra, de resonancias mágicas en sus inicios, racionalizada después, culmina con la aparición de la psicoterapia propiamente dicha. Una psicoterapia en la que la palabra es operante y eficaz si se adhiere a una teoría que la sustente y a unos procedimientos que conformen un aparataje técnico destinado a aliviar el sufrimiento ajeno. El destino final de un uso que se convierte en práctica y que pretende erigirse como ciencia en el siglo XX, con la aparición del psicoanálisis y las ciencias de la conducta.

Si se acude a los textos clásicos griegos o a los estudios sobre la historia del uso curativo de la palabra, resulta asumible identificar las intenciones del orador en el uso técnico del verbo, que es provocar un cambio en el oyente por su efecto per se. Por supuesto, no nos referimos sólo al contenido de la palabra, sino a su uso concreto (el tipo de discurso en el que se incluye, oración, orden...) y a su fuerza perlocucionaria, a sus efectos extralingüísticos, enlazados al contexto de uso, como es singularmente el ritual. La idea central se mantiene: la palabra dice la verdad del problema y opera su cambio con arreglo a esa verdad. Bajo el uso del elemento mítico del ensalmo (*epodé*), fondea el propósito de que la propia naturaleza o acción primordial realizada por un Dios cumpla aquello que se recita o se canta mediante el uso del verbo. La propia textura fónica y significativa que acompaña a los remedios farmacológicos o quirúrgicos en el decir sugestivo (*thelkterios logos*) presente en las epopeyas homéricas también señala un primer camino evidente donde la palabra es eficaz de suyo¹.

Uno puede detenerse también en los templos de Asclepio e intuir qué función tenía la palabra en las apariciones que presentaban los necesitados de reparación, y aun cuando el carácter exógeno de los ensueños divinos, reflejados de manera cómica en los textos de Aristófanes (2007), nos pudiese alejar de cualquier atisbo de componente prepsicoterapéutico, se ha resaltado cómo actuaba la belleza y la suavidad de la voz, operando, en ocasiones y a la par, lo que esa voz comunicaba al enfermo (Laín, 2005, pp. 62-63).

La virtud mágica de la palabra se desplazará hacia la fuerza vigorosa y sugestiva inherente a sí misma en su racionalización posterior. La palabra persuasiva, la hábilmente empleada, la *Retórica* aristotélica que el orador utiliza diestra y técnicamente, se adscriben también a esta primera tradición de una palabra que produce efectos por sí misma.

Si la palabra ha de ser eficaz por sí misma, es por la presencia de un régimen

de desarreglos que necesita de su intervención. Los deseos desordenados, los vicios y pasiones en general venían siendo comparados a las enfermedades corporales en los textos griegos: la consideración como auténticas enfermedades se esboza con Demócrito, aparece muy manifiesta en los diálogos platónicos y se establece como objeto de estudio sistemático en los estoicos (Peset, 1959), que sitúan en la cima de la jerarquía de lo patológico las enfermedades del alma.

Para los estoicos, las pasiones conllevan una desviación de la razón como falsa opinión que se instala y sedimenta. El hombre, haciendo uso de su interioridad y la fuerza de su voluntad, necesita de una serie de técnicas y preceptos que le ayuden a librarse de ellas y vivir de nuevo conforme a la razón. Se desarrolla entonces, en el período helenístico, un pensamiento ético y una serie de estrategias terapéuticas que ayudan a frenar, limar o erradicar las pasiones², consagrándose la filosofía como la medicina del alma.

Las comparaciones entre los remedios estoicos para erradicar las pasiones y lo que conocemos hoy como psicoterapia han sido inevitables. Por esta defensa del uso de los recursos racionales como remedio curativo de las pasiones en los estoicos, Barcia asimiló, de una manera cuestionable, las terapias cognitivo-conductuales a las doctrinas estoicas (Barcia, 1996). Fernando Colina, en su introducción a una de las traducciones de las Tuscullanas en castellano, de forma más moderada señala que:

si el racionalismo estoico establece lazos a través de Pinel, con las corrientes cognitivo-conductuales hoy hegemónicas, los dilemas epicúreos y sus propuestas emocionales guardan, por su cuenta, una curiosa analogía con su opuesto teórico, con la concepción psicoanalítica. (Colina, 2005, p. 19)

Más allá de lo oportuno o no de estas comparaciones, se pretende reseñar cómo el racionalismo estoico es un testimonio más del uso de la palabra curativa que tiene un poder de suyo y que persiste posteriormente en la influencia de personajes como Franz Mesmer, en los susurros inductores del sueño del Padre Faria o en la sugestión verbal directa del hipnotizador. Todos ellos precursores de una práctica que está a punto de desarrollarse y adherirse al conjunto de medidas psíquicas destinadas a aliviar los desarreglos de una subjetividad naturalizada, una vez las pasiones pasen a ser medicalizadas y dignas de intervención con el nacimiento de la psiquiatría. Philippe Pinel (1745-1826) distingue un resto por el que el loco no es del todo loco. Su discípulo Esquirol señala un espectro de continuidad entre el loco y el cuerdo, ambos comparten la misma estructura mental pero en aquel se revela una fragilidad fundamental. Hay motivos para el abordaje de la locura, por tanto. Y la Modernidad será el horizonte cultural e histórico destinado a dominar ese resto que deja subsistirla³. Con el asilo como teatro de experimentación de la terapéutica de la persona o lugar desde donde puede reconstruirse la individualidad, siendo el aislamiento la materialización ejemplar del proyecto de acción sobre el hombre propio de la modernidad democrática (Gauchet, 2009), le traitement moral se adscribe a la voluntad de control de las mentes y de los cuerpos dentro de la revolución que ha devuelto a los hombres el dominio de su mundo y que asigna

como ambición suprema a su sociedad adueñarse de sí misma y actuar sobre sí misma en todas sus partes (p. 27).

La Modernidad señala un camino que sólo necesitaba el desarrollo y teorización de lo psicogénico para que aparecieran los primeros métodos psicoterapéuticos como un nuevo recurso para su proyecto. Desde las bases establecidas por el psicoanálisis y conductismo, el campo de la psicoterapia se ha complejizado, conviviendo cientos de abordajes en la actualidad (ya sea derivaciones de aquellos, escuelas que comparten e integran elementos de ambos, o abordajes que surgen de modelos independientes constituidos posteriormente).

Los modelos psicoterapéuticos se organizan en dos niveles teóricos. Las teorías básicas sobre qué es lo psíquico, la enfermedad, la conducta, las relaciones disfuncionales, etc., constituirían una primera dimensión. Paralelamente, estos mismos modelos se rodean de teorías psicoterapéuticas, la técnica, sobre qué es una intervención, cuándo aplicarla y cómo es el modo de realizarla en tal situación (Pakman, 2014). Estas dos dimensiones teóricas mantienen una relación aparentemente solidaria sobre la clínica: los modelos teóricos se fundamentan en la observación clínica mientras se aplican a la misma. Sin embargo, el encuentro diario con el paciente nos muestra cómo hay aspectos teóricos que exceden la clínica, y aspectos clínicos que no logran ser conceptualizados. Cada aproximación reclama para sí la comprensión de la atribución causal de los trastornos mentales, los mecanismos de producción de síntomas, las teorías acerca de cómo se produce el cambio y las técnicas necesarias para conseguirlo. Este hecho, que da lugar a la paradoja de la equivalencia, en nuestra opinión no es sino la extensión de la palabra eficaz de suyo de los tratamientos prepsicoterapéuticos configurada como técnica eficaz establecida por cada escuela concreta.

El acceso al mundo psíquico del sujeto y su tratamiento suele pensarse y formularse en tanto que las condiciones de la pregunta por ese mismo mundo predeterminarán la respuesta. La manera en que se ve a sí misma la psicoterapia puede establecer un cierre del horizonte de sentido donde se dispone de antemano lo que luego ha de ser visto. Si el terapeuta anticipa que lo que se va a encontrar es un trauma que precisa de resignificación, un condicionamiento reflejo o una disfunción neurobiológica, y las herramientas con las que trabaja van a obtener resultados, será porque los presupuestos desde los que parte son ciertos. La actitud que prevalece es la de dar por sentado que los resultados de las terapias aplicadas dan testimonio de la verdad y la competencia teórica con la que éstas operan. La manera que tiene autocomprenderse la terapia (y ahí radican nuestros motivos para pensarla como producto de la Modernidad), ya sea a través de aquellas que buscan legitimarse estrictamente desde un punto de vista científico (donde la teoría aspira a ser la realidad clínica pura), o desde modelos alternativos basados en procesos de significación (donde la teoría se diluye en detrimento de conceptos vinculados al encuentro, o narrativas vinculadas a casos basadas en principios abstractos) no termina de resolver algunos problemas epistémicos, como la paradoja de la

equivalencia⁴. Tampoco permite responder a la observación de cómo un relato de sufrimiento puede ser formulado y reconstruido en lenguas teóricas diferentes, y ser tratado con éxito desde diferentes prismas, o supervisado entre clínicos de diferentes inclinaciones. No hay que ir mucho más lejos de la fobia simple para recordar cómo se puede conceptuar de diferentes modos, que influyen en la formulación del caso, que sugieren las técnicas de intervención, su orden y sus criterios de éxito. Las explicaciones en torno a factores comunes como la alianza terapéutica se acercan a la resolución de estas aporías, si bien no terminan de abordar estas cuestiones en toda su complejidad. Los factores comunes sirven como explicación del cambio basada en términos teóricos bien establecidos, que se conciben, precisamente, como la aplicación experta de una técnica, es decir de una tecnología (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002), y marcan, por así decirlo, el límite a partir del cual otro pensamiento se hace necesario.

Los debates que siguen vigentes sobre la primacía de un abordaje sobre otro han ido fomentando un debate ajeno al quehacer clínico donde la psicoterapia se muestra como un producto muy representativo de su tiempo, estrechamente vinculado al despliegue del proyecto moderno, cuyo esfuerzo central radica en aumentar su acceso ilimitado al mundo (y por lo tanto al individuo y sus desajustes), pudiendo generar una disponibilidad permanente y alcanzable (Rosa, 2020). Esta posibilidad interna a la terapia, ponerse como una técnica al servicio del proyecto de una disponibilidad ilimitada del mundo se ha mostrado una y otra vez en los últimos años, hasta acabar en la cultura-psi, la «gestión» de las emociones y el «empresariado de uno mismo» (Castro, 2023).

La historia de la palabra eficaz, que ejemplificábamos al inicio, reaparece como técnica eficaz en la Modernidad al consolidarse la psicoterapia como conjunto de herramientas empíricamente válidas, una psicoterapia positivizada y fundamentada como producto moderno. Este uso técnico de la palabra, al margen de que sea indispensable para reconstruir la experiencia del paciente y poder trabajar en base a unos términos, se constituye como verdad positiva acerca de la subjetividad implicada según la terapia en cuestión.

Lo que a continuación se va a tratar es otra posibilidad de lectura tanto de los vestigios de la palabra curativa en los textos clásicos como de los textos psicoterapéuticos actuales. Porque la psicoterapia, entendiéndose a sí misma como palabra eficaz, obra también de otra manera. El estatus de la palabra como momento poético (Pakman, 2010) o desvelamiento del sentido haciéndose; la palabra que media y propicia, que trae lo nuevo del sentido que transforma (Rejón, 2022); la palabra del cuidado como resubjetivación a través del sentido de lo que sucede es lo que se tratará de ver ahora.

Dicho de otro modo. No deseamos trazar un clivaje entre escuelas de psicoterapia o entre buenos y malos modos de hacer terapia. Nuestro propósito es más frío y más claro. Queremos mostrar que la autoconcepción de la psicoterapia como técnica eficaz apoyada en la justeza del conocimiento en que se basa es una ilusión.

Las razones de su eficacia y de sus límites han de buscarse en otro lugar. A saber, en la creación histórica de una situación práctica y en la acumulación de cierto conocimiento acerca de ella, donde la que la palabra juega otros papeles. En última instancia, la potenciación de una relación interpersonal específica, la relación de terapia, para asistir, en ambos sentidos, a un proceso de resubjetivación. Lo hemos llamado palabra mediadora.

La Historia de la Palabra Mediadora

Puede suponerse que los peregrinos que acudían a los templos dedicados a Asclepio, como los que se situaban en Epidauro, Pérgamo o Cos, quedasen asombrados por lo hermoso de sus construcciones. Los largos períodos de viaje y espera, los rumores sobre curaciones maravillosas, la admisión al santuario, el efecto de la institución (Ekstein, 1975, p. 51), los ritos de purificación previos, el uso de sustancias aromáticas, las ofrendas de humo o las menos probables bebidas embriagadoras, los discursos del sacerdote... todo tenía peso sobre los que finalmente se sometían a la *incubatio*, el rito de pasar la noche en el templo, donde Asclepio se aparecía en sueños con efecto sanador. Las apariciones, oráculos, visiones o sueños propiamente dichos estaban asegurados, y el uso que se hiciera de ellos sigue siendo, en parte, desconocido. En cuanto a los contenidos del sueño, cuando no era de evidentes tintes sobrenaturales, en otras ocasiones subyacía en ellos un significado oculto e inquietante que era menester desentrañar mediante el desciframiento de lo simbólico, requiriendo incluso los oficios de un *onirocrita*, un técnico de la interpretación de sueños. Para obtener una epifanía onírica o la visita de la divinidad, era menester cumplir con ciertos requisitos, mediante abstinencias de alimentos y bebidas, sacrificios u otro tipo de prácticas ascéticas. Se daban prescripciones dietéticas y obligaciones de tipo intelectual, como escribir cartas o componer cantos y se exigían honorarios de las curaciones milagrosas (*iatra*) (Gil, 1959). Los intentos de comprensión racional del efecto sanador de estos ritos han sido múltiples. La atribución a la naturaleza neurótica de los enfermos y los efectos sugestivos de lo mencionado (quienes ven en Asclepio a un antecesor de Mesmer), las resonancias de la vida de vigilia en los sueños, la satisfacción y descarga emocional de los deberes realizados, son algunos ejemplos. Pero en una lectura atrevida uno no puede evitar plantearse si las simbolizaciones de aquellos sueños estaban al servicio de procesos de subjetivación y no únicamente por la propia eficacia de la palabra de suyo que venimos comentando; si tras la visión de una luz cegadora se hallaba la representación mental y elaboración final de una condición corporal, o si las prescripciones acomodadas a las condiciones histórico-culturales de cada momento no se daban bajo la condición de un tipo especial de relación entre el sanador y el afligido. Asclepio reflejaba bien el arquetipo del Curador, receptor del llamamiento del íntimo impulso a curarse de todo individuo enfermo, y quien debe despertar en la psique del afectado una portentosa fuerza curadora e inexplicada (Gil, 1959), reactivando sus tendencias recuperadoras y defensas, utilizando la

fe en el poder del dios como impulso. Aparece aquí la posibilidad de una lectura diferente del uso de la palabra, ya no únicamente eficaz per se, sino como mediadora o facilitadora para la transformación, mediadora en la consecución de una vida buena. Incluso en el medio mismo de la palabra eficaz por excelencia apunta el botón de otro uso de la palabra.

La relación con la verdad que nos muestra el ejemplo que hemos traído de la *incubatio* exige detenernos aquí. Estamos acostumbrados en la actualidad a codearnos desde diferentes dispositivos y prácticas con una verdad disponible a la que accedemos mediante una serie de instrumentos necesarios, unas categorías indispensables y un lenguaje adecuado para su fundamentación en proposiciones. Mediante un saber experto accedemos a una verdad constantemente disponible y mostrable, situada dentro de una relación sujeto-objeto de conocimiento, por lo común identificada con la práctica científica.

Frente a esta verdad demostrativa, asoma en algunos ejemplos premodernos como el que traemos, o impregnada en la práctica médica en general desarrollada desde Hipócrates hasta el siglo XVIII, otra postulación de la verdad más arcaica: una verdad que no se constata, cuya presencia se propicia, se capta y aferra cuando surge la ocasión, en los instantes favorables, y que es más bien del orden del acontecimiento, esto es, de un suceso que (1) opera un cambio y (2) no es deducible de las condiciones de partida.

Esta verdad que se muestra como acaecer imprevisible, y que tiene un valor de verdad en tanto que muestra y transforma, ha sido cooptada por la verdad demostrativa. En una sociedad responsable, la ritualización excesiva, el poder especulativo y *pseudo-* deben ser racionalizados para evitar las arbitrariedades y los efectos sociales y políticos devastadores de, por ejemplo y ya en nuestro caso, un chamanismo terapéutico sin orden ni rigor.

Es por ello por lo que el acontecimiento en psicoterapia ha sido colonizado por la demostración y metodología, y producido a través de este (Foucault, 2003)⁵. Sin negar la necesidad de sujeción y rigor dados por esta relación con la verdad demostrativa que presenta la psicoterapia en su autocomprensión actual, pero intentado enriquecer la mirada, la psicoterapia como forma de actividad se situaría a nuestro parecer en la tensión entre estas dos relaciones con la verdad: necesita de una verdad disponible para poder ser sujeta, pero lo que busca es producir un cambio que no tiene que ver con una verdad demostrable. El movimiento, por tanto, es el siguiente: la tensión y entrecruzamiento entre ambos modos de relacionarnos con la verdad en psicoterapia (la palabra técnica que permite acceder a una verdad disponible, y la palabra mediadora que propicia una verdad como acontecimiento), permite contemplar la terapia como necesitada de un saber experto para producir un acontecimiento que genere un cambio en el individuo.

Siguiendo esta lectura alternativa, ahora en relación con los preceptos y usos de la palabra en los estoicos del apartado anterior, Pierre Hadot, por ejemplo, reseña que la filosofía de la época helenística y romana constituye una forma de vivir, supone

una manera de estar en el mundo, una manera que debe practicarse de continuo y que ha de transformar el conjunto de la existencia, y no un nuevo un sistema de proposiciones. La filosofía antigua consistía en un método de progresión reglada que exigía una completa conversión, una transformación radical de la forma de ser. La sabiduría no proporciona sólo conocimiento, sino que ella hace ser de otra manera (Hadot, 2010). Michel Foucault, con su estudio en sus últimas obras sobre los modos de subjetivación de occidente, y en especial de la época helenística-romana, centrará el elemento transformador en la búsqueda de una vida buena que precise apoyarse en la mejor verdad disponible, desarticulando la relación entre el sujeto y la verdad mediante una concepción estética (Foucault, 2005). El cuidado de sí puede entenderse como una serie de preceptos que fundamentan una práctica destinada a la búsqueda de la vida buena. Pero el elemento fundamental no es el repertorio de significados comunes, o lo que se tenga por verdad normativa. No se debe obviar el elemento resubjetivador, apoyado en la verdad de lo ente bajo la asistencia de algún otro cualificado, pero esencial para el acceso a una vida mejor. Cuando hablamos de este movimiento de resubjetivación, nos referimos a la manera en que uno se constituye o transforma a sí mismo en las relaciones con los demás, con el mundo o consigo mismo. La manera en que me despego de lo inmediato, de la propia contingencia particular para apropiarme de un punto de vista distinto. El sí mismo se presenta como una tarea de autoconstitución performativa, una incorporación de experiencias vitales, salidas de sí en las que nos encontramos con lo extraño y nos lo apropiamos (Gómez Ramos, 2015, p. 53).

En la historia de la psicoterapia y sus ancestros, asoma, por tanto, una posibilidad de lectura diferente en la que la palabra sirve para facilitar la resubjetivación mediante la preparación del acaecimiento de un sentido nuevo. Esta última tradición, que es la palabra del cuidado del alma, asoma en la simbolización de los sueños asclépicos, en la resolución de los estados afectivos de los espectadores de la tragedia, en la lectura que realiza Hadot, frente a la de Nussbaum, de la filosofía estoica como forma de vida que transforma el conjunto de la existencia. Le responde Álvarez a Barcia, volviendo a la comparación que realizaba éste sobre la psicoterapia cognitivo-conductual con las doctrinas estoicas, que la cuestión no trata tanto de rectificar un pensamiento, sino de generar una transformación en la posición del doliente ante la vida (Álvarez, 2018, p. 39).

Una vez se consolida la psicoterapia como práctica, esta posibilidad de lectura también aparece en los textos de la especialidad. Y permanece como posibilidad de acercamiento a dichos textos ya no únicamente desde la manera específica o particular de generar un cambio a través de un uso técnico de la palabra, sino en la manera en que ésta facilita relacionarnos con nuestra facticidad, en la posibilidad abierta de poner el diferir de sí en una determinada dirección. Lejos de una pretensión de verdad sobre sus presupuestos teóricos, uno puede acudir a Jung o Binswanger para acceder a esta historia velada donde la palabra está al servicio de un saber reconstructor y asignador de sentido.

En un texto gran riqueza por lo que expresa sin dejarse llevar por conceptos teóricos enrevesados, Carl Gustav Jung en una conferencia en 1929 afirmaba lo siguiente: «sería un error imperdonable dejar de lado la verdad de estas teorías de Freud y Adler, pero igualmente imperdonable sería considerar a una de ellas la única verdad»⁶. Añade estas palabras Jung sobre lo que corresponde al lugar de lo teórico en psicoterapia, como auxiliar en la reconstrucción de la experiencia, alejando sus ideas de una proclamación de la verdad:

No tengo una teoría del sueño, no sé cómo surgen los sueños. [...] Tengo que conformarme con que el resultado le diga algo al paciente y ponga en movimiento su vida. (Jung, 2006, p. 47)

El gran asunto de Jung en este texto es que está poniendo de manifiesto una sabiduría diferente fuera de la verdad predicativa que figura bajo la interpretación de los sueños, esto es, una sabiduría de la relación terapéutica, relacionada con aspectos como el momento de la relación, la prudencia de la intervención, los valores y el camino que señala a este paciente en concreto, el momento en que emplea la técnica... todos ellos elementos que corresponden a una singularización de problemas y necesidades.

Lo útil, lo que surte efecto, no es el método de analizar los sueños, ni el material-sueño en sí, sino el proceso transformador de sentido al que nos lleva. Entender cómo acontecen estos procesos de asignación y puesta de sentido a partir de las vivencias, los recuerdos, los sueños, la reconstrucción de esquemas interpersonales y su vinculación con el cambio en psicoterapia, es el hilar fino que falta por explicar en este acercamiento a la psicoterapia como una práctica de resubjetivación («re» como prefijo, pues es ver «lo mismo» pero de otra manera). Los aspectos fenoménicos del cambio.

Fundamentos de la Psicoterapia como Práctica de Resubjetivación

La posibilidad de concebir una psicoterapia como práctica de resubjetivación que incorpore la historia velada de la palabra facilitadora en sus fundamentos puede reconocerse en el pensamiento de Michel Foucault y Martin Heidegger. Ambos filósofos forman parte de una renovación filosófica dada en el siglo XX donde se intenta recuperar una filosofía, antaño denominada cuidado del alma, que trataba de orientar la vida, ordenarla, hacerla más armónica. Esta renovación de la filosofía como ejercicio concreto y vivido surge como respuesta ante un sujeto (de la Modernidad) que está en plena autoposesión y disponibilidad de sí, cuya subjetividad es garante de la verdad y actúa como fondo de provisión de sentido y totalidad. El sujeto sólo tiene que conocer, investigar la realidad, los objetos, ante los que está enfrente, para poder representarse esa realidad y ser garante él mismo de la verdad de sus representaciones. Este sujeto termina por descartar como necesario un trabajo de autotransformación de sí mismo para la conquista de la verdad. La renovación de esta concepción del sujeto moderno encontrará ecos en otras corrientes: Wittgenstein, por ejemplo, establece que lo que dota de sentido

a la vida se encuentra fuera de lo enunciable, no puede decirse en qué consiste ni plasmarse en unas condiciones epistémicas de verdad. El austríaco sitúa la verdad trágicamente separada de cualquier indagación ontológica que tenga significado.

La aportación de Foucault en este juego entre la verdad y la subjetivación, la estética de la existencia es un paso conceptual útil para la psicoterapia⁷. La filosofía de Foucault se construye sobre tres ejes: el saber, el poder y la subjetivación. Es este tercer eje sobre el que Foucault gira en su obra última a través de las prácticas de cuidado de sí: cómo nos producimos como sujetos en la relación con nosotros mismos, franqueando la línea de unas relaciones de poder cada vez menos soportables. Las prácticas del cuidado de uno mismo versan sobre las posibilidades de liberación del alma-sujeto. Foucault descubre la relación con uno mismo, la subjetivación, como un eje que deriva de las relaciones de saber-poder pero que es independiente de ellos en tanto adquiere su autonomía (Deleuze, 2020). Uno se transforma a partir de una toma de conciencia de cómo uno es. Esta apertura, que viene siendo reivindicada en otras formas de ver la psicoterapia (Arciero et al., 2018) se articula precisamente con la tradición de la palabra facilitadora y la dimensión heideggeriana del modo de ser propio. Al fin y al cabo, el cuidado de sí tematiza la vuelta reflexiva sobre nosotros mismos (el *Dasein*, que toma conciencia de su situación de desarraigo, asume su arrojamiento y vuelve a hacerse con las posibilidades propias de su existencia) y el cambio a partir de aquello que uno es siempre ya: el ser-para-la-muerte de la ontología heideggeriana (Heidegger, 2016).

La manera en que nosotros atendemos a la resubjetivación en tanto cuidado supone preparar el acaecimiento de un sentido nuevo. Las categorías sociales o culturales incorporadas en mí, la elaboración de una historia propia o la aceptación de una historia que se nos cuenta acerca de nosotros, forman parte de lo dado o instituido, aquella situación de la que partimos. Estos acontecimientos depositan en mí un sentido que nos sujeta, prescribe deseos, explica el sufrimiento y ordena lo que acontece. Pero estos elementos instituidos no agotan el ahormarse de sentido. En el aparecer de algo como algo (que llamaremos, sin mayores precisiones, campo fenomenológico), sea de una presión en el pecho como tristeza o angustia, de una relación como distante o respetuosa, de una mirada como curiosa o entrometida se pueden separar una dimensión que obedece al hábito, la sociedad, la cultura y una dimensión salvaje, no instituida, que encuentra rigor en las descripciones que comenzaron con el último Husserl y se prolongaron con Marc Richir (2010) o Lazslo Tengelyi (2010). En este lugar o dimensión salvaje acaece lo nuevo del sentido. Este territorio salvaje articula potencialidades de significado, de afectos, de disposiciones corporales y situaciones que están siempre circulando y que se propician en la relación terapéutica. En tanto el sentido se incuba en un estrato afectivo impersonal, la psicoterapia procede a preparar este sentido nuevo mediante el trabajo de remoción sobre lo instituido simbólica o habitualmente. La teoría sirve como palanca para poner en marcha la asignación de sentido del paciente a sus síntomas, vivencias, recuerdos o patrones de relación que carecen de él o lo tienen

pobre y repetido. Y el mito terapéutico, la institución social del otro como experto, la construcción de un espacio transicional, de una base segura, de la transferencia son todo nombres de la circulación afectiva en interfacticidad que prepara el acontecimiento de lo nuevo. El encuentro con el otro nos estructura, dinamiza y abre el campo fenomenológico, que da lugar, en ocasiones, a efectuaciones y esbozos de sentido que recoger, fijar en lenguaje, poner en palabras e incorporar, literalmente.

La apertura del campo fenomenológico a un sentido nuevo vivido está reflejada en trabajos psicoterapéuticos como *El momento presente* de Stern (2017) o en los *momentos poéticos* de Pakman (2010). Este último, por ejemplo, aísla una micropolítica de la psicoterapia en tanto prolonga el eje del saber-poder sobre el eje de la intimidad. El momento poético consiste en el acontecer de algo nuevo justo allí donde actúan las determinaciones micropolíticas, una libertad posible por la que el sujeto se de-sujeta del discurso y aparece como singularidad, como vez nueva cada vez. El acaecer de lo nuevo no es sino aquella experiencia que llega y cambia. Un acontecimiento a resguardar y alimentar para que alumbre un cambio posible. Cambia el proyecto del arrojamiento, el relato que uno se hace de sí, la sujeción misma del sujeto. Si hay algún lugar político de resistencia en la psicoterapia se ha de encontrar aquí. En la renuncia, parcial, insuficiente, a prolongar la capilaridad instituyente en una antropología de la salud no reflexionada.

Relaciones entre la Dimensión Técnica y Mediadora de la Palabra en Psicoterapia

La mirada sobre el paciente debe irse a las posibilidades de apertura y cierre del campo de significación, y tolerar su contingencia estructural. En todo encuentro psicoterapéutico hay un exceso del hacerse constante de singularidades con respecto a la forma-sujeto que se adopte y capte en un momento concreto, y ese exceso tiene un potencial terapéutico. Nuestra tarea es trabajar con la singularidad que está en exceso sobre el régimen de lo normal y emplearla en beneficio del paciente. Esta fundamentación de la terapia donde la verdad causal (o la teoría de cada escuela) cae en un segundo plano encuentra acomodo con algunos de los aspectos más conocidos sobre los mecanismos de cambio en psicoterapia, donde se pone de manifiesto cómo a la hora de interpretar los resultados terapéuticos, el porcentaje de varianza atribuida al tipo de tratamiento no es lo más relevante (Wampold e Imel, 2021, p. 411). Las posibilidades de obtener éxito terapéutico tienen mucho más que ver con el terapeuta, el paciente y la relación establecida entre ambos (habilidades del terapeuta en general, ajustar la técnica a las necesidades específicas, establecer metas claras, una buena alianza, etc.), que con el tipo de tratamiento que se reciba (Rodríguez Morejón, 2019, pp. 583-587). El que la confianza que el terapeuta tenga en su modelo prediga mejor el resultado que el modelo que elija, nos sitúa también en la tradición de una palabra que no es eficaz en sí misma o está basada en predicados verificables o falsables, sino en una palabra que, apoyándose en esos predicados, media y facilita un cambio en un nivel diferente.

Este hecho desmonta la visión de una terapia vista expresamente como téc-

nica eficaz, si bien no quiere decir que la técnica sea un ingrediente despreciable para promover el cambio: hemos de apoyarnos en la mejor verdad disponible, en una verdad preliminar como herramienta, al menos, para la reconstrucción de la experiencia del paciente y orientar el proceso en base a unos términos identificables que promuevan la alianza, la esperanza y un trabajo conjunto. Cualquier terapia para acceder a lo salvaje, al acaecer de lo nuevo, precisa de un lenguaje instituido: para llevar mal que bien una resubjetivación que no depende de la verdad de la teoría, precisa de una teoría.

Por lo tanto, lo relatado hasta aquí no pretende ser una crítica a la investigación científica en psicoterapia (sí a entender la terapia como un proceso estrictamente científico). Tampoco se ha ofrecido una nueva metodología o aproximación teórica que ocupe su lugar entre los cientos de abordajes actuales. Lo que se ha presentado es una mirada distinta, otra manera de comprender el quehacer clínico en psicoterapia. La especificidad de las herramientas no se ha puesto en cuestión. Hay un corpus en la psicoterapia, un conjunto de conocimientos fruto del trato con el paciente, de habilidades, de investigación en resultados, que ha sedimentado en una serie de medidas, precauciones y recursos formales que provienen de un conocimiento acumulado de más de 100 años de antigüedad acerca de cómo son las interacciones entre paciente y terapeuta. La psicoterapia es un diálogo reglado con un objetivo que dependerá de la perspectiva teórica, pero regulado para que sea una serie de interacciones que fomenten algunos cambios en el individuo y evite la transposición de los valores del terapeuta al paciente. Donde realmente se ha intentado detener este trabajo es en el peso que se le otorga a cada elemento de la cadena: técnica, relación y movimiento del sujeto. La palabra facilitadora de la resubjetivación, que establece el movimiento de la subjetividad como eje central de la posibilidad de cambio, enriquece la visión de una terapia reducida a conjunto de técnicas empíricamente válidas, y aborda la paradoja de la equivalencia con aplomo.

Los rendimientos de la palabra mediadora para la transformación, velada pero presente en todo ejercicio psicoterapéutico, permite reivindicar el movimiento de la subjetividad como motor del cambio en psicoterapia, lo que consideramos un enriquecimiento en su manera de autocomprenderse.

Caminos de Una Doble Lectura

Hemos relatado dos posibilidades de lenguaje en su trato con el sufrimiento: el uso técnico y el apoyo para la transformación. La psicoterapia se cruza entre ambos, si bien en su manera de autocomprenderse no prolonga la tradición del cuidado sino la tradición de la palabra técnica o eficiente. Esta palabra eficaz de suyo viene impregnada siempre de rasgos externos: un contexto emotivo, pragmático e institucional que es cambiante, que migra, desde lo mágico a lo persuasivo, hasta dar paso a la técnica eficiente una vez se consolida en la práctica psicoterapéutica. La *incubatio*, se veía, faculta o no la eficacia de la palabra porque le da un contexto emocional, pero se concibe a sí misma como eficaz de suyo, no como proceso de

transformación a partir de una ontología. Lo que se pretende reivindicar en este texto es la posibilidad de lectura de la historia del uso curativo de la palabra, y posteriormente de la psicoterapia, como el doblaje de ambas tradiciones: el uso meramente técnico y la palabra que facilita el acaecimiento de un sentido nuevo se entrecruzan (que no se oponen estrictamente) como modos de abordaje de la subjetividad.

Los dos ejes sobre el uso de la palabra bajo los que se mueve la terapia abren, a modo conclusivo, dos implicaciones importantes. La primera es la atención al momento resubjetivador como motor de cambio en el encuentro con el paciente, y no los factores comunes o las técnicas específicas de cada escuela, bajo las que subyace un concepto de verdad de efectos causales. Como segunda implicación, nos permite pensar, además, cómo idénticos malestares pueden ser formulados en lenguas teóricas diferentes.

La concepción de una psicoterapia apoyada en la disponibilidad técnica del mundo, como técnica que opera sobre mí, expone una fundamentación epistémica de lo que se hace, articula en términos de fundamentos la patogénesis de lo que le pasa al paciente. Ampliar esta concepción a la de una psicoterapia como resubjetivación asistida que asienta en la tradición del cuidado de sí nos señala la puesta en suerte de una sabiduría de la relación terapéutica que permite poner en el centro la posibilidad del individuo de relacionarse con su facticidad, de diferir con respecto a mí mismo para poder hacerse y cambiar. Así, la psicoterapia puede verse a sí misma de una manera más enriquecedora, donde conviven entrecruzados la necesidad de un saber experto y el acontecimiento dado en la relación terapéutica

Notas

- 1 La palabra impetrativa de la plegaria (*eukhé*) se limita a la pura súplica con la que, por ejemplo, apela Crises para aplacar la ira de Apolo que ha vertido sobre el pueblo dánao en forma de epidemia de peste. La palabra mágica del ensalmo (*epodé*) figura en el pasaje de los hijos de Autólico. El decir sugestivo (*thelkterios logos*) en las intervenciones curativas de Patroclo y Néstor. En Homero (2019). *Iliada*, Madrid: Gredos, I, 450-456 y XV, pp. 390-394, respectivamente; Homero (2019), *Odisea*, Madrid: Gredos, XIX, pp. 455-460.
- 2 Un buen compendio de estas estrategias se recoge contemporáneamente en: Nussbaum, M. C. (2021). *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la ética helenística*. Paidós.
- 3 Estas líneas que tratan de situar el abordaje de la locura dentro del proyecto de la modernidad son subsidiarias de los siguientes trabajos: Novella, E. (2018). *El discurso psicopatológico de la modernidad. Ensayos de historia de la psiquiatría*. Catarata; Ramos, P. (2014). Positividad y Psiquiatría. Sobre la subjetividad desfondada y la limitación de la experiencia, *Journal für Philosophie & Psychiatrie*; Moyn, S. (2008). The assumption by man of his original fracturing: Marcel Gauchet, Gladys Swain, and the history of the self [La asunción por el hombre de su fractura original: Marcel Gauchet, Gladys Swain y la historia del yo]. *Modern Intellectual History*, 6(2), 315-341. <https://doi.org/10.1017/S147924430900211X>; Tarnas, R. (2021). *La pasión de la mente occidental*. Atalanta.
- 4 O hipótesis del pájaro Dodo, que muestra cómo distintas psicoterapias comparadas entre sí (en muchas ocasiones, con teorías antagónicas) ofrecen resultados similares. Debate que sigue muy vivo (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017).
- 5 Incluso aquellos abordajes centrados en la relación terapéutica o factores comunes no terminan

- de escapar a la búsqueda de predicados de verdad en su despliegue metodológico.
- 6 Conferencia publicada en las actas del Congreso de la Sociedad Alemana de Psicoterapia (1929). El texto viene recogido en Jung, C. G. (2006). Metas de la psicoterapia. En C.G. Jung, *La práctica de la psicoterapia. Obra completa*, (Vol. 16., p. 42). Trotta.
 - 7 Las relaciones entre Foucault y la escuela psicoterapéutica predominante en su entorno y época, el psicoanálisis, son complejas. En nuestra opinión, su investigación última, sobre el cuidado de sí, establece una referencia para una comprensión diferente de la experiencia psicoterapéutica. Estas cuestiones también se abordan en: Novella, E. (2007). Foucault, la psicoanálisis i el subjecte [Foucault, el psicoanálisis y el sujeto], *Quaderns de Filosofia i Ciència*, 37, 29-38.

Referencias

- Álvarez, J. M. (2018). *Estudios sobre la psicosis*. Xoroi Edicions.
- Arciero, G., Bondolfi, G. y Mazzola, V. (2018). *The foundations of phenomenological psychotherapy [Los fundamentos de la psicoterapia fenomenológica]*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-78087-0>
- Aristófanes. (2007). Pluto. En *Comedias III*. Gredos.
- Barcia, D. (1996). *Historia de la psiquiatría española*. You & Us.
- Castro, R. (2023). *Dispositivos neoliberales y resistencia*. Herder.
- Colina, F. (2005). *Conversaciones en Túsculo* (Trad. M. Villanueva). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Deleuze, G. (2020). *La subjetivación. Curso sobre Foucault. Tomo III*. Cactus.
- Ekstein, R. (1975). Psychoanalytic precursors in greek antiquity [Precursos psicoanalíticos en la antigüedad griega]. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 39(3), 246-267.
- Esquirol, J. M. (2006). *El respeto o la mirada atenta. Una ética para la era de la ciencia y la tecnología*. Gedisa.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Desclée de Brouwer.
- Foucault, M. (2003). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *La hermenéutica del sujeto. Curso del Collège de France (1982)*. Akal.
- Gauchet, M. (2009). En busca de otra historia de la locura. En *Diálogo con el insensato* (pp. 7-43). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gil, L. (1969). *Therapeia. La medicina popular en el mundo clásico*. Guadarrama.
- Gómez Ramos, A. (2015). *Si mismo como nadie. Para una filosofía de la subjetividad*. Catarata.
- González-Blanch, C., & Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106
- Hadot, P. (2010). *Ejercicios espirituales y filosofía antigua*. Biblioteca de ensayo. Siruela.
- Heidegger, M. (2016). *Ser y tiempo*. Trotta.
- Jung, C. G. (2006). Metas de la psicoterapia. En C. G. Jung., *La práctica de la psicoterapia* (Vol. 16). Trotta.
- Lain, P. (2005). *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*. Anthropos.
- Pakman, M. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. Gedisa.
- Pakman, M. (2014). *Texturas de la imaginación. Más allá de la ciencia empírica y del giro lingüístico*. Gedisa.
- Peset, V. (1959). Enfermedad mental y «enfermedad del alma», según los estoicos. *Clin. Laborat.*, 67, 45-55.
- Rejón, C. (2022). Lo nuevo del sentido. Fenomenología y psicoterapia. *Eikasia. Revista de Filosofía*, 106, 167-180. <https://doi.org/10.57027/eikasia.106.180>
- Richir, M. (2010). Sobre los fenómenos de lenguaje. *Eikasia. Revista de Filosofía*, 34, 405-417.
- Rodríguez Morejón, A. (2019). *Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas*. Herder.
- Rosa, H. (2020). *Lo indisponible*. Herder.
- Stern, D. (2017). *El momento presente en psicoterapia y la vida cotidiana*. Editorial Cuatro vientos.
- Tengelyi, L. (2010). La formación de sentido como acontecimiento. *Eikasia. Revista de Filosofía*, 34, 173-178.
- Wampold, B. e Imel, Z. (2021). *El gran debate de la psicoterapia. La evidencia de qué hace que la terapia funcione*. Eleftheria.

VIOLACIÓN INVOLUNTARIA EL TRAUMA Y LA DISOCIACIÓN COMO BASE DE LAS RELACIONES SEXUALES NO DESEADAS, PERO APARENTEMENTE CONSENTIDAS

INVOLUNTARY RAPE

THE TRAUMA AND THE DISSOCIATION AS THE BASES OF A NON-DESIRED BUT APPARENTLY CONSENSUAL SEXUAL RELATIONSHIP

Dácil Cárdenes Ramírez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8571-4066>

Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta especialista en Trauma y Disociación
Psi-cocrear, Centro de Psicoterapia y Psicología Clínica. Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Cárdenes Ramírez, D. (2023). Violación Involuntaria. El trauma y la disociación como base de las relaciones sexuales no deseadas, pero aparentemente consentidas. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 163-172. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.37036>

Resumen

Este artículo plantea cómo en las relaciones de intimidad sexual pueden existir parámetros traumáticos profundos que emergen como contaminantes de la voluntad y el consentimiento, dando lugar a la disociación que permite tener relaciones realmente no deseadas, pero aparentemente consentidas, generando un malestar profundo, que daña la autoestima, la confianza y la relación con el otro y con uno mismo. En este trabajo se muestra cómo en los estratos profundos de nuestro cerebro se instalan patrones para la supervivencia que fueron necesarios, pero en la actualidad requieren ser actualizados para una mejor adaptación y una recuperación de la salud. A través de diferentes ejemplos, atendidos en psicoterapia, se ilustra cómo este proceso se desarrolla despertando todo el mundo subcortical que busca proteger la integridad del individuo. Finalmente, se propone cómo la vuelta a la conexión, permite la integración y metabolización de la experiencia, que facilita el equilibrio emocional y la regulación del Sistema Nervioso.

Palabras claves: violación, trauma, disociación, consentimiento, voluntad, involuntario

Abstract

This article sets out how in a sexual relationship there can exist deep traumatic parameters that came up as contaminating elements of the will and the consent, and give rise to dissociation which, in turn, allows having sex not actually desired but apparently consented. This generates profound discomfort so damaging self-esteem and trust, as well as the relationship with the other and oneself. The text shows how in the deepest strata of our brain lie survival patterns once needed but which, at present, require to be updated for better adaptation and recovery of health. Different examples attended to in psychotherapy illustrate how this process develops by awakening the subcortical world whose aim is to protect the integrity of the person. Finally, it is explained how returning to connection, leads to integration and metabolization of the experience restoring this way the emotional balance and the regulation of the nervous system.

Keywords: rape, trauma, dissociation, consent, will, involuntary

Fecha de recepción v1: 22-02-2023. Fecha de recepción v2: 15-07-2023. Fecha de aceptación: 27-07-2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: dcardenesramirez@gmail.com

Dirección postal: Dácil Cárdenes Ramírez. C/Princesa, 79 - Madrid, España

© 2023 Revista de Psicoterapia



Cuando pensamos en la palabra violación, la imagen mental que suele surgir es la de una agresión sexual violenta, posiblemente de un hombre hacia una mujer. Esta proyección, a pesar del sesgo de género, cumple con la definición exacta de lo que el término representa. Sin embargo, el concepto de violación es una cuestión mucho más amplia que debemos desarrollar.

La violación se compone de un factor imprescindible que tiene que ver con rebasar los límites, con atravesar las fronteras que pueden ser propias o ajenas, físicas o psicológicas. Violar implica desprecio, desdén y una falta de cuidado profundo. Es la invasión del límite donde lo agradable o placentero desaparece para dejar paso al malestar intenso, el asco, la vergüenza, el rechazo, y tal vez el odio. Una violación es un acto de maltrato, un acto que puede ser ejercido por otro o por uno mismo.

En las diferentes definiciones sobre violación, el consentimiento y la voluntad son términos que podemos encontrar casi en cualquier acepción. En este texto son de especial relevancia dado que se pone en cuestionamiento que tanto el consentimiento, como la voluntad, sean actos realmente libres y carentes de condicionamiento.

En las relaciones de intimidad sexual, la invasión de nuestros propios límites y los ajenos está completamente integrado y normalizado. En ellas cabe, no querer y acabar haciendo. En innumerables casos el consentimiento forma parte de un proceso de disociación, donde la pérdida de los mecanismos de las defensas activas del sistema nervioso simpático (lucha o huida) han sido sustituidos por mecanismos de defensa pasiva (disociación) (Salvador y Bourquin, 2022).

Casi cualquier mujer puede describir situaciones en sus relaciones sexuales, de pareja o no, en las que se han visto paralizadas, entregando su cuerpo desconectado para que otra persona lo use en la satisfacción de su deseo individual. El acceso a la sexualidad sin excitación, sin impulso y en contra de la voluntad real, es una experiencia extendida y bien conocida tanto por mujeres, como por hombres.

¿Qué nos lleva a ir en contra de nuestra voluntad y de nuestros deseos en un momento de tanta intimidad donde la conexión es fundamental? Desde una perspectiva psicológica del trauma, la base de esta situación corresponde a la disociación, a la desconexión que la persona hace de sus propias necesidades físicas y emocionales en aras de la protección de su sentido de pertenencia y de la conservación de su integridad intrapsíquica, tan necesarias y vitales en el comienzo de la vida. Muy habitualmente, durante los inicios de nuestra experiencia relacional y social aprendemos que el entorno no suele resonar en sintonía con nuestras necesidades internas, generando la activación de habilidades de adaptación al entorno, esto es, renunciando a la conexión con nuestro cuerpo y emociones, como guías, para pasar a satisfacer las necesidades externas y así seguir formando parte del grupo donde, al menos, soy cuidado y protegido de forma estructural: alimentación, salud, educación, etc., por lo tanto la supervivencia queda conservada. No obstante, aquí puede comenzar el proceso de abandono o desconexión con uno mismo, cuando al inicio de la vida el cuidador o cuidadora, también herido emocionalmente, no está

disponible para sintonizar y dar soporte a la necesidad que emerge llena de sentido y significado en sus cachorros humanos. Dando lugar, a que las referencias internas se vuelvan desconocidas y a que solo el entorno y los criterios externos (familiares o sociales), den validez a nuestro interior. Como apunta Richard A. Erskine (1993), “la disociación empieza porque las personas que rodean al individuo fallan en proveer las funciones nutricias y restaurativas necesarias”.

La disociación, como recurso que protege al sistema intrapsíquico de una situación de vulnerabilidad, donde un evento es demasiado exigente y excede las posibilidades y habilidades de afrontamiento, evita que puedan sentirse las sensaciones físicas, el mundo emocional, o la asociación de estos con los pensamientos y recuerdos. La conexión, es decir, la ausencia de disociación, haría insostenible la experiencia y tal vez la supervivencia. Por tanto, de este modo se van generando las respuestas y defensas frente a la herida traumática que, sostenida en el tiempo, desregula el Sistema Nervioso Autónomo y la persona atraviesa sus propias fronteras y las de los otros sin conciencia, ni control. Generando experiencias de voluntad sin voluntad y de consentimiento sin consentimiento.

Veamos, a través de diversos casos clínicos, el procedimiento por el cual el Sistema Nervioso Autónomo lleva a cabo este mecanismo de disociación en un intento de conservación y modulación del sistema.

Paloma, una mujer de 32 años, universitaria, con un puesto de alta dirección, y con una buena red social y familiar, mantiene una relación de pareja con un hombre desde hace 10 años, con el que convive desde hace 6. Acude a consulta porque siente mucha inseguridad, celos y angustia en la relación con su pareja. Durante las sesiones surge el tema de sus relaciones sexuales en diferentes ocasiones. Las describe, como encuentros en los que ella se vuelve una “muñeca hinchable”. Su pareja experimenta deseo y necesidad de tener relaciones con mucha frecuencia, ante lo cual, Paloma se siente incapaz de negarse. El miedo a que él rompa la relación, la deje, o la engañe por no tenerle sexualmente satisfecho, la atormenta. En sus encuentros Paloma se tumba y sin apenas muestras de deseo se deja hacer. No siente placer, su cuerpo está desactivado, ninguna de sus caricias la estimula, todo lo contrario, todo le molesta y le incomoda, la satisfacción en las relaciones sexuales queda completamente limitada. Solo espera que acabe cuanto antes. Tras estos encuentros Paloma siente una gran pérdida de energía, se siente cansada, apática y con una ira creciente en su interior, que surge como un torrente con cada pequeño conflicto. Su pareja no está siendo capaz de ver lo obvio, Paloma está colapsada en el encuentro físico, algo relacional está pasando. Centrado en su propia experiencia suele quejarse de la pasividad de ella, de no sentir que disfrute y de no sentirse deseado.

Paloma se siente abrumada por el deseo sexual del otro, ante el cual, se ve irremediabilmente abocada a complacerlo. No hay lugar para contactar con su necesidad, para escuchar su propio tiempo, ni para la emergencia de su deseo. No hay espacio para ella.

En su relación, Paloma se hace responsable de la satisfacción del deseo de su pareja, y de que éste permanezca. El método para conseguirlo, la entrega de su cuerpo desensibilizado e inhibido para complacer el deseo de él. Sin duda, existe una influencia clara de su socialización como mujer, donde aprendió, que tenía que mantener a un hombre a su lado, que eso dependía de ella como cuidadora, como ama de casa y por supuesto, como amante. No obstante, debajo de esto, hay algo más profundo e íntimo en Paloma, el miedo y el terror al abandono. Un profundo miedo aprendido a que si no satisface las necesidades del otro será rechazada, abandonada y se quedará sola. En su historia de vida tuvo que sacrificar quién era, lo que su cuerpo reclamaba, lo que sentía, pensaba y necesitaba, para no ser un estorbo en su familia, donde la enfermedad y los duelos estaban presentes desde su llegada al mundo. Su familia, sobreviviendo a su propia realidad vital, y a pesar de querer mucho a Paloma, solo pudieron atenderla de forma estructural, dejando de lado todo su mundo emocional. Desarrollando en ella mecanismos de supervivencia donde sobrevivir comprendía dejar a un lado sus sensaciones, su sufrimiento emocional e incluso sus alegrías, necesitaba convertirse en alguien que no diera problemas y de la que se pudiera estar orgullosa. Pero todo su mundo interno no atendido, buscando la regulación, siempre reclamó su derecho a existir, con una autoestima destruida, sin nada de contacto con su valor, ni con sus capacidades. Paloma vive sintiendo que los demás le hacen un favor estando en relación con ella, dándole trabajo o siendo su pareja. Siempre con un miedo feroz a ser abandonada.

La percepción de Paloma de perder a su pareja si no cumple con su deseo o con la frecuencia sexual socialmente aceptable, hacen que se encuentre en una espiral de miedo y frustración paralizantes. Se desarrolla en esta situación concreta una neurocepción de amenaza a la seguridad. La neurocepción (Porges, 2016), es un mecanismo subcortical, sin control consciente, encargado de detectar en el ambiente (interno y externo), las señales de amenaza o seguridad, para modular los estados neurobiológicos de defensa, activarlos o inhibirlos, variando así los estados de conexión, reposo, digestión y regeneración. Es importante señalar, que no es necesario el reconocimiento consciente de la activación fisiológica frente a una amenaza para que ésta reclute, también de forma inconsciente, los mecanismos defensivos y ponga en marcha los ritos de defensa. Por esta razón, cuando la neurocepción está desregulada por fijaciones traumáticas, se puede perder agudeza para movilizar respuestas de defensa cuando es necesario o desactivarlas, cuando sea posible y seguro.

La proyección de una posible pérdida del vínculo con su pareja, genera en Paloma la acción de mecanismos de supervivencia, entrando en un estado disociativo de defensa pasiva, donde la capacidad de negarse a la relación sexual o ejercer un rechazo explícito hacia su pareja, se colapsan, dando lugar a un estado de inmovilidad con miedo.

Los mamíferos, y por lo tanto los humanos, tenemos un cerebro conformado por tres capas, “un cerebro triple” (MacLean, 1990). Compuesto por; 1) el *cerebro*

reptiliano, el más primitivo, antiguo y automático. Con funciones de regulación del metabolismo, la respiración, el ritmo cardíaco, la temperatura, etc. 2) El *cerebro límbico o emocional*, encargado de las emociones, la memoria y la atención. Ambos, reptiliano y límbico, realizan sus funciones fuera del control consciente y conforman la región subcortical del cerebro. Finalmente, 3) el *neocórtex*, la capa más nueva de nuestro cerebro, y con elaboración consciente, se ocupa del pensamiento, la planificación, el lenguaje y la resolución de problemas, entre otros. Estos tres mecanismos filogenéticamente ordenados de regulación trabajan en red, de forma tanto paralela como jerarquizada, frente a los desafíos, las amenazas y la conexión.

Sobre esta base evolutiva del Sistema Nervioso Central, basada en el modelo del cerebro triuno propuesto por MacLean (1990) se desarrolla, a través del Sistema Nervioso Periférico, el nervio vago, que recorre nuestro cuerpo (vísceras, estómago, pulmones, corazón, músculos del cuello, de la cara, oído medio, etc.) mandando información aferente de las diferentes partes del cuerpo al tronco cerebral de manera automática, sin intervención del cerebro racional.

Desde diferentes núcleos en el tronco encefálico, descienden múltiples fibras motoras y sensoriales a través del nervio vago, entre otros. Estas fibras forman parte de dos sistemas vagales: uno “reptiliano”, más vegetativo y con las fibras no mielinizadas, controlado por el núcleo motor dorsal. Y otro sistema, “mamífero”, con fibras mielinizadas y controlado por el núcleo ambiguo. Este último es el encargado de modular las vías simpática y dorsomotora (parasimpática) del Sistema Nervioso Autónomo.

El neurocientífico Stephen W. Porges desarrolla la Teoría Polivagal, en la que muestra el modo en que cada una de las tres etapas filogenéticas del desarrollo del Sistema Nervioso Autónomo de los vertebrados sigue un sentido jerárquico por el cual el organismo busca su autorregulación ante el estrés emocional frente a un peligro o amenaza vital (Porges, 2016). De la misma forma, frente a una neurocepción de seguridad, el nervio vago actúa como modulador de las vías del Sistema Nervioso Autónomo, a través de su componente primitivo del Sistema Nervioso Parasimpático, el vago no mielinizado, y del Sistema Nervioso Simpático, sin provocar respuestas defensivas en el organismo. El Sistema Nervioso Autónomo no es un mero sistema de respuesta frente a los desafíos, por el contrario, intenta mantener continuamente la autorregulación y la estabilidad fisiológica.

Porges descubre cómo el Sistema Nervioso Autónomo, en la búsqueda de la homeostasis, la conexión y la salud, responde a las señales del entorno y a las sensaciones corporales activando una jerarquía filogenéticamente organizada de tres vías, puestas en funcionamiento de la más reciente a la más antigua, a saber: el vago ventral (compromiso social y conexión), el sistema nervioso simpático (movilización), y el vago dorsal (inmovilización) (Dana, 2019). Ante la neurocepción de peligro (real o percibido) el Sistema Nervioso Autónomo activa sus diferentes ramas de la forma siguiente:

- En primer lugar, se utiliza la vía más reciente, el complejo vago ventral

(CVV) de la rama parasimpática mielinizada, relacionado con la conexión social, la expresión facial, las vocalizaciones y la escucha. Si no se alcanza la seguridad a través de la conexión con otras personas, la siguiente vía, más antigua y orientada a la supervivencia, se activa.

- Cuando la relación social falla, el Sistema Nervioso Simpático (SNS) toma las riendas en busca de la seguridad. Con patrones de movilización, de conductas de lucha o huida el mundo subcortical se pone en acción. De nuevo, si este mecanismo tampoco ofrece la sensación de estar a salvo, se pasa al siguiente recurso.
- Cuando todo lo anterior falla la persona recurre al último sistema, el primero en desarrollarse filogenéticamente, el complejo vagal dorsal (CVD) de la rama parasimpática no mielinizada. A través de la inmovilización del organismo (muerte aparente, síncope vasovagal y colapso conductual y fisiológico) se intenta sobrevivir a la situación que amenaza la integridad física o intrapsíquica. La respuesta vagal dorsal es analgésica y protege del dolor físico y emocional, conduciendo a una experiencia de disociación (e.g., Dana, 2019; Porges, 2013).

Volviendo al ejemplo de Paloma, en sus relaciones sexuales, entra en estado de inmovilización mediado por la acción del CVD. Siente tanto miedo al abandono que su sistema de conexión (CVV) se ve bloqueado, incapaz de comunicar el miedo profundo que siente a la soledad emocional y a que no haya nadie disponible para acompañarla internamente. Deja atrás su capacidad de decir “no quiero, no me apetece, no me gusta” (SNS). Y paralizada entra en la disociación de sus sensaciones físicas, teniendo experiencias sexuales desde el colapso (CVD), no desde el consentimiento, la aceptación y la libre elección.

Como se explicaba anteriormente, la región límbica del cerebro se ocupa, entre otras, de la memoria, mediada por dos estructuras importantes, la amígdala y el hipocampo. Ambas regiones, son guardianas de memorias implícitas como registros de sensaciones corporales y sensoriales. Estas memorias somatosensoriales se despiertan frente a estímulos que generen la emergencia de recuerdos corporales, memorias procedimentales de supervivencia, dando lugar a un estado físico y emocional determinado, por ejemplo, de miedo, angustia o pánico. Contrayendo, colapsando o generando respuestas de rechazo, defensa o huida. Todas estas respuestas son sin conciencia, y programadas de serie para la supervivencia por nuestro cerebro subcortical. A diferencia de la memoria episódica, la memoria implícita o procedimental, no está compuesta de imágenes secuenciales y ordenadas, si no que emerge como recuerdos en formato de sensaciones y emociones espontáneas y sin control (Levine, 2018). Lo que explica que frente a una situación percibida como peligrosa, como la posibilidad de ser abandonada “si digo que no”, aparecen una serie de sensaciones físicas y emocionales que conducen de forma directa a la herida traumática anterior, utilizando el mismo mecanismo de supervivencia que fue funcional en aquel momento, en el caso de Paloma, la inhibición emocional y

la parálisis.

Como apuntábamos al principio, esta vivencia no es exclusiva de las mujeres, pero sin duda, de la inmensa mayoría, que sostienen la carga social y transgeneracional de satisfacer, de cumplir con las expectativas y con la responsabilidad de salvaguardar la relación de pareja a través de la sexualidad. No obstante, otro ejemplo más ayudará a ver cómo este sufrimiento también es parte de la experiencia sexual masculina.

Mario es un hombre de 36 años, con carrera universitaria, que habla varios idiomas y tiene un trabajo estable en una multinacional. Tiene una situación económica cómoda, relaciones de amistad y familiares con fuertes vínculos, y vive desde hace años fuera de su país de origen.

Su pareja, una mujer de la misma edad, con situación laboral, económica, y relacional similares, suele tener un deseo de intimidad sexual mayor que el de Mario, a lo que él responde sin cuestionarse ni una sola vez. Siente que es su obligación como hombre, y que “tiene que cumplir”. El cuerpo de Mario reacciona con erecciones en cada encuentro, aunque llega un momento en el que deja de sentir placer y el olor de su pareja le produce sensaciones de asco. Ha abandonado la búsqueda de los encuentros sexuales. Su cuerpo comienza a dar señales de lo que su mente es incapaz de reconocer: “No deseo esta relación sexual”. Después de los encuentros, Mario experimenta sensaciones de suciedad, enfado, mucho cansancio y apatía, además de un rechazo hacia su pareja que no puede entender. Su mundo subcortical le está hablando.

Si observamos esta situación de manera simple, Mario ha tenido una relación sexual que ha decidido y querido tener. Pero la realidad es un poco más compleja. Ha seguido adelante en contra de sus deseos y su voluntad real, con el miedo de la mano, ante la posibilidad de defraudar o decepcionar a su pareja, con su autoconcepto y sus esquemas sobre lo que es ser un hombre, y lo que tiene que hacer para sentir que vale dentro de una cultura y sociedad determinada. Su experiencia de vida está llena de sentimientos de no ser suficiente, de no valer y nunca cumplir con las expectativas que tienen sobre él. Siente que siempre ha sido una decepción. Estos sentimientos llenos de un vacío profundo le acompañan junto con una socialización tirana como hombre, en la cual su masculinidad está medida en parte por su capacidad para tener erecciones y relaciones sexuales con penetración. Todo ello se convierte en un caballo de Troya dentro de sus relaciones de intimidad.

Colapsado a nivel intrapsíquico, incapaz de decir “no”, pero con sus centros de placer activos producto de la estimulación erógena, participa en la experiencia. A pesar de ello, Mario siente que se viola a sí mismo. Esta conclusión, es una experiencia sentida real, pero no la única que está presente. Producto de su socialización masculina Mario no es capaz de considerar que su pareja también contribuye a esta situación donde él se desconecta. Así como las mujeres pueden ver como una opción muy tangible, que un hombre invada sus cuerpos, a la inversa, se pone toda la carga sobre uno mismo, cuando la responsabilidad en ambos casos es de dos.

La falta de seguridad percibida en la relación impide exponer lo que realmente se siente y se quiere, potenciando la interacción desde la disociación y favoreciendo relaciones sin contacto emocional auténtico, carentes de cuidado y de la sensación de respeto hacia uno mismo. La invasión del cuerpo del otro es evidente e involuntaria, y sólo, si mi atención a la fenomenología de mi pareja sexual está presente, podré diferenciar mi deseo del suyo y garantizar una relación de conexión plena.

La pareja de Mario percibe la distancia de él tras los encuentros sexuales, de lo apagado y malhumorado que se queda después de las relaciones y de su ausencia de búsqueda sexual. Sin duda, no son pistas suficientes para llegar a saber lo que ocurre en profundidad, pero sí para darse cuenta de que algo está pasando. Para Mario sus relaciones sexuales están lejos de ser algo placentero, que llene de energía y conexión a la pareja.

En los ejemplos anteriores la relación de pareja y el vínculo entre ellos hace que el colapso, es decir, la ausencia de consentimiento y voluntad real, queden amortiguados y ensombrecidos. Y que la relación sexual no sea considerada como una invasión o una violación de los límites emocionales y físicos de la persona. No obstante, esto es lo que está sucediendo.

En el próximo ejemplo no existe una relación vincular de pareja, sino un encuentro esporádico entre dos personas que se atraen.

Virginia, una joven docente de 26 años, relata su relación con un chico con el que ha quedado en un par de ocasiones, es alguien que le gusta, pero al que todavía está conociendo. Describe un encuentro en su casa, donde en un momento dado, las caricias comienzan a aumentar de intensidad y Virginia deja de sentirse cómoda, su corazón se acelera, sus ojos se abren y su respiración se entrecorta. Ante esta activación simpática Virginia le sujeta la mano y añade una palabra, “espera” (intenta la conexión social a través de CVV), él responde: “claro”, pero poco después vuelve a intentarlo, en esta ocasión Virginia le aparta la mano (SNS), pero a los pocos segundos él vuelve de nuevo. Su insistencia por tener acceso a la intimidad del cuerpo de Virginia es palpable. Tras seguir en esta situación de tira y afloja un poco más, Virginia expresa algo más: “hoy no, no me apetece”, a lo que él responde explicando su necesidad de desahogo, de descarga para evitar un dolor testicular posterior. Hasta aquí, Virginia lucha entre un intento de conexión, a través de las palabras y de la mirada a los ojos diciendo “no” (CVV), y la activación de su SNS que le acelera el corazón y la ayuda a sujetarle la mano para intentar detener lo que está sucediendo. Tras seguir un poco más en una persistencia suave pero constante, Virginia se rinde y acaba accediendo (CVD). Tras traspasar esta barrera vino la siguiente, el preservativo. No se lo quiere poner. Virginia colapsada accede a esto también, quiere que acabe cuanto antes. La congelación ya está presente y la acción del CVD y la disociación se hacen palpables. Él usa el cuerpo de Virginia para tener el desahogo que necesita, y acaba eyaculando sin preservativo dentro de ella. Virginia corre al baño a lavarse inmediatamente, se mira al espejo y baja la cabeza avergonzada, en estado de shock, asco y completa ausencia de energía,

vuelve a la habitación haciendo como si nada hubiese pasado y a esperar que él decida marcharse de su casa.

Aquí la violación es evidente, la ausencia de vínculo hace el daño claro y la involuntariedad de él inexistente. Pero Virginia en su colapso no puede poner nombre a lo que está pasando. Su cerebro la protege con la disociación de sus sensaciones y emociones, que le permiten seguir adelante como si esto no hubiera sucedido.

De la misma forma que a Virginia, a Mario y a Paloma, la disociación les está protegiendo del miedo que sienten a decir “no”, a ser rechazados, a sentir que no tienen un lugar en el mundo, y a la soledad. Su identidad como personas integradas, deseables, que disfrutan y tienen relaciones sexuales queda preservada. Pero sus cuerpos piden a gritos ser atendidos, ser escuchados y restaurados en el daño.

Las historias de Paloma, Mario y Virginia tienen en común la activación de emociones intensas que ponen en marcha su sistema límbico, en concreto el área de la amígdala, que les avisa de un peligro inminente y activa la respuesta de estrés de su cuerpo (van der Kolk, 2015), llevándolos a la disociación, la congelación y la desconexión de sus sensaciones, emociones y pensamientos de forma automática y sin control consciente, convirtiéndose así en cuerpos al servicio del otro, donde las defensas activas y la agresividad saludable, la capacidad de hacer un rechazo sin perder la conexión, quedan desactivadas.

En numerosas ocasiones, relatos similares descritos por hombres y mujeres aparecen en la consulta, en conversaciones entre amigos, o en “simples” comentarios como: “hoy me toca” (dicho por una mujer que está plenamente convencida de que tiene que cumplir con una cuota de tres relaciones de sexo semanal). Por ello, la experiencia de violación involuntaria emerge como concepto muy claro, en el cual, las personas tienen relaciones sexuales no deseadas, pero aparentemente “consentidas”. Cuyo resultado final es la sensación de asco, de suciedad, de incomodidad, de vergüenza, rabia y rechazo hacia el propio cuerpo, y hacia la otra persona. Fruto de la desconexión de las señales corporales y emocionales que a lo largo del desarrollo y de la socialización se desactivan necesariamente para la supervivencia en una sociedad traumatizada y carente de conexión.

Esta vivencia entremezcla sentimientos y sensaciones contrarias. Por una parte, aparecen la necesidad de sentirse deseado como parte de la integración social, el placer de sentir que el otro me escoge y de vincularse, junto con la necesidad fisiológica y primaria de satisfacer el deseo sexual. Y, de otra parte, el sufrimiento intrapsíquico, el miedo intenso a defraudar al otro, a ser rechazado, abandonado o entrar en la soledad y la desconexión. En este encuentro de contrarios el estrés toma el protagonismo y activa los recursos necesarios para afrontar tan compleja situación. En un intento de protegernos del fracaso relacional surge la ausencia de respeto hacia la propia necesidad, la falta de mirada honesta hacia la realidad del otro más allá de mi deseo, y la pérdida de fuerza para mirarnos con sinceridad y claridad, y poder frenar a tiempo donde el respeto y el afecto todavía están presentes.

La voluntad, el consentimiento y la responsabilidad de mí mismo y de la

relación con el otro, se presentan como algo mucho más complejo, que involucra nuestro mundo subcortical, automático y fuera del control consciente. Que nos enfrenta a sentimientos profundos por elaborar y a nuestra capacidad para afrontar el encuentro con otra persona acompañados muchas veces por el miedo y la desconexión emocional.

Esta experiencia, en la que cedemos frente a la presión o insistencia del otro, y actuamos en contra de nuestra verdadera voluntad, es conocida por la inmensa mayoría de personas. Complacer al otro, ajustarnos a sus expectativas y deseos, y evitar sentir el rechazo en alguna de sus formas, se convierte en una trampa dentro de las relaciones interpersonales de intimidad.

Es evidente que en el proceso de nuestra voluntad hay mucho más de lo que parece. A lo largo del desarrollo infanto-juvenil vamos aprendiendo e introyectando diferentes conceptos acerca de cómo es el mundo, de cómo somos nosotros, de cómo son las relaciones que tenemos, de lo que es importante y de lo que podemos conseguir en la vida. Todos estos aprendizajes durante la socialización nos ayudan a movernos en el camino de la supervivencia dentro de la realidad que experimentamos en nuestras vidas. Con el tiempo, asimilamos múltiples conceptos y emociones relacionadas con la definición de quienes somos y los integramos como reales, pero, con el encuentro con nuevas experiencias, llega el momento de actualizar los conocimientos sobre uno mismo y sobre las relaciones. Llega el momento de renovar los aprendizajes. Y es aquí cuando todo el mundo subcortical, el cuerpo, entra en juego para hablarnos de los cambios que son necesarios, de las realidades que ya no nos sirven y necesitamos cambiar.

Una experiencia sexual límbicamente conectada, con el cuerpo lleno de energía sexual, de deseo y potencia. Con conexión, en sintonía con otro ser humano en el mismo canal sensorial y emocional, hace de la relación una experiencia placentera, intensa, divertida y profundamente satisfactoria. Cuando la escucha límbica está presente y podemos leer el cuerpo del otro, atender su vibración y su emoción, la capacidad de bailar la sexualidad juntos se hace posible como un acto libre, lleno de sentido y plenamente conectado.

Referencias

- Dana D. (2019). *La teoría polivagal en terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación*. Eleftheria.
- Erskine, R. G. (1993). *La Importancia de la indagación, la sintonía y la implicación en la psicoterapia de la disociación*. Institute for Integrative psychotherapy.
- Levine, P. A. (2018). *Trauma y memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo. Una guía práctica para comprender y trabajar la memoria traumática*. Eleftheria.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions [El cerebro triádico en la evolución: papel en las funciones paleocerebrales]*. New York: Plenum.
- Salvador, M. C. y Bourquin, P. (2022). *¿Quién soy? De la disociación a la integración*. Maior.
- Porges, S. A. (2016). *La teoría polivagal. Fundamentos neurobiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Pleyades.
- van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.

RELACIÓN ENTRE LAS ADICCIONES Y EL TRAUMA EMOCIONAL DESDE EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

RELATIONSHIP BETWEEN ADDICTIONS AND EMOTIONAL TRAUMA FROM THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL

Susana Merino-Lorente

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4976-6125>

Universidad Pablo de Olavide. Sevilla, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Merino-Lorente, S. (2023). Relación entre las adicciones y el trauma emocional desde el modelo biopsico-social. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 173-187. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.37348>

Resumen

El trastorno traumático de desarrollo tiene una comorbilidad elevada con las adicciones. Se necesita un enfoque global para desarrollar aún más las intervenciones que posibilite detectar y tratar a las personas con alto riesgo. Existe consenso en el enfoque integrador que promueve los modelos biopsicosociales para abordar las adicciones y traumas. En los últimos años han surgido diversos modelos holísticos. Este artículo primero define los conceptos de adicción y trauma, explora la relación entre los dos y explica la necesidad de integrar estos enfoques. Se revisan críticamente diversos modelos desarrollados en las últimas décadas para determinar su validez, efectividad y evidencia empírica. Se finaliza con propuestas innovadoras sobre cómo optimizar la intervención desde el modelo biopsicosocial para disminuir el riesgo o abordar más eficazmente las adicciones.

Palabras clave: *trauma, adicciones, modelos biopsicosociales, intervención*

Abstract

Traumatic developmental disorder has a high comorbidity with addictions. A comprehensive approach is needed to further develop interventions that make it possible to detect and treat people at high risk. There is consensus on the integrative approach that promotes biopsychosocial models to address addictions and traumas. Various holistic models have emerged in recent years. This article first defines the concepts of addiction and trauma, explores the relationship between the two, and explains the need to integrate these approaches. Various models developed in recent decades are critically reviewed to determine their validity, effectiveness, and empirical evidence. It ends with innovative proposals on how to optimize the intervention from the biopsychosocial model to reduce the risk or more effectively address addictions.

Keywords: *trauma, addictions, biopsychosocial models, intervention*

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Fecha de recepción v1: 13-04-2023. Fecha de recepción v2: 09-05-2023. Fecha de aceptación: 04-09-2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: menteycoaching@gmail.com

© 2023 Revista de Psicoterapia



En la literatura actual se evidencia una relación sólida entre el trastorno traumático de desarrollo y las adicciones con o sin sustancia, lo que enfatiza la importancia que tiene entender esta relación a nivel social y clínico (Heilig et al., 2021). En el grupo de consumo de sustancias, los eventos adversos en la infancia se han correlacionado con el inicio del consumo de alcohol a una edad más temprana y se encontró que es más probable que ocurra un trauma infantil antes del abuso del alcohol, medicamentos y otras sustancias en la adolescencia (Zarse et al., 2019). Se encontró que las personas diagnosticadas con trastorno de estrés postraumático (TEPT) tenían una mayor incidencia de trastorno por uso de sustancias (TUS) en comparación con aquellas sin antecedentes, en muestras clínicas, hasta el 60 % de las personas que buscan tratamiento para el TUS cumplen con los criterios de diagnóstico de trastorno de estrés postraumático TEPT (Simpson et al., 2022).

Un estudio prospectivo encontró que las personas diagnosticadas con TEPT tenían cuatro veces más probabilidades de desarrollar TUS (Andreski et al., 1998). Además, las personas con ambos trastornos tienen síntomas clínicos más graves que aquellas con un solo trastorno en términos de funcionamiento psicológico deteriorado y bienestar biopsicosocial (Schäfer y Najavits, 2007). Existen autores que contradicen la teoría de que la adicción es una enfermedad cerebral (Levy, 2013). Estrés puede determinar que una persona desarrolle adicción (Volkow y Morales, 2015). Al igual que las intervenciones psicoterapéuticas han demostrado cambiar las estructuras y funciones cerebrales (Schwartz et al., 2016). El entorno, puede provocar la remisión espontánea de la adicción (Heyman, 2013; López-Quintero et al., 2011), tal como han demostrado los estudios de los soldados norteamericanos en Vietnam.

Las adicciones no pueden disociarse de su contexto social, psicológico, cultural, legal y contextual: no es simplemente la consecuencia de una disfunción cerebral. La enfermedad cerebral es visión reduccionista que socava la tremenda influencia de las circunstancias y las elecciones humanas en los comportamientos adictivos. Se minimizan las cogniciones, sentimientos y comportamientos de las personas con adicciones o dependencias a sustancias o comportamientos actuales y anteriores. Las adicciones son extremadamente complejas para ser tratada solamente por las investigaciones neurobiológicas o médicas, es necesario recurrir a investigaciones biopsicosociales¹. Se necesitan diversas orientaciones según los distintos niveles de estudios y los tratamientos para abordar de forma integral las intervenciones del TEPT y las adicciones interrelacionadas entre sí.

Existe un consenso creciente que afirma el hecho de que coexisten ambos trastornos, un trastorno influye en el resultado del otro (Christia et al., 2021). Esto ha llevado al desarrollo de programas de tratamiento integrado que abordan los síntomas tanto del TEPT como del TUS. Estos programas brindan evidencia alentadora en psicoterapia integrada que posibilita aliviar los síntomas de ambos trastornos. Existen actualmente muchos profesionales que reconocen la importancia de tratar ambos trastornos simultáneamente. Además, es necesario comprender profundamente el

modelo biopsicosocial y la compleja interacción de ambos trastornos para optimizar las intervenciones.

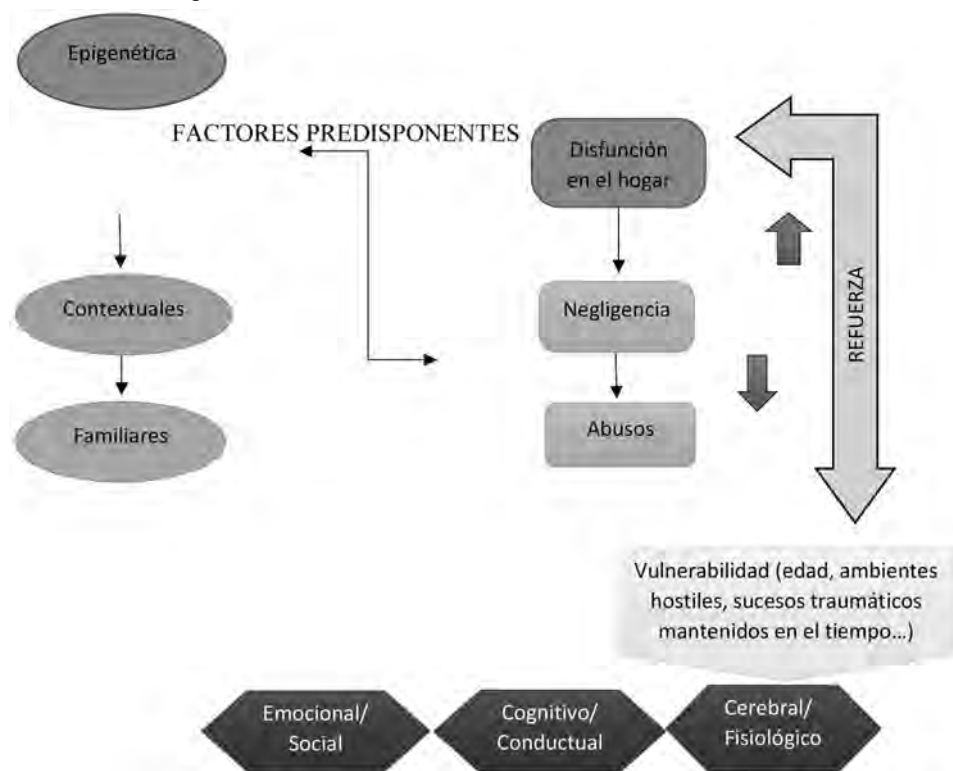
La Autorregulación Emocional, Trauma Temprano y Adicciones

La nueva literatura científica se centra en los efectos del trauma infantil o trastorno traumático de desarrollo en el desarrollo (TTD)² del cerebro. El desarrollo de la red neuronal inicialmente depende de una combinación de información epigenética³ y estímulos externos (Thumfart et al., 2022), y muchos factores pueden maximizarse o limitar la capacidad de la función cerebral en etapas posteriores de la vida. Las experiencias ambientales adversas tempranas desempeñan un papel importante en el bloqueo de las vías de autorregulación (Farroni et al., 2022). Los infantes que han vivido en ambientes estresantes a menudo tienen apegos inseguros y desregulación emocional (Thompson, 2019). Cuando se expone a un trauma, la amígdala se activa y almacena la memoria emocional, la recuperación del recuerdo se manifiesta en forma de respuestas orgánicas (Rodríguez Vílchez, 2014). Es más probable que la desregulación de estos sistemas ocurra en las primeras etapas de vida porque las conexiones inhibitorias de la corteza prefrontal a la amígdala aún se encuentran en fase de desarrollo (Ford, 2005). Se ha descubierto que la desregulación del sistema de respuesta al estrés traumático temprano contribuye al inicio más temprano del consumo de alcohol, drogas y del abuso de sustancias o conductas dependientes relacionadas con las conductas impulsivas (Zarse et al., 2019). Las teorías que se centran en la selección genética, el azar o el destino que conduce a la enfermedad no consideran el papel central de la adversidad infantil en la susceptibilidad a las adicciones y la herencia epigenética transgeneracional (Thumfart et al., 2022). Cuando los niños no reciben interacciones constantes y seguras, o cuando experimentan interacciones estresantes que son dolorosas, es decir apego no seguro, puede conducir a un desarrollo deficiente, que lleva al desarrollo de cerebros propensos a la adicción o la dependencia y mentes que buscan formas de escapar de las influencias negativas que la persona encuentra intolerables (Chen, 2019). Los estudios in vivo han demostrado que los animales expuestos al estrés prenatal o temprano en la vida exhiben rasgos de adicción y autoadministración de drogas y al alcoholismo y mayor. El trauma temprano y la adversidad del desarrollo tienen efectos durante toda la vida sobre cómo las personas responden al estrés. El trauma infantil, como el abuso y la negligencia sexual, física o emocional, altera los mecanismos de estrés físico del niño, haciéndolo más susceptible al estrés a lo largo de la edad adulta (Gestsdóttir et al., 2021). En cambio, las relaciones familiares y comunitarias de calidad ayudan a moderar las consecuencias del trauma y el estrés (Meléndez Rocafuerte, 2022). Los mecanismos cerebrales que dominan las adicciones están perfectamente regulados por el entorno (Gupta et al., 2020). En diversos grados, estos sistemas no funcionan de forma adaptativas en todas las personas con adicciones a sustancias, comportamentales o emocionales. Es fundamental entender

los factores predisponentes que conllevan la relación entre la pérdida emocional o las lesiones de los niños y la adicción, una realidad que es necesaria entender para el tratamiento clínico de las dependencias (ver Figura 1) (Maté, 2022).

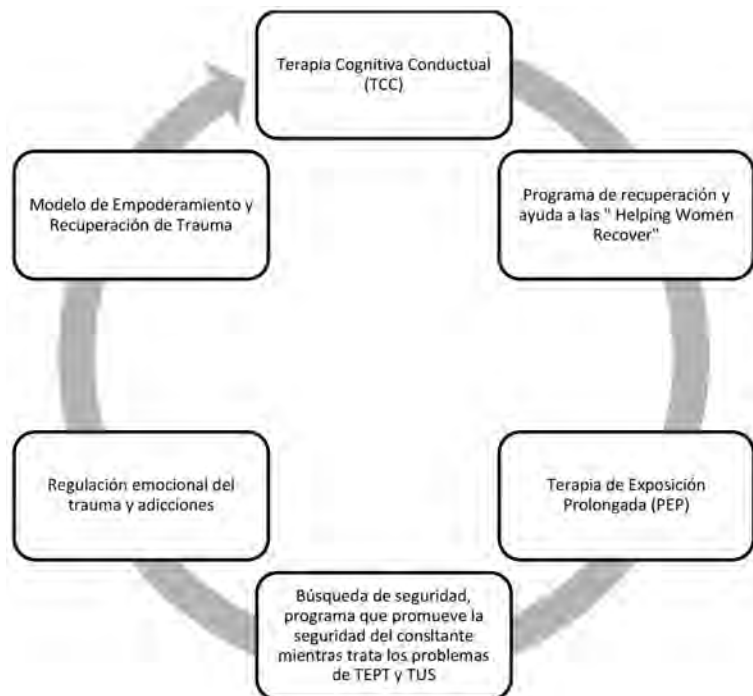
Figura 1

Factores de Riesgo Asociados a las Adicciones



Revisión de Programas que Abordan Conjuntamente el TEPT y TUS

Las personas con TEPT informan niveles significativamente más altos de estrés, ansiedad, neuroticismo y defensa inmadura que los participantes con menos síntomas de TEPT. El estrés percibido se asocia significativamente con los síntomas de TEPT que están directa o indirectamente mediados por la ansiedad. Además, la neuro protección y la inmadurez son reguladores clave de varias relaciones en este modelo (Gori et al., 2023). Durante la última década, se han desarrollado muchos enfoques integradores para abordar problemas traumáticos y adictivos simultáneamente. Algunos de estos programas se describen brevemente en la Figura 2. La mayoría de las personas tienen comportamientos cognitivos, están a salvo del estrés y han desarrollado habilidades de afrontamiento adaptativos.

Figura 2*Enfoques Integradores para Abordar el Trauma y la Adicción*

Nota. Adaptado de Dass-Brailsford y Myrick (2010).

En términos generales, estos programas comparten las dinámicas de la intervención Addictions and Trauma Recovery Integration Model (ATRIUM). Utiliza técnicas de enseñanza psicológicas y expresivas de relajación y atención plena que fomentan la autoexpresión (relación interpersonal) y el autocuidado (relación intrapersonal) (Giordano et al. 2016). Todos estos programas sobre trauma y trastornos de adicción, utiliza estrategias psicoeducativas para la prevención y el tratamiento del TEPT complejo junto a las adicciones, facilitan habilidades prácticas que pueden usar las personas que han sufrido eventos traumáticos con sus familiares y amigos. Estos modelos permiten reducir y regular las emociones intensas junto a los recuerdos intrusivos del trauma experimentados en la vida diaria, restaura la capacidad de procesamiento de información y memoria. Emplea un enfoque individual y holístico (mental, espiritual, físico, familiar y social) que combinan la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y de relajación. Por lo tanto, estos programas integran los siguientes aspectos esenciales para intervenir el trauma y las adicciones:

1. **Terapia cognitivo conductual.** Ayuda a entender y cambiar la forma de pensar y actuar. Posibilita dividir cada trastorno en partes para comprobar los efectos y las conexiones (Vujanovic et al., 2022).

2. **Programa de recuperación y ayuda “ Helping Women Recover”.** Fomenta la recuperación, el autoconcepto y la resiliencia, tiene en cuenta la diferencia entre géneros, se centra en las mujeres. Trabaja con la familia y la pareja. Programa centrado en las adicciones, el TEPT, la ansiedad y depresión (McCrary et al., 2020).
3. **Búsqueda de seguridad.** Se basa en la terapia Cognitiva conductual, procesos individuales, familiares y comunitarios. Tiene como objetivo ayudar y aportar recursos de afrontamiento adaptativo. Muestra efectos a largo plazo sobre las adicciones y la salud mental. Este programa se centra en las adicciones y los trastornos mentales (Takahashi et al., 2022).
4. **Terapia de Exposición Prolongada (PEP).** Es un programa de psicoterapia cognitivo-conductual de tratamiento integrado, que enseña a la persona a aproximarse gradualmente a los recuerdos, sentimientos y situaciones relacionados con el trauma que ha estado evitando desde su trauma. Al enfrentar estos desafíos, se puede reducir los síntomas del TEPT. y de las adicciones que interactúan entre sí. Estas técnicas ayudan a regular la ansiedad y el craving; aportan respuestas de afrontamiento para prevenir las adicciones a través de la relajación, respiración y exposiciones reales e imaginarias para tratar los síntomas de TEPT (Persson et al., 2017).
5. **Modelo de autorregulación.** Evaluación y el tratamiento del apego en relación con el trauma y las adicciones. Se identifican los componentes de la autorregulación emocional y la adaptación biopsicosociales, aporta recursos de afrontamiento beneficiosos (Padykula y Conklin, 2010).
6. **Modelo de Empoderamiento y Recuperación de Trauma.** Terapia grupal integrada que se centra el TUS, la ansiedad, la angustia. Trabaja el autoconcepto, la relajación, el apoyo social, el apego y la espiritualidad (Masin-Moyer et al., 2022).

Neurobiología de la Respuesta al Estrés

El papel del estrés y la impulsividad en la adicción es importante, destacando la necesidad de integrar el entorno social en el que la relación cerebro-conducta ha evolucionado en los modelos actuales de adicción (Ruisoto y Contador, 2019). El cerebro juega un papel central en la percepción de las amenazas, ya que el estrés se produce cuando una persona percibe un entorno exigente como peligroso o más allá de su capacidad de adaptación y activa el sistema de respuesta al estrés (McMordie, 2021).

La respuesta al estrés está preparada al organismo ante sucesos estresantes estimulando por otra parte al sistema nervioso autónomo (SNA) y el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) (Parra, 2021). El factor liberador de corticotropina y el cortisol son liberados por la región hipotalámica-pituitaria-suprarrenal y la corteza suprarrenal, y las catecolaminas y la norepinefrina o la norepinefrina son liberadas por la médula suprarrenal y los nervios simpáticos. Las hormonas del estrés

también proporcionan retroalimentación al cerebro y regulan la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Este circuito de retroalimentación negativa se basa en la activación de dos receptores de glucocorticoides en el cerebro. Un receptor de glucocorticoides de baja afinidad que se activa con altas dosis de cortisol, produciendo el efecto contrario y aumentando la liberación de corticotropina. Los estudios clásicos describen los efectos perjudiciales de las hormonas del estrés en el hipocampo y la amígdala en el sistema límbico (Lupien et al., 2007; Ulrich-Lai y Herman, 2009). En el hipocampo, el estrés agudo promueve la formación de la memoria, mientras que el estrés crónico y/o severo perjudica la formación de la memoria, lo que resulta en recuerdos narrativos fragmentados o nulos o sesgados. Por el contrario, incluso los factores estresantes agudos y leves mejoran la función de la amígdala, otorgan un significado emocional a los recuerdos y activan el locus coeruleus para iniciar respuestas de miedo/ansiedad. La reducción del estrés conduce a cambios estructurales en la amígdala. Los recuerdos emocionales asociados con las respuestas de estrés aversivo a largo plazo pueden almacenarse en el núcleo del cuerpo estriado terminal (NCET) (Vedantham et al., 2022). En los últimos años, ha habido un interés creciente en la investigación de los efectos del estrés en la corteza prefrontal (CP) (Dong et al., 2022). Las hormonas del estrés afectan gravemente la función ejecutiva de la CP, que desempeña un papel clave en el cierre de la respuesta al estrés una vez que ha pasado la amenaza (Dong et al., 2022). Las funciones ejecutivas incluyen entre otras la inhibición del control (autocontrol, la resistencia al comportamiento impulsivo), el control intervencionista (atención selectiva e inhibición cognitiva), memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva (McEwen, 2013). En resumen, los efectos del estrés en el sistema límbico reflejan claramente las diferencias entre el hipocampo y la amígdala, lo que destaca la superioridad de la amígdala sobre el hipocampo para mejorar la memoria y el aprendizaje (McEwen, 2013). Si bien la memoria está claramente interrumpida, las emociones subyacentes también se ven afectadas, especialmente el condicionamiento del miedo o estrés. Deteriora las funciones ejecutivas necesarias para la toma de decisiones lenta y racional, lo que conduce, en cambio, a una respuesta emocional rápida (Rodríguez Vílchez, 2014).

¿Es la Adicción una Enfermedad?

Resulta un tema polémico, pero la explicación propuesta sobre la adicción cae en la dicotomía de ver la adicción como un trastorno biológico o como un fenómeno puramente social causado por causas como la pobreza, abusos, apegos y entornos no seguros. Todas las descripciones de la adicción enfatizan en la importancia de reconocer las causas complejas de la adicción. Por ejemplo, hay amplia evidencia de que el abuso físico, la desigualdad económica y la injusticia, pueden condicionar el trauma en la vida temprana, aumentan la probabilidad de adicción u otras dificultades más adelante en la vida (Morales et al., 2020). El modelo de enfermedad de la adicción reconoce que los factores sociales y ambientales juegan un papel

fundamental en el desarrollo de la adicción que afecta la vulnerabilidad y resiliencia de las personas. Sin embargo, a menudo tienden a descuidar todos estos factores y ponen demasiado énfasis en el cerebro. El adicto responde automáticamente a las propiedades estimulantes de estas sustancias o comportamientos, y sus acciones superan su juicio y control conscientes. El otro lado del argumento enfatiza las causas sociales e históricas de la adicción, pero al hacerlo minimiza la importancia del cerebro en el desarrollo de la adicción. Singularmente, de manera similar a los modelos de enfermedad, en estas explicaciones se piensa que los agentes son en gran parte pasivos en la narrativa causal que condujo a la adicción. El adicto, como agente individual, depende pasivamente de sus circunstancias históricas y sociales. Ninguna de esta dicotomía logra el equilibrio correcto entre explicar la adicción en términos de sus causas ambientales y sociales para explicar la adicción en términos de sus causas biopsicosociales (Medina Montañez et al., 2007). Se propone describir las dependencias en términos de la dinámica de los sistemas de agentes biopsicosociales autoorganizados de tal manera que se minimicen los errores de predicción a largo plazo. Desde esta perspectiva, el comportamiento desadaptativo de las personas con comportamientos adictivos es el resultado de la perturbación de todo el sistema de factores originados en el entorno. Los seres humanos forman parte de relaciones causales cíclicas con el entorno. Las percepciones de un organismo sobre su contexto, comportamiento y emociones están interrelacionadas. Es esta relación dinámica entre el organismo y el entorno lo que condiciona la adicción. Desde esta perspectiva, la adicción se describe mejor no sólo como alteraciones en circuitos neuronales específicos, sino también como una disonancia más general entre el organismo y su entorno. La teoría es que los procesos neuronales son necesarios, pero no suficientes. Es necesario considerar las respuestas adaptativas que generan el organismo a nivel biológico, cognitivo y conductual a través de los entornos. En la medida en que las sustancias, comportamientos o emociones adictivas afectan los sistemas centrales sensibles al desorden, juegan un papel central en la alteración permanente de la forma en que coexisten los organismos y el contexto (McEwen, 2013). Si consideramos la adicción como un fenómeno ambiental de agentes de todo el sistema, puede ser justo explicar la adicción centrándose en sus causas sociales desde el microsistema al macrosistema (O'Sullivan et al., 2018) que determinan las respuestas biológicas cognitivas y comportamentales..

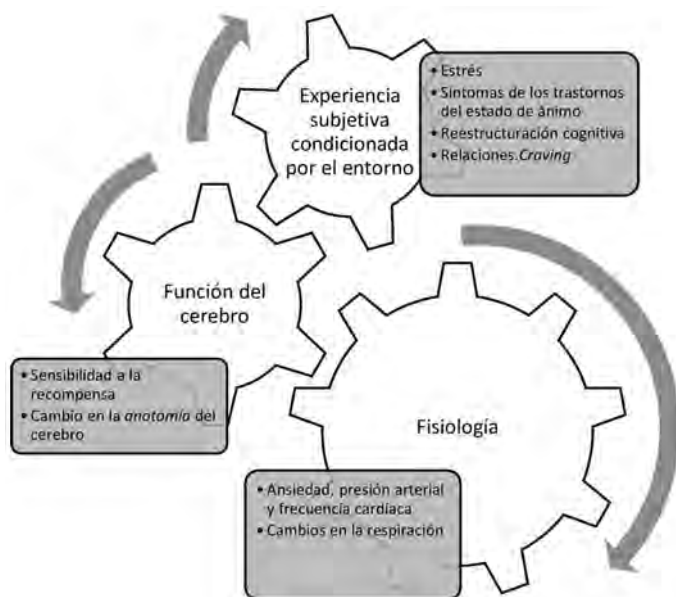
Intervención Biopsicosocial

Una amplia gama de comportamientos relacionados con el consumo de drogas y alcohol o comportamientos dependientes puede tener muchos efectos adversos interrelacionados en la salud mental, social y física. Las intervenciones holísticas aportan beneficios para la salud, por lo tanto, la falta de efectos secundarios negativos de estos enfoques biopsicosociales, el uso ampliado por parte de los profesionales y una mayor investigación por parte de los investigadores serán de

gran beneficio para manejar el craving, la recuperación integral de la adicción y del TEPT. Pueden tener un gran impacto en los cambios adaptativos en la fisiología y función cerebral junto con las experiencias subjetivas o creencias que permitirán reorientar las estrategias de intervención (Figura 3).

Figura 3

Fisiología, Función Cerebral y Experiencia Subjetiva en la Adicción



Se necesita revisar los procedimientos de servicios formales e informales para asegurar que están informados sobre la relación entre el TEPT y las adicciones junto con los programas holísticos. Se precisa satisfacer completamente las necesidades de los sobrevivientes de un trauma. La adicción, sea cual sea su naturaleza, es un fenómeno sumamente complejo que involucra todas las áreas personales (cognitiva, emocional, social, etc.) simultáneamente, por lo que la teoría por sí sola no puede explicarlo completamente. Se necesita un enfoque abierto e interdisciplinario. Se dan muchos factores para que aparezca la adicción. No obstante, son fenómenos de naturaleza psicosociales. Independientemente del tipo de adicción, existe una intensa relación entre lo físico (alcoholismo, tabaquismo, adicción a cualquier sustancia, otros químicos) y lo psicológico y social, es un concepto central que se necesita entender para intervenir eficazmente y romper los estigmas que forman parte de las adicciones.

Este modelo se convierte en una cuestión que interpreta el comportamiento adictivo como una transmisión transgeneracional a través de la calidad de los vínculos afectivos con sus hijos y respuestas desadaptativas ante los acontecimientos traumáticos en un entorno determinado. Por tanto, en el ámbito de las adicciones,

estas personas frecuentemente no han sido validados emocionalmente y han vivido en privaciones emocionales durante la infancia, lo cual es la razón de un apego inseguro (Bernoussi et al., 2015). Finalmente, estas propuestas también crean un mayor impacto en la intervención y la prevención. Por lo tanto, este planteamiento biopsicosocial tiene como objetivo reducir las dificultades que tienen las personas y los grupos en las áreas de identidad personal y riesgo social. Se fomentan intervenciones que posibiliten el desarrollo de habilidades resilientes, apoyo emocional, social a través de intervenciones individuales, familiares, comunitarias y sociales (Carmona y Rock (2010). Desde un punto de vista holístico, a pesar de que el modelo biopsicosocial existe desde hace mucho tiempo. Arnau (2017), hace referencia a una realidad desconsoladora de la asistencia a las adicciones originadas por el desvanecimiento de los modelos de intervención de representación holístico y biopsicosocial, lo que conlleva una carencia de recursos reales para las personas con trayectorias graves de dependencia. Los profesionales no poseen recursos necesarios para trabajar desde estos programas. La formación de los psicoterapeutas lleva a entender al ser humano de modo holístico, no fraccionado ni reduccionista (Castilla et al., 2017).

Discusión y Reflexión Final

Una mejor comprensión del papel crítico que juega el estrés en el abuso de sustancias crea oportunidades sociales e intervenciones más efectivas, incluidas los recursos para los profesionales, las evaluaciones psicosociales integrales y métodos para reducir el estrés en entornos comunitarios (Verplaetse y McKee, 2017) Para realizar un diagnóstico psicosocial es necesario evaluar los recursos y las carencias de los dominios de socialización individual, familiar y social según sus respectivas dimensiones. La intervención biopsicosocial requiere de un equipo multidisciplinar con un interés colectivo. Los grupos profesionales dedicados a la atención psicosocial para diferentes poblaciones deben poder desarrollar competencias de intrapersonales para fomentar los recursos interpersonales que tienen su origen en la epigenética junto con el vínculo familiar. Se recomienda fortalecer equipos interdisciplinarios que trabajen con personas expuestas a desastres naturales o provocados por el hombre, incluyendo psicólogos sociales, y trabajar en redes disciplinarias diversas para brindar una visión integrada de la perspectiva biopsicosocial. Este enfoque garantiza un proceso de rehabilitación completo, desde la relación entre trauma y adicciones, terapias individuales y familiares desde un programa adaptado. Se necesita construir un núcleo de gestión para conformar colectivamente vínculos seguros a través una red de apoyo los sujetos de atención y/o intervención biopsicosocial. El TEPT puede causar cambios perdurables en el cerebro, similares a los causados por las drogas, desde el apoyo físico hasta el ejercicio, el acondicionamiento físico, el manejo de contingencias, el refuerzo alternativo, reduciendo el riesgo de uso problemático de drogas o comportamientos adictivos y tratamientos recientes de atención plena (Sancho

et al., 2018). Además, existe una creciente evidencia de ensayos controlados aleatorios que respaldan las intervenciones de reducción del estrés basadas en la atención plena. Uno de los estudios más mencionados en este campo es el llamado “Stress and Addiction”, es una revisión de intervenciones de atención plena realizada por Creswell (2017). Además, las personas con antecedentes traumáticos, con baja tolerancia al estrés, son más vulnerables a las dependencias. Además, un estudio reciente de Kaye et al. (2017) encontró que el estrés impredecible juega un papel central en la transición del abuso de sustancias a la dependencia. Lo que hace necesario enfatizar la importancia del manejo del estrés en el tratamiento de adicciones, desde un plan de recuperación integral y sistémico. Según los efectos del estrés en la adicción, nuestros cerebros parecen haber evolucionado para volverse más susceptibles a la adicción cuando se exponen a un estrés traumático, intenso o crónico (Everitt y Robbins, 2013). Partiendo de la terapia cognitivo conductual, se necesita elaborar un programa integral, desde el modelo biopsicosocial que se base en cada uno de los siguientes aspectos: a) *Programas de recuperación basados en la diversidad* (género, etnia, funcional, cultural, etc.), nivel de resiliencia, autoconcepto entre otros. b) *Búsqueda de seguridad*. Fomentar el vínculo y el entorno seguro, terapia individual y familiar. c) *Exposición prolongada*, recursos de afrontamiento que ayudan a afrontar los síntomas, la ansiedad y el craving, que fomentan respuestas adaptativas beneficiosas. d) *Autoregulación emocional*, adaptación biopsicosocial y recursos de afrontamiento adaptativos positivos. Para lo cual se pueden utilizar estrategias actuales abaladas empíricamente como el Mindfulness y la terapia EMDR c) *Empoderamiento y recuperación*. Mejorar el autoconcepto, la salud física, social y psicológica, fomentar el apoyo (individual, familiar y social) y el apego seguro, la autoexpresión y el cuidado desde la espiritualidad, reestructuración cognitiva y conductual. Por lo tanto, es necesario incluir el origen biopsicosocial en las adicciones y traumas que desencadenan estas respuestas desadaptativas. Si queremos entender la adicción y responder apropiadamente, no debemos centrarnos sólo en la etiqueta del propio individuo “adicto”, y mucho menos únicamente en su cerebro. Tal como confirmó Hall et al. (2015), los profesionales deben de asumir que: “la adicción es un complejo biológico, psicológico y trastorno social que necesita ser abordado por diversas clínicas y enfoques de salud pública” (p. 109). Este enfoque excluye las etiquetas, los reduccionismos y los estigmas, para considerar, comprender y afrontar efectivamente el TUS. Asimismo, es necesario intervenir el TEPT desde el papel activo de las personas que sufren estos trastornos, no solamente desde los síntomas sino desde la raíz, el entorno, el apego, la regulación emocional, las respuestas adaptativas y las relaciones intrapersonales e interpersonales seguras.

Notas

1. Elementos que condicionan en el desarrollo y equilibrio de una persona, en el entorno de una patología, psicopatología o discapacidad
2. Experimentar muchos traumas interpersonales en el entorno familiar en la etapa infantil (Spinazzola et al., 2018).
3. Estructuras que adaptan la expresión de los genes sin una variación en la secuencia del ADN que forma parte. Genera la asociación de influencias genéticas y contextuales que constituyen un fenotipo.

Referencias

- Andreski, P., Chilcoat, H. y Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study [Trastorno de estrés postraumático y síntomas de somatización: un estudio prospectivo]. *Psychiatry Research*, 79(2), 131–138. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(98\)00026-2](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(98)00026-2)
- Arnau, D. C. (2017). Una propuesta de futuro para la acción preventiva. *Repensando la Prevención*, 39-68.
- Bernoussi, A., Masson, J., Thierry, A. y Nicolas, M. (2015). Transgenerational transmission of addiction problems [Transmisión transgeneracional de problemas de adicciones]. *Open Journal of Medical Psychology*, 4, 82-87. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2015.43008>
- Carmona, Y. L. M. y Peña, K. V. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167.
- Castilla, C., Villamarín, S., de Vicente, A. y Berdullas, S. (2017). El declive de la atención en las adicciones. *Portada* (77), 3-7.
- Chen, A. (2019). From attachment to addiction: The mediating role of need satisfaction on social networking sites [Del apego a la adicción: el papel mediador de la satisfacción de necesidades en las redes sociales]. *Computers in Human Behavior*, 98, 80–92. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.03.034>
- Christia, T., Kazani, A., Stylianidis, S., Tepetzikioti, M., Tritari, M. y Tzeferakos, G. (2021). Prevalence of trauma, PTSD and psychotic symptomatology in relation to suicidality and quality of life in substance users [Prevalencia de trauma, trastorno de estrés postraumático y sintomatología psicótica en relación con el suicidio y la calidad de vida en consumidores de sustancias]. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 4(1), 18-29. <https://doi.org/10.26386/obrela.v4i1.147>
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions [Intervenciones en atención plena]. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Dass-Brailsford, P. y Myrick, A. C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: The need for an integrated approach [Trauma psicológico y abuso de sustancias: la necesidad de un enfoque integrado]. *Trauma, Violence & Abuse*, 11(4), 202–213. <https://doi.org/10.1177/1524838010381252>
- Dong, D., Belleau, E. L., Ironside, M., Zhong, X., Sun, X., Xiong, G., Cheng, C., Li, C., Wang, X., Yao, S. y Pizzagalli, D. A. (2022). Distinct stress-related medial prefrontal cortex activation in women with depression with and without childhood maltreatment [Activación distintiva de la corteza prefrontal medial relacionada con el estrés en mujeres con depresión con y sin maltrato infantil]. *Depression and Anxiety*, 39(4), 296–306. <https://doi.org/10.1002/da.23243>
- Everitt, B. J. y Robbins, T. W. (2013). From the ventral to the dorsal striatum: Devolving views of their roles in drug addiction [Del estriado ventral al dorsal: visiones cambiantes de su papel en la drogadicción]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(9), 1946–1954. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.02.010>
- Farroni, T., Della Longa, L. y Valori, I. (2022). The self-regulatory affective touch: a speculative framework for the development of executive functioning [El toque afectivo autorregulador: un marco especulativo para el desarrollo del funcionamiento ejecutivo]. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 43, 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2021.10.007>
- Ford, J. D. (2005). Treatment implications of altered affect regulation and information processing following child maltreatment [Implicaciones para el tratamiento de la alteración de la regulación afectiva y el procesamiento de la información después del maltrato infantil]. *Psychiatric Annals*, 35(5), 410–419. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-07>

- Gestsdóttir, R., Tómasdóttir, M. Ó. y Sigurðardóttir, S. (2021). It overtook my body and soul“: The experience of individuals receiving health-promoting service, of psychological trauma and health-related problems [Se apoderó de mi cuerpo y mi alma“: La experiencia de las personas que reciben servicios de promoción de la salud, de traumas psicológicos y problemas relacionados con la salud]. *Laeknabladid*, 107(708), 337–344. <https://doi.org/10.17992/lbl.2021.0708.645>
- Giordano, A. L., Prosek, E. A., Stamman, J., Callahan, M. M., Loseu, S., Bevy, C. M., Cross, K., Woehler, E. S., Calzada, R. R. y Chadwell, K. (2016). Addressing trauma in substance abuse treatment [Abordar el trauma en el tratamiento del abuso de sustancias]. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 60(2), 55-71. <https://www.jstor.org/stable/48514566>
- Gori, A., Topino, E. y Musetti, A. (2023). Pathways towards posttraumatic stress symptomatology: A moderated mediation model including perceived stress, worry, and defense mechanisms [Caminos hacia la sintomatología del estrés postraumático: un modelo de mediación moderada que incluye estrés percibido, preocupación y mecanismos de defensa]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001435>
- Gupta, A., Osadchiy, V. y Mayer, E. A. (2020). Brain–gut–microbiome interactions in obesity and food addiction [Interacciones cerebro-intestino-microbioma en la obesidad y la adicción a la comida]. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 17(11), 655–672. <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0341-5>
- Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addictions: Is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? [El modelo de adicciones de enfermedad cerebral: ¿está respaldado por la evidencia y ha cumplido sus promesas?]. *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00126-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00126-6)
- Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L. y Vanderschuren, L. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience [La adicción como enfermedad cerebral revisada: por qué sigue siendo importante y la necesidad de consiliencia]. *Neuropsychopharmacology*, 46(10), 1715–1723. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
- Heyman, G. M. (2013). Quitting drugs: Quantitative and qualitative features [Dejar las drogas: características cuantitativas y cualitativas]. *Annual Review of Psychology*, 9, 29-59. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143041>
- Kaye, J. T., Bradford, D. E., Magruder, K. P. y Curtin, J. J. (2017). Probing for neuroadaptations to unpredictable stressors in addiction: translational methods and emerging evidence [Investigación de neuroadaptaciones a factores estresantes impredecibles en la adicción: métodos traslacionales y evidencia emergente]. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(3), 353–371. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.353>
- Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters) [La adicción no es una enfermedad cerebral (y es importante)]. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 24–24. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00024>
- López-Quintero, C., Hasin, D. S., de los Cobos, J. P., Pines, A., Wang, S., Grant, B. F. y Blanco, C. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: Results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions [Probabilidad y predictores de remisión de la dependencia de por vida de nicotina, alcohol, cannabis o cocaína: resultados de la encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y afecciones relacionadas]. *Addiction*, 106, 657-669. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x>
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. y Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition [Efectos del estrés a lo largo de la vida en el cerebro, el comportamiento y la cognición]. *Nature reviews. Neuroscience*, 10(6), 434–445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- McCrary, B. S., Epstein, E. E. y Fokas, K. F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder [Intervenciones de tratamiento para mujeres con trastorno por consumo de alcohol]. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(2), 1–18. <https://doi.org/10.35946/arc.v40.2.08>
- Masin-Moyer, M., Kim, J. C., Engstrom, M. y Solomon, P. (2022). A scoping review of the trauma recovery and empowerment model (TREM) [Una revisión del alcance del modelo de empoderamiento y recuperación del trauma (TREM)]. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 699–715. <https://doi.org/10.1177/1524838020967862>
- Maté, G. (2022). Beyond the medical model: Addiction as a response to trauma and stress [Más allá del modelo médico: la adicción como respuesta al trauma y al estrés]. En N. Heather, M. Field, A. Moss y S. Satel (Eds.), *Evaluating the brain disease model of addiction* (pp. 431-443). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003032762>
- McEwen, B. S. (2013). The brain on stress: Toward an integrative approach to brain, body, and behavior [El cerebro frente al estrés: hacia un enfoque integrador del cerebro, el cuerpo y el comportamiento]. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 673–675. <https://doi.org/10.1177/1745691613506907>

- McMordie, L. (2021). Avoidance strategies: stress, appraisal and coping in hostel accommodation [Estrategias de evitación: estrés, valoración y afrontamiento en el alojamiento en albergue]. *Housing Studies*, 36(3), 380–396. <https://doi.org/10.1080/02673037.2020.1769036>
- Medina Montañez, M. V., Layne Bernal, B., Galeano Heredia, M. D. P. y Lozada Puerto, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Tendencias y Retos*, 1(12), 177–189.
- Meléndez Rocafuerte, M. A. (2022). *Trastorno de estrés postraumático y su influencia en el estado emocional en una mujer de 27 años de edad de la ciudad de Babahoyo-Provincia de Los Ríos* [Trabajo Fin de Grado, Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación Psicología Clínica, Babahoyo, Ecuador]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/13602/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000662.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Morales, A., Jones, S. A., Kliamovich, D., Harman, G. y Nagel, B. J. (2020). Identifying early risk factors for addiction later in life: a review of prospective longitudinal studies [Identificación de factores de riesgo tempranos de adicción en el futuro: una revisión de estudios longitudinales prospectivos]. *Current Addiction Reports*, 7(1), 89–98. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00282-y>
- O’Sullivan, D., Watts, J. y Shenk, C. (2018). Child maltreatment severity, chronic substance abuse, and disability status [Gravedad del maltrato infantil, abuso crónico de sustancias y estado de discapacidad]. *Rehabilitation Psychology*, 63(2), 313–323. <https://doi.org/10.1037/rep0000196>
- Padykula, N. L. y Conklin, P. (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction [El modelo de autorregulación del trauma del apego y la adicción]. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351–360. <https://doi.org/10.1007/s10615-009-0204-6>
- Parra, E. (2021). ¿Cuánto saben del estrés y el impacto que tiene en su salud los pacientes con DMT II en la Asociación Viedmense Amigos del Diabético? Importancia del kinesiólogo para la promoción de su salud [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Río Negro, Argentina]. https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/7409/1/Parra_Emily-2021.pdf
- Persson, A., Back, S. E., Killeen, T. K., Brady, K. T., Schwandt, M. L., Heilig, M. y Magnusson, Å. (2017). Concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE): A pilot study in alcohol-dependent women [Tratamiento concurrente del trastorno de estrés postraumático y los trastornos por uso de sustancias mediante exposición prolongada (COPE): un estudio piloto en mujeres dependientes del alcohol]. *Journal of Addiction Medicine*, 11(2), 119–125. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000286>
- Rodríguez Vílchez, E. (2014). Biología de los esquemas precoces desadaptativos. *Temática Psicológica*, 10(10), 23–26. <https://doi.org/10.33539/tematpsicol.2014.n10.826>
- Ruisoto, P. y Contador, I. (2019). The role of stress in drug addiction. An integrative review [El papel del estrés en la drogadicción. Una revisión integradora]. *Physiology & Behavior*, 202, 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.01.022>
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S. y Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: A systematic review [Intervenciones basadas en mindfulness para el tratamiento de adicciones a sustancias y conductas: una revisión sistemática]. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 95–95. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00095>
- Schäfer, I. y Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse [Desafíos clínicos en el tratamiento de pacientes con trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias]. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 614–618. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0ff9d>
- Schwartz, S. J., Lilienfeld, S. O., Meca, A. y Sauvigné, K. (2016). The role of neuroscience within psychology: A call for inclusiveness over exclusiveness [El papel de la neurociencia dentro de la psicología: un llamado a la inclusión sobre la exclusividad]. *American Psychologist*, 71, 52–70. <https://doi.org/10.1037/a0039678>
- Simpson, T., Kaysen, D. L., Fleming, C. B., Rhew, I. C., Jaffe, A. E., Desai, S., Hien, D. A., Berliner, L., Donovan, D. y Resick, P. A. (2022). Cognitive processing therapy or relapse prevention for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder: A randomized clinical trial [Terapia de procesamiento cognitivo o prevención de recaídas para el trastorno de estrés postraumático comórbido y el trastorno por consumo de alcohol: un ensayo clínico aleatorizado]. *PLoS One*, 17(11), e0276111–e0276111. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276111>
- Spinazzola, J., der Kolk, B. y Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder [Cuando ningún lugar es seguro: el trauma interpersonal y la adversidad del apego como antecedentes del trastorno de estrés postraumático y del trastorno del trauma del desarrollo]. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 631–642. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>

- Takahashi, L. M., Tobin, K., Li, F.-Y., Proff, A. y Candelario, J. (2022). Healing transgender women of color in Los Angeles: A transgender-centric delivery of seeking safety [Curando a mujeres transgénero de color en Los Angeles: una presentación centrada en las personas transgénero de buscando seguridad]. *International Journal of Transgender Health*, 23(1-2), 232–16. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819508>
- Thompson, R. A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition [Desregulación de las emociones: un tema en busca de definición]. *Development and Psychopathology*, 31(3), 805–815. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000282>
- Thumfart, K. M., Jawaid, A., Bright, K., Flachsmann, M. y Mansuy, I. M. (2022). Epigenetics of childhood trauma: Long term sequelae and potential for treatment [Epigenética del trauma infantil: secuelas a largo plazo y potencial de tratamiento]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 132, 1049–1066. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.042>
- Ulrich-Lai, Y. M. y Herman, J. P. (2009). Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses [Regulación neuronal de las respuestas al estrés endocrino y autónomo.]. *Nature reviews. Neuroscience*, 10(6), 397–409. <https://doi.org/10.1038/nrn2647>
- Vedantham, K., Brunet, A., Neylan, T. C., Weiss, D. S. y Mannar, C. R. (2000). Neurobiological findings in post-traumatic stress disorder: a review [Hallazgos neurobiológicos en el trastorno de estrés postraumático: una revisión]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 23–29. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/kvedantham>
- Verplaetse, T. L. y McKee, S. A. (2016). Targeting the brain stress systems for the treatment of tobacco/nicotine dependence: translating preclinical and clinical findings [Dirigirse a los sistemas de estrés cerebral para el tratamiento de la dependencia del tabaco/nicotina: traducir los hallazgos clínicos y preclínicos]. *Current Addiction Reports*, 3(3), 314–322. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0115-x>
- Volkow, N. D. y Morales, M. (2015). The brain on drugs: From reward to addiction [El cerebro drogado: de la recompensa a la adicción]. *Cell*, 162, 712–725. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>
- Vujanovic, A. A., Webber, H. E., McGrew, S. J., Green, C. E., Lane, S. D. y Schmitz, J. M. (2022). Distress tolerance: prospective associations with cognitive-behavioral therapy outcomes in adults with posttraumatic stress and substance use disorders [Tolerancia al malestar: asociaciones prospectivas con los resultados de la terapia cognitivo-conductual en adultos con estrés postraumático y trastornos por uso de sustancias]. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(4), 326–342. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.2007995>
- Zarse, E. M., Neff, M. R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. E. y Chambers, R. A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases [El cuestionario sobre experiencias adversas de la infancia: dos décadas de investigación sobre el trauma infantil como causa principal de enfermedades mentales, adicciones y enfermedades médicas en adultos]. *Cogent Medicine*, 6(1), 1581447. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2019.1581447>

Ignacio Serván

DESOR GANI ZACIÓN DEL APEGO

Clínica y psicoterapia
con adultos



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE COMO ELEMENTO CLAVE EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

THE THERAPIST-PATIENT RELATIONSHIP AS A CRITICAL ELEMENT IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Mario Guzmán-Sescosse

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1675-1920>

Doctor en psicología.

Profesor e investigador de psicología en Trinity Christian College
6601 West College Drive. Palos Heights, Illinois 60463. Estados Unidos

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Guzmán-Sescosse, M. (2023). La relación terapeuta-paciente como elemento clave en la terapia cognitivo conductual. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 189-204. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38036>

Resumen

La Terapia Cognitivo Conductual ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de diversas psicopatologías, problemas emocionales y de pareja, así como coadyuvante en tratamientos médicos de enfermedades, y manejo del dolor. Sus intervenciones cognitivas, emocionales y conductuales ofrecen una propuesta clara y estructurada para trabajar con los pacientes en un marco de aprendizaje y colaboración. Su efectividad no radica solo en la implementación de dichas intervenciones, sino en el desarrollo de la relación terapéutica que permite la expresión de creencias, emociones y conductas asociadas al padecimiento o motivo de consulta de los pacientes y que es fundamental en el proceso de cambio y desarrollo del paciente. En este texto se presentan elementos de la relación terapéutica que la investigación y diversos autores han señalado como necesarios para la adecuada relación terapeuta-paciente y lograr el éxito terapéutico.

Palabras claves: terapia cognitivo conductual, relación terapéutica, alianza terapéutica, condiciones necesarias de la terapia

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy has proven to be effective in the treatment of various psychopathologies and emotional and relationship problems, as well as an adjuvant in the medical treatment of diseases and pain management. His cognitive, emotional, and behavioral interventions offer a clear and structured proposal to work with patients in a framework of learning and collaboration. Its effectiveness lies not only in the implementation of said interventions but also in the development of the therapeutic relationship that allows the expression of beliefs, emotions, and behaviors associated with the condition or reason for consultation of the patients, and that is essential in the process of change and development of the patient. This text presents elements of the therapeutic relationship that research and various authors have indicated as necessary for the proper therapist-patient relationship and the achievement of therapeutic success.

Keywords: cognitive behavioral therapy, therapeutic relationship, therapeutic alliance, necessary conditions of therapy

Fecha de recepción: 27 de julio de 2023. Fecha de aceptación: 2 de octubre de 2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mguzman@trnty.edu

© 2023 Revista de Psicoterapia



La TCC ha sido criticada por prestar poca atención a la relación terapéutica y mecanizar el proceso terapéutico reduciéndolo a una mera implementación de técnicas o intervenciones diseñadas a priori (Leahy, 2008). Dicho criticismo es falso, pues desde su inicio se ha hecho énfasis en la necesidad e importancia de dicha relación para lograr el éxito terapéutico. En uno de los libros clásicos y fundamentales de la TCC, *Cognitive Therapy of Depression*, A. T. Beck et al. (1979) dedicaron un capítulo entero para hablar de la importancia de la relación terapéutica como prerrequisito para la efectividad de la TCC. Desde entonces, distintos autores (S. J. Beck, 2021.; Kazantzis et al., 2017., Leahy, 2008., Moorey y Lavander, 2019.) han desarrollado manuales, y publicaciones enfatizando la importancia de dicha relación y los elementos necesarios para su adecuado desarrollo.

En este artículo se analizarán cinco áreas que pueden servir tanto a los terapeutas en formación como a los terapeutas experimentados en la comprensión y desarrollo de una adecuada relación terapeuta-paciente como base del éxito terapéutico. Las áreas que se analizan son: 1. El terapeuta y el paciente ideal 2. ¿Qué se necesita para que la TCC sea efectiva? 3. Autorreflexión, autopráctica y supervisión 4. El manejo terapéutico de los familiares, amigos y pareja del paciente 5. Los límites de la relación terapéutica.

El Terapeuta y El Paciente Ideal

¿Cómo es el terapeuta ideal? Es una pregunta válida y con la que trabajaremos a lo largo de este artículo, a la vez que es limitada y poco realista. Por ello, es importante señalar la distinción entre el ideal y lo real y ser cautos con el esquema de metas inalcanzables que algunos terapeutas pueden presentar. Este esquema se caracteriza por una actitud perfeccionista, creencias demandantes, exageradas y poco realistas, tanto con uno mismo como con los demás (Young, 2003) y puede presentarse en los terapeutas en formación y los experimentados generando expectativas irreales, perfeccionismo innecesario y experiencias de frustración y fracaso ante los errores (Kazantzis et al., 2017). Creencias intermedias y subyacentes asociadas a dicho esquema como “Siempre debo de tener éxito con mis pacientes” o “Es inadmisibles que me equivoque” representan un peligro para el adecuado desarrollo y ejercer del terapeuta y compromete la relación con el paciente y el éxito terapéutico. Por lo tanto, es necesario asumir que no existe el terapeuta ideal o perfecto, que tanto novatos como expertos están en proceso de formación constante y por lo tanto evitar una actitud perfeccionista y mejor asumir una actitud perfectible, es decir de constante aprendizaje, y crecimiento aceptando que el ensayo y error es parte de dicho proceso.

Es importante reconocer también las preferencias, limitaciones y competencias ante el tipo de paciente y problemática con la que se desea trabajar. Si bien la TCC puede ser aplicada a un amplio número de problemáticas (S. J. Beck, 2021), es poco probable que exista un experto en todas ellas y que se sienta cómodo trabajando con los distintos tipos de pacientes. Por ejemplo, habrá quién tenga amplia expe-

riencia, capacidad, pericia e interés en trabajar con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, pero no necesariamente con pacientes que presentan trastornos de la personalidad. Habrá quién lo haga con trastornos de la conducta alimentaria, pero no con trastornos del neurodesarrollo. Otros podrán ser altamente efectivos con adultos, pero no necesariamente con niños para los que hay que hacer adecuaciones a la TCC tradicional.

Otro riesgo al pensar en el terapeuta ideal es la falta de genuinidad y la imitación del estilo terapéutico de alguien más. Cada terapeuta tiene valores propios, motivos por los cuales eligió dicha profesión, estilos relacionales y formas de comunicarse. La genuinidad es fundamental en la relación terapéutica, por lo que al hablar del terapeuta ideal no debemos de confundirlo con dejar de ser uno mismo. Desarrollar un estilo terapéutico propio, flexible a modificarse ante las necesidades de los pacientes, es de gran importancia para la relación terapeuta-paciente y la adecuada aplicación de las técnicas cognitivo, emocionales y conductuales.

¿Y qué hay del paciente ideal? ¿Existe? La respuesta es obvia, no existe un paciente ideal. Claro que hay características en los consultantes que pueden facilitar o dificultar el trabajo terapéutico. Pero tenemos que recordar que acuden a la consulta por los problemas psicológicos, sociales y del desarrollo que presentan. Esperar que todos los pacientes sean fáciles de trato, que sigan las recomendaciones y que avancen constantemente refleja más una creencia irracional del terapeuta que una disposición realista a esperar de los clientes (S. J. Beck, 2017).

Es cierto que la colaboración del paciente es fundamental en el éxito terapéutico. Dicha colaboración es una de las características distintivas de la TCC en comparación con otros modelos y se le conoce como empirismo colaborativo (Kazantzis et al., 2017). Si bien es necesario fomentar su participación desde la primera sesión, también es importante recordar que cada paciente viene equipado con ciertas actitudes, creencias, disposiciones y habilidades que le facilitarán o no su participación en el proceso terapéutico.

Por ello, es importante evitar creencias hacia los pacientes del tipo “debería de hacer todo lo que le digo” “debería entender cómo funciona la terapia” “si no hace lo que le indico es un paciente difícil o malo”. Este tipo de creencias reflejan más el esquema de metas inalcanzables del terapeuta que la realidad psicológica del cliente. Aún más, interfiere negativamente con el proceso individual e individualizado que cada consultante necesita. Los pacientes no tienen que ajustarse a nuestras expectativas, demandas o creencias, sino que somos nosotros quienes debemos adaptarnos a sus necesidades, diseñar las intervenciones en base a sus problemáticas y mostrar, apertura, paciencia, flexibilidad y creatividad en el trabajo con ellos (A. T. Beck et al., 1979; S. J. Beck, 2021; Kazantzis et al., 2017).

S. J. Beck (2017) lo resumió de la siguiente manera:

Esto es lo que les enseño a los terapeutas sobre cómo establecer una buena alianza terapéutica. Les digo que es importante ser un buen ser humano en la habitación con los clientes, hacer que los clientes se sientan seguros

y tratarlos como a ellos les gustaría ser tratados si fueran un cliente. También es importante que los terapeutas tengan expectativas realistas para sus clientes: se supone que los clientes son difíciles; por eso son clientes. Y también necesitan tener expectativas realistas para sí mismos. Yo, por mi parte, no puedo ayudar en todo a cada cliente que entra por mi puerta. Sin embargo, si tuviera la expectativa de lo contrario, me sentiría frustrada con el cliente o conmigo misma, lo cual interferiría con mi capacidad para brindar un tratamiento efectivo. (p. ix)

¿Qué Se Necesita para que la TCC Sea Efectiva?

Desde sus inicios la TCC ha tenido como objetivo probar su efectividad en comparación con otras formas de tratamiento psicológico y farmacológico (A. T. Beck et al., 1979), lo que la hace una de las terapias más estudiadas. Hofmann et al. (2012) revisaron 106 metaanálisis concluyendo que hay una fuerte evidencia de su efectividad en múltiples condiciones. Su efectividad ha sido estudiada en un metaanálisis de 155 estudios comparando los resultados entre distintos formatos de tratamiento; individual, grupal, telefónico y de autoayuda guiada. Todos mostraron ser efectivos, aunque la aceptabilidad fue menor para el formato de autoayuda guiada. También se observó que la terapia de autoayuda no guiada no fue más efectiva que la atención habitual (Cuijpers et al., 2019).

¿En qué consiste la efectividad de la TCC? Por un lado, las técnicas y su naturaleza integradora la hacen una propuesta dinámica, creativa y diversa, lo que permite que tanto en la TCC general o con los protocolos para trastornos específicos, los clientes experimenten beneficios. Por otro lado, la literatura señala que el factor relacional es indispensable, lo que podría explicar, entre otras variables, porqué en el metaanálisis de Cuijpers et al. (2019) la terapia de autoayuda no guiada no fue más efectiva que la atención habitual y las modalidades de TCC que incluyeron interacción con un terapeuta.

Aaron Beck fue formado originalmente en la tradición psicoanalítica donde se afirma que es la relación terapeuta-paciente lo que propicia el cambio. Dicho entrenamiento, junto con el trabajo de Carl Rogers, impactó desde los inicios de la TCC la importancia de identificar los elementos de una sólida y efectiva relación terapéutica (A. T. Beck et al., 1979).

Rogers (1957) aseguraba que la congruencia/genuinidad, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática son condiciones necesarias y suficientes para que se produzca el cambio terapéutico de la personalidad. Sin embargo, la evidencia señala que existe una asociación pequeña, pero significativa, entre dichas condiciones y el resultado de la terapia. En el 2010, un grupo de trabajo encargado por las Divisiones de Psicoterapia y Psicología de la Asociación Americana de Psicología (APA) condujo un metaanálisis estudiando el vínculo entre las condiciones necesarias propuestas por Rogers y el resultado terapéutico. Se encontró que la consideración positiva incondicional tuvo una asociación mo-

derada con el resultado terapéutico (tamaño del efecto $r = 0'27$ de 18 estudios). La comprensión empática mostró una asociación moderada (tamaño del efecto $r = 0'30$ de 57 estudios). La congruencia/genuinidad mostró un tamaño del efecto de $0'24$ (de 16 estudios). Por lo tanto, cada factor explica entre el 6 y el 9 % de la varianza (Norcross y Lambert, 2011).

Desde 1979, A. T. Beck et al. afirmaban que las condiciones propuestas por Rogers son necesarias, pero no suficientes, por lo que en la TCC también se considera que la confianza básica, el *rappport*, colaboración, empirismo, dialogo Socrático, el manejo de la transferencia y contratransferencia, la alianza terapéutica y la re-*tro*alimentación, son necesarios para una relación terapéutica apropiada y efectiva.

1. A pesar del énfasis en la literatura sobre las condiciones de la relación terapéutica mencionadas, algunos terapeutas pueden desconocer sus significados, por lo que es importante aclararlos para su apropiada valoración. A continuación, estas se definen como lo hizo Rogers (1957) con sus “condiciones necesarias y suficientes” y como lo hizo Beck, y otros colaboradores, con las condiciones propias de la TCC (A. T. Beck et al., 1979; S. J. Beck, 2021; Kazantzis et al., 2017): Congruencia/genuinidad. Rogers (1957) la define como:

el terapeuta debe ser, dentro de los límites de la relación, una persona congruente, genuina e integrada. Significa que dentro de la relación él es libre y profundamente él mismo, con su experiencia real fielmente representado por su conciencia de sí mismo. Es lo opuesto a presentar una fachada, ya sea a sabiendas o sin saberlo. (p.3)

2. Consideración positiva incondicional. Rogers (1957) la explicó como: la medida en que el terapeuta experimente una cálida aceptación de cada aspecto de la experiencia del cliente ... Significa que no hay condiciones de aceptación, ningún sentimiento de “me gustas solo si eres así” ... Está en el polo opuesto de una actitud de evaluación selectiva: “eres malo si actúas de esta forma o aquella.” Implica tanto el sentimiento de aceptación por la expresión del cliente de sus sentimientos negativos, “malos”, dolorosos, temerosos, defensivos, o anormales como la expresión de sentimientos “buenos”, positivos, maduros, de confianza... Significa un cuidado del cliente, pero no de manera posesiva o simplemente para satisfacer las propias necesidades del terapeuta. Es un cuidado del cliente como una persona separada, con permiso para tener sus propios sentimientos, sus propias experiencias. (p. 3-4)
3. Comprensión empática. Para Rogers (1957) es:
Sentir el mundo privado del cliente como si fuera el propio, pero sin perder nunca la cualidad de “como si”—esto es la empatía, y esto parece esencial para la terapia. Sentir la ira, el miedo o la confusión del cliente como si fueran propios, pero sin que su propia ira, miedo o

confusión se vean ligados a ello, es la condición que nos esforzamos por describir. Cuando el mundo del cliente es así de claro para el terapeuta, y él se mueve libremente en el, entonces puede tanto comunicar su comprensión de lo que el cliente sabe claramente y también puede expresar significados en la experiencia del cliente de los cuales el cliente apenas se da cuenta. (p. 4)

4. Confianza básica. A. T. Beck et al. (1979) explican que:
el terapeuta cognoscitivo equilibra cuidadosamente la importancia de la autonomía (dejar que el paciente hable, planea, etc.) frente a la necesidad de estructura (el terapeuta es directivo, toma la iniciativa, etc.); confiabilidad y capacidad de respuesta (ser puntual, responder a las llamadas telefónicas, etc.) frente al valor de establecer límites (decidir no hacer por el paciente lo que puede hacer por sí mismo); y ser una “persona real” (es decir, mostrar cualidades amistosas y humanas) frente a ser discreto y objetivo. (p. 50-51)
5. Rapport. A. T. Beck et al. (1979) la describieron como:
el acuerdo armonioso entre las personas... consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Cuando se establece este tipo de relación, el paciente percibe al terapeuta como alguien (a) que está sintonizado con sus sentimientos y actitudes, (b) que es comprensivo, empático y comprensivo, (c) que lo acepta con todo sus “faltas”, (d) con quien puede comunicarse sin tener que detallar sus sentimientos y actitudes o calificar lo que dice. Cuando la relación es óptima, el paciente y el terapeuta se sienten seguros y razonablemente cómodos el uno con el otro. Ninguno es defensivo, demasiado cauteloso, tentativo o inhibido. (p. 51)
6. Colaboración. Según Kazantzis et al. (2017):
La TCC invita a los clientes a asumir un papel activo en el proceso de la terapia, mientras que el terapeuta adopta la postura principal de colaborador o guía, alguien que puede facilitar el progreso del cliente hacia las metas que desea... el término de colaboración en la TCC literalmente significa “trabajo compartido”. (p.21)
7. Empirismo. Kazantzis et al. (2017) explican que:
Describe cómo ayudamos al cliente a adoptar un método más “científico” para evaluar su experiencia. A diferencia de como pueden llegar a la terapia, sintiéndose empujados y atraídos por diferentes cogniciones y emociones, ayudamos al cliente a ver estas experiencias como indicadores indirectos de eventos en su entorno, y lo guiamos especialmente en cómo evaluar y enfrentar estos eventos. (p. 22)
8. Diálogo Socrático. Para Kazantzis et al. (2017):
comprende una serie de habilidades terapéuticas que incluyen preguntar, resumir, escuchar empáticamente y brindar la oportunidad para que

el cliente identifique y resuelva puntos de vista discrepantes... Si el terapeuta confía en el diálogo socrático como un medio para fomentar el descubrimiento de ideas, entonces el cliente puede ganar un sentido de propiedad de su terapia. (p.22)

9. Manejo de la transferencia y contratransferencia. Para A. T. Beck et al. (1979) la transferencia y contratransferencia hacen referencia a las distorsiones cognitivas, negativas y/o positivas, que tanto los pacientes pueden tener sobre el terapeuta, como los terapeutas pueden tener sobre el paciente. Las ve como una oportunidad de reconocerlas y trabajar en ellas en el marco terapéutico para fomentar una visión más objetiva de la relación:

El terapeuta debe confrontar las reacciones terapéuticas negativas de frente. Al tratar de identificar y corregir las distorsiones cognitivas del paciente, que contribuyen a su pasividad, falta de iniciativa y “oposicionismo”, el terapeuta y el paciente colaboran para tratar de resolver los mismos problemas que contribuyen a las frustraciones mutuas. De hecho, el pensamiento disfuncional que conduce a la pasividad, la indecisión, la falta de motivación, etc., constituye un objetivo específico de tratamiento. (p.58)

Otra forma de manejar la transferencia y contratransferencia, es a través de la reparentalidad limitada desarrollada por Young (2003). En dicha técnica, el terapeuta asume un rol parental “limitado”, dentro de un marco ético y profesional, que permite al paciente cubrir, transitoriamente, las necesidades emocionales no cubiertas por sus padres, a la vez que aprende, a través del modelamiento y la instrucción del terapeuta, a expresar sus necesidades asertivamente y resolver los conflictos de una manera más adecuada. Esta técnica es especialmente útil con pacientes con problemas crónicos, caracterológicos o con trastornos de personalidad con quienes suelen presentarse situaciones difíciles de abordar en la terapia, su aplicación fortalece la alianza terapéutica y facilita la aplicación de las estrategias terapéuticas (Young, 2003).

10. Alianza terapéutica. Kazantzis et al. (2017) la definen como:

Una coalición que se construye sobre la relación terapéutica e implica la congruencia de estrategias e intercambios que facilitan el cambio. La alianza evoluciona a partir de la relación terapéutica y constituye el conjunto de conocimientos y habilidades del terapeuta, junto con la provisión de la atención adecuada. Combina la voluntad y la motivación del cliente con la pasión del terapeuta para promover el cambio (p. 17)

11. Retroalimentación. S. J. Beck (2021) la explica como un componente fundamental de la TCC y de la relación terapéutica. Sugiere que en cada sesión se le pregunte al paciente ¿cómo se sintió en la sesión? Si considera

que el terapeuta fue lo suficientemente empático o no, si se abordaron los objetivos de la sesión o si considera que hay algo que el clínico pueda hacer distinto o mejor en una próxima ocasión. Cuando los pacientes perciben dicha apertura suelen sentirse tomados en cuenta y que el terapeuta valora su opinión. Por el contrario, si los terapeutas no están abiertos a la retroalimentación los pacientes pueden evaluarlos como fríos o distantes.

A pesar de sus beneficios, algunos terapeutas pueden sentirse intimidados por la retroalimentación de sus clientes desarrollando creencias como; “sería terrible que me critique” “si no le gusta mi trabajo que busque a alguien más” o “seguro son sus resistencias al tratamiento” (Guzmán-Sescosse, 2023). Creencias defensivas de ese tipo muestran el esquema de metas inalcanzables del que se habló anteriormente (Young 2003) e impiden una disposición de crecimiento en el clínico. Abrirse a la retroalimentación ayudará no solo a fortalecer la relación terapéutica, pero también a que el terapeuta crezca en habilidades clínicas y manejo de la terapia (S. J. Beck, 2021)

Dichas condiciones de la relación terapeuta-paciente tienen que darse dentro del marco teórico cognitivo conductual, aunados a la psicoeducación del paciente en el modelo, así como fundamentarse en una sólida conceptualización cognitiva de cada paciente en constante evolución y en la implementación de las técnicas cognitivas, emocionales, conductuales y contextuales. Es en la suma de estos factores donde radica la efectividad de la TCC.

Autorreflexión, Autopráctica y Supervisión

El trabajo terapéutico es mediado por la persona del terapeuta. Nuestras cogniciones, emociones, conductas, valores, nuestro desarrollo y los problemas psicológicos no resueltos influyen en la relación con nuestro paciente y por ende en el resultado terapéutico (Kazantzis et al., 2017). Por ello, el terapeuta cognitivo conductual se beneficiará de seguir la máxima griega inscrita en el templo de Apolo *γνώθι σεαυτόν* “conócete a ti mismo”, es decir de trabajar con sus propias cogniciones, emociones y conductas dentro y fuera del proceso terapéutico con sus clientes. Practicar los principios y las técnicas de la TCC le permitirán comprender el modelo mejor, obtener beneficio personal y desarrollar más empatía hacia sus pacientes y habilidades en la implementación terapéutica (S. J. Beck, 2021).

Uno de los objetivos terapéuticos de la TCC es que los clientes se conviertan en sus propios terapeutas (S. J. Beck, 2021), lo mismo puede suceder a los terapeutas al aplicar los principios y las estrategias del modelo. Esto no sustituye la posibilidad de acudir a terapia como pacientes, por el contrario, se complementan mutuamente. Esta disposición de trabajar con uno mismo se conoce en la literatura cognitivo conductual como autorreflexión y Kazantzis et al. (2017) la describen como “proceso de distanciamiento y reflexión sobre sus propias experiencias y patrones cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales como profesional.” Este proceso de autorreflexión permite al terapeuta entender los pensamientos y

emociones que se activan con sus pacientes, y que como ellos, también están en un proceso de crecimiento cognitivo y personal.

Para facilitar el proceso de autorreflexión los clínicos podrían hacerse las siguientes preguntas (Guzmán-Sescosse, 2023); ¿Cuáles son tus creencias y valores esenciales sobre el desarrollo humano, sobre el sufrimiento y su tratamiento? ¿Cómo estás en tu propio proceso psicológico y del desarrollo? ¿Tienes algún trastorno, pérdida o adversidad? ¿Aplicas en ti mismo los principios terapéuticos de la TCC y sus estrategias? ¿Cuáles son tus creencias, emociones y conductas como terapeuta con cada paciente? ¿Qué creencias, sobre tus pacientes y sobre ti mismo, interfieren negativa o positivamente en tu labor terapéutica?

Adicionalmente, es importante reconocer que a través del trabajo con los pacientes el clínico también se beneficia. Es una oportunidad para aprender del crecimiento, las operaciones cognitivas, y las perspectivas que los consultados desarrollan en el encuentro terapéutico (Kazantzis et al., 2017).

Por último, la supervisión es un factor indispensable que permite identificar elementos de la relación terapeuta-paciente que el practicante no logra percibir por sí mismo, a la vez que es una oportunidad para aprender de la relación entre supervisor y supervisado (Newman y Kaplan, 2016). De tal forma que es deseable que los programas de formación incluyan un sólido plan de supervisión, y que los terapeutas continúen con dicha práctica a través de su vida laboral.

Tres recursos más que puede ayudar a la autorreflexión y la autopráctica del terapeuta son el manual Experimentar la TCC desde dentro. *Manual de autopráctica/ autorreflexión para terapeutas* (Bennet-Levy et al., 2018); el *Cognitive Therapy Rating Scale-Revised (CTRS-R)* y el *CBT Session Checklist* (Beck Institute, 2022). Los dos últimos fueron diseñados para ayudar a los clínicos a identificar si han cubierto todas las áreas de las sesiones con sus clientes y su efectividad. Las áreas evaluadas son; agenda, retroalimentación, entendimiento, efectividad interpersonal, colaboración, ritmo y efectivo uso del tiempo, descubrimiento guiado énfasis en cogniciones y conductas claves, estrategias para el cambio, aplicación de las técnicas de la TCC, plan de acción.

El Manejo Terapéutico de los Familiares, Amigos y Pareja del Paciente

Los pacientes son miembros de sistemas familiares complejos. Algunos viven con la familia de origen, otros han formado su propia familia, algunos presentan una dinámica familiar de codependencia y otros no tienen relación alguna con sus familiares. También suelen tener amistades y parejas románticas. Tanto familiares, como amistades o parejas románticas pueden ser parte de los motivos de consulta de los pacientes, del contexto patológico o salutogénico o quieran participar en el tratamiento que su ser querido recibe. Por ello resulta apropiado comprender cuál es el manejo terapéutico de los familiares en la Terapia Cognitivo Conductual y cómo puede impactar favorable o negativamente a la relación terapeuta-paciente.

Es necesario distinguir el manejo terapéutico de los familiares frente a la

terapia familiar. En el primer caso se refiere a incluir familiares, amigos o parejas románticas en el tratamiento individual de nuestro paciente, y en el segundo caso se refiere a las intervenciones terapéuticas que se hacen al sistema familiar, siendo este el objetivo terapéutico.

Cuando se trata de terapia familiar se puede revisar a Hutcheson (2019) o a Lan y Sher (2019) para conocer más sobre el marco teórico, los principios terapéuticos y las estrategias que se emplean. Sin embargo, este artículo está dedicado a la relación terapéutica, por lo que aquí se discutirá el manejo terapéutico de los familiares y no los principios de la terapia familiar en la TCC.

S. J. Beck (2021) sugiere que en la sesión inicial se evalúe la conveniencia o no de incluir a los familiares, amigos o parejas. Nos dice que pueden servir como coadyuvantes del tratamiento. Es especialmente recomendable hacerlo cuando se tiene pacientes graves o que tengan dificultades para llevar a cabo los planes de acción que surgirán en las sesiones. Además, necesitarán comprender el padecimiento del cliente, el proceso terapéutico y cómo pueden promover la recuperación y evitar reforzar los elementos patológicos.

Es de especial importancia incluir a los padres cuando se trabaja con adolescentes y niños pues son ellos los que refuerzan, extinguen o castigan las conductas deseables o indeseables en el día a día, además de ser los responsables legales y morales de dichos pacientes. Integrarlos, favorecerá un manejo de “equipo” entre el terapeuta y los padres, así como comprender la dinámica familiar, su incidencia en los padecimientos de los menores y los valores familiares. Servirá en la consolidación de la alianza terapéutica no solo con el paciente, pero incluso con sus padres y estos funcionen como coterapeutas (Guzmán-Sescosse, 2020).

A pesar de dichas recomendaciones, S. J. Beck (2021) y Guzmán-Sescosse (2020) no nos informan de cómo manejar dificultades que pueden surgir con familiares. ¿Qué hacer si el paciente se resiste a involucrarlos? ¿Qué hacer si familiares o amigos tienen su propia agenda y buscan incidir en el proceso terapéutico de manera inapropiada? ¿Cómo evitar faltar a la confidencialidad? ¿Cómo informar de situaciones que pongan en peligro la integridad del paciente?, etc.

Se han desarrollado protocolos para guiar al terapeuta en cómo incluir a los familiares dentro del tratamiento (Lobban y Barrowclough, 2016, *Psychology Today*, 2022), sin embargo, están diseñados para familiares de pacientes con psicosis o menores víctimas de abuso sexual, por lo que no pueden ofrecer respuestas para todas las problemáticas a las interrogantes mencionadas.

Podemos concluir, que si el paciente es mayor de edad él mismo debe de dar su consentimiento para involucrar a sus familiares o no; que esto se haga cuando existe riesgo a la integridad del paciente o de otros (e. g., ideación suicida); cuando se observe un beneficio terapéutico (ej. pacientes con fobia que sus familiares refuerzan las conductas de seguridad, o pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y que necesitan supervisión); cuando existen conflictos que requieren de comunicación asertiva y resolución de problemas por parte del paciente y desea

el apoyo terapéutico; cuando sea necesario proveer de psicoeducación y desarrollo de habilidades a los familiares y que beneficien al cliente; y cuando se trabaje con menores de edad para que los padres funcionen como coterapeutas con el paciente.

Finalmente, si existe la necesidad de poner límites terapéuticos a los familiares o si estos ven el trabajo terapéutico como una oportunidad de incidir en su propia agenda, es recomendable intervenir para detener dichas conductas. El paciente necesita estar informado, obtener su consentimiento, analizar sus creencias, explorar la viabilidad de que sea él o ella quien establezca los límites y llevar exploración guiada sobre el impacto que podría tener en la relación terapeuta-paciente (S. J. Beck, 2021).

Sin la exploración de los elementos mencionados, la colaboración del paciente y la planeación de cómo integrar a familiares, se ponen en riesgo y con ello la relación y el éxito terapéutico.

Los Límites de la Relación Terapéutica y Otros Problemas Éticos

Los pacientes comparten con el terapeuta emociones, cogniciones, valores, experiencias traumáticas, anhelos, decepciones y otras experiencias del desarrollo que tienen una importante carga emocional y de significado para ellos. Es probable que con nadie han compartido o ahondado en tanto detalle sobre las experiencias que han vivido. Por ello, los pacientes pueden ver al terapeuta como alguien importante en su vida y con quien se tiene un vínculo (S. J. Beck, 2021). De igual forma, los terapeutas no son inmunes a tanta confianza depositada en ellos, y a las experiencias que les han compartido. Los pacientes, también son importantes para el terapeuta.

La relación terapéutica es una relación como ninguna otra y por ello es importante comprender sus alcances y límites y así cuidar de ella y obtener los mejores resultados. El código ético de la American Psychological Association [APA] (2017) suele verse como el estándar a seguir cuando se refiere al comportamiento ético del psicólogo, y las áreas en las que puede haber riesgos que comprometan la relación terapéutica. Dichas áreas se han dividido en diez secciones y son: 1. Resolución de problemas éticos 2. Competencia 3. Relaciones humanas 4. Privacidad y confidencialidad 5. Publicidad y otros postulados públicos 6. Registros y honorarios 7. Educación y entrenamiento 8. Investigación y publicación 9. Evaluación 10. Terapia. A continuación, se analizarán cuestiones que competen a las secciones número 3 y 10 y que tienen que ver con los límites de la relación; relaciones duales, relaciones de amistad, románticas y sexuales con los clientes.

S. J. Beck (2017, 2021) señala que el terapeuta debe de ser amigable, empático, accesible y promover un ambiente de confianza y respeto. Pero nos advierte que no es conveniente dejar el rol del terapeuta, incluso cuando el tratamiento ha culminado, para evitar afectar el resultado terapéutico, mantener la objetividad con el cliente y estar disponible para futuras crisis.

La APA (2017), sostiene algo similar, asegura que:

Un psicólogo se debe abstener de entablar una relación múltiple si se puede

esperar razonablemente que la relación múltiple perjudique la objetividad, la competencia o la eficacia del psicólogo en el desempeño de sus funciones como psicólogo, o de lo contrario corre el riesgo de explotación o daño a la persona con quien el profesional existe relación. (Inciso 3.05)

Nótese que la APA no prohíbe dichas relaciones, sino que las desestima si perjudican el quehacer terapéutico. Esta distinción es importante, pues como menciona Tan y Johnson (2014), la posición rígida a evitar relaciones duales proviene del psicoanálisis donde se considera que mientras menos información tenga el paciente sobre el terapeuta más contenido inconsciente proyectará y servirá de material terapéutico. Pero dicho estándar psicoanalítico no siempre puede o incluso debe de ser aplicado a los terapeutas cognitivo-conductuales. En ciertos contextos las relaciones duales o múltiples pueden ser imposibles de evitar. Supongamos que alguien vive en una pequeña zona rural, en una comunidad de 1.000 habitantes y es el único terapeuta en la región ¿debería evitar atender pacientes? Prácticamente tiene relación con todos los habitantes. O pensemos en factores culturales como es el caso de las comunidades latinoamericanas o asiáticas que prefieren acudir con alguien que conocen o les ha sido recomendado directamente por un familiar que ha recibido servicios de dicha persona, ahí también es necesario ser flexibles y analizar la situación junto con el paciente, hablar de los retos y desafíos que conlleva una relación dual y tratar de establecer estrategias que garanticen el éxito terapéutico (Kazantzis et al., 2017).

Además, los terapeutas cognitivo-conductuales pueden encontrarse en situaciones donde es conveniente, terapéuticamente hablando, que se rompan los límites del consultorio y se den situaciones fuera del mismo. Por ejemplo, el manejo terapéutico del trastorno obsesivo compulsivo, de las fobias específicas y de la ansiedad social, requieren de exposición en vivo, o desarrollo de habilidades sociales donde el terapeuta puede funcionar con modelamiento y reforzamiento (Jongsma et al., 2014), por lo que puede ser apropiado acudir a una reunión social con un cliente, a un restaurante, a un vuelo en avión o a un evento emocionalmente relevante (Kazantzis et al., 2017).

Aun así, la advertencia de S. J. Beck (2021) puede aplicarse para la mayoría de los casos. Si el terapeuta se mantiene en el rol de terapeuta y no de amigo, pareja, socio, etc. podrá estar disponible para el cliente cuando lo necesite, así como mantener la objetividad y competencia que la APA resalta. Beck sugiere que ante la petición de desarrollar una relación extra terapéutica de amistad el terapeuta responda de la siguiente forma: “¿No sería eso bueno? Pero entonces no podría ser tu terapeuta en el futuro si me necesitas. Y es importante para mí estar aquí para ti.” (S. J. Beck, 2021, p.363).

Dentro de las relaciones duales, cabe hacer especial énfasis en las relaciones románticas y sexuales entre terapeutas y pacientes. La APA en la sección 10 de su código ético aborda el tema en cuatro incisos. El primero 10.05 Intimidades sexuales con clientes/pacientes de terapia actual; “Los psicólogos no se involucran

en intimidades sexuales con clientes/pacientes de terapia actuales”. El segundo 10.06 Intimidades sexuales con parientes u otras personas significativas de clientes/pacientes de terapia actuales; “Los psicólogos no se involucran en intimidades sexuales con personas que saben que son parientes cercanos, tutores u otras personas significativas de los clientes/pacientes actuales. Los psicólogos no terminan la terapia para eludir este estándar.” El tercero 10.07 Terapia con exparejas sexuales; “Los psicólogos no aceptan como clientes/pacientes de terapia a personas con las que hayan tenido intimidades sexuales”. Y el cuarto 10.08 Intimidades sexuales con antiguos clientes/pacientes de terapia; “Los psicólogos no se involucran en intimidades sexuales con antiguos clientes/pacientes durante al menos dos años después del cese o terminación de la terapia”. Incluso pasados los 2 años desde que se terminaron los servicios terapéuticos hay restricciones que el APA (2017) resalta:

Los psicólogos no se involucran en intimidades sexuales con antiguos clientes/pacientes, incluso después de un intervalo de dos años, excepto en las circunstancias más inusuales. Los psicólogos que se dedican a tal actividad después de los dos años posteriores al cese o terminación de la terapia y de no tener contacto sexual con el antiguo cliente/paciente tienen la carga de demostrar que no ha habido explotación, a la luz de todos los factores pertinentes, incluidos (1) la cantidad de tiempo que ha pasado desde que finalizó la terapia; (2) la naturaleza, duración e intensidad de la terapia; (3) las circunstancias de terminación; (4) la historia personal del cliente/paciente; (5) el estado mental actual del cliente/paciente; (6) la probabilidad de un impacto adverso en el cliente/paciente; y (7) cualquier declaración o acción realizada por el terapeuta durante el curso de la terapia que sugiera o invite a la posibilidad de una relación sexual o romántica posterior a la terminación con el cliente/paciente. (Inciso 10.08)

Dichas prohibiciones buscan evitar que los pacientes consientan relaciones sexuales cuando se encuentran vulnerables debido a la situación emocional que experimentan y la confianza depositada en el terapeuta. Incluso, las limitaciones de tener relaciones románticas y sexuales con expacientes, tiene el objetivo de protegerles pues su decisión puede estar influida por la transferencia, más que por una decisión objetiva. Sin embargo, la APA (2017), al igual que Kazantzis et al. (2017), reconoce que después de dos años de terminado el tratamiento podría iniciarse dicho tipo de relación siempre y cuando no sea resultado de la explotación de la relación terapeuta-paciente.

Discusión

En el presente artículo se analizó la relación terapeuta-paciente y su importancia en el éxito terapéutico. Se abordaron cinco áreas 1. El terapeuta y el paciente ideal 2. ¿Qué se necesita para que la TCC sea efectiva? 3. Autorreflexión, auto práctica y supervisión 4. El manejo terapéutico de los familiares, amigos y pareja del paciente 5. Los límites de la relación terapéutica. Con respecto al punto número uno; El terapeuta y paciente ideal, se sugirió evitar expectativas poco realistas

que pueden ser resultado del esquema de metas inalcanzables en el terapeuta o el paciente (Young, 2003) e interferir en el resultado terapéutico. Por lo que el terapeuta necesita estar atento a creencias perfeccionistas y mejor asumir una actitud perfectible donde ambos se involucren en el proceso terapéutico, con apertura, celebración de los avances y aprendizaje de los errores.

Con respecto al punto número dos; ¿Qué se necesita para que la TCC sea efectiva?, se explicó que la psicoeducación en el modelo teórico, la conceptualización cognitiva en constante evolución y la implementación de las técnicas cognitivas, emocionales, conductuales y contextuales son fundamentales, pero deben darse en una relación terapeuta-paciente que contemple las siguientes condiciones (Rogers, 1957, Beck 1979, Kazantzis et al., 2017) ; 1. Congruencia/genuinidad 2. Consideración positiva incondicional 3. Comprensión empática 4. Confianza Básica 5. *Rapport* 6. Colaboración 7. Empirismo 8. Diálogo Socrático 9. Manejo de la transferencia y contratransferencia 10. Alianza terapéutica 11. Retroalimentación.

En el punto número tres, autorreflexión, auto práctica y supervisión, se propone que los terapeutas practiquen los principios y las técnicas de la TCC en ellos mismos, lo que les permitirá comprender el modelo mejor, obtener beneficio personal y desarrollar más empatía hacia sus pacientes y habilidades en la implementación terapéutica (Beck, 2021). También se ofrecen una serie de cuestionamientos que pueden facilitar el proceso de autorreflexión y autopráctica (Guzmán-Sescosse, 2023).

El manejo terapéutico de los familiares corresponde al cuarto apartado analizado. Se propone la inclusión de los familiares como coadyuvantes (S. J. Beck, 2022; Guzmán-Sescosse, 2020; Hutcheson, 2019; Lan y Sher, 2019), y se ofrecen recomendaciones para evitar la alienación terapéutica, perder objetividad y mantener límites que promuevan el resultado terapéutico. Es importante hacer un manejo colaborativo con el paciente de si se integrarán o no los familiares, amigos o pareja en la terapia.

Los límites de la relación terapéutica fue el último elemento de análisis donde se abordaron las relaciones duales, relaciones de amistad, románticas y sexuales con los clientes. Se utilizó el código ético de la APA (2017) para tal efecto.

Otros elementos importantes por analizar en la relación terapeuta-paciente son el uso de redes sociales y la visibilidad que proveen de la vida privada tanto del cliente como del clínico; las posibles demandas legales, situaciones de violencia de los pacientes a los terapeutas, las resistencias al proceso terapéutico y la estructura de las sesiones, así como la interacción con otros terapeutas y su posible influencia en el tratamiento. Se sugiere que futuras investigaciones enfoquen esfuerzos en estos y otros temas que son de importancia para la relación y éxito terapéutico.

Referencias

- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017) [Principios éticos de los psicólogos y código de conducta]. <https://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Beck Institute. (2022). *Cognitive Therapy Rating Scale – Revised* [Escala de calificación de terapia cognitiva: revisada] (CTRS-R). <https://beckinstitute.org/cbt-resources/resources-for-professionals-and-students/cognitive-therapy-rating-scale-revised-ctrs-r/>
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression* [Terapia cognitiva de la depresión]. The Guildford Press
- Beck, S. J. (2017). Foreword [Prefacio]. En N. Kazantzis, F. M. Dattilio y K. S. Dobson (Eds.), *The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: a clinician's guide*. (pp. ix-xi) The Guildford Press.
- Beck, S. J. (2021). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* [Terapia cognitivo-conductual: conceptos básicos y más allá] (3ª ed.). The Guilford Press.
- Bennet-Levy, J., Thwaites, R., Haarhof, B., Perry, H. y Castell Giménez, M (2018). *Experimentar la TCC desde dentro. Manual de autopráctica/autorreflexión para terapeutas*. Desclée De Brouwer
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A. y Furukawa, T. A. (2019). effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: a network meta-analysis [Efectividad y aceptabilidad de los formatos de administración de la terapia cognitivo-conductual en adultos con depresión: un metanálisis en red]. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700–707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>
- Guzmán-Sescosse, M. (2020). *La transformación del adolescente: Guía para padres y profesionistas de adolescentes* (2ª Ed.). Seeds Family Services
- Guzmán-Sescosse, M. (10 enero, 2023). *Introduction to cognitive behavioral therapy* [Introducción a la terapia cognitivo conductual]. Psychology Department. Trinity Christian College. Palos Heights, IL. United States
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, J. J., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 426–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hutcheson, C. L. (2019). Cognitive behavioral family therapy [Terapia familiar cognitivo conductual]. En L. Metcalf (Ed.), *Marriage and family therapy: A practice-oriented approach* (pp. 95–118).
- Jongsma, A. E., Peterson, L. M. y Bruce, T. J. (2014). *The complete adult psychotherapy treatment planner* [El planificador completo de tratamientos de psicoterapia para adultos] (6ª ed.). John Wiley & Sons.
- Kazantzis, N., Dattilio, F. M. y Dobson, K. S. (2017). *The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: A clinician's guide* [La relación terapéutica en la terapia cognitivo-conductual: una guía para el clínico]. The Guildford Press
- Lan, J. y Sher, T.G. (2019). Cognitive-behavioral family therapy [Terapia familiar cognitivo-conductual]. En J. L. Lebow, A. L. Chambers y D. C. Breunlin (Eds), *Encyclopedia of couple and family therapy* (pp. 497–505). Springer; Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_40
- Leahy, R. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy [La relación terapéutica en la terapia cognitivo-conductual]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 769–777. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004852>
- Lobban, F. y Barrowclough, C. (2016). An interpersonal CBT framework for involving relatives in interventions for psychosis: evidence base and clinical implications [Un marco de TCC interpersonal para involucrar a familiares en intervenciones para la psicosis: base de evidencia e implicaciones clínicas]. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 198–215. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9731-3>
- Moorey, S. y Lavender, A. (2019). *The foundations of the therapeutic relationship: therapist characteristics and change* [Los fundamentos de la relación terapéutica: características del terapeuta y cambio]. SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781526461568>
- Newman, C. F. y Kaplan, D. A. (2016). Essential dimensions/key principles [Dimensiones esenciales/principios clave]. En C. F. Newman & D. A. Kaplan (Eds.), *Supervision essentials for cognitive-behavioral therapy* (pp. 15–40). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14950-002>
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II [Relaciones de psicoterapia que funcionan]. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Psychology Today (21 junio, 2022). *Trauma-focused cognitive behavior therapy* [Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma] <https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/trauma-focused-cognitive-behavior-therapy>

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change [Las condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad]. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Tan, S. y Johnson, E. (15 abril, 2014). Can psychology be Christian? CCT Conversations // Eric Johnson & Siang-Yang Tan [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=bHFW_tOkaA4
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide* [Terapia de esquemas: una guía para el profesional]. The Guilford Press.

ATENCIÓN PLENA Y SU EFECTO EN SÍNDROMES AFECTIVOS Y ESTRÉS EN ALUMNOS UNIVERSITARIOS: METAANÁLISIS

MINDFULNESS AND ITS EFFECT ON AFFECTIVE SYNDROMES AND STRESS IN UNIVERSITY STUDENTS: A META-ANALYSIS

Marlo Obed Alcántara-Obando

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9034-5018>

Universidad César Vallejo, Perú

Gutember Peralta-Eugenio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1177-6088>

Universidad César Vallejo, Perú

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Alcántara-Obando, M. O. y Peralta-Eugenio, G. (2023). Atención Plena y su Efecto en Síndromes Afectivos y Estrés en Alumnos Universitarios: Metaanálisis. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 205-220. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.36532>



Resumen

Los síndromes afectivos (depresión, ansiedad) y el estrés son un problema de salud mental cuyas repercusiones se aprecian también en el contexto académico, principalmente en el universitario, con efectos adversos en el desempeño y alteraciones mentales de mayor gravedad, como el abandono de estudios o la ideación suicida. De las diferentes modalidades terapéuticas que destacan por su eficacia para intervenir en estos síndromes, la atención plena es, actualmente, una de las que cobran mayor fuerza. El objetivo de esta investigación es analizar la eficacia de la atención plena en los síndromes afectivos y estrés, para lo que se realizó un metaanálisis en el que se extrajo la información de 8 artículos científicos, seleccionados de los buscadores Scielo y PubMed. Se encontró que la atención plena tiene un efecto moderado al aplicarse para tratar la depresión ($d = .66$, IC 95% [.30–1.30]), grande para la ansiedad ($d = .88$, IC 95% [.56–1.21]) y un efecto moderado para el estrés ($d = -.71$ [IC 95%: -1.15–.28]). Se concluye que la intervención basada en la atención plena constituye una valiosa herramienta terapéutica en beneficio de la salud mental de universitarios/as, reduciendo los síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Palabras clave: atención plena, estrés, depresión, ansiedad, estudiantes, metaanálisis

Abstract

Affective syndromes (depression, anxiety) and stress are mental health problems that also have repercussions in the academic context, particularly in university students, with adverse effects on performance and more severe mental disorders, such as dropping out of school or suicidal ideation. Among the various therapeutic modalities that stand out for their effectiveness in intervening in these syndromes, mindfulness is currently one of the most popular. The objective of this research is to analyze the effectiveness of mindfulness in affective syndromes and stress, for which a meta-analysis was carried out in which information was extracted from 8 scientific articles, selected from the Scielo and PubMed search engines. It was found that mindfulness has a moderate effect when applied to treat depression ($d = .66$, 95% CI [.30–1.30]), large for anxiety ($d = .88$, 95% CI [.56–1.21]) and a moderate effect for stress ($d = -.71$ [95% CI: -1.15–.28]). It is concluded that mindfulness-based intervention constitutes a valuable therapeutic tool for the benefit of the mental health of university students, reducing symptoms of depression, anxiety, and stress.

Keywords: mindfulness, stress, depression, anxiety, students, meta-analysis

La salud mental, comprende un estado óptimo de las emociones, procesos cognitivos y estrategias de afrontamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). El desarrollo de estos recursos se relaciona directamente con el logro de altos niveles de bienestar en toda la población (OMS, 2004). Sin embargo, existe un incremento de las morbilidades en salud mental, donde la depresión lidera el ranking de principales patologías que afectan en todo el mundo (Kohnl et al., 2005; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). La misma OPS informó que los trastornos mentales, neurológicos y del comportamiento suponen el diez por ciento de la carga mundial de morbimortalidad y el 30% de aquellas patologías sin mortalidad.

Actualmente, del gasto destinado a salud general en el mundo, el 2'8% es destinado a salud mental. En países de bajo ingreso, el gasto es menor (0'5 %) en comparación al asignado en países de primer mundo (5'1 %) (OPS, 2020). En general, el gasto en salud mental es mucho menor al que se asigna a la salud física, por la cual la OPS promueve el equilibrio buscando incrementar actividades en salud mental bajo el concepto de inversiones costo-eficacia (OPS, 2019).

A partir de esto se entiende que el interés en mejorar la salud mental es algo latente. La misma OMS sugirió iniciar acciones preventivas, promocionales y de intervención en relación con este tema (OMS, 2019) con el propósito de paliar el incremento del número de pacientes con morbilidades mentales.

Este problema afecta diferentes contextos, como el universitario. En esta investigación se señala que la discusión sobre salud mental en universitarios/as no es nueva, sino un tema de discusión con larga trayectoria (Viciano et al., 2018). Las vivencias universitarias y su alto nivel de exigencia o “carga” académica conllevan conflictos cognitivo-emocionales en los estudiantes (Alarcón, 2019). La exigencia académica genera un nivel potencial de estrés similar al generado por la carga laboral (Garcés, 1995).

La evidencia empírica muestra que en universitarios/as de diferentes países se dan problemas de salud mental. Por ejemplo, en estudiantes británicos se observó el incremento de casos de ansiedad y depresión (Shackle, 2020); en universitarios/as chilenos, los estudiantes presentaron síntomas de ansiedad, estrés postraumático, ideación suicida y alteraciones del sueño (Cobo-Rendón et al., 2020) y la ansiedad fue identificada como un elemento esencial asociado a la deserción escolar (Caballero et al., 2018). En alumnos peruanos, el estrés se convirtió en uno de los principales determinantes que alteran la salud mental (Chau y Vilela, 2017).

En consecuencia, surge la necesidad de investigar estrategias, métodos y formas de intervención en los estudiantes universitarios/as. Tales estrategias deben evidenciar, científicamente, su eficacia en la salud mental, de tal modo, que se puedan potenciar las herramientas psicológicas utilizadas actualmente.

Un método de intervención que ha comenzado a utilizarse en el ámbito clínico y estudiantil es el *mindfulness*, también conocido como atención plena. Esta práctica milenaria busca lograr un “estado de conciencia no reactivo y no prejuicioso, de

aceptación y observación de la experiencia tal como es en el momento presente” (Miró y Simón, 2012, p. 19). Se trata de un estado atencional libre de suspicacias ante las vivencias del momento, que se ejercita a través de la meditación (Kabat-Zinn, 2003) y que incorpora un conjunto de normas y disciplinas orientadas a reducir el sufrimiento humano (Bodhi, 2011).

Los estudios sobre la atención plena en población clínica han revelado efectos favorables en la reducción de síntomas de depresión (Kingston et al., 2020), ansiedad, estrés (Lucena et al., 2020) y el control de reacciones impulsivas en la psicosis (López-Navarro et al., 2020). También se ha indicado que tiene efectos positivos sobre la empatía y autoeficacia (Chan et al., 2020), en la autocompasión (Gracia et al., 2018), el incremento de la expresividad emocional, el reconocimiento de sentimientos y la gestión de emociones (León et al., 2009).

En población universitaria, la atención plena también demostró efectos favorables sobre la depresión (Falsafi, 2016), la ansiedad (Baptista y Bizarro, 2015; Stinson et al., 2020), el estrés (Huberty et al., 2019, Lyzwinski et al., 2019), la atención (Baptista y Bizarro, 2015, Stinson et al., 2020), la gestión emocional (Chiodelli et al., 2018), la autoeficacia, relajación y rendimiento académico (Amutio-Kareaga et al., 2015) y el temperamento (Justo et al., 2010).

La amplia diversidad de resultados hace necesaria una sistematización para conocer mejor el efecto que tienen la atención plena sobre síntomas afectivos y estrés de alumnado universitarios. En este sentido, en esta investigación se plantea analizar el efecto de este modelo intervención en la depresión, la ansiedad y el estrés, además, identificar el modelo terapéutico de atención plena más utilizado y describir las características del tratamiento en cuanto a tiempo, cantidad de sesiones y técnicas terapéuticas.

Método

Estrategia de Búsqueda

Se exploraron artículos en las bases Scielo y PubMed, durante el mes de abril del 2021. La búsqueda comprendió publicaciones entre el 2011 y el 2021. Se utilizaron las palabras clave en español (“mindfulness en universitarios”, “atención plena en universitarios”) e inglés (“Mindfulness in university students”).

Selección de Estudios

Tomando como referencia las guías de la *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), los procedimientos de selección de estudios se organizaron en las siguientes etapas: a) Identificación, b) selección y c) extracción o inclusión.

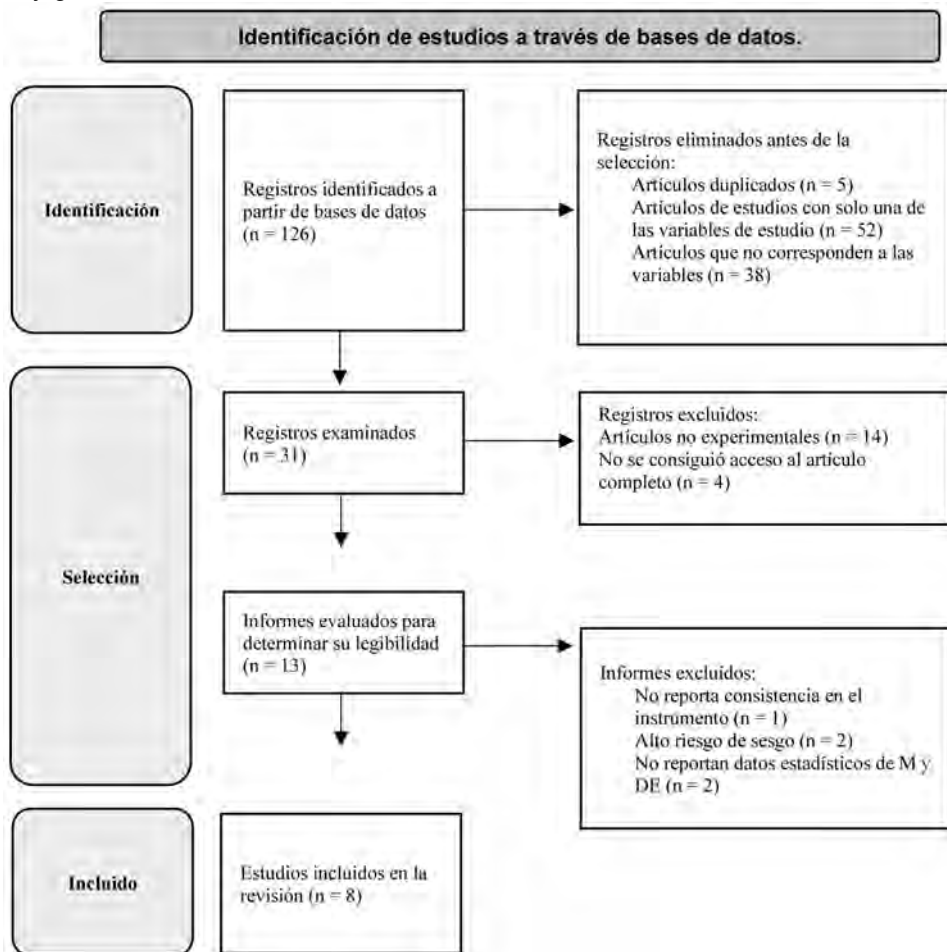
La muestra para la extracción consistió en ocho artículos seleccionados después de pasar por un proceso de selección en tres etapas (ver Figura 1): a) Identificación (n=31): en esta etapa se revisaron los títulos de 126 estudios encontrados y se

excluyeron aquellos que no respondían al tema de investigación ($n = 38$), estaban repetidos en más de una base de datos o revista ($n = 5$), analizaban solo una de las dos variables de estudio o no se realizaron en población universitaria ($n = 52$). b) Selección ($n = 17$): de los 31 estudios preseleccionados en la etapa anterior, después de revisar sus resúmenes, se eliminaron aquellos con diseño no experimental ($n = 14$) y aquellos a los que no se tuvo acceso ($n = 4$). c) Inclusión y extracción ($n = 8$): de los 13 estudios preseleccionados en la etapa anterior, después de revisar el documento completo, se excluyeron aquellos que mostraron un alto riesgo de sesgo ($n = 2$), no incluyeron estadísticas como la media y la desviación estándar ($n = 2$) y no indicaron la fiabilidad de las pruebas utilizadas ($n = 1$).

Extracción de Datos y Evaluación de la Calidad

La evaluación del sesgo de los estudios se analizó basándose en la guía de PRISMA (Page et al., 2021). Tomando en cuenta tres categorías: alto, poco claro y bajo riesgo (Higgins y Green, 2011).

Los sesgos analizados fueron: Sesgo de información de resultados, presente cuando se seleccionan estudios que no publican íntegramente sus resultados (ocultan o no los presentan completos) y presentan únicamente resultados favorables. Sesgo de deserción, presente cuando se incluyen estudios en los que existe alta deserción de participantes y no se explican las razones. Sesgo de medición, presente cuando los estudios seleccionados no reportan las medidas de confiabilidad en sus instrumentos empleados. Sesgo de asignación al azar, presente cuando los estudios no reportan una distribución basada en el azar en sus integrantes de grupo control y experimental. Sesgo de selección del participante, presente cuando no se menciona los procedimientos de selección para los participantes.

Figura 1*Flujograma de Selección de Artículos*

Nota. Se muestran las decisiones para selección de los artículos que cumplieron los criterios de selección para ser incluidos en el análisis.

Tras la valoración del sesgo, de los ocho estudios incluidos para la extracción, únicamente dos presentaron sesgo poco claro de deserción, y uno presenta riesgo poco claro de sesgo de selección del participante (ver Figura 2). Todos los estudios presentan bajo riesgo de calidad, informe de resultados, medición y asignación al azar. Los estudios con bajo riesgo de sesgo se mantuvieron en el estudio al hecho que la implicancia de este es mínima en el análisis. Según PRISMA, en la evaluación de si los riesgos de sesgo influyen en los resultados del estudio, señala que es necesario restringir el análisis de estudios primarios a todo estudio que se considera de bajo riesgo de sesgo (Page et al., 2021).

Figura 2*Riesgo de Sesgo de los Estudios*

Nota. La valoración del riesgo se realiza a través de las categorías propuestas en Higgins y Green (2011)

Procedimientos Metaanalíticos y Tamaño de Efecto

Se llevó a cabo un análisis separado del efecto de la atención plena en los síndromes clínicos: a) estrés, b) depresión y c) ansiedad. La elaboración de los *Forest Plot* se realizó tomando en cuenta medidas de efecto pre y postratamiento.

El análisis de la heterogeneidad se realizó por medio de los estadísticos Q e I^2 . La valoración del estadístico Q se realizó tomando en cuenta la significación estadística, cuando el valor obtenido es bajo se indica la presencia de heterogeneidad significativa, pero dada sus limitaciones se tendrá en cuenta un valor alto de significación ($p < .10$; Higgins et al., 2003). Luego, la magnitud de la heterogeneidad, analizada mediante el estadístico I^2 , el cual indica la variación total observada entre los estudios que se debe a la heterogeneidad real más que al azar, se valora a partir de los siguientes puntos de corte: muy baja (<25%), baja (25%-49%), moderada (50%-74%) y alta ($\geq 75\%$) (Higgins et al., 2003).

El sesgo de publicación fue revisado según el *Funnel plot*. La distribución dada de manera simétrica en el gráfico indicaría la falta de sesgo de publicación. Lo contrario, una concentración mayor en uno de los lados indicaría la falta de sesgo.

Las mediciones estadísticas necesarias, extraídas de los estudios, fueron la media y desviación estándar. La medida de tamaño de efecto usada fue el coeficiente d de cohen en conjunto con los intervalos de confianza en un 95% de confianza (IC95%). Se analizaron los datos agrupándolos con base en un modelo de efecto aleatorio. El software de ayuda para el cálculo fue Jamovi 1.2.27. Del mismo software se extrajeron los gráficos de *forest plot*.

Resultados

De los ocho estudios seleccionados (ver Tabla 1), el 62'5% eran ensayos aleatorios controlados y el 37'5% no controlados. En total, participaron 809 estudiantes universitarios, de los cuales el 47'8% fueron asignados a grupos experimentales y el 52'2% a grupos de control. Los participantes eran hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 40 años ($M = 22'95$).

Después de promediar la cantidad de sesiones, el tiempo empleado en cada sesión (en minutos) y el periodo requerido para el tratamiento (en semanas) de los ocho estudios, con el objetivo de obtener una referencia estándar para la aplicación de tratamientos basados en la atención plena, se encontró que, en promedio, estos tratamientos se realizan en 10 sesiones, cada sesión dura aproximadamente 66 minutos (1 hora) y las 10 sesiones se desarrollan en un periodo de 7 semanas.

En relación con el modelo de atención plena utilizado en los estudios, fueron dos: reducción del estrés basada en la atención plena (REBAP) y entrenamiento breve de la meditación enfocada (EBME). El modelo REBAP fue usado en el 87'5% de los estudios ($n = 7$) (Abdelkarim y Mohammad, 2017; Amutio-Kareaga et al., 2015; Carpena y Menezes, 2018; De Vibe et al., 2013; Falsafi, 2016; Franco et al., 2011) y el EBME se usó en el 12.5% ($n=1$) (Baptista y Bizarro, 2015).

Tabla 1

Características de los Universitarios/as y Modelo de Tratamiento

Autor (Año)	Base de datos	Muestra	Sexo	Edad	Diseño de estudio	Nº sesiones	Duración	Modelo de tratamiento
Carpena y Menezes, 2018	Scielo	GC (n = 27) GE (n = 29)	AG	entre 20 y 40 años ($M = 25.85$)	ECNA	6	75" (6 semanas)	REBAP
Amutio-Kareaga et al. (2015)	Scielo	GC (n = 22) GE (n = 21)	47 % M, 53 % H	entre 16 y 19 ($M = 17.05$)	ECNA	8	90" (8 semanas)	REBAP
Franco et al. (2011)	Scielo	GC (n = 27) GE (n = 26)	86.8 % M, 13.2 % H	entre 19 y 34 ($M = 26.78$)	ECNA	10	90" (10 semanas)	REBAP
Baptista y Bizarro (2015)	Scielo	GC (n = 19) GE (n = 14)	57.7 % M, 42.3 % H	entre 20 y 40 ($M = 26.78$)	ECA	5	20" (5 días)	EBME
Huberty et al. (2019)	PubMed	GC (n = 47) GE (n = 41)	89.8 % M, 10.2 % H	entre 18 y 29 ($M = 21.13$)	ECA	8	30" por semana o 10" diarios (8 semanas)	REBAP
Falsafi (2016)	PubMed	GCyoga (n = 23) GC (n = 23) GE (n = 21)	AG	entre 18 y 24 ($M = 20.19$)	ECA	8	75" (8 semanas)	REBAP

Autor (Año)	Base de datos	Muestra	Sexo	Edad	Diseño de estudio	N° sesiones	Duración	Modelo de tratamiento
Abdelkarim y Mohammad (2017)	PubMed	GCEjercicios (n = 90) GE (n = 91)	61.9 % M, 38.1 % H	(M = 22)	ECA	30	60" (10 semanas, 3 sesiones semanales)	REBAP
De Vibe et al. (2013)	PubMed	GC (n = 144) GE (n = 144)	AG	(M = 23.8)	ECA	6	90" (6 semanas) / 1 sesión de 1200"	REBAP

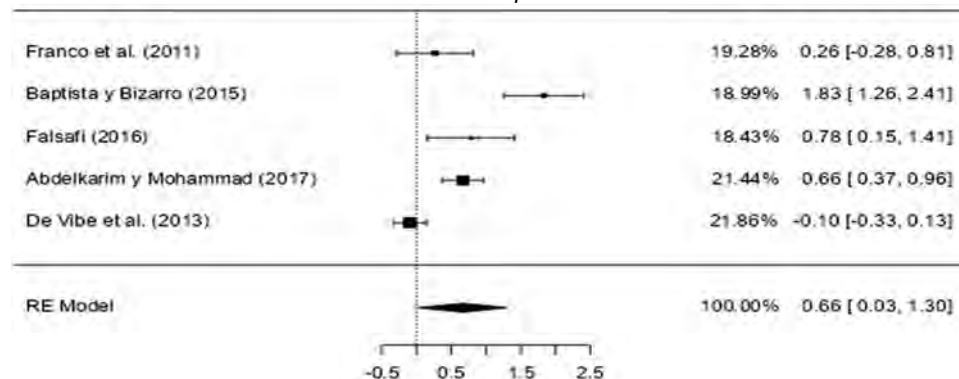
Nota. GE: Grupo experimental; GC: Grupo control; AG: Ambos géneros, no detalla porcentajes según género; ECA: Ensayo controlado aleatorizado; ECNA: Ensayo controlado NO aleatorizado; REBAP: Reducción del estrés basada en la atención plena; EBME: Entrenamiento breve de la meditación enfocada

En relación con las estrategias terapéutica basadas en atención plena. Los estudios mostraron preferencia por las estrategias terapéuticas de exploración corporal o *body scan* (75%), seguida de la meditación enfocada (37'5%) y, con la misma preferencia la observación de la respiración (25%), la meditación *fluir* (25%) y la meditación en la bondad amorosa y perdón (25%); además, se utilizaron estrategias terapéuticas de meditación en caminata, meditación sentada y silenciosa, meditación grupal y meditación libre en casa. Aunque, también se hizo uso de otras estrategias como la psicoeducación, metáforas e imaginación, prácticas de relajación y ejercicios físicos.

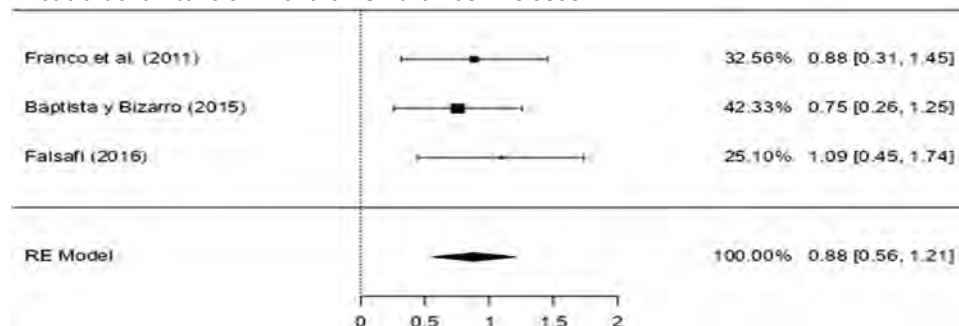
Los tratamientos se aplicaron, según sintomatología, de la siguiente manera: 37'5% síndromes depresivos ($n = 3$) (Abdelkarim y Mohammad, 2017; Baptista y Bizarro, 2015; De Vibe et al., 2013; Falsafi, 2016; Franco et al., 2011), 25% síndromes ansiosos ($n = 2$) (Baptista y Bizarro, 2015; Falsafi, 2016; Franco et al., 2011) y 75% reacción al estrés ($n = 6$) (Amutio-Kareaga et al., 2015; Baptista y Bizarro, 2015; Carpena y Menezes, 2018; De Vibe et al., 2013; Falsafi, 2016; Huberty et al., 2019).

La intervención de atención plena sobre la depresión (ver Figura 3), también alcanzó efecto moderado ($n = 315$, $d = 0'66$; IC 95% [0'30–1'30]) y la heterogeneidad fue alta ($I^2 = 92'01\%$). En relación con los estudios, también se consideraron, únicamente, aquellos de calidad media o alta. No se advirtió sesgo de publicación en los estudios seleccionados (Egger = 1'25, $p > 0'05$).

La atención plena sobre la ansiedad (ver Figura 4) demostró efecto grande ($n = 80$, $d = 0'88$; IC 95% [0'56–1'21]). Sin embargo, a pesar de que los estudios seleccionados no mostraron sesgo de selección (Egger = 0'81, $p > 0'05$), la heterogeneidad mostró nivel bajo (0%).

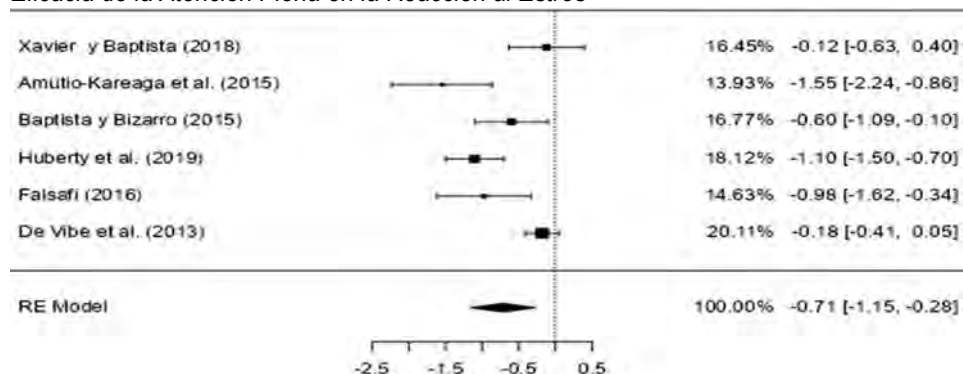
Figura 3*Eficacia de la Atención Plena en Síndromes Depresivos.*

Nota. El valor fuera del corchete representa la medida de efecto (*d* de Cohen). Al interior del corchete se reportan las medidas del intervalo de confianza (IC 95%).

Figura 4*Eficacia de la Atención Plena en Síndromes Ansiosos*

Nota. El valor fuera del corchete representa la medida de efecto (*d* de Cohen). Al interior del corchete se reportan las medidas del intervalo de confianza (IC 95%).

Sobre la eficacia del modelo de atención plena sobre el estrés (ver Figura 5), se indican medidas de tamaño de efecto de magnitud moderada ($n = 247$, $d = -0.71$; IC 95% [-1.15–0.28]) con un grado de heterogeneidad alta ($I^2 = 82.33\%$). Solo se incluyeron estudios con calidad puntuada como media o alta. No se advirtió sesgo de publicación en los estudios seleccionados (Egger = -1.54, $p > 0.05$).

Figura 5*Eficacia de la Atención Plena en la Reacción al Estrés*

Nota. El valor fuera del corchete representa la medida de efecto (d de Cohen). Al interior del corchete se reportan las medidas del intervalo de confianza (IC 95%).

Discusión

En esta investigación se analizó el efecto de las intervenciones basadas en la atención plena en síndromes afectivos (depresión, ansiedad) y estrés, utilizando datos extraídos de estudios primarios. Los resultados demostraron que la intervención fue eficaz en los tres síndromes clínicos analizados, siendo el mayor grado de eficacia en el síndrome de ansiedad. En los tres síndromes (ansiedad, depresión y estrés), los datos mostraron una reducción de los síntomas cuando los estudiantes universitarios participaron en estrategias de intervención basadas en la atención plena.

Los hallazgos de esta investigación son consistentes con los resultados publicados en otros metaanálisis que han estudiado el efecto positivo de las estrategias de atención plena en síndromes clínicos como el estrés en adultos (Araujo et al., 2019; Spijkerman et al., 2016), la depresión en población clínica (Kuyken et al., 2016) y la ansiedad (Ma et al., 2022). Esta investigación aporta conocimiento sobre un grupo poblacional que no había sido considerado previamente en este tipo de estudios: los estudiantes universitarios. A diferencia de esta investigación, los estudios citados se centraron en adultos o población clínica. Sus datos permitieron demostrar que tanto pacientes con cuadros clínicos como adultos en general pueden experimentar mejoras en la reducción de los síntomas de los cuadros estudiados. En resumen, los datos encontrados en esta investigación, junto con la evidencia previa, demuestran que las estrategias basadas en la atención plena son adecuadas y eficaces para el tratamiento de diferentes grupos poblacionales.

Además, estos hallazgos son consistentes con los resultados de una revisión sistemática que estudió la atención plena en estudiantes universitarios y concluyó que esta es un factor influyente en su desarrollo (Viciano et al., 2018). Aunque ambos estudios informan sobre la importancia de la atención plena en la población

universitaria, esta investigación profundiza los hallazgos al basarse en la revisión de estudios con diseños aplicados (ensayos controlados y no controlados). Según estos datos, el desarrollo de programas basados en la atención plena tendría un papel importante en la mejora de la salud mental de los estudiantes universitarios, ya sean pedagógicos (Viciano et al., 2018) o psicoterapéuticos (como se informa en esta investigación).

La mayoría de los estudios que hemos seleccionado utilizaron el modelo de reducción del estrés basado en la atención plena (siete de ocho estudios), mientras que solo uno utilizó el modelo de entrenamiento breve en meditación enfocada. Esto sugiere que el modelo de reducción del estrés basado en la atención plena es el preferido en los estudios citados. Esta preferencia es coherente con el respeto que se le ha tenido durante varios años por su eficacia en las intervenciones (Brito Pons, 2011). Su eficacia se atribuye a que ayuda al practicante a desarrollar la capacidad de reconocer sus pensamientos como simples “pensamientos” y no como leyes o dogmas indiscutibles. Al desarrollar esta capacidad, el practicante puede desidentificarse gradualmente de sus emociones conflictivas y, en cambio, evaluar las circunstancias de su vida y responder de manera creativa y efectiva, garantizando un desarrollo mental exitoso (Kabat-Zinn, 1990; Segal et al., 2002). De acuerdo con la explicación teórica, los datos de esta investigación sugieren que los estudiantes universitarios que lograron reducir los síntomas de ansiedad, depresión o estrés desarrollaron la capacidad de reconocer sus pensamientos y desidentificarse de sus emociones negativas.

En el modelo de reducción de estrés basado en la atención plena se utilizaron diversas técnicas terapéuticas, que se clasificaron en tres categorías: a) técnicas de atención plena, como el escaneo corporal, la observación de la respiración, meditación enfocada, meditación *fluir* y meditación de bondad; b) técnicas cognitivas, como la psicoeducación, metáforas, observación de procesos mentales e imaginación guiada; y c) técnicas conductuales, como ejercicios físicos y conductuales. Las técnicas de atención plena han demostrado ser beneficiosas para estimular y desarrollar habilidades básicas como la atención sostenida o el reenfoque de la atención en estudiantes universitarios (Gilbert, 2010). Por otro lado, las técnicas cognitivas han demostrado ser eficaces para desarrollar habilidades metacognitivas o la capacidad de tomar conciencia de la propia forma de pensar, creer y suponer (Kabat-Zinn, 1990). Los datos obtenidos en conjunto con estudios previos sugieren que el éxito en la reducción de los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés está relacionado con la práctica de estas técnicas por parte de los estudiantes universitarios. Los estudiantes que lograron desarrollar habilidades básicas de atención sostenida o reenfoque a través de la práctica meditativa y habilidades metacognitivas a través de las técnicas cognitivas serían capaces de generar una mayor conciencia sobre su enfermedad y una mayor capacidad para enfrentarla y superarla, lo que les permitiría reducir sus síntomas.

El conocimiento obtenido en esta investigación servirá para la elaboración

de protocolos de intervención basados en la atención plena en universitarios/as, al considerar aspectos como: el modelo de atención plena a elegir, la duración del tratamiento, la cantidad de sesiones y el tiempo de sesión a emplear. Los principales beneficiarios de los aportes obtenidos en esta investigación serán los estudiantes, pero, también se beneficiarán los profesionales encargados de velar por la salud o bienestar mental de los estudiantes; principalmente terapeutas, psicólogos, consejeros, tutores y demás profesionales con competencias o formación en la atención plena; capaces de poner en práctica programas de intervención basados en la atención plena.

En resumen, la atención plena demostró ser una herramienta valiosa para intervenir en estudiantes universitarios que presentan ansiedad, depresión y/o estrés, ofreciendo garantías para mejorar su salud mental. Sin embargo, es importante tener en cuenta algunas limitaciones de la investigación. En primer lugar, los estudios seleccionados para la extracción fueron revisados por solo dos revisores, mientras que PRISMA y Cochrane sugieren un mínimo de tres para reducir el sesgo de selección. Aunque dos revisores reducen la probabilidad de sesgo, futuros investigadores deberían considerar este criterio para aumentar la rigurosidad en los metaanálisis. En segundo lugar, las intervenciones se seleccionaron teniendo en cuenta el modelo de intervención, pero no se consideró la modalidad en que se aplicaron (presencial o remota). Uno de los estudios se realizó a través de dispositivos móviles, mientras que el resto se llevó a cabo de manera presencial. Esto puede influir en los resultados y debería ser considerado en futuras investigaciones. En tercer lugar, el número de estudios incluidos en el metaanálisis es pequeño, al igual que el número de bases de datos consultadas (dos), especialmente para la depresión (cinco estudios) y la ansiedad (tres estudios). Esto puede generar riesgo de hacer menos estables y representativos los hallazgos presentados. Por lo tanto, se sugiere tomar los resultados con precaución.

A pesar de las limitaciones, los hallazgos de esta investigación constituyen un importante aporte sobre la efectividad de las intervenciones basadas en la atención plena para tratar la ansiedad, la depresión y el estrés. Sin embargo, en futuros estudios sería necesario analizar el efecto de este tratamiento no solo en cuadros clínicos, sino también en factores de afrontamiento y recursos de la psicología positiva. Actualmente, el interés en variables de la psicología positiva está ganando relevancia en el campo académico. Además, sería útil realizar análisis del efecto de los diferentes modelos de atención plena de manera independiente y ampliar la búsqueda de estudios en otras bases de datos.

Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco indican estudios incluidos en el metaanálisis.

- Abdelkarim, F. y Mohammad, S. (2017). Mindfulness meditation versus physical exercise in the management of depression among nursing students [Meditación de atención plena versus ejercicio físico en el manejo de la depresión entre estudiantes de enfermería]. *Journal of Nursing Education*, 56(10), 599-604. <https://doi.org/10.3928/01484834-20170918-04>
- Alarcón, R. D. (2020). La salud mental de los estudiantes universitarios. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 219-221. <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3655>
- *Amutio-Kareaga, A., Franco, C., Gázquez, J. y Mañas, I. (2015). Aprendizaje y práctica de la conciencia plena en estudiantes de bachillerato para potenciar la relajación y la autoeficacia en el rendimiento escolar. *Universitas Psychologica*, 14(2), 433-443. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-2.apcp>
- Araujo, R. V., Fernandes, A. F. C., Nery, I. S., Andrade, E. M. L. R., Nogueira, L. T. y Azevedo, F. H. C. (2019). Efeito da meditação no nível de estresse psicológico de mulheres com neoplasia mamária: revisão sistemática [Efecto de la meditación sobre el nivel de estrés psicológico en mujeres con cáncer de mama: revisión sistemática]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03529. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018031303529>
- *Baptista, C. y Bizarro, L. (2015). Effects of a brief meditation training on negative affect, trait anxiety and concentrated attention [Efectos de un breve entrenamiento de meditación sobre el afecto negativo, el rasgo de ansiedad y la atención concentrada]. *Paidéia*, 2(62), 393-401. <https://doi.org/10.1590/1982-43272562201513>
- Bodhi, B. (2011). What does mindfulness really mean? A canonical perspective [¿Qué significa realmente la atención plena? Una perspectiva canónica]. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 19-39. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564813>
- Brito Pons, G. (2011). Programa de reducción del estrés basado en la atención plena: un estudio exploratorio de su aplicación en un Hospital Público semi-rural del Sur de Chile. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 10(1), 221-242. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue1-fulltext-121>
- Caballero, C., Gallo, Y. y Suarez, Y. (2018). Algunas variables de salud mental asociadas con la propensión al abandono de los estudios universitarios. *Psychología: Avances de la Disciplina*, 12(2), 37-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7050917>
- *Carpena, M. X. y Menezes, C. B. (2018). Efeito da meditação focada no estresse e mindfulness disposicional em universitários [Efecto de la meditación enfocada en el estrés y la atención plena disposicional en las universidades]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e3441. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3441>
- Chan, S. H. W., Yu, C. K.-C. y Li, A. W. O. (2021). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial [Impacto de la terapia cognitiva basada en la atención plena en la autoeficacia del asesoramiento: un ensayo cruzado controlado aleatorio]. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 360-368. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.022>
- Chau, C. y Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes Universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología*, 35(2), 387-422. <https://doi.org/10.18800/psico.201702.001>
- Chiodelli, R., Mello, L. T. N., Jesus, S. N. y Andretta, I. (2018). Effects of a brief mindfulness-based intervention on emotional regulation and levels of mindfulness in senior students [Efectos de una intervención breve basada en mindfulness sobre la regulación emocional y los niveles de mindfulness en estudiantes de último año]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0099-7>
- Cobo-Rendón, R., Vega-Valenzuela, A. y García-Álvarez, D. (2020). Consideraciones institucionales sobre la Salud Mental en estudiantes universitarios durante la pandemia de Covid-19. *CienciaAmérica*, 9(2), 1-8. <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.322>
- *De Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friburgo, O., Rosenvinge, J., Sørli, T. y Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students [Entrenamiento de mindfulness para el manejo del estrés: un estudio controlado aleatorio de estudiantes de medicina y psicología]. *BMC Medical Education*, 13(1), 107-117. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-107>
- *Falsafi, N. (2016). A randomized controlled trial of mindfulness versus yoga: effects on depression and/or anxiety in college students [Un ensayo controlado aleatorio de mindfulness versus yoga: efectos sobre la depresión y/o la ansiedad en estudiantes universitarios]. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(6), 1-15. <https://doi.org/10.1177/1078390316663307>

- *Franco, C., Milina, A., De la Fuente, M. y Salvador, M. (2011). Modificación de variables de personalidad mediante la aplicación de un programa psicoeducativo de conciencia plena [mindfulness] en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 136-147. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/808>
- Garcés, E. (1995). Burnout en niños y adolescentes: Un nuevo síndrome en psicopatología infantil. *Psicothema*, 7(1), 33-40. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=954>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: distinctive features* [Terapia centrada en la compasión: características distintivas]. Routledge.
- Gracia, R., Ferrer, J., Ayora, A., Alonso, M., Amutio A. y Ferrer R. (2018). Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el agotamiento, la empatía y la autocompasión. *Medicina Intensiva*, 43(4), 207-216. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.02.005>
- Higgins, J. y Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* [Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones] (Vol. 4.). Wiley. https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/Manual_Cochrane_510_reduit.pdf
- Higgins, J., Thompson S., Deeks J. y Altman D. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses [Medición de la inconsistencia en los metanálisis]. *BMJ*, 327(7414), 557-560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
- *Huberty, J., Green, J., Glissmann, C., Larkey, L., Puzia, M. y Lee, C. (2019). Efficacy of the mindfulness meditation mobile app “calm” to reduce stress among college students: randomized controlled trial [Eficacia de la aplicación móvil de meditación mindfulness “calm” para reducir el estrés entre estudiantes universitarios: ensayo controlado aleatorio]. *JMIR Mhealth Uhealth*, 7(6), 1-17. <https://doi.org/10.2196/14273>
- Justo, C., Molina, A., De la Fuente, M. y Salvador, M. (2010). Modificación de variables de personalidad mediante la aplicación de un programa psicoeducativo de conciencia plena [mindfulness] en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 136-147. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242011000100011&lang=es
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* [Vivir en plena catástrofe: usar la sabiduría de tu cuerpo y mente para enfrentar el estrés, el dolor y la enfermedad]. Delacorte Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future [Intervenciones basadas en mindfulness en contexto: pasado, presente y futuro]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kingston, J., Becker, L. Woeginger, J. y Ellett L. (2020). A randomised trial comparing a brief online delivery of mindfulness-plus-values versus values only for symptoms of depression: Does baseline severity matter? [Un ensayo aleatorio que compara una breve entrega en línea de valores de atención plena versus valores solo para los síntomas de depresión: ¿Importa la gravedad inicial?] *Journal of Affective Disorders*, 276(1), 936-944. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.087>
- Kohnl, R., Levav, I., Caldas, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, Sh. y Saraceno, B. (2019). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana Salud Publica*, 18(4/5), 225-240. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8038>
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R. y Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials [Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en la prevención de la recaída depresiva: un metanálisis de datos de pacientes individuales de ensayos aleatorios]. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565-574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- León, B., Martin, E., Otero, C., Felipe, E. y García, A. (2009). Atención plena e inteligencia emocional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 271-278. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320029.pdf>
- López-Navarro, E., Del Canto, C., Mayol, A., Fernández-Alonso, O., Reig, J. y Munar, E. (2020). Does mindfulness improve inhibitory control in psychotic disorders? A randomized controlled clinical trial [¿Mejora el mindfulness el control inhibitorio en la psicosis? Un ensayo clínico aleatorizado y controlado]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(3), 192-199. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.002>
- Lucena, L., Frange, C., Pinto, A., Andersen, M., Tufik, S. y Hachul, H. (2020). Mindfulness interventions during pregnancy: A narrative review [Intervenciones de mindfulness durante el embarazo: una revisión narrativa]. *Journal of Integrative Medicine*, 18(6), 470-477. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2020.07.007>

- Ma, L., Wang, Y., Pan, L., Cui, Z. y Schluter, P. J. (2022). Mindfulness-informed (ACT) and Mindfulness-based Programs (MBSR/MBCT) applied for college students to reduce symptoms of depression and anxiety [Programas basados en Mindfulness (ACT) y Mindfulness-based (MBSR/MBCT) aplicados a estudiantes universitarios para reducir los síntomas de depresión y ansiedad]. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32(4), 271-289. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2022.05.002>
- Miró, M. y Simón, V. (2012). Mindfulness en la práctica clínica. Desclee de Brouwer.
- Lyzwinski, L., Caffery, L., Bambling, M. y Edirippulige, S. (2019). The mindfulness app trial for weight, weight-related behaviors, and stress in university students: randomized controlled trial [La prueba de la aplicación mindfulness para el peso, las conductas relacionadas con el peso y el estrés en estudiantes universitarios: prueba controlada aleatoria]. *JMIR mhealth and uhealth*, 7(4), 1-19. <https://doi.org/10.2196/12210>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en salud mental. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud (3 de octubre, 2019). Salud mental. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health#:~:text=La%20OMS%20trabaja%20para%20mejorar,las%20personas%20con%20trastornos%20mentales.>
- Organización Panamericana de la Salud. (5 de octubre 2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Panamericana de la Salud. (1 de marzo 2019). OPS insta a aumentar la inversión en salud mental. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14999:mental-health-spending-must-increase-in-order-to-meet-current-needs-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, t., Mulrow, c., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, j., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P. y Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews [La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas]. *Research Methods & Reporting*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse* [Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión: un nuevo enfoque para prevenir las recaídas]. Guilford Press.
- Shackle, S. (27 de septiembre, 2020). The way universities are run is making us ill': inside the student mental health crisis [La forma en que se administran las universidades nos está enfermando': dentro de la crisis de salud mental de los estudiantes]. *The guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2019/sep/27/anxiety-mental-breakdowns-depression-uk-students>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M. y Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials [Efectividad de las intervenciones en línea basadas en mindfulness para mejorar la salud mental: una revisión y metanálisis de ensayos controlados aleatorios]. *Clinical Psychology Review*, 45, 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Stinson, C., Deges, E., Hale, G., Knight, S., Pipkins, C., Hall, I., White, K., Thompson, N. y Wright, C. (2020). Mindfulness meditation and anxiety in nursing students [Meditación mindfulness y ansiedad en estudiantes de enfermería]. *Research Brief*, 41 (4), 244-245. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000635>
- Viciano, V., Fernández, A., Linares, M., Espejo, T., Puertas, P. y Chacón, R. (2018). Los estudios universitarios y el mindfulness. una revisión sistemática. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad Eficacia y Cambio en Educación*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.15366/reice2018.16.1.008>

RECENSIÓN DE LIBROS | REVIEW OF BOOK

DESORGANIZACIÓN DEL APEGO, CLÍNICA Y PSICOTERAPIA CON ADULTOS

Ignacio Serván

Editorial: Desclee de Brouwer

Páginas: 336

ISBN: 9788433032164

Año de publicación: 2023



Francisco José Iruela Bustos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4482-8350>

Psicoterapeuta Col. CV15722. Valencia, España

Resumen

En esta reseña, se habla acerca del libro “Desorganización del apego”, del psicólogo clínico, psicoterapeuta y supervisor acreditado por la Asociación Española de Psicoterapias constructivistas (ASEPCO).

¿Por Dónde Comenzamos? Por el Principio

A un paciente le solía preguntar por dónde comenzamos y él, con una sonrisa decía: “por el principio”. Hagámosle caso. John Bowlby, creador del concepto de apego, hablaba de tendencias innatas a solicitar cuidado, ayuda y protección ante el peligro, y consuelo ante el dolor. Son conductas que se dan “desde la cuna a la tumba”.

El autor de este manual, realiza una revisión homérica de la teoría del apego, focalizándose en los conceptos de Apego Desorganizado (AD) y Desorganización del Apego (DA). En esta reseña hablaré de DA, ya que AD como categoría de apego presenta graves problemas, que no se tratarán aquí. Tampoco existe una

Fecha de recepción: 4 de septiembre de 2023. Fecha de aceptación: 14 de septiembre de 2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: fcoiruela@gmail.com

© 2023 Revista de Psicoterapia



definición pulida acerca de DA. Pero podemos entenderla como “la dificultad para mantener un patrón estable de comportamiento”. Lo cual “implica desregulación o una regulación precaria, potencialmente desadaptativa”. Como iremos viendo, su característica principal es la falta de integración, es decir, la incapacidad de procesar información experiencial cuando hay componentes contrapuestos.

Desde Bowlby, han surgido equipos de investigación, que han aprovechado el terreno fértil que dejó. Un hecho señalo como crucial: la creación de la Entrevista de Apego Adulto, por el grupo de Mary Main, a principios de los 80. En esta entrevista, se analizan los discursos de los padres, el modo que tienen de organizar su narrativa, su historia personal. Como señala Serván sobre este instrumento “es una prueba de estrés para el funcionamiento reflexivo”. Por funcionamiento reflexivo se entiende la capacidad psicológica “que organiza la experiencia de uno mismo y el comportamiento de los demás, en términos de estados mentales”. En dichos discursos, empezaron a observar estados mentales que podemos etiquetar como irresueltos, esto es, una falta de integración en la narrativa, una acumulación de incongruencias y lapsos. Refieren experiencias que fueron difíciles e intensas. El resultado es la distorsión del sentido del self, de los demás y el mundo. Ejemplos pueden ser pérdidas precoces, y otra serie de experiencias agrupadas como traumas. Formularon buenas hipótesis: ¿y si estos estados mentales irresueltos afectan al vínculo con el bebé? Por tanto: ¿y si estos estados mentales irresueltos crean patrones que se transmiten intergeneracionalmente? Bingo.

Las reglas tácitas del vínculo con los padres, van moldeando la experiencia de los infantes. Las van internalizando. ¿Qué pasa entonces si dichas reglas son poco claras e incluso contradictorias? Unas reglas perturbadas por los estados mentales irresueltos de los cuidadores. Esto implica que los guiones acerca del self, del mundo y de uno mismo con los otros significativos, queda dañada. Tenemos entonces las puertas abiertas para afectar a los modos de procesar la experiencia. De ahí hacia la desorganización del apego. El infante no puede predecir el comportamiento de sus padres, fallando la reducción de incertidumbre, una necesidad universal. Pues como dice el autor: “en ausencia de predictibilidad, no hay regulación posible”, no se puede dar “la expectativa de que el malestar va a ser regulado”, ya que “explorar y cambiar es más sencillo cuando uno puede confiar en que va a volver a un estado de regulación egosintónico”. Un ejemplo ilustrativo está en la carta nº11 Alejandra Pizarnik a su ex psicoanalista León Ostrov: “Yo creo que hay algo muy complejo y difícil y terrible en la gente como yo: los que no quieren curarse y demandan ayuda: ayúdame pues no quiero que me ayuden”.

La aventura continuó, y por desgracia, la Fortuna jugó sus cartas. No hay ninguna colaboración humana en armonía perpetua. La Ciencia no es hierática. Como señala Serván “parte de las distorsiones y malentendidos en relación con la DA tienen su origen en que los intereses personales se hayan antepuesto al rigor en el conocimiento”. Así que, cada cual miró por su parcela de reconocimiento. Por estos motivos, se desarrolla en el libro de manera muy instructiva los “mitos

y errores comunes en torno a la desorganización del apego”.

Hacia la Integración: Júntate y Vencerás

El autor encauza gran cantidad de datos, para que podamos ver las variables áureas, que aguantan el paso del tiempo. Dos de ellas, interdependientes, son el sistema de apego y el sistema de exploración. El concepto que a mi entender ejerce como correa de transmisión es la “asociación corregida por metas”. Es una estrecha colaboración entre la madre y el bebé para desarrollar el “vínculo a tres” (tú, yo y el mundo), persiguiendo objetivos, interregulándose a la manera de GPS (siempre hay recálculos en dicho triángulo dinámico). Variables como la predictibilidad, firmeza y compartición de los estados mentales, influyen fuertemente en la seguridad del sistema de apego, lo cual modula el sistema de exploración del entorno.

Serván, tras repasar todas las teorías científicas sobre el apego, aporta un modelo integrativo. Lo llama: “un mapa imperfecto”. Pero, ¿podría ser de otra manera? Se correría el riesgo de ser un idealista poco dado al pragmatismo, al asemejar el mapa al territorio, como cuenta Borges en “Del rigor en la Ciencia”. Serván al exponer su modelo integrativo se pregunta: ¿puede la teoría del apego ser en adultos la llave para conectar la psicopatología con la personalidad?

Para ello, propone un planteamiento dimensional. La mayoría de estudios, se han centrado, por dificultades metodológicas y errores de planteamiento, en estudios categoriales (apego evitativo, apego seguro, apego ambivalente/resistente y desorganizado, generalmente). Sin embargo, la acumulación de datos habla de un continuum. Pasar del 2D al 3D. La visión dimensional es una perspectiva que también se están dando en otras áreas, como la Psicopatología. Prueba de ello son las constantes críticas a los manuales categoriales como el DSM, entre otros.

Habla de dos dimensiones que se dan simultáneamente en la experiencia subjetiva:

-Dimensión vertical: niveles de organización de la personalidad (aquí el autor muestra una deuda con V. Guidano) que puede ser normal, neurótico, borderline y psicótico. También se tiene en cuenta también el nivel de integración de las vivencias inmediatas (de alta a baja integración).

-Dimensión horizontal del apego: estilos de personalidad/procesamiento. Son organizaciones de significado, se corresponden con los estilos de vincularse tipo A, C y A/C del modelo DDM-A de P. Crittenden. Se debe de tener en cuenta la distorsión/desorganización de cada estilo.

La DA puede darse tanto en niveles de alta como baja integración de las experiencias. En el procesamiento de alta-moderada integración, la desorganización es puntual, a través de un episodio. Se puede hablar de “impasses de desorganización”, lo que puede representarse como “agujeros negros” en la narrativa. La desorganización de carácter episódica puede también definirse como colapsos de significación, porque son “representaciones oscilantes que no se pueden integrar”. Tras el episodio, la persona, puede

reestructurarse, darle un sentido a posteriori a lo que ha vivido, con mayor o menor dificultad. Pero también tenemos una desorganización más de carácter estructural. Viene entonces al caso hablar de “pervasividad” de la desorganización. En adelante para abreviar hablaré solo de pervasividad (pervasiveness). La pervasividad es “la cualidad de pervasivo, que se extiende al total de algo y se convierte en una característica obvia de ese algo”. El término aúna los términos de intrusividad y extensión. A medida que hay menos integración en el procesamiento experiencial, hay más pervasividad en el proceso de DA. Así, aquella reflejará el grado de colonización del aparato psicológico de la persona. Existe una correlación inversa entre pervasividad y capacidad de integración. Cuánta más pervasividad menos integración y viceversa. Una alta pervasividad correlaciona con los trastornos de personalidad, con la desestructuración de la identidad. Pensad en Venom, personaje del universo Marvel, de la saga Spiderman. Recuerdo que, en los dibujos, Venom era una piedrita fangosa, parecida al petróleo. En cuanto se aferraba al cuerpo de Peter Parker, se hacía con el control, se insertaba en él. Entonces Parker tenía que luchar con todas sus fuerzas contra la invasión de Venom en su conciencia. Así es la pervasividad de la DA, desintegra las experiencias y a falta de estructura y compensaciones, avanza en su poder. Las condiciones necesarias para que se dé esa piedrita fangosa, así como su gravedad son las adversidades acumulativas. Los pacientes suelen olvidarse de esto.

-¿De qué?

-De que tu historia es fruto de tus circunstancias y de contar o no con recursos, en gran parte.

En este caso, Sócrates estaba en lo cierto: aprender es recordar.

La disociación fruto de estas adversidades acumulativas, es un factor precipitante de la desorganización de la experiencia. De la misma manera, los llamados acting outs son el desenlace inevitable de “agujeros negros”, de episodios de desorganización. Así que cuanto más pervasividad, mayor intensidad y frecuencia de episodios de desorganización y riesgo de acting outs. La disociación como mecanismo de defensa a corto plazo. Es como en una casa, ante la inminencia de una sobrecarga de tensión eléctrica, se desconectan los plomos. Si es reiteradamente, el mecanismo que salva nuestras pertenencias, acaba por desregularlas y deteriorarlas.

Desde esta óptica, los síntomas psicológicos son la punta del iceberg. Tras ellos se oculta la organización de la personalidad, así como el estilo de procesamiento.

Bonus Track

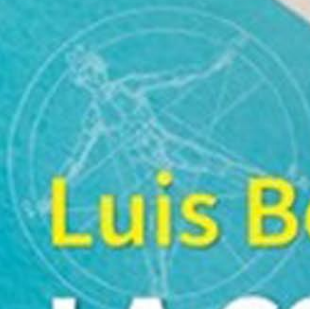
No solo se trata de un manual acerca de la desorganización del apego. Sino también:

-Ferviente defensa de la teoría Dodó. Esta teoría sostiene avalada por los datos científicos que la eficiencia y efectividad de las Psicoterapias demuestran que son los factores comunes los que mejoran el resultado, es decir las técnicas específicas de cada modelo no aportan diferencias significativas. De esta manera, las técnicas no tienen valía per se, sino solo a través del proceso y las necesidades de la persona.

-La importancia de la supervisión. Se relaciona esta práctica con la formación inicial como psicoterapeuta, pero también es un espacio metacognitivo que tiene dos funciones principalmente. La primera es adquirir nuevas estrategias y reformulaciones para el caso. La segunda, más olvidada, es la supervisión como un lugar de autocuidado, donde se pueden resolver los estados mentales irresueltos, los agujeros negros que también tenemos como profesionales.

- Recomendaciones clínicas: se desarrollan un conjunto de principios a manera de habilidades psicoterapéuticas. Existen viñetas y orientaciones sobre personas con apegos tipo A y C.

Considero que es un libro de cabecera al que hay que volver. Parafraseando a Heráclito, ideas siempre diferentes afluyen sobre quienes leen este mismo libro.



Luis Botella

LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

Terapia Constructivista Integradora
en la Práctica Clínica



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

RECENSIÓN DE LIBROS | REVIEW OF BOOK

RELACIONALIDAD, NUESTRA ESPERANZA
(ESCRITOS ESCOGIDOS)**Alejandro Ávila Espada**

Editorial: Ágora Relacional

Páginas: 663

ISBN: 978-84-125655-4-6

Año de Publicación 2023

**Isabel Caro Gabalda**Catedrática del Área de Personalidad, Evaluación
y Tratamientos Psicológicos
Universidad de Valencia. España

Juzgar la contribución psicoanalítica al campo de la psicoterapia se puede hacer desde diversas perspectivas. Una de ellas, su nivel de evolución y desarrollo. Y, la otra, la contribución de un determinado autor. En este texto, “*Relacionalidad, nuestra esperanza (Escritos escogidos)*”, se aúnan ambas perspectivas. Comenzaré por la contribución del Profesor Ávila Espada al campo de la psicoterapia relacional, porque estamos ante un volumen que no sólo nos sitúa en la perspectiva relacional, sino que nos abre a conocer la extensa y excelente obra de su autor. No en vano son “Escritos escogidos” que merecen dicha selección.

Como profesor en la Universidad Complutense y en la Universidad de Salamanca, ha visto pasar a muchas promociones de alumnos a los que ha formado y guiado a lo largo de estos años (desde 1976 hasta 2020). Baste un ejemplo de su implicación con ellos, el recuerdo que hace, en los Agradecimientos, a sus dos

Fecha de recepción: 5 de septiembre de 2023. Fecha de aceptación: 14 de septiembre de 2023.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Isabel.Caro@uv.es

Dirección postal: Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia. España

© 2023 Revista de Psicoterapia



primeros doctorandos y a sus dos últimas.

Fue Fundador y Primer presidente (2005-2015) de la Sección Española de la Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional (IARPP España). Miembro del Board de la IARPP entre 2011 y 2018. Fundador, presidente y luego presidente de Honor del Instituto de Psicoterapia Relacional. Y director clínico y de Formación con carácter Honorario de la entidad *Ágora Relacional*.

Su extenso bagaje en la psicoterapia relacional conecta con sus más de 50 años como psicoterapeuta psicoanalítico. No es de extrañar su reconocimiento a las *pacientes personas* que, buscando ayuda, le permitieron participar en el cambio en sus vidas y en la suya. Sin duda, un psicoterapeuta en relación.

Además de sus numerosas contribuciones al campo de la psicoterapia relacional de las que este texto es un buen ejemplo, me gustaría señalar sus estudios en investigación (de procesos) y en el cambio terapéutico. Por ejemplo, su texto de 1998, con Joaquín Poch, sobre *“Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica”*, y muchos otros publicados y presentados en congresos. Algunos de ellos aparecen recogidos en este volumen.

Entrando en la evolución del psicoanálisis, se nos desarrolla, extensamente, la perspectiva relacional psicoanalítica. Con ella podemos observar cómo se pasa del psicoanálisis clásico con su foco en lo intrapsíquico a considerar, como señala el autor, “a la subjetividad como resultante de la matriz relacional o trama vincular integrada por la historia de experiencias de las relaciones significativas a través de los contextos vividos” (p. 117). Así, el psicoanálisis deviene en “una ciencia observacional de los significados de la experiencia subjetiva” (p. 195).

El texto comienza con una más que interesante Introducción (“Reflexiones sobre mi trayectoria clínica, y de pensamiento, vivida en torno a la psicoterapia y el psicoanálisis”) que nos permite entender cómo la historia individual y en relación marca toda nuestra trayectoria y evolución. Esta auto-observación sitúa este trabajo y nos permite comprenderlo mejor, entender el surgimiento de lo relacional, y enmarcar todo ello en un contexto socio-histórico.

Los bloques fundamentales serían 4 (conceptualmente diferenciados) y están integrados por capítulos correspondientes a artículos, conferencias e intervenciones en Congresos, luego publicadas y capítulos de libros. En la Parte I se recogen escritos sobre “la concepción de la clínica relacional”. En la Parte II, las importantes contribuciones sobre “los procesos de cambio, las facetas de la técnica y los efectos de la psicoterapia”. En la Parte III se encuentran “los procesos y contenidos de la intervención clínica y social con sus facetas evolutivas”. Finalmente, en la Parte IV se exponen trabajos sobre la “historia y evolución del psicoanálisis -relacional y grupal- contemporáneo”.

A través de estas 4 partes el lector se adentra en las principales áreas y ramificaciones del psicoanálisis relacional. Con los distintos escritos se recorre una trayectoria profesional y un enfoque siempre en evolución donde, aún manteniéndose viva buena parte de su impulso y contribución inicial, se atiende a su flexibilidad

y se permeabiliza de avances científicos importantes.

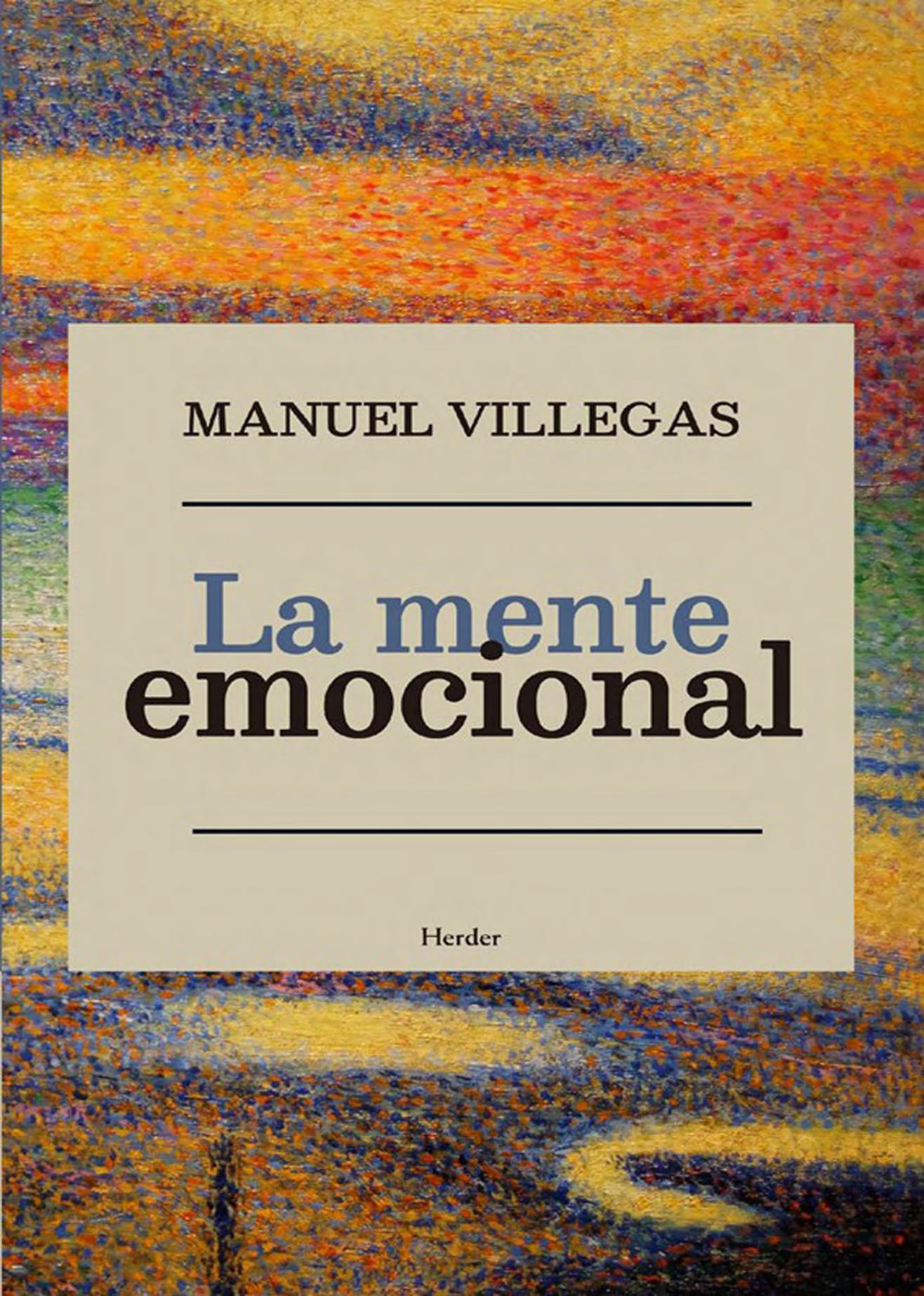
Cabría reseñar el Epílogo, sobre todo por sus dos Anexos. En el Anexo I aparece el extenso volumen de publicaciones del autor desde 1970 a 2022. El Anexo II es muy interesante para aquel lector que quiera buscar otras fuentes documentales de información, como son páginas web, enlaces a YouTube, con conferencias, entrevistas, clases sobre el tema relacional, etc. Con estos enlaces podremos acceder al enfoque relacional de otras maneras.

Las polémicas forman parte integrante de la evolución de la psicoterapia. Nuevos enfoques quieren desplazar, criticando, a los anteriores, y lo hacen con mayor o menor fortuna. El modelo psicoanalítico tanto tiempo presente en la psicoterapia no ha estado exento de críticas, llegando éstas hasta nuestros días. Mérito de este texto es no huir de temas complejos y polémicos. A reflexiones encaminadas a la mejora de la perspectiva más clásica freudiana (lo que lo hace especialmente valioso) para poder entender lo relacional, hay que sumar cuestiones tan importantes como la brecha entre el psicoanálisis y la academia, la efectividad del psicoanálisis, la cuestión de las pseudoterapias e, incluso, la revisión de la historia del psicoanálisis en España. Por ello, este texto no sólo puede ser de interés para clínicos que se mueven en la perspectiva psicodinámica, sino para sus críticos.

Este volumen está hecho desde el cuidado, la implicación total del autor con “lo relacional” y somos afortunados de poder tener en nuestras manos el saber acumulado del Profesor Ávila Espada en este campo y de compartir espacio histórico con él. Como académico y clínico su quehacer ha influido en la historia de la psicoterapia en España y lo seguirá haciendo en sucesivas generaciones que busquen una excelente formación en el psicoanálisis relacional, formación a la que tanto ha contribuido en su desarrollo y estabilización.

Así, este valioso texto puede interesar a estudiantes que quieran introducirse en lo actual del psicoanálisis y a clínicos, formados o no en el psicoanálisis, que busquen comprender que:

La perspectiva relacional nos permite mirar con libertad los contenidos de la teoría, sin asumir dogmas incuestionables, ni tener que ceñirnos a exigencias técnicas que diferencien lo que es genuino psicoanálisis y lo que no. Queda atrás esa necesidad de reafirmarnos en un dogma, y dejamos abierto cualquier espacio de pensamiento y debate. (p. 38)



MANUEL VILLEGAS

La mente
emocional

Herder

INDICE GENERAL AÑO 2023

Nº 124 SUICIDIOS: MIRADAS DESDE EL SENTIDO

Suicides: A look from the sense

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

SUICIDIO: MIRADAS DESDE EL SENTIDO

Suicides: A look from the sense

Juan García-Haro

SEMÁNTICA DEL SUICIDIO

Semantics of suicide

Manuel Villegas

PERSPECTIVAS SOBRE EL SUICIDIO DESDE LA TEORÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES

Personal construct perspectives on suicide

Guillem Feixas y Jordi Alabèrnia-Segura

ENTRE LA CULPA Y LA VERGÜENZA: UNA APROXIMACIÓN AL SUICIDIO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN CLAVE EMOCIONAL

Between guilt and shame: An emotional approach to suicide from a gender perspective

Esteban Laso, Karla Alejandra Contreras y Lidia Karina Macías-Esparza

PÉRDIDA DEL SENTIDO EXISTENCIAL: UN PLANTEAMIENTO DESDE EL ANÁLISIS JUNGUIANO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Lack of existential sense: A Jungian perspective. A case description

Alberto Morales

ARE THERE COMMON COMPONENTS IN EFFECTIVE PSYCHOTHERAPIES FOR SUICIDAL BEHAVIOR? IMPLICATIONS FOR PROFESSIONAL PRACTICE

¿Existen componentes comunes de las psicoterapias eficaces para la conducta suicida?

Implicaciones para la práctica profesional

Susana Al-Halabí y Eduardo Fonseca-Pedrero

DESGRANANDO LA TEORÍA DEL DUELO TRAS EL SUICIDIO DE UN SER QUERIDO

Unravelling grief theory after the suicide of a significant other

Olga Herrero, Sergi Corbella y Raquel Putin

UNA MEDITACIÓN EXISTENCIAL-CONTEXTUAL SOBRE EL SUICIDIO

An existential-contextual meditation on suicide

Juan García-Haro, Henar García-Pascual, Paloma Aranguren, Mònica Martínez-Sallent,

Elena Blanco, Sara Barrio-Martínez y Mónica T. Sánchez Pérez

Artículos del monográfico de Libre Acceso

CRECIMIENTO PERSONAL A RAÍZ DE LA PÉRDIDA POR SUICIDIO

Personal growth in the wake of loss by suicide

Robert A. Neimeyer, Jamison S. Bottomley y Benjamin W. Bellet

AUTOLESIÓN Y RECONSTRUCCIÓN: UNA PERSPECTIVA DESDE LA TEORÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES

Self-harm and reconstruction: A personal construct theory perspective

David A. Winter

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

SILLA VACÍA: LA REALIDAD PROYECTADA

Empty chair: The projected reality

Irene Poza Rodríguez, José M.ª Cales y M.ª Dolores Escarabajal Arrieta

APLICACIÓN DE LA METÁFORA-JUGUETE EN LA TERAPIA EXISTENCIAL: UN ESTUDIO DE CASO SOBRE MALTRATO EN LA PAREJA Y LA ANSIEDAD POSTRAUMÁTICA

Application of the toy metaphor in existential therapy: A case study of intimate partner violence and post traumatic anxiety

Ignacio de la Fuente, Yolanda Alonso y Raquel Vique

¿DÓNDE ESTÁS, PAPÁ?

Where are you, dad?

Aleix Moreno y Ana Gimeno-Bayón

EL QUESO AGUJERADO. UN CASO CLÍNICO TRATADO DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

The holey cheese. A clinical case treated from the humanistic integrative psychotherapy

Ana Padilla y Ana Gimeno-Bayón

Recensión de libros

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA. HACIA LA SALUD MENTAL COMUNITARIA. LOS AÑOS 70 Y 80: DOS DÉCADAS CLAVE. CONVERSACIONES CON LOS PROTAGONISTAS

The psychiatric reform in Spain. Towards community mental health. The 70's and 80's: Two key decades. Conversations with the protagonists

Miguel Ángel Sánchez López

CÓMO ASUMIR LA INCERTIDUMBRE: UNA PERSPECTIVA PSICOTERAPÉUTICA

How to assume uncertainty: A therapeutic perspective

Manuel Ramos Gascón

Nº 125: LA TERAPIA PSICOMOTRIZ: UNA MIRADA RELACIONAL

Psychomotor Therapy: A relational look

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

LA TERAPIA PSICOMOTRIZ: UNA MIRADA RELACIONAL

Psychomotor therapy: A relational look

Joaquim Serrabona Mas

EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON AUTISMO DESDE LA PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL

The accompaniment of children with autism from relational psychomotricity

Josefina Sánchez Rodríguez, Miguel Llorca Llinares, Talía Cristina Morillo Lesme y Raquel González Hernández

PRINCIPIOS PARA UNA CLÍNICA PSICOMOTRIZ CON ADULTOS. SU MARCO Y ORIENTACIONES

Principles for a psychomotor clinic with adults. Its framework and orientations

José Ángel Rodríguez Ribas

LA MEJORA DE LA SOCIABILIDAD Y LAS HABILIDADES SOCIALES MEDIANTE EL USO DE LA PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL EN MENORES CON SÍNTOMAS DE AUTISMO

The improvement of sociability and social skills through the use of relational psychomotor skills in children with symptoms of autism

Victor Renobell

EFFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL GERONTOPSICOMOTRIZ EN DOMICILIO, CENTRADO EN LA DÍADA PERSONA MAYOR CON DEMENCIA Y SU CUIDADOR FAMILIAR

Effects of the psychomotor therapy program at home, focused on the elderly person with dementia and their family caregiver

Soledad Vázquez, Ana Kmaid, Clarissa Verde y Mariana Barros

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE TERAPIA PSICOMOTRIZ EN ANSIEDAD Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD

Efficacy of psychomotor therapy interventions on anxiety and workrelated stress in health personnel

Juan Mila, Sandra Ravazzani, María Noel Close, Mireia Serra Voltas y

Anders Bech Christiansen

LA TERAPIA PSICOMOTRIZ EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Psychomotor therapy in autism spectrum disorders

Àngels Morral Subirà

CONSTRUYENDO UNA DISCIPLINA: ACREDITACIÓN COMO PSICÓLOGO/A EXPERTO EN PSICOMOTRICIDAD EN CATALUÑA

Building a discipline: Accreditation as a psychologist / expert in psychomotor in Catalonia

Joaquim Serrabona Mas

Artículos del monográfico de Libre Acceso

UNA PSICOMOTRICIDAD PARA EL SIGLO XXI

Psychomotricity for the XXI century

Ángel Hernández Fernández

VALOR DE LOS JUEGOS AFECTIVOS-FANTASIOSOS EN EL TRATAMIENTO DE SUJETOS CON DIFICULTADES EN EL DESARROLLO

Value of affective-fantasy games in the treatment of subjects with difficulties in development

Joaquim Serrabona Mas

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

MINDFULNESS BASADO EN FORTALEZAS: EFECTO SOBRE LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR

Strengths-based Mindfulness: Effects on mental health and well-being

Juan Nieto, Dafne Cataluña, Aroa Ruiz, y Borja Arribas

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DEL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN POBLACIÓN COLOMBIANA

Content validity of the questionnaire of the therapist's personal style for the colombian population

Adriana Trujillo y Nubia Apolinar

Recensión de libros

LOS JUEGOS DE LA FAMILIA

Lluís Casado

Nº 126: DESAFÍOS DE LA SUPERVISIÓN EN PSICOTERAPIA

Challenges of Supervision in Psychotherapy

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

DESAFIOS DE LA SUPERVISION EN PSICOTERAPIA

Challenges of supervision in psychotherapy

Héctor Fernández Álvarez y María del Pilar Grazioso

INCORPORACIÓN DE LA HUMILDAD CULTURAL Y LAS PAUTAS DE HUMILDAD CULTURAL EN LA RELACIÓN DE SUPERVISIÓN DE LA PSICOTERAPIA:

UN COMPROMISO Y UNA PROMESA

Incorporating cultural humility and cultural humility guidelines into the psychotherapy supervision relationship: A pledge and a promise

C. Edward Watkins

DESDE SER PSICOTERAPEUTA, A SER SUPERVISOR CLÍNICO

From being a psychotherapist to being a clinical supervisor

Ana María Daskal Minuchin

FAMILY CONNECTIONS: UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA CLÍNICOS Y FAMILIARES

Family Connections: A skills training program for clinicians and family members

Verónica Guillén, José Heliodoro Marco y Cristina Botella

SUPERVISIÓN VIRTUAL DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS: LAS EXPERIENCIAS DE SUPERVISORES FRENTE AL CAMBIO DE MODALIDAD POR COVID-19

Virtual supervision of academic practices: The experiences of supervisors regarding the change in modality due to COVID-19

Emiliano Gutiérrez Fierros, Ana Sáenz, Antonio Tena-Suck, y Sandra Irma Montes de Oca

APORTES DE UN EQUIPO DE SUPERVISIÓN DE SUPERVISORAS EN UN PROGRAMA DE CONSEJERÍA EN GUATEMALA: UNA MIRADA REFLEXIVA

Contributions of a supervision team of supervisors in a counseling program in Guatemala: A reflective look

Ana Alicia Cobar, Meri Lubina, María Alejandra Auyón, Karla Lemus y Edil Torres Rivera

UNA APROXIMACIÓN DIALÓGICA A LA SUPERVISIÓN DE LA PSICOTERAPIA DE PERSONALIDADES DISFUNCIONALES

A dialogical approach to the supervision of psychotherapy of dysfunctional personalities

Carlos Mirapeix

Artículos del monográfico de Libre Acceso

SUPERVISIÓN CLÍNICA DE CASOS COMPLEJOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN LA TERAPIA INTERPERSONAL METACOGNITIVA

Clinical supervision over complex cases of personality disorders according to metacognitive interpersonal therapy

Antonino Carcione y Ilaria Riccardi

UTILIZACIÓN DE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS EN SUPERVISIÓN CLÍNICA EN PSICOTERAPIA

Use of fuzzy cognitive maps in clinical supervision in psychotherapy

Luis Ángel Saúl, Luis Botella y Alejandro Sanfeliciano

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

EL DOBLE USO DE LA PALABRA EN LA HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA: TÉCNICA Y MEDIACIÓN

The double use of the word in the history of psychotherapy: technique and mediation

Julián Gómez Peñalver y Carlos Rejón Altable

VIOLACIÓN INVOLUNTARIA. EL TRAUMA Y LA DISOCIACIÓN COMO BASE DE LAS RELACIONES SEXUALES NO DESEADAS, PERO APARENTEMENTE CONSENTIDAS

Involuntary Rape. The trauma and the dissociation as the bases of a non-desired but apparently consensual sexual relationship

Dácil Cárdenes Ramírez

RELACIÓN ENTRE LAS ADICCIONES Y EL TRAUMA EMOCIONAL DESDE EL MODELO BIOPSIOSOCIAL

Relationship between addictions and emotional trauma from the biopsychosocial model

Susana Merino-Lorene

LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE COMO ELEMENTO CLAVE EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

The therapist-patient relationship as a critical element in cognitive behavioral therapy

Mario Guzmán-Sescosse

ATENCIÓN PLENA Y SU EFECTO EN SÍNDROMES AFECTIVOS Y ESTRÉS EN ALUMNOS UNIVERSITARIOS: METAANÁLISIS

Mindfulness and its effect on affective syndromes and stress in university students: A meta-analysis

Marlo Obed Alcántara-Obando y Gutember Peralta-Eugenio

Recensión de libros

DESORGANIZACIÓN DEL APEGO, CLÍNICA Y PSICOTERAPIA CON ADULTOS

Francisco José Iruela Bustos

RELACIONALIDAD, NUESTRA ESPERANZA (ESCRITOS ESCOGIDOS)

Isabel Caro Gabalda

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 34, Number 126, November, 2023 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<https://revistas.uned.es/index.php/rdp/about/submissions>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Emerging Source Citation Index (ESCI) Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich's.
- OPAC's: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

DESAFÍOS DE LA SUPERVISIÓN EN PSICOTERAPIA

Challenges of Supervision in Psychotherapy

Héctor Fernández-Alvarez y María del Pilar Grazioso
(Coordinadores)

EDITORIAL

DESAFÍOS DE LA SUPERVISIÓN EN PSICOTERAPIA

Héctor Fernández Álvarez y María del Pilar Grazioso

INCORPORACIÓN DE LA HUMILDAD CULTURAL Y LAS

PAUTAS DE HUMILDAD CULTURAL EN LA RELACIÓN DE
SUPERVISIÓN DE LA PSICOTERAPIA: UN COMPROMISO Y
UNA PROMESA

C. Edward Watkins

DESDE SER PSICOTERAPEUTA, A SER SUPERVISOR CLÍNICO

Ana María Daskal Minuchin

FAMILY CONNECTIONS: UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA CLÍNICOS Y FAMILIARES

Verónica Guillén, José Heliodoro Marco y Cristina
Botella

SUPERVISIÓN VIRTUAL DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS:

LAS EXPERIENCIAS DE SUPERVISORES FRENTE AL CAMBIO
DE MODALIDAD POR COVID-19

Emiliano Gutiérrez Fierros, Ana Sáenz, Antonio
Tena-Suck, y Sandra Irma Montes de Oca

APORTES DE UN EQUIPO DE SUPERVISIÓN DE SUPERVISORAS EN UN PROGRAMA DE CONSEJERÍA EN GUATEMALA: UNA MIRADA REFLEXIVA

Ana Alicia Cobar, Meri Lubina, María Alejandra
Auyón, Karla Lemus y Edil Torres Rivera

UNA APROXIMACIÓN DIALÓGICA A LA SUPERVISIÓN DE LA

PSICOTERAPIA DE PERSONALIDADES DISFUNCIONALES

Carlos Mirapeix

——Artículos del monográfico de Libre Acceso——

SUPERVISIÓN CLÍNICA DE CASOS COMPLEJOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN LA TERAPIA INTERPERSONAL METACOGNITIVA

Antonino Carcione y Ilaria Riccardi

UTILIZACIÓN DE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS EN SUPERVISIÓN CLÍNICA EN PSICOTERAPIA

Luis Ángel Saúl, Luis Botella y Alejandro
Sanfeliciano

——Artículos de Libre Acceso——

EL DOBLE USO DE LA PALABRA EN LA HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA: TÉCNICA Y MEDIACIÓN

Julián Gómez Peñalver y Carlos Rejón Altable

VIOLACIÓN INVOLUNTARIA. EL TRAUMA Y LA DISOCIACIÓN COMO BASE DE LAS RELACIONES SEXUALES NO DESEADAS, PERO APARENTEMENTE CONSENTIDAS

Dácil Cárdenes Ramírez

RELACIÓN ENTRE LAS ADICCIONES Y EL TRAUMA EMOCIONAL DESDE EL MODELO BIOPSIOSOCIAL

Susana Merino-Lorene

LA RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE COMO ELEMENTO CLAVE EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Mario Guzmán-Sescosse

ATENCIÓN PLENA Y SU EFECTO EN SÍNDROMES AFECTIVOS Y ESTRÉS EN ALUMNOS UNIVERSITARIOS: METAANÁLISIS

Marlo Obed Alcántara-Obando y Gutember Peralta-
Eugenio

——Recensión——

DESORGANIZACIÓN DEL APEGO, CLÍNICA Y PSICOTERAPIA CON ADULTOS

Francisco José Iruela Bustos

RELACIONALIDAD, NUESTRA ESPERANZA (ESCRITOS ESCOGIDOS)

Isabel Caro Gabalda

