

Rodrigo Díaz Olguín
Psicoterapeuta

Formulación de caso clínico en psicoterapia narrativa constructivista

Cipra
Psicoterapia Constructivista

I. Introducción

En el interés creciente por estudiar los factores involucrados en el cambio terapéutico, se han realizado investigaciones que enriquecen las estrategias de trabajo psicoterapéutico, flexibilizando al mismo tiempo los modelos explicativos y aportando mayor claridad respecto a los componentes asociados a la psicoterapia efectiva (Quiñones, 2011; González, 2009), generando información que luego es incorporada en los planes formativos, en las discusiones clínicas y en la supervisión de psicoterapia (Norcross y Pople, 2016). En este contexto resulta importante proponer formulaciones de caso que estén basadas en esas investigaciones y que al mismo tiempo estén abiertas a la corrección constante (Gold, 2006; Hess, Hess y Hess, 2008; Persons, 2008).

La formulación de caso en psicoterapia, sea esta implícita o explícita, sienta las bases para cualquier intervención eficaz, permitiendo guiar la evaluación clínica de manera idiosincrásica, descriptiva, funcional y orientada a la construcción inductiva de hipótesis refutables (Castro y Ángel, 1998), integrando múltiples fuentes de información en la toma de decisiones (Haynes y O'Brien, 2000). En palabras de Raymond Bergner (1988), la formulación de caso es un plan central que proporciona un objetivo claro y constante para el terapeuta y el paciente, una aclaración para los pacientes tanto de sus recursos como de dónde enfocar mejor sus esfuerzos, y un amplio heurístico respecto cómo proceder para lograr un cambio significativo.

Además impacta al ejercicio del terapeuta. Como mencionan Caycedo, Ballesteros y Novoa (2008), la formulación de caso puede favorecer el desarrollo de competencias tales como las habilidades de evaluación, juicio clínico, construcción y validación de hipótesis, identificación de prioridades de intervención, planteamiento de objetivos y desarrollo de planes de tratamiento orientados a las necesidades efectivas del paciente.

En psicoterapia narrativa constructivista, la formulación difiere principalmente de formatos psicodinámicos, estructurales o psicométricos. Estos enfatizan la evaluación de supuestas estructuras psíquicas relativamente estables en las personas, que son inferibles a través de inventarios o test destinados a verificar esos rasgos, procesos dinámicos, trastornos mentales, etc. de los cuales el problema terapéutico sería una “expresión”. En cambio, la principal característica de la formulación narrativa constructivista es que intenta organizar la información arrojada por la descripción de los constructos (relaciones sujeto – objeto actualizadas y específicas) constituyentes del problema terapéutico, registrando las variaciones respecto a criterios acordados por el paciente y el terapeuta para su evaluación constante durante todo el proceso terapéutico. En este tipo de formulación se registra el uso de hipótesis refutables en función de objetivos operacionales, estableciendo formatos de evaluación cualitativa y cuantitativa del proceso general. En este sentido, la formulación en psicoterapia narrativa constructivista es cercana a las formulaciones en psicoterapia basada en la evidencia.

En la construcción de la formulación, el terapeuta puede revisar tanto formatos generales como también formulaciones orientadas a síndromes específicos o problemas particulares, dado que cada uno de estos enfoques puede arrojar criterios útiles. Por ejemplo, algunos trabajos a revisar, entre otros, pueden ser:

- Sturmey, P. (Ed.). (2009). *Clinical Case Formulation. Varieties of Approaches*. Wiley – Blackwell: Oxford
- Tarrier, N. (Ed.) (2006). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy. The treatment of challenging and complex cases*. Routledge: New York
- Eells, T. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation*. 2a edición. Guilford Press: New York
- Nezu, A., Nezu CM, y Lombardo, E. (2004) *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: a problem-solving approach*. Springer: New York
- Quiñones A. Perturbación estratégica gradual: formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS). *Revista de Psicoterapia* 2008; 74/75: 35-42

También atendemos a la iniciativa *Common language for psychotherapy procedures*, de Stefania Borgo, Isaac Marks y Lucio Sibilía (2018), quienes reúnen los aportes de 115 autores de distintos enfoques respecto a 101 procedimientos terapéuticos, en un lenguaje claro y conciso. El objetivo es fortalecer el estado científico de la disciplina y promover el estudio, la comprensión y comunicación del funcionamiento operativo de la psicoterapia.

II. Formulación de caso clínico en psicoterapia narrativa constructivista

El enfoque narrativo constructivista utilizado como base para la presente propuesta de formulación de caso clínico, tiene como antecedentes teóricos el trabajo de O.J. Harvey (1961, 1963, 1966), George Kelly (1955), Vittorio Guidano (1983, 1987, 1990, 1994, 1995), Giovanni Liotti (1983, 2001, 2017), Gabriele Chiari y Maria Laura Nuzzo (2010), Robert Neimeyer (2011), entre otros autores. La siguiente presentación seguirá la secuencia general de las formulaciones de caso clínico, para luego hacer las precisiones correspondientes con el enfoque narrativo constructivista en particular. Un resumen de la presentación es el siguiente:

1. *Antecedentes generales y descripción del paciente.*

Se define un perfil general de quién es la persona que viene a consultar. Se registran datos como edad, personas cercanas actuales, escolaridad o trabajo, actividades recreativas, cómo describe el paciente su ambiente familiar y relacional actual, etc. No está sólo centrado en el déficit o problema, sino también apunta al estilo de vida general de la persona, recursos, orientaciones vitales, pasatiempos, nivel de trabajo y demandas de tiempo, espiritualidad, preocupaciones, etc. Además se incluye:

- a. Una relación del problema terapéutico con la evidencia disponible, tratamientos validados y “estado del arte”
- b. La consideración de factores y mecanismos de riesgo posiblemente implicados
- c. Una perspectiva de situaciones de potencial gravedad y riesgo a la integridad

2. *Motivo de consulta y demanda terapéutica*

Las motivaciones por solicitar ayuda y la construcción de demandas son procesos dinámicos y constantes, que se registran en tanto permiten definir roles, encuadre, etc.

3. *Estudio descriptivo del problema psicoterapéutico, que considera:*

En un estudio descriptivo, de énfasis idiosincrásico, cualitativo, diacrónico y constante durante el proceso terapéutico, ambos participantes atienden a los cambios en las aplicaciones particulares de los constructos componentes del problema terapéutico. Se distinguen dos tipos de evaluación:

- Evaluación de orientación gnoseológica (bottom – up). Estudio a través de la observación diacrónica del problema terapéutico a través de los criterios de demarcación, comprensión, valoración y control
- Evaluación de orientación ontológica (top – down). Estudio de las dificultades de articulación en el problema terapéutico, a través de los formatos de integración entre instancias de referencia

4. *Relación psicoterapéutica y alianza*

Se registran las características de la relación, sus recursos y posibles quiebres, las representaciones que ambos construyen respecto al otro y a la relación, los estilos de vinculación, etc.

5. *Hipótesis psicoterapéuticas*

A partir de los puntos anteriores (desde los antecedentes generales, relación con la clínica más general y el “estado del arte” en el problema terapéutico, la evaluación diacrónica gnoseológica y de integración ontológica, hasta las características de la

relación terapéutica) se confeccionan las hipótesis terapéuticas, que deben ser claras, operacionales y comprobables por ambos.

6. *Objetivos de intervención*

Registrar los objetivos co – contruidos con el pacientes y comunicarlos de forma explícita permite organizar la formulación general, mantener la alianza con el paciente y evaluar de manera clara la efectividad de la intervención.

7. *Estrategias generales*

Se registra la estrategia general orientada de acuerdo al nivel de concreción y de articulación de los aspectos más centrales del problema terapéutico. Se define si la estrategia considerará la promoción de apertura en un sistema de constructos altamente cerrado, o la integración de dos subsistemas de constructos de distinto nivel de abstracción.

También se define el estilo o rol que el terapeuta adoptará en términos de control percibido por el paciente, para “anclarse” al estilo del paciente y fomentar cambios graduales y cómodos para el paciente.

8. *Evaluación válida de resultados*

Se sugiere en la formulación el diseño de una evaluación cualitativa (por ejemplo, estadios de cambio, coherencia y flexibilidad en el ordenamiento narrativo) y cuantitativa (por ejemplo, comparación de registros, uso de escalas válidas y sensibles al cambio terapéutico), además de una revisión crítica y constructiva del proceso completo

1. Antecedentes generales

En las primeras entrevistas lo usual es recopilar antecedentes generales como la edad, el registro de las personas o relaciones cercanas actuales, escolaridad o trabajo, actividades recreativas, cómo describe el paciente su ambiente familiar y relacional actual, etc.

Idealmente, esta primera recopilación de antecedentes no solo se centra en el déficit o problema, sino se comienza a delinear el estilo de vida general de la persona, sus principales recursos, orientaciones vitales, pasatiempos, nivel de trabajo y demandas de tiempo, espiritualidad, preocupaciones, etc. En otras palabras, la indagación de los antecedentes generales dibuja un perfil de quién es la persona que viene a consultar.

El modelo constructivista, entendido como el modo de aproximación específica a la reconstrucción del significado idiosincrásico asociado al problema terapéutico, debe anclarse con las consideraciones clínicas más generales. En la formulación de caso solicitamos a los estudiantes tres registros básicos relacionados con ese operar clínico general, número que por supuesto no es restrictivo a las amplias posibilidades de ese anclaje: una relación ecléctica del problema terapéutico con la evidencia disponible, la consideración de factores y mecanismos de riesgo implicados, y la exploración inicial de situaciones de riesgo potencial o latente..

a. Una relación ecléctica del problema terapéutico con la evidencia disponible.

Con el objetivo de vincular el foco de trabajo con la evidencia asociada disponible, el terapeuta puede realizar distintas acciones, que pueden ir desde investigar el estado del arte respecto a las intervenciones efectivas en la temática inicialmente presentada, hasta una exploración inicial ordenada por modos y acciones efectivas sustentadas en la evidencia. Por ejemplo, una guía clásica para esta exploración inicial fue propuesta por Arnold Lazarus (1981), quien precisamente centrándose en la evidencia empírica disponible, sugirió la recopilación de antecedentes relevantes para los distintos modos de funcionamiento que podrían a su vez estar implicados en el problema terapéutico: un registro de los comportamientos o conductas asociadas, caracterizaciones de las emociones o alteraciones en los afectos, cambios o alteraciones en las sensaciones asociadas al problema, imaginería y principales cogniciones o pensamientos involucrados, y un registro de aspectos de salud, uso de drogas, alteraciones del sueño, nutrición y dificultades en las relaciones interpersonales. Esta propuesta es conocida por el acrónimo en inglés BASIC-ID de estos modos de funcionamiento (behaviour, affect, sensation, imagery, cognition, interpersonal, drugs/biology). Lazarus propone, además de lineamientos generales, guías de evaluación multimodal específicas a problemas clínicos comunes, basándose en evidencia).

b. La consideración de factores y mecanismos de riesgo implicados.

En los momentos iniciales de recopilación de antecedentes generales, se detectan, evalúan y registran posibles situaciones de riesgo psicosocial. Esto significa considerar situaciones que a nivel población – grupal (enfoque nomotético) se muestran asociadas a expresiones psicopatológicas, por ejemplo hacinamiento, pobreza extrema – comparativa, discusiones – hostilidad o peleas al interior de la familia, tener un familiar enfermo o postrado, dificultades de lectoescritura o inteligencia global, vivir en un barrio peligroso en términos de delincuencia o seguridad, situaciones de abuso sexual, entre otras. Esto permite detectar situaciones que deben ser atendidas en términos de resguardo, cambio de encuadre, o protección de niños, ancianos u otras personas vulnerables involucradas.

Además, el terapeuta puede realizar este screening atendiendo a la clínica más específica del caso. Por ejemplo, Cole y cols. (2011) hacen un resumen y seguimiento de factores de riesgo en clínica de depresión, basándose en una extensa revisión de investigación. En base a estos datos, el terapeuta podría atender y registrar alguno de los siguientes aspectos: (a) historia previa de depresión, (b) ser mujer, (c) vivir en una familia disfuncional, (d) bajo nivel educación de los padres, (e) eventos vitales estresantes y bajo soporte social, (f) niveles de depresión subclínica, (g) ansiedad, (h) comportamiento suicida, (i) consumo de cigarrillos, (j) baja autoestima e imagen corporal, (k) alta autoconciencia, (l) pensamientos relacionados a la depresión, (m) problemas académicos y reducida competencia intelectual / habilidades de

afrontamiento, (n) discapacidad física y problemas de salud, (o) excesiva dependencia interpersonal, (p) comportamientos problemáticos interpersonales, (q) muerte temprana de un padre, y (r) temprana o tardía madurez sexual/pubertad. El terapeuta podría detectar alguno de ellos para valorar los antecedentes generales del caso, sin olvidar que el mecanismo de riesgo en estos registros es idiosincrásico, corresponde al nivel individual, y debe ser especificado en lo posible, considerando además una perspectiva evolutiva en la que ubicar la comprensión de sus alcances (ver Cova Solar, 2004; Rutter y cols, 2008).

c. Prospectiva de situaciones de particular gravedad para la integridad de las personas involucradas.

Desde los primeros minutos de entrevista, los clínicos en general ofrecemos la posibilidad de abrir y contener situaciones de particular gravedad presente, como también de riesgo potencial. En términos prospectivos, el terapeuta puede atender al riesgo latente o potencial, que en ocasiones no se correlaciona con una expresión psicopatológica actual. Por ejemplo, un historial de intentos suicidas, situaciones de maltrato o abuso actual, consumo de alcohol u otras drogas que aumenten el riesgo de daños a la propia integridad, acceso a armas de fuego o medios nocivos /letales, pérdida de soportes emocionales que en el futuro pueden ser necesarios, diagnósticos de enfermedades graves de mediano – largo alcance, etc.

En los registros de antecedentes generales, también se consignan medios útiles para posibles acciones de soporte y contención. Por ejemplo, teléfonos de familiares que serán llamados en casos de urgencia, acceso a servicios de primeros auxilios, teléfonos o contactos informados en la red asistencial correspondiente, etc. Los consentimientos escritos al respecto se pueden adjuntar a la formulación.

2. Motivo de consulta

Las motivaciones para asistir y participar en psicoterapia son construcciones dinámicas y se espera que se modifiquen en el curso de la terapia, no obstante es muy importante explorar y registrar las expectativas asociadas a la primera consulta (Muñoz y Novoa, 2012). Esto es central, en la medida que el terapeuta debe seguir los requerimientos del paciente y no una agenda personal. En palabras de Pau Martínez:

Erróneamente se puede concebir el motivo de consulta, es decir, la causa que ha estimulado al paciente a solicitar la visita, simplemente como la puerta que abre paso a la exploración de los signos o síntomas que permitirán concretar un diagnóstico psicopatológico. Y en esta línea, una vez formulado el diagnóstico, ya sea sintomático, estructural, conductual, relacional, etc., no cabe más que plantear una terapéutica coherente, relegando el motivo de consulta a un segundo nivel de importancia cuando

no directamente al olvido. Tal vez este modo de proceder se deba a la influencia que históricamente ha ejercido en la psicología el método clínico practicado por la medicina, que prima la importancia de los rasgos fenomenológicos.

Martínez, P. (2006)

En la primera entrevista ocurre la pregunta más específica respecto a qué es lo que motiva al paciente a consultar. Usualmente esto se realiza a través de preguntas abiertas y amplias, debido a que en ocasiones algunas personas llegan “enviadas” por un familiar o en una disposición de exploración más que de consulta específica.

Conviene registrar textualmente y atender con precisión a la declaración del paciente, para lograr explorar con detalles las expectativas que tiene respecto al proceso y al cambio (Quesada, 2004). El registro estricto del motivo de consulta favorece tanto la conformación de los roles en terapia como la construcción de la demanda terapéutica (Martínez, 2006; Muñoz y Novoa, 2012). El proceso terapéutico en general es un ámbito conocido para los terapeutas, pero para la mayoría de las personas es un terreno desconocido, por lo que se debe precisar lo que se espera de los participantes, establecer acuerdos respecto a tiempos de trabajo, tareas que la persona está dispuesta a realizar, horarios y costos, etc. Las expectativas de cambio en el motivo de consulta – qué tan posibles de alcanzar son esas expectativas, cuál es el marco ético y temporal, etc. – nos permiten construir en conjunto el sentido de demanda terapéutica (Muñoz y Novoa, 2012). Ambas expectativas, respecto al proceso y al cambio terapéutico, se registran en este apartado de la formulación clínica.

3. Estudio descriptivo del problema terapéutico

La evaluación narrativa constructivista está orientada a la evaluación e intervención del significado, estudiado en su configuración particular y única respecto del problema terapéutico, precisando los constructos componentes más centrales, concretos, y emocionalmente relevantes. Permite adecuar las situaciones de intervención de acuerdo al tipo de caracterización del problema (esto significa que, de acuerdo al resultado, se cambian los formatos de intervención), es de bajo costo comparativo con otros tipos de evaluación, se constituye en una evaluación continua durante todo el curso de la psicoterapia y se configura dialécticamente con el diseño y la intervención misma (se construyen continua y mutuamente). Desde este punto de vista, en la evaluación narrativa constructivista son importantes los criterios de validez de contenido y de utilidad para el tratamiento, y no la validez concurrente, predictiva y de constructo privilegiada por otros tipos de formulaciones.

Persiguiendo la validez de contenido y de utilidad para el tratamiento, a través de una metodología cualitativa – descriptiva, el terapeuta y el paciente deben alcanzar la percepción de que logran, al menos en ocasiones, similares criterios de observación. Al acordar estos criterios, pueden evaluar de forma conjunta los **cambios en las aplicaciones particulares de los constructos componentes del problema terapéutico**, utilizando para ello los relatos, la observación directa en sesión, tareas

de auto – registro, entre otras actividades. La evaluación del problema terapéutico puede definirse por los siguientes aspectos:

- *Diacrónica*. La evaluación es realizada por el paciente y el terapeuta a través de observar cambios, cómo covarían los constructos componentes del problema psicoterapéutico. Se estudian las aplicaciones de constructos como casos únicos, a través del tiempo. Se espera poder indagar respecto a los aspectos específicos en cada aplicación de constructos.
- *Idiosincrásica*. No obstante la evaluación de orientación nomotética sirve como guía de acciones de protección de personas vulnerables y comunicación clínica con otros profesionales (por ejemplo, comunicación de algún diagnóstico categorial – estadístico), el énfasis de la evaluación es idiosincrásico. La evaluación como proceso y sus resultados y elaboraciones posteriores (por ejemplo, las hipótesis terapéuticas) son personales, no repetibles: a mejor desarrollo de la evaluación constructivista, menor es la posibilidad de generalizar o aplicar esos resultados a otra persona.
- *Situada subjetivamente*. Para la evaluación descriptiva se consideran siempre las situaciones específicas en las que ocurren, considerando esos contextos como construcciones subjetivas. La implicación en cada contexto lo convierte en subjetivo, sin excepción: cada contexto supone una anticipación particular, consciente o tácita, relacionada con los formatos personales de ordenamiento, de manera que nunca (incluso si la experiencia es novedosa) es neutra, una experiencia vivida como prístina que posteriormente “recibirá” una interpretación subjetiva. Esta noción es particularmente útil, por ejemplo, en la clínica de adicciones.
- *Intencional*. La evaluación intenta describir los contenidos referenciales, su elección, y el sentido que los sostiene. Cada experiencia puede describirse evaluando su intencionalidad, incluso si es construida como accidental o azarosa: una persona puede construir una tormenta o una intoxicación alimentaria como “en contra de ella”, en una secuencia de eventos trágicos incontrolables que terminará en una desagradable auto evaluación, o como un “desafío a superar” que podría terminar en una construcción de autoimagen opuesta, por ejemplo. En otras palabras, la evaluación indaga sobre la intención no solo en la construcción de las representaciones de los otros, sino también de sí mismo, del cuerpo y el mundo.
- *Composición hermenéutica*. Relacionado con el punto anterior, la evaluación persigue finalmente caracterizar la construcción de significado y sentido. Entonces más allá que una descripción neutra o secuencial de experiencias, en la evaluación constructivista se enfatiza el sentido hermenéutico – interpretativo por parte del paciente y terapeuta respecto a la vivencia. La evaluación en sí misma puede considerarse como una propuesta de alternativas creativas y

desafiantes para el paciente y el terapeuta.

- *Composición progresiva*. La evaluación se orienta a la introducción de nuevas relaciones en la observación. Estas nuevas hipótesis compiten con las antiguas relaciones de acuerdo a su capacidad para predecir cambios de forma válida y fructífera (para una analogía con los programas de investigación científica, desde una perspectiva filosófica, el lector puede consultar a Lakatos, 2007). Desde este punto de vista, no cualquier evaluación es apropiada ni cualquier resultado válido, o en otras palabras, no cualquier indagación sirve igual al paciente ni cualquier construcción de significado será útil: el terapeuta debe orientar la evaluación hacia el bienestar próximo del paciente, de una forma económica, eficaz.

En términos estratégicos, desde nuestro enfoque la evaluación del problema terapéutico se aborda simultáneamente desde dos ángulos:

- *“De abajo hacia arriba”*. El terapeuta intentará describir las aplicaciones de constructos, las recurrencias y variaciones específicas, de forma diacrónica. La estrategia *bottom – up* implica una actitud de “descubrimiento” por parte del terapeuta, una actitud en la metodología de deconstrucción que supone el desconocimiento de los formatos más generales de ordenamiento narrativo. Es la primera estrategia de evaluación sugerida a los terapeutas narrativo constructivistas. Haciendo una analogía con Hume o Piaget, esto sería seguir una lógica inductiva, de asimilación. En una perspectiva psicoterapéutica, se corresponde con la estrategia de autoinforme orientado a la pesquisa de los pensamientos automáticos asociados al problema terapéutico, en el enfoque de Beck. En nuestro enfoque de trabajo, esto se corresponde con la evaluación gnoseológica, la atención a cambios en las aplicaciones específicas de constructos.
- *“De arriba hacia abajo”*. El terapeuta intentará describir los formatos de orden, esquemas o instancias de referencia, para promover integración, esto es promover construcciones que permitan un ajuste en un segundo nivel, en los formatos de referencia de los constructos. Siguiendo con la analogía, esto se basa en una lógica deductiva o de acomodación. En nuestro enfoque, este ángulo *top – down* se corresponde con la evaluación de la referencia ontológica, la atención a los formatos más generales de integración que está utilizando el paciente y que a su vez permiten trazar hipótesis explicativas de las dificultades de integración asociadas al problema terapéutico.

a. Evaluación de orientación gnoseológica.

La estrategia bottom – up en esta formulación persigue las variaciones en la construcción del problema terapéutico, a través de la observación conjunta del paciente y el terapeuta. El tratamiento deconstructivo implica la consideración de cada experiencia abordada como si fuera un caso único a estudiar. Por ejemplo, si la paciente menciona que ayer se volvió a experimentar triste, terapeuta y paciente se concentran en describir qué imaginaria ocurrió, en qué contexto subjetivo, qué representaciones de los otros significativos se construyeron en ese episodio, etc. Como expusimos en otro trabajo (2016), la evaluación puede utilizar los criterios de demarcación, comprensión, valoración y control para organizar la exploración cualitativa. La siguiente es una breve exposición de estos criterios en relación con la descripción de las variaciones del problema terapéutico:

Demarcación

Respecto al criterio de demarcación, es importante lograr un acuerdo con el paciente respecto a qué se está observando. Esto es un acuerdo que en nuestro enfoque debe ser explícito, mutuamente influenciado entre ambos observadores. En ningún formato de psicoterapia esta aproximación puede ser neutra: ya sea un enfoque teórico laxo – improvisado o una formación terapéutica exhaustiva, siempre se introducen criterios específicos de demarcación en la conversación que modifican la observación del terapeuta y del paciente.

En primer lugar, los criterios de demarcación del terapeuta permiten definir aquello que no es un problema terapéutico (revisar para una lectura general Della Salla, 1999; Uttal, 2003; Kowalski y Taylor, 2009; Lilienfeld, Lynn, Ruscio y Beyerstein, 2008. Para una lectura más específica, revisar Sturmeijer, 2009; Tarrier, 2006; Eells, 2007; Weisz y cols, 2011; Lambert y Ogles, 2013):

- Descriptores estadísticos de grupo. Por ejemplo, no son considerados como problema terapéutico las etiquetas nosográficas estadísticas como los diagnósticos psiquiátricos, tampoco se consideran como problema terapéutico los rasgos o estilos de personalidad, etc. Esta aclaración es necesaria, dado que en ocasiones se confunden ámbitos tan distintos como las etiquetas diagnósticas de trastorno de la personalidad con planteamientos de la teoría de la personalidad y teoría de los rasgos (aquellos aspectos del comportamiento que son comunes a las personas, en mayor o menor medida).
- Pseudo explicaciones psicológicas, genéricas e imprecisas, que no sustentan evidencia en su incorporación en la explicación terapéutica operativa. Por ejemplo, declaraciones como baja autoestima, dificultades de regulación emocional, falta de control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, no contar con modelos de aprendizaje de habilidades sociales, problemas de asertividad, etc. son descriptores imprecisos y que en la gran mayoría de los

casos se podrían declarar por personas que no sufren clínicamente y que incluso presentan buen ajuste y bienestar. Por el contrario, la demarcación de lo que sí es un problema psicológico requiere mayor precisión y validez operativa.

En segundo lugar, la demarcación inicial respecto a aquello que sí es el problema terapéutico se realiza en conjunto con el paciente y usualmente se puede caracterizar de acuerdo a los siguientes aspectos:

- *Alienación.* La experiencia problemática es articulada referencialmente fuera del propio dominio o sentido de sí mismo. Incluso una construcción del tipo “soy una basura, deberían borrarame de la faz de la tierra”, al caracterizarse como problema terapéutico, aparece fuera del propio dominio, no como una construcción ni una elección, sino que se experimenta “desde afuera”, el paciente realiza una “objetivación no referencial”, algo no funciona, una porción significativa de experiencia doliente no logra apropiarse, no es vivida como propia.
- *Constancia.* Para hablar de un problema psicoterapéutico definido, debe configurarse la percepción de que la experiencia que obstaculiza “está ahí” con cierta permanencia, adquiriendo un carácter ontológico, se experimenta como una circunstancia u objeto presente y constante.
- *Inevitabilidad.* La experiencia discrepante aparece inevitable, ineludible o muy difícil de elaborar, “trabajosa”. La posibilidad de construir alternativas es baja.
- *Impacto.* La experiencia discrepante aparece asociada a cambios ostensibles en el nivel de activación o funcionamiento del individuo, es significativa, impacta en su desenvolvimiento y sentimientos de bienestar.
- *Discordancia.* Por último, otro criterio de observación que el terapeuta puede utilizar es el grado en que la experiencia discrepante u “obstáculo” parece atentar directamente con algunas reglas de coherencia identitaria. Esto significa que la experiencia limita o enfrenta, en última instancia, la intención de coherencia y de continuidad del sentido de sí mismo.

El problema terapéutico será comprendido por ambos como una construcción activa, un proceso que implica la aplicación recurrente de un grupo restringido y específico de constructos, aplicación asociada finalmente a un grado de sufrimiento personal. En un paneo demarcatorio inicial, el terapeuta puede comenzar indagando por descripciones del contexto subjetivo en donde ocurre el problema terapéutico: desde cuándo ocurre, con quiénes ocurre, en qué momentos y lugares, cuándo ha notado excepciones, etc. Puede ser útil caracterizar tanto el inicio del desequilibrio como escenas recientes. Luego el terapeuta puede perfilar la indagación a través de criterios más específicos de demarcación:

- *Definir los constructos que co – varían en los casos particulares del problema terapéutico.* El problema terapéutico está constituido en un proceso relativamente estable de aplicación de constructos o conceptos (relaciones únicas entre sujeto y objeto). Estos pueden incluir variaciones físicas – sensoriales, imagerías específicas, sentimientos, cambios en el funcionamiento cognitivo, aspectos de la conducta, etc. Estos constructos constituyentes del problema terapéutico¹ variarán entre observaciones y debido a esto es que el terapeuta narrativo constructivista debe incluir en su trabajo la formación del rol del paciente como co – observador. Junto con él, los componentes del problema terapéutico pueden ser evaluados en términos de demarcaciones que ambos comprendan (intensidad, duración, etc.) y que sean relevantes para las acciones psicoterapéuticas. Se pueden utilizar informes y registros como los utilizados en terapia cognitivo conductual, con el arreglo de que las variables a observar en el enfoque constructivista deben considerarse como de caso único (cada observación es distinta de otra, el concepto o constructo no es una categoría perceptiva estable). Además de definir cuáles son los constructos involucrados, se registra una apreciación cualitativa respecto a si estos constructos aparecen claros o difusos, el grado de diferenciación entre ellos, la manera en que aparecen ordenados temporalmente (en términos caracterizar la temporalidad subjetiva del problema terapéutico), o cómo los conceptos – constructos componentes aparecen ordenados en fases definidas. Este último caso es frecuente en la clínica de las adicciones, en donde las personas refieren el problema terapéutico a algo que ocurre “fuera de sesión” y en que las intervenciones más eficaces funcionan precisamente en esa modalidad, fuera del box y en entrenamientos que implican el trabajo en terreno. En este punto el lector puede revisar las formulaciones de Gordon Alan Marlatt (1985) respecto al trabajo en adicciones, o las formulaciones de John Gunderson (2008) o Marsha M. Linehan (1993) respecto al trabajo con la clínica del desorden de personalidad de tipo límite, para guías de intervención que consideran problemas terapéuticos caracterizados por cambios agudos de fases entre sesiones.

- *Observar los cambios de demarcación en esas aplicaciones de constructos.* El aspecto más importante a registrar al momento de evaluar en proceso el problema terapéutico, es la observación de cambios en la demarcación del problema y de sus componentes. Esto se realiza de forma diacrónica, indagando por situaciones actuales de bajo bienestar subjetivo. Cada una de estas situaciones supone tres momentos básicos (un antes, durante y un después) que permiten evaluar cambios en la situación particular, y entre las situaciones particulares. Por ejemplo, un paciente que declara sentir mucho cariño por su madre y representaciones de cuidado hacia ella, menciona que en un momento de frustración le gritó groserías, para luego en la tarde

¹ Esto se corresponde con los dominios afectivo, cognitivo, imaginativo, expectativas y sensorial, planteados por Quiñones (2011), no obstante otros dominios planteados por este autor serían correspondientes con otros puntos en el presente resumen.

experimentar culpa. El terapeuta puede registrar los cambios demarcatorios en el curso de esa experiencia, y comparar además estas con el registro de experiencias focales anteriores.

Comprensión

Una vez definidos los conceptos o constructos frecuentemente aplicados en la experiencia referida como problemática, la formulación sugiere que el terapeuta evalúe los cambios en el grado de comprensión en la construcción de los casos particulares y únicos del problema terapéutico. Como todo criterio de observación, el grado de comprensión otorga una visión dimensional, con un grado alto de orden e integración por un lado y percepciones caóticas y de difícil integración por otro lado. El criterio de comprensión, la descripción cualitativa respecto a cómo se ordena y “ubica” la aplicación de constructos en el contexto más general de acciones de conocimiento de la persona, puede ser estudiada en términos de qué tan concretas o abstractas son esas aplicaciones, el grado de centralidad, el grado de interrelación y el grado de directividad en la expresión de las aplicaciones involucradas en el problema terapéutico.

Respecto al grado de abstracción, el terapeuta y el paciente atenderán usualmente a la evaluación de aquellos constructos más concretos. Siguiendo la clásica definición de Goldstein y Scheerer (1941), los constructos más concretos del problema terapéutico se caracterizan cualitativamente por:

- La referencia de ellos como experiencia interna o externa no es clara
- Resulta difícil para el paciente articularlos, es difícil relacionarlos con otras imágenes, experiencias emocionales, otros aspectos de la propia historia, otros elementos del comportamiento observado o inferido en las relaciones interpersonales, etc.
- Representan una experiencia inmediateista, automática o demasiado ligada con el aspecto sensorial de la percepción
- No se logran descomponer en partes y/o sintetizar nuevas experiencias a partir de ellos
- Aparecen como “incuestionables” o absolutistas, y resulta difícil poner esa experiencia en términos temporales (anticipar, proyectar en el tiempo, etc.).

Es probable que la observación del paciente y el terapeuta de aquellos conceptos – constructos más concretos les señale además cierta tendencia a la clausura en las aplicaciones (la observación conjunta de que no se ven más alternativas de construcción posible). Esto es esperable, y ni el terapeuta ni el paciente deberían obligarse a intentar cambiar o cuestionar esta clausura demasiado pronto. En las primeras sesiones, en cambio, resulta un paso adecuado el definir y registrar cuál es la mínima disposición efectiva a la apertura, es decir qué tan dispuesto está el paciente a

intentar abrir la aplicación de de constructos, en términos del grado inmediatamente superior de abstracción (mínimo costo personal).

Los constructos cuyas aplicaciones conforman la experiencia problemática, pueden ser caracterizados por el grado de centralidad o periferia en relación con el sentido de sí mismo. Si un constructo periférico es usualmente de baja frecuencia de aplicación y su pérdida o cambio no amenaza el sentido de identidad en la persona, lo opuesto caracteriza un constructo central. En este momento de la formulación constructivista, el terapeuta y el paciente pueden identificar y registrar aquellos constructos que covarían en el problema terapéutico, cuáles de estos constructos son más concretos y cuáles son más centrales.

Los constructos constituyentes del problema terapéutico pueden verse relacionados con otros, es decir pueden co – variar con otros constructos en la globalidad de constructos, o en su defecto se pueden mostrar compartimentalizados. En la evaluación del problema terapéutico esta compartimentación aparece como “falta de organizadores previos” (la experiencia problemática es nueva para la persona, no existen antecedentes que permitan fácilmente articular lo novedoso del problema terapéutico), o no existen posibilidades de generar anclajes interpersonales que permitan una adecuada articulación. La razón de atender y registrar este aspecto de concreción como un punto separado en la formulación, es que una alta compartimentación puede incluir una clínica con fenómenos disociativos: la disociación apunta a la observación de que la interrelación entre componentes de la experiencia problemática y otros constructos del paciente es demasiado baja, el terapeuta observa que sub sistemas operan de manera contradictoria o de forma relativamente independiente. Los fenómenos disociativos son comunes en organizaciones que presentan subsistemas de distinto nivel de abstracción operando al mismo tiempo, cada cual con relativos grados de clausura y apertura (por ejemplo, neurosis del espectro obsesivo compulsivo, hipercomplacientes, etc.): el terapeuta puede registrar en su formulación una caracterización de las repercusiones emocionales e interpersonales que el subsistema compartimentalizado presenta.

Por último, otro aspecto relacionado con el grado de comprensión en la aplicación de constructos componentes es el grado de expresión directa o indirecta de estos constructos. Algunos elementos del problema terapéutico pueden estar siendo expresados de forma consciente y asertiva, y otros elementos componentes del problema pueden estar siendo expresados de una manera indirecta o tácita (Harvey, 1961; Guidano, 1995; Dowd, 2006). El registro de “baja directividad” debe ser estricto, mínimo en interpretación y alto en descripción, y en el caso de incluir elementos tácitos, estos se restringen al comportamiento observado por el terapeuta, que co-varía en el problema terapéutico, aunque ese comportamiento no sea referido conscientemente por el paciente como parte del problema. Esta aclaración resulta útil principalmente al estudiante que puede confundir este registro con suposiciones o hipótesis respecto a qué motiva al paciente a realizar ciertos comportamientos. Por ejemplo, el paciente puede mencionar que cada vez que discute con su señora se marea y tienen que auxiliarlo con cuidados físicos. Quizá el paciente no tenga una formulación consciente de esta co – variación, pero es registrada como una posible

expresión indirecta, que luego deberá ser estudiada en profundidad.

Valoración

Un tercer criterio descriptivo sugiere que el problema terapéutico puede ser caracterizado en términos de valencia o direccionalidad, que es el sentido de orientación (aproximación – alejamiento) de los constructos componentes respecto de la globalidad de los constructos. Entonces, el problema terapéutico puede ser estudiado de acuerdo al grado en que algunas aplicaciones componentes se alejan (por ejemplo, evitar considerar los sentimientos de abandono personal asociados a que la hija se esté enamorando y esté próxima a irse de la casa) y otras se acercan (por ejemplo, pensar en el marido cuando se experimenta una crisis de pánico). Además de registrar cambios de direccionalidad en los constructos, el terapeuta registrará con atención si ocurren casos de concatenación de constructos. Por ejemplo, un paciente puede plantear que su consumo dependiente de marihuana involucra tanto una imaginación previa de “relajo y poner pausas a los pensamientos angustiantes (valoración positiva, el acercamiento de constructos respecto a imaginarse a sí mismo en un estado no ansioso, con control de ciertos pensamientos), como una desagradable experiencia de aumento de ansiedad los días siguientes al consumo (valoración negativa, el problema incluye estas percepciones sensoriales y emocionales ansiosas que se quieren alejar, evitar, deshacer, etc.).

Control

Por último, el terapeuta puede además caracterizar los constructos componentes del problema psicoterapéutico a través del criterio de control. El terapeuta puede caracterizar este criterio de observación de dos maneras: la asignación de control – objeto y la asignación de control – sujeto. En el primer caso, en que el observador no se incluye en la descripción de la asignación de control, se caracteriza si la asignación de control respecto a la experiencia es interna o externa, si la asignación de control toma la forma de un afrontamiento, “saboreo”, manipulación, evitación, ganancia o confianza (Thompson, 1981; Bryant y Veroff, 2007).

En general esta primera manera de caracterización es fácil de implementar por los terapeutas en entrenamiento, al indagar cómo el paciente se explica lo ocurrido, cuáles eran las expectativas o intenciones de las acciones principales, cómo se experimentó con las consecuencias de sus acciones, etc. Sin embargo para algunos entrenandos resulta más difícil la evaluación del segundo modo, caracterizar las acciones de percepción del problema terapéutico a la luz del control experimentado desde una óptica subjetiva. Por ejemplo, desde el grado de autonomía – dependencia respecto a la fuente o figura de control. La asignación de control – sujeto entonces alude al grado de control percibido por el observador, el grado de control experimentado desde dónde está haciendo la observación.

b. Evaluación de orientación ontológica

La comprensión clínica narrativa constructivista puede verse como la progresión natural de la aplicación de la narrativa en su vertiente de designación, de referencia experiencial y no solo lógico – discursiva. La evaluación clínica en esta óptica considera, además de un acuerdo preciso respecto a los criterios de observación a utilizar, la evaluación de los cambios referenciales más generales en la construcción de significado involucrado en el problema terapéutico. Para esto, se distinguen entre tres clases de referencias, tres instancias que logran adquirir un carácter ontológico (una heurística ontológica no acabada, o si se prefiere, instancias de referencia ontológica), en un lógica top – down de evaluación en nuestra propuesta de psicoterapia narrativa constructivista:

Alteridad.

La instancia de referencia de Alteridad se construye y reconstruye en la estabilización de las percepciones respecto al enlace de coordinación existente entre el individuo y los seres humanos involucrados en su nutrición, protección, expresiones de amor y valoración, generación de placer y conductas de reproducción.

Esta instancia considera las distinciones o acciones experienciales que son referidas hacia un otro similar, por ejemplo la representación del abuelo ausente, la pareja sentimental en tanto objeto de amor o admiración, la relación particular de un montañista con la montaña a la que le atribuye personalidad e intenciones, la representación con intención y diálogo pseudo alucinatorio que el vino puede tener para un solitario alcohólico, entre otras tantas posibilidades particulares. El desenvolvimiento ontogénico involucra al “otro subjetivo” en un compromiso que incluye desde aspectos del desarrollo biológico hasta construcciones más abstractas como los sentimientos y la toma de decisiones personales.

La investigación nomotética orienta al terapeuta a la consideración de esta construcción y el rol que juega en la formulación clínica del problema terapéutico. Por ejemplo, en el estudio de problemas de ajuste emocional adulto entre los que se incluye el diagnóstico de trastorno de la personalidad de tipo límite, se encuentran antecedentes de comportamiento relacional agresivo en la infancia, en donde los niños construyen una representación del otro como alguien que les permite manipularlos o que gratifican en la misma medida del requerimiento (Crick y Grotpeter, 1995; 1996; Crick, Murray-Close y Woods, 2005), una adolescencia con un elevado nivel de deseo de exclusividad en sus relaciones cercanas y con baja calidad en las relaciones románticas si no se cumple con estas representaciones ideales previas (Werner & Crick, 1999) y una mayor reactividad emocional frente a las discrepancias con un otro significativo durante la infancia y adolescencia (Crick, Murray-Close y Woods, 2005; Hecht y cols, 2014), todos aspectos del desarrollo que parecen estar ligados con dificultades de ajuste importantes en la adultez (Hecht y cols, 2014). En un sentido general, la investigación nomotética respecto a papel de las relaciones interpersonales

tempranas en la psicopatología es profusa (Lewis y Miller, 1990; Beauchaine e Hinshaw, 2008; Cicchetti y Cohen, 2006; Evans y cols, 2005; Quamma, y Greenberg, 2003, Wachs y Corapci, 2003; Fiese y cols, 2002; Repetti, Taylor, y Seeman, 2002; Coley, Linch y Kull, 2015; Frazier y Schauben, 1994; Grych y Fincham, 1992; Finkelhor, 2008; Corona, Jannini y Maggi, 2014).

Corporalidad – mundo.

Desde nuestra perspectiva narrativa, la persona está situada no solo como un objeto que deambula y actúa en un mundo de otros objetos, sino que construye en ese actuar lo que percibe como su mundo (Merleau-Ponty, 1962), experimentando un espacio y tiempo emergentes en la dinámica de sus propias operaciones de conocimiento. De no ocurrir estas acciones no hay existencia, el mundo no aparece, lo que aparece es una experiencia de vacío y de muerte que no se corresponden directamente con la vida o muerte biológicas.

La Corporalidad – Mundo, en palabras del filósofo Merleau-Ponty, es en este sentido “el hilo con el que se tejen todos los objetos, y esto es, al menos en relación con el mundo percibido, el instrumento general de la comprensión” (1962, pág. 235). Para una revisión conceptual de las premisas básicas en este enfoque de Corporalidad – Mundo, el lector podría remitir primero al amplio y conocido trabajo de los biólogos Humberto Maturana y Francisco Varela (1972; 1994), particularmente para caracterizar la naturaleza autorreferencial del conocimiento desde un punto de vista biológico. Luego, el lector podría revisar con detalle el enfoque enactivo planteado por Francisco Varela, que en su formulación inicial (Varela, Thompson y Rosch, 1991) rompe con las bases formales del enfoque cognitivista clásico y representacionista, haciendo hincapié en el estrecho vínculo entre los procesos cognitivos de un organismo y su actividad corporeizada (Noë, 2004, 2009; 2012; Noë y Thompson, 2002; Hutto y Myin, 2013ab; Hutto, 2007).

De acuerdo a estos autores, experimentamos el mundo porque este “aparece” para nosotros en el proceso del propio compromiso interactivo con él (Stewart, Gapenne y Di Paolo, 2010). En palabras de Alva Noë, la “experiencia perceptiva no es algo que nos sucede, sino que es algo que hacemos” (2004, pág. 216). Estos planteamientos pueden resultar consistentes con una amplia línea de investigación actual que apunta al estudio del espacio, sus objetos y la temporalidad en que son vividos como experiencias situadas (Arstila y Lloyd, 2014; Lakoff y Johnson, 1999; Rupert, 2009; Varela, Thompson y Rosch, 1991; Varela, 1996; Smith, 2005; Gibbs, 2005; Thelen y Smith, 1998).

Autoimagen.

La última instancia a evaluar, en términos de cambio entre períodos de tiempo subjetivo, es aquella que agrupa, en la lógica de transitividad tripartita que hasta aquí se ha presentado, las referencias que configuran “lo que yo soy”, la Autoimagen. Históricamente los términos autoimagen y autoconcepto han sido usados indistintamente para referir a la organización fenomenológica de la experiencia individual e ideas respecto al sí mismo, en todos los aspectos de la vida (Abramowitz y cols, 1984; Offer y cols, 1988).

Desde las observaciones de William Preyer y las formulaciones de William James hasta la actualidad, el estudio de la representación que construimos respecto de nosotros mismos ha sido profusa. En el campo más específico de la psicoterapia, el lector puede revisar los planteamientos de Carl Rogers respecto al papel de la autoimagen, y además puede revisar la amplia literatura sobre la relación con diagnósticos y trayectorias psicopatológicas relativamente específicas (Koenig, Howard, Offer y Cremerius, 1984; Demir, Kaynak-Demir, y Sönmez, 2010; Jung, Pick, Schlüter-Müller, Schmeck y Goth, 2010; Sokol y Eisenheim, 2016; Neacsiu, Herr, Fang, Rodriguez y Rosenthal, 2015; Van Doeselaar, Klimstra, Denissen, Branje y Meeus, 2018) y con relación a los resultados de intervenciones psicoterapéuticas (Ryum, Vogel, Walderhaug, y Stiles, 2015).

En el presente enfoque, Autoimagen se define como aquella instancia que tiende a agrupar las referencias al Yo Soy, lo que puede incluir tanto la imagen corporal, la pareja, el automóvil y otros objetos materiales, supuestos atributos de carácter, oficios o desempeños ocupacionales, eventos, etc. A diferencia del concepto más comúnmente utilizado, la instancia de Autoimagen que desarrollamos en este trabajo incluye conocimiento no – reflexivo, tácito o conocimiento no – conceptual (Gawronski y Payne, 2010; Greenwald, y Banaji, 1995; Musholt, 2015).

4. Relación terapéutica

Las acciones terapéuticas en psicoterapia efectiva son mejor comprendidas en el contexto de la relación terapéutica específica construida entre paciente y terapeuta (Castonguay, 2011; Tishby y Wiseman, 2018; Norcross y Lambert, 2019). Esta construcción considera acciones como registrar en forma independiente las características de la relación, sus recursos y posibles quiebres (Kohberger, Safran y Muran, 2018), centrarse en las representaciones positivas que se generan en ambos respecto al otro y a la relación (Schattner y Tishby, 2018), considerar los estilos de apego para anticipar conflictos y promover ajustes positivos en ambos (Wiseman y Atzil-Slonim, 2018), generar adecuaciones que puedan incluso incluir romper los límites de la terapia tradicional, en algunos casos (Shefler, 2018), y adecuar los roles de terapeuta a las necesidades del paciente, proporcionar experiencias de aceptación y logro, así como usar una comunicación cálida y empática para alentar a los pacientes en una expresión emocional positiva (Norcross y Lambert, 2019), supervisar

la relación terapéutica (Hill y Gupta, 2018), entregar una retroalimentación clara entre ambos (Norcross y Lambert, 2019), entre otras acciones (Tishby y Wiseman, 2018)

Además de los puntos anteriores, el terapeuta puede registrar en este apartado las expectativas que tiene el paciente respecto al proceso y sobre la persona del terapeuta. También puede registrar el comportamiento en sesión, de ambos, para atender a cómo el paciente y terapeuta organizan la relación interpersonal, en particular en su cualidad emocional:

- La manera en que se intenta obtener ayuda o protección en una experiencia de vulnerabilidad.
- La forma de construir interpersonalmente la expresión de temor o miedo
- Formatos de seducción, entendidos como invitaciones tácitas o explícitas a experimentar placer de algún tipo (fomento de la tensión sexual, generación de bromas y risas, develamiento gradual de aspectos “misteriosos” de la propia historia, obtención de novedad, diversión, etc.)
- La forma en que la relación terapéutica organiza la obtención de consuelo luego de explorar una experiencia de pérdida o soledad
- La distancia representacional entre los actores de la relación, en una emocionalidad de libertad – autonomía
- La experiencia de ser reconocido – visto positivamente por el otro
- La experiencia de ser definido – dibujado por el otro, cómo se organizan las mutuas demarcaciones en el “espejo interpersonal”, a través de qué cualidades emocionales predominantes, etc.
- Cómo se imaginan los participantes de la relación fuera del escenario que los convoca

El registro de las características de la relación terapéutica, además de generar información útil para la construcción de la alianza, permite analizar dos aspectos que serán incorporados a la hipótesis de trabajo y la definición de la estrategia.

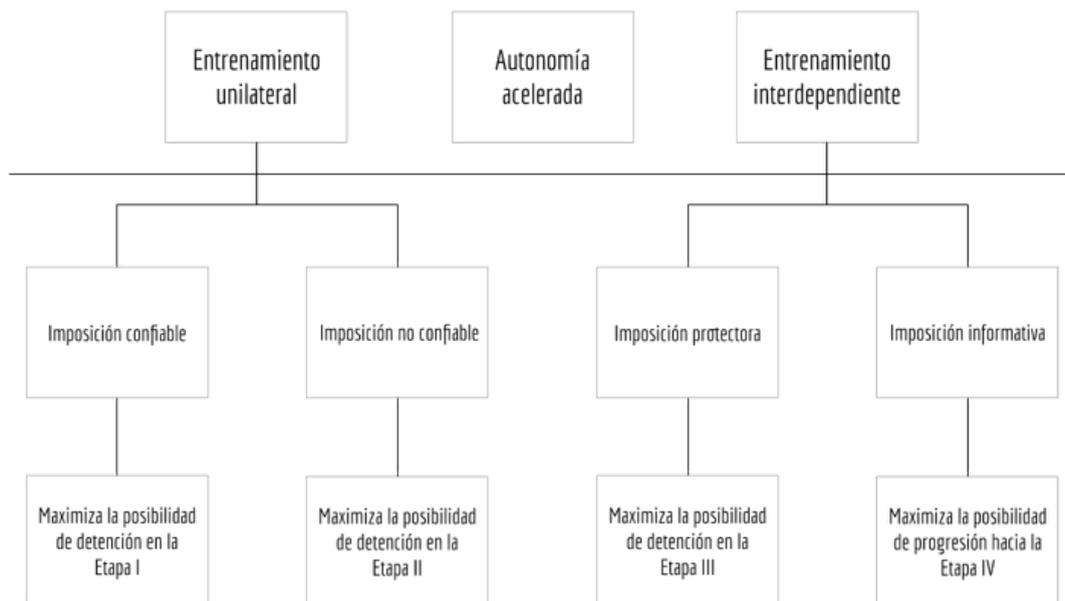
- a. *Construcción de la Alteridad – Terapeuta.* El registro de la relación terapéutica permite caracterizar in situ algunos aspectos de la construcción de Alteridad por parte del paciente, en este caso la Alteridad/terapeuta. Esto puede ser de utilidad para la comprensión del problema terapéutico:

- Demarcación: ¿el paciente “agrega” demasiada información respecto al terapeuta, información que el terapeuta no percibe? , ¿el paciente se siente “invadido” por la figura del terapeuta, realiza representaciones de él en demasiados lugares o decisiones de su vida fuera de sesión?, ¿el paciente actúa en forma desinhibida frente al terapeuta?, etc.
- Valoración: ¿cuáles son los aspectos que el paciente acerca cuando construye la Alteridad/terapeuta?, ¿cuando llegó atrasado el paciente, por qué sonrió con agrado cuando la terapeuta hizo un comentario de corrección respecto a ese comportamiento?, ¿qué elementos

representacionales, subjetivos, utilizó el paciente para imaginar que el terapeuta podría sentirse incómodo si le relataba la ideación suicida que había experimentado el fin de semana?, etc.

- Comprensión: ¿el paciente utilizó elementos concretos para la construcción de su Alteridad/terapeuta cuando mencionó que un terapeuta varón si lo comprendería?, cuando el paciente realiza esa pregunta al terapeuta ¿cuántas posibilidades de respuesta se está imaginando que él le dará?, ¿ese comentario agresivo hacia el terapeuta implica una construcción similar de Alteridad a aquella que realiza con sus familiares en momentos de frustración?, etc.
- Control: ¿cuántas veces en sesión el paciente solicitó al terapeuta que le dijera lo que debe hacer?, ¿el paciente ha construido una Alteridad/terapeuta sobre la que debe rebelarse sistemáticamente?, ¿se decepcionó el paciente cuando el terapeuta le sugiere que él decida sin solicitar asesoría a otros?, ¿ha cambiado, ahora que se está cerrando el proceso terapéutico, la construcción de Alteridad/terapeuta en términos de autonomía?, etc.

- b. *Estilo relacional adscrito al espectro psicopatológico del caso.* En base a la evidencia disponible, es posible sostener la correlación entre formatos psicopatológicos y estilos de entrenamiento o crianza específicos (Collins y cols, 2000; Konopka y cols, 2018). Los constructos más concretos del problema terapéutico probablemente se mantienen como aplicaciones a través del tiempo, en particulares formatos de relación interpersonal. El registro permite una estimación en dos sentidos: por un lado, observando los aspectos más concretos del problema terapéutico se puede esbozar el estilo de entrenamiento necesario para anclar a ese formato y luego, gradualmente, acceder a construcciones más abstractas. Por otro lado, al observar el requerimiento del paciente de un estilo relacional específico (por ejemplo, una guía directiva no informativa), el terapeuta podría explorar qué constructos se sostienen a través de ella. Un ejemplo de la aplicación de esta lógica es el análisis de Harvey, Hunt y Schroder:



En donde, a través de la evidencia disponible a ese momento, relacionaban formatos psicopatológicos con estilos de crianza/entrenamiento específicos. La sugerencia de estos autores para el educador y terapeuta, es anclarse o considerar al menos los constructos más concretos involucrados en la detención (en la dificultad de ajuste relacionada con constructos poco integrados o demasiado concretos) para así favorecer una progresión gradual hacia los estadios superiores inmediatos en términos de abstracción/integración.

5. Hipótesis de la dificultad de integración

Las hipótesis terapéuticas construidas en el proceso de psicoterapia estarán fundamentadas en dos grandes tipos de información: la evaluación descriptiva – diacrónica del problema terapéutico y los registros sincrónicos de la relación terapéutica. Ambas fuentes de información proveen de los elementos necesarios para la construcción de hipótesis.

Un primer grupo de hipótesis, de carácter gnoseológico, reúne los registros de demarcación (cambios en la diferenciación de los constructos componentes), control (formatos de control asignados al problema y al “sí mismo en el problema terapéutico”), comprensión (grado de concreción e interrelación entre los constructos componentes) y valoración (direccionalidad de los constructos componentes) de las descripciones iniciales, para formular premisas explicativas y operativas. Basada en una lógica bottom – up, este tipo de hipótesis se fundamenta en la observación conjunta de cambios en algunos de estos criterios gnoseológicos, para promover hipótesis de trabajo específicas. Por ejemplo, un paciente observó junto a su terapeuta que la ingesta de alimentos aumentaba en el anochecer, particularmente después de haber tenido “días buenos” con su señora. En el contexto de terapia, probaron la hipótesis de que experimentar sentimientos placenteros, agradables y alegres con su

señora se asociaba a una experiencia de desolación y temor más acentuados en la noche, con un imaginario de posibles accidentes o duelos. A través de varias estrategias, en pocos días corroboraron esa hipótesis, lo que no obstante no implicó un gran cambio en el comportamiento, sí fue percibido por el paciente de forma ostensible, en términos de mayor modulación de los sentimientos desagradables en la noche. Aunque no fue el caso, paciente y terapeuta podrían haber realizado estrategias exclusivamente basadas en este tipo de hipótesis, por ejemplo interferir la imaginación a través de conversaciones con la señora, construir imaginaciones que “enfriaran” o distrajeran respecto a los momentos alegres, entre muchas otras. En este caso, ambos optaron por trabajar desde el segundo tipo de hipótesis, descrita a continuación.

El segundo grupo de hipótesis, de carácter ontológico, incluye la formulación hipotética del problema terapéutico como una dificultad de integración entre instancias de referencia más generales, que en nuestro enfoque denominamos Alteridad, Corporalidad – Mundo y Autoimagen. Siguiendo con el ejemplo anterior, el terapeuta y paciente comenzaron a preguntar por qué razón experimentar situaciones agradables con su familia resultaba amenazante o se asociaba a incomodidad. Observaron que, desde una perspectiva histórica, el paciente construía una Autoimagen que no permitía cómodamente la expresión del temor a la pérdida, y que estos sentimientos eran parte cotidiana de la construcción de su mundo interpersonal. En esa óptica “top – down”, las opciones de dificultades de integración incluidas en la hipótesis consideran las siguientes posibilidades (Díaz Olguín, 2016, 2019) :

	Discrepancia usualmente referida a	No se logra articular en	Se articula con cambios en la referencia en
A	Alteridad	Corporalidad	Autoimagen
B	Alteridad	Autoimagen	Corporalidad
C	Corporalidad	Autoimagen	Alteridad
D	Corporalidad	Alteridad	Autoimagen
E	Autoimagen	Alteridad	Corporalidad
F	Autoimagen	Corporalidad	Alteridad

Este esquema permite diagramar específicamente la dificultad de integración involucrada en el problema terapéutico, sugiriendo al mismo tiempo los focos de trabajo en términos de promover nuevas aplicaciones de constructos o rearticulaciones entre grupos ya existentes de constructos.

En el ejemplo anterior, el paciente optó por modificar primero la construcción de Alteridad que formaba en su relación de pareja, en el sentido de incorporar en la representación de ella la posibilidad que sea una mujer que “contiene” y que no se va a decepcionar de él si le cuenta que experimenta miedo. Para esto prefirió conversar

con ella, agregando datos respecto a situaciones similares efectivas y algunas imaginadas. Esa primera acción de reconstrucción involucró un cambio clínico significativo, que terminó de completarse con una muy gradual reconstrucción en la instancia de Autoimagen: el paciente comprendió que la dificultad de verse a sí mismo experimentando ciertos sentimientos de temor fueron inhibidos en su expresión como forma de ajuste a una historia infantil de crianza adversa con padres y abuelos alcohólicos. Hacia el final del proceso, algunos constructos en la instancia Corporalidad – Mundo también cambiaron, reconociendo mejor situaciones de cariño, “reubicando” el temor a la pérdida dentro de experiencias cotidianas en este mundo, realizando acciones respecto a la posibilidad de la propia muerte (por ejemplo, estaba postergando hace años la revisión de seguros previsionales y de salud) con mayor tranquilidad, entre otras situaciones.

6. Objetivos de intervención

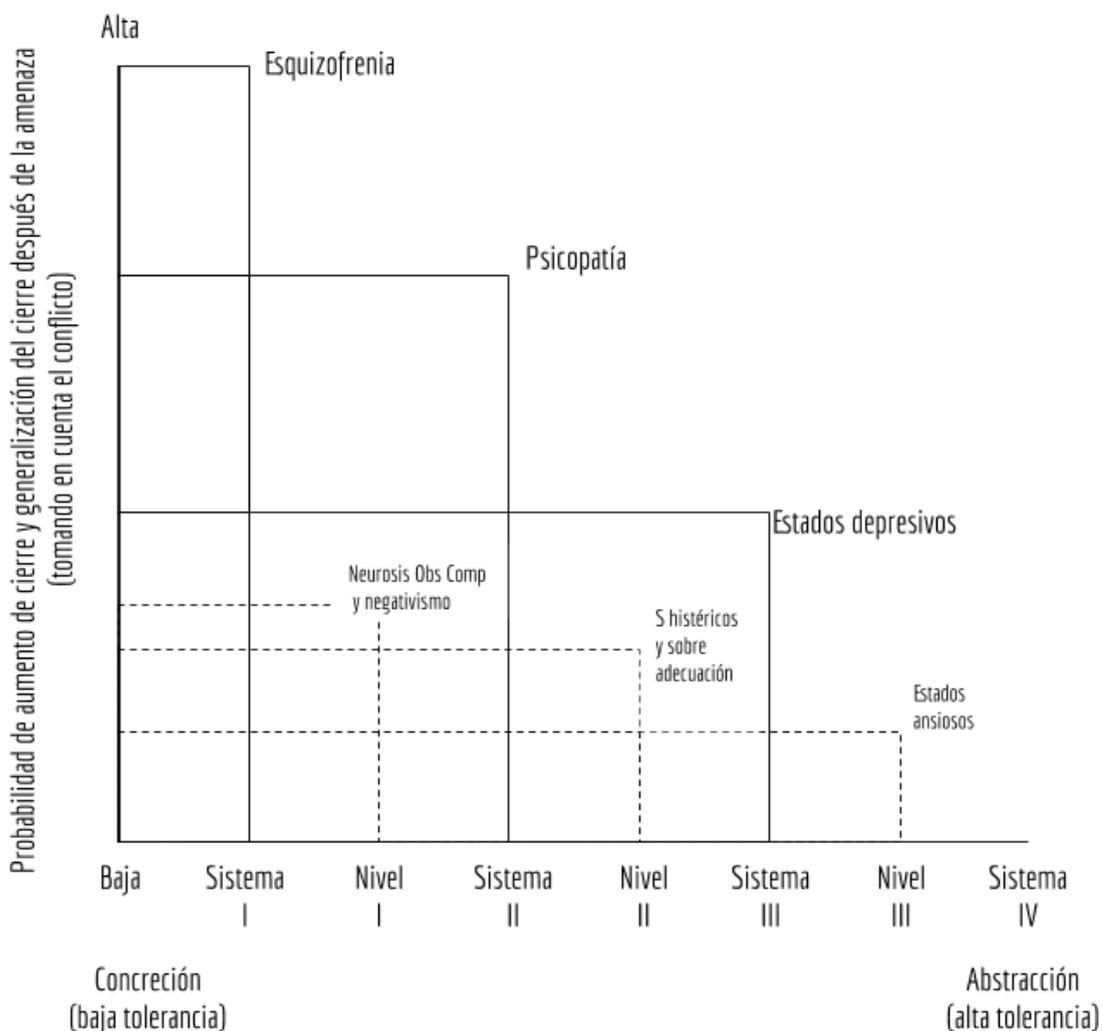
Las hipótesis de trabajo (gnoseológica y ontológica) deben registrarse en términos de variables observables tanto por el terapeuta como por el paciente, y deben ser factibles de ser modificadas a través de tareas específicas. La importancia de registrar los objetivos no solo radica en la organización de la formulación general y la posibilidad de evaluar la efectividad de la intervención, sino que permite mantener una alianza clara con el paciente. De ahí que los objetivos son siempre co – construidos y acordados con el paciente. En este sentido, se esperaría en este registro algunas características:

- Los objetivos deben ser significativos, importantes, deseables para el paciente
- Desde nuestro enfoque, se definen en términos de la interacción con otras personas.
- Son positivos, indican qué es lo que se va a realizar, no lo que dejará de hacerse.
- Guardan una relación directa con el motivo de consulta o con la reformulación de éste aprobada por el paciente.
- Implican generalmente la asignación de responsabilidades al paciente y el terapeuta.
- Se enfocan en el cambio personal, no el en cambio de otras personas (no incluyen a otros que “cambiarán a través del paciente”). Esto es básico, pero en ocasiones una pobre exploración de las expectativas de los pacientes oculta la intención de cambio por parte de otras personas cercanas.
- Deben establecerse de acuerdo a lo que el paciente está dispuesto a realizar (son establecidos en una relación de costo beneficio), se diseñan en el marco de las posibilidades efectivas que tiene el paciente.
- El logro de los objetivos es factible de ser comprobado directamente.
- Los objetivos propuestos pueden siempre dividirse en objetivos menores y pueden ser abordados en principio a través de múltiples técnicas.

7. Estrategias y planificación

La elección de técnicas y estrategias de intervención son parte de las decisiones clínicas, incluye valorar y considerar aspectos relacionados con el tipo de problemática, características del paciente, costos – beneficios, aplicabilidad, etc. Uno de estos aspectos que es relevante es la disponibilidad de estudios que aseguren la eficacia de una técnica o estrategia específica. Evidentemente, el sentido común y la aplicación creativa de principios provenientes de la psicología resulta fundamental. Además, el psicoterapeuta debería anticiparse a posibles efectos negativos y a las principales dificultades que el paciente tendrá en la consecución de los objetivos de terapia.

A modo muy general, en nuestro enfoque la información proveniente de la evaluación del problema terapéutico y de la relación terapéutica también sugiere el estilo general que la intervención podría adquirir. Por ejemplo, basándonos en el esquema que Harvey, Hunt y Schroder realizaron para describir distintos cuadros psicopatológicos en términos de concreción – abstracción, la evaluación podría sugerir a grandes rasgos una estrategia directiva/concreta – autónoma/informativa, de colaboración con la demarcación de realidad (en sistemas conceptuales cerrados como esquizofrenia, psicopatía, estados depresivos), o de integración entre subsistemas de distinto nivel en el caso de oposicionismo, neurosis obsesivo compulsiva, síndromes histéricos, clínica del trastorno límite de la personalidad, sobre adecuación social o hiper – responsabilidad y estados ansiosos.



Esto permite realizar una diagramación de la intervención que incluye:

- Estrategia general orientada al nivel de concreción de los aspectos más centrales del problema terapéutico. Se debe definir aquí el estilo o rol que el terapeuta adoptará en términos de control percibido por el paciente (muy similar a lo planteado por Elizur y Huppert, 2018, al mencionar los roles de experto, vendedor, aliado o entrenador), para “anclarse” al estilo del paciente y fomentar graduales cambios al nivel inmediatamente superior en términos de abstracción
- Definir, a través del estudio gnoseológico, si la estrategia considerará la promoción de apertura en un sistema de constructos altamente cerrado, o la integración de dos subsistemas de constructos de distinto nivel de abstracción
- Motivo de consulta / demanda y objetivos generales. Criterios observables de cumplimiento de esos objetivos.
- Descripción general de las actividades a realizar para alcanzar esos objetivos

- e. Formas de evaluar el cambio terapéutico que sean acordes a los puntos anteriores e idealmente incluyan formatos confiables y válidos

Por supuesto, por múltiples razones es posible que las sesiones no se realicen de acuerdo a la planificación. En estos casos se espera el redireccionamiento creativo por parte del terapeuta, intentando mantener el foco estratégico de la intervención.

De especial interés es el registro de “momentos clave” de psicoterapia: la co – construcción de objetivos, la realización de las actividades orientadas al cambio, percepción y consolidación de cambios, evaluación y cierre de terapia, etc.

8 Evaluación

Por último, en la formulación de caso se solicita un registro de los cambios psicoterapéuticos observados, considerando que es posible y particularmente importante registrar cambios desde la primera sesión, si ocurren. Idealmente el terapeuta incluirá tanto elementos cualitativos como cuantitativos (Elliott, 1991), y considerando la posibilidad de baja concordancia entre las observaciones del terapeuta y el paciente (al menos en tanto momentos significativos, con mayor concordancia respecto a contenidos generales, como plantean Cummings, Hallberg, Slemon y Martin, 1992; Cummings, Martin, Hallberg y Slemon, 1992), se puede incluir la apreciación de observadores externos pertinentes (Altimir, Krause y cols, 2010).

Una guía para la observación cualitativa de los cambios terapéuticos puede basarse en el extenso trabajo de Mariane Krause Jacob (Krause, 2005; Krause, y Cornejo, 1997; Krause y cols, 2007; Altimir y cols, 2010). Desde el inicio relación de ayuda, caracterizada por Krause en términos de la aceptación de la propia necesidad de ayuda, la definición asimétrica del otro como experto y la autopercepción crítica respecto a los propios comportamientos a cambiar, el terapeuta puede registrar la modificación de los patrones de interpretación respecto a la relación de asimetría, particularmente en el sentido de que los pacientes incorporan interpretaciones creadas en la situación terapéutica, más flexibles y que promueven en general un sentido de mayor autonomía (Krause, 2005).

Otra perspectiva de evaluación cualitativa, relacionada de forma cercana un enfoque de trabajo narrativo constructivista, consiste en evaluar el proceso terapéutico en términos de coherencia y flexibilidad respecto a los “temas narrativos nucleares” (Veglia, 1999, 2013, 2017; Singer y cols, 2008; Goncalves y cols, 2000; Angus y McLeod, 2004). Como plantean Fabio Veglia y Giulia di Fini (2017), los temas de vida son “atractores” (organizadores) de narrativas presentes en todos los ámbitos en todas las culturas y resistentes a lo largo del tiempo. De acuerdo a estos autores, los principales temas narrativos vitales son: el amor, el valor, la libertad, la verdad, la justicia y el poder (el tema de la muerte se considera transversal y se combina con otros temas en una especie de servomecanismo). En su amplio trabajo sobre identidad narrativa y coherencia de los temas vitales, el psicólogo Dan P. McAdams (1996,

2001; McAdams y McLean, 2013) identificó dos temas críticos que dominan las historias de vida: agencia y comunión; la agencia guarda relación con la autoidentificación y afirmación, e incluye los temas de fuerza, poder, dominio, autonomía, separación e independencia. Las historias de vida se organizan en torno a un núcleo central en donde se ve al protagonista de forma individual, gobernando su vida. La agencia interna incluye temáticas como el dominio propio, el “estado y la victoria” (el reconocimiento de una posición prestigiosa dentro de las relaciones interpersonales), el “logro y la responsabilidad” (realización, logro de objetivos) y el “empoderamiento” (crecimiento y auto fortalecimiento). Por otro lado, la comunión guarda relación con el compartir en el marco de las relaciones interpersonales. Incluye temas como la afiliación, unión e intimidad, amor / amistad, o amor erótico o amistad con otra persona; diálogo (comunicación mutua y no instrumental); cuidado y ayuda (cuidado, asistencia, apoyo físico, material, social o emocional); “unidad” (unión, armonía, intimidad, sincronía, lealtad, cercanía y solidaridad con un grupo de personas).

En términos de una evaluación cualitativa, el terapeuta puede considerar estos temas para caracterizar la trama narrativa en la que el cambio terapéutico se inserta, registrando de qué manera las alternativas en la creación de significado permiten márgenes de creatividad y flexibilidad para elegir entre variaciones de construcción (Veglia, 1999, 2013; Angus y cols, 2004; Singer y cols., 2008), considerando el nivel de integración entre las referencias a Corporalidad, Autoimagen y a la Alteridad significativa (Díaz Olguín, 2016, 2018).

Además es útil un registro cuantitativo del cambio terapéutico. Usualmente esto se realiza a través de comparaciones en los autoinformes de los pacientes, y particularmente en términos del uso de escalas sensibles al cambio terapéutico. La elección de la escala guardará relación con la problemática específica, el grado de sensibilidad de acuerdo a las propiedades psicométricas del instrumento, la disponibilidad de aplicaciones y estudios de validez en el idioma del paciente, etc. En nuestra práctica, utilizamos a modo general el cuestionario OQ – 45 de Michael Lambert (Vermeersch y cols, 2004; Lara y cols., 2008; Lambert, 2012, 2015; Norcross y Lambert, 2019), dado que cumple con los requisitos anteriores, además de resultar cómodo para los pacientes.

Por último, es conveniente sugerir en este apartado de la formulación un registro sobre el proceso en general, que identifique los principales recursos y situaciones favorables para el cambio terapéutico, tanto del paciente como del terapeuta. Además puede resultar de utilidad analizar las dificultades percibidas, posibles estancamientos, y registrar algún objetivo no alcanzado que permitan una revisión crítica y constructiva de todo el sistema de formulación.

III. Referencias

1. Abramowitz, R., Petersen, A., y Schulenberg, J. (1984). Changes in self-image during adolescence. En Offer, D., Ostrov, E., y Howard, K., (Eds.), *Patterns of adolescent self-image* (pp. 19-28). San Francisco: Jossey-Bass
2. Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Perez, J., Echávarri, O., y Vilches, O. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20, 4, 472-487
3. Angus, L. y McLeod, J. (eds). (2004). *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*. Thousand Oaks: Sage
4. Angus, L., Lewin, J., Bouffard, B., y Rotondi-Trevisan, D. (2004). "What's the story?: Working with narrative in experiential psychotherapy," in *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*, Angus, L. y McLeod, J. (eds). Thousand Oaks: Sage, 87-10
5. Arstila, V. y Lloyd, D. (Eds) (2014). *Subjective Time. The Philosophy, Psychology, and Neuroscience of Temporality*. London: The MIT Press
6. Beauchaine, T. y Hinshaw, S. (2008) *Child and Adolescent Psychopathology*. New Jersey: Wiley
7. Bergner, R. (1998). Characteristics of an optimal clinical case formulation. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 287-300.
8. Borgo, S., Marks, I., y Sibilía, L. (Eds)(2018). *Common language for psychotherapy procedures: the first 101*. Roma: Centro per la Ricerca in Psicoterapia. (Disponible en <https://www.commonlanguagepsychotherapy.org/>)
9. Bryant, F. B., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
10. Castonguay, L. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 21, 125-140.
11. Castro, L. & Angel, E. (1998). *Formulación clínica conductual*. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2; pp. 3-69). Madrid: Siglo XXI.
12. Caycedo, C., Ballesteros, B. y Novoa, M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, V7, 1, 231-250
13. Chiari, G. y Nuzzo, M. (2009). *Constructivist Psychotherapy: A Narrative Hermeneutic Approach*. London: Routledge
14. Cicchetti, D. y Cohen, D. (Eds) (2006). *Developmental Psychopathology, Volume 1: Theory and Method*. New Jersey: Wiley
15. Clarke, H., Rees, A., y Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 67 - 89.
16. Cole, D. A., Jacquez, F. M., LaGrange, B., Pineda, A. Q., Truss, A. E., Weitlauf, A. S., Tilghman-Osborne, C., Felton, J., Garber, J., Dallaire, D. H., Ciesla, J. A., Maxwell, M. A., & Dufton, L. (2011). A Longitudinal Study of Cognitive Risks for Depressive Symptoms in Children and Young Adolescents. *The Journal of early adolescence*, 31(6), 782-816. <https://doi.org/10.1177/0272431610376248>
17. Coley, R., Lynch, A., y Kull, M. Early Exposure to Environmental Chaos and Children's Physical and Mental Health. *Early Child Res Q.* 2015 ; 32: 94-104

18. Collins WA, Maccoby EE, Steinberger L, Hetherington EM, Bornstein MH. Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*. 2000;55(2):218–232
19. Corona, G. Jannini, E., y Maggi, M. (Eds.) (2014). *Emotional, Physical and Sexual Abuse: Impact in Children and Social Minorities*. Londres: Springer
20. Cova Solar, F. (2004). La Psicopatología Evolutiva y los Factores de Riesgo y Protección: el Desarrollo de una Mirada Procesual. *Revista de Psicología*, 13(1), Pág. 93-101. doi:10.5354/0719-0581.2012.17489
21. Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1996). Children's treatment by peers: Victims of relational and overt aggression. *Development and Psychopathology*, 8(2), 367-380.
22. Crick, N. y Grotpeter, J. (1995). Relational Aggression, Gender, and Social-Psychological Adjustment. *Child Development*, 66, 710-722
23. Crick, N., Murray-Close, D., Woods, K. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology* 17, 2005, 1051–1070
24. Cummings, A. L., Hallberg, E. T., Slemon, A., y Martin, J. (1992). Participants' memories for therapeutic events and ratings of session effectiveness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 113124.
25. Cummings, A. L., Martin, J., Hallberg, E., y Slemon, A. (1992). Memory for therapeutic events, session effectiveness and working alliance in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 30631
26. Demir, B., Kaynak-Demir, H., y Sönmez, E. Sense of identity and depression in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7: 26.
27. Díaz Olguín, R. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. Disponible en <http://www.cipra.cl/articulos.html>
28. Díaz Olguín, R. (2016). Deconstrucción, construcción y reconstrucción: integración entre instancias de referencia. Disponible en <http://www.cipra.cl/articulos.html>
29. Díaz Olguín, R. (2018). Un método de intervención narrativo constructivista en clínica de alta complejidad: deconstrucción, construcción y reconstrucción en el trabajo con problemas de integración narrativa. Disponible en <http://www.cipra.cl/articulos.html>
30. Dowd, E. (2006). What changes in cognitive therapy? The role of tacit knowledge structures. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapy*, 6: 141-8.
31. Eells, T. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation*. 2a edición. Guilford Press: New York
32. Elizur, Y. y Huppert, J. (2018). Negotiating Multiple Roles and Stances in Cognitive–Behavioral Therapy. En Tishby, O. y Wiseman, H. (Eds). *Developing the Therapeutic Relationship: Integrating Case Studies, Research, and Practice*. American Psychological Association: Washington DC
33. Elliott, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1, 92103.
34. Evans, G., Gonnella, C., Marcynyszyn L., Gentile L., Salpekar N. (2005). The role of chaos in poverty and children's socioemotional adjustment. *Psychol. Sci.* 16 560–565
35. Feldman Barrett, L. (2017). *How Emotions Are Made: The Secret Life of the Brain*. Houghton Mifflin Harcourt: New York
36. Feldman Barrett, L., y Russell, J. (2015) *The Psychological Construction of Emotion*. Guilford: New York.
37. Fiese, B., Tomcho, T., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 16, 381–390.
38. Finkelhor, D. (2008) *Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People*. Oxford: University Press

39. Frazier, P. y Schauben, L. (1994). Causal Attributions and Recovery from Rape and Other Stressful Life Events. *Journal of Social and Clinical Psychology*: Vol. 13, No. 1, pp. 1-14.
40. Gawronski, B. & Payne, B.K. (Eds.). (2010). *Handbook of Implicit Social Cognition. Measurement, Theory and Applications*. New York: Guildford Press.
41. Gibbs, R. (2005). *Embodiment and cognitive science*. Cambridge University Press: California
42. Gold, J.(2006). *Psychotherapy Supervision and Consultation in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson
43. Goldstein, K., & Scheerer, M. 1941. Abstract and Concrete Behavior: An Experimental Study with Special Tests. *Psychological Monographs*, 53, 2, no. 239
44. Goncalves, O., Korman, Y., y Angus, L. (2000). "Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective," en *Constructions of Disorder: Meaning-Making Frameworks for Psychotherapy*, Neimeyer, R., y Raskin, J. Washington: American Psychological Association
45. González, L. Formulaciones Clínicas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica* 2009, Vol. 27, N°1, 93-102
46. Greenwald, A., y Banaji, M. Implicit Social Cognition: Attitudes, Self-Esteem, and Stereotypes. *Psychological Review*. 1995, Vol. 102, No. 1,4-27
47. Grych, J. y Fincham, F. (1992) Marital Dissolution and Family Adjustment: An Attributional Analysis. En Orbuch, T.(Ed.) *Close Relationship Loss: Theoretical Approaches*. New York: Springer
48. Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. Nueva York: Guilford Press.
49. Guidano, V. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad. La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia (Madrid)*
50. Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia post-racionalista*. Barcelona: Paidós
51. Guidano, V. F. (1995). A constructivist outline of human knowing processes. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies* (pp. 89-102). New York: Springer
52. Guidano, V., y Liotti, G. (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford, New York
53. Gunderson, J. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington: American Psychiatric Association Publishing
54. Harvey, O.J. (1963). *Motivation and Social Interaction: Cognitive Determinants*. Ronald Press Company: New York
55. Harvey, O.J. (1966). *Experience Structure & Adaptability*. Springer-Verlag: New York
56. Harvey, OJ, Hunt, DE, y Schroder, HM. (1961) *Conceptual systems and personality organization*. Wiley: New York
57. Haynes, S. y O'Brien, W. (2000). *Principles and Practice of Behavioral Assessment*. New York:Plenum.
58. Hecht, K. Cicchetti, D., Rogosch, F. y Crick, N. Borderline Personality Features in Childhood: The Role of Subtype, Developmental Timing and Chronicity of Child Maltreatment. *Dev Psychopathol*. 2014; 26(3): 805–815
59. Hess, A., Hess, K., y Hess,T. (2008). *Psychotherapy Supervision: Theory, Research, and Practice*, 2nd edition. New Jersey: Wiley.
60. Hill, C. y Gupta, S. (2018). The Use of Immediacy in Supervisory Relationships. En Tishby, O. y Wiseman, H. (Eds). *Developing the Therapeutic Relationship: Integrating Case Studies, Research, and Practice*. American Psychological Association: Washington DC

61. Hutto, D. (2007). *Narrative and understanding persons*. Cambridge: Cambridge University Press.
62. Hutto, D. y Myin, E. (2013a). *Evolving enactivism: minds meet content*. Cambridge: MIT Press
63. Hutto, D. y Myin, E. (2013b). *Radicalizing enactivism: basic minds without content*. Cambridge: MIT Press
64. Jung, E., Pick, O., Schlüter-Müller, S., Schmeck, K., y Goth, K. Identity development in adolescents with mental problems. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 2010; 52: 68-72
65. Koenig, L., Howard, K., Offer, D., y Cremerius, M. (1984) Psychopathology and Adolescent Self- Image. En Offer, D., Ostrov, E., y Howard, K., (Eds.), *Patterns of adolescent self-image* (pp. 57-71). San Francisco: Jossey-Bass
66. Kohberger, L., Safran, J., y Muran, J. (2018) You Can't Cross the Same River Twice: A Case Study of Alliance Rupture and Repair. En Tishby, O. y Wiseman, H. (Eds). *Developing the Therapeutic Relationship: Integrating Case Studies, Research, and Practice*. American Psychological Association: Washington DC
67. Konopka, A., Rek-Owodziń, K., Pełka-Wysiecka, J., y Samochowiec, J. Parenting style in family and the risk of psychopathology. *Postepy Hig Med Dosw* 2018; 72 : 924-931. DOI: 10.5604/01.3001.0012.7026
68. Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica.
69. Krause, M., y Cornejo, M. (1997). *Psicoterapia y percepción de cambios: Su expresión en metáforas*. *Terapia Psicológica*, 6, 8391.
70. Krause, M., de la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdes, N., y cols. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673- 689.
71. Lakatos, I. (2007). *La metodología de los programas de investigación científica*. Buenos Aires: Alianza.
72. Lakoff, G. y Johnson, M (1999). *Philosophy in the Flesh, the embodied mind and its challenge to Western Thought*. Basic Books Press.
73. Lambert M, Ogles B. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En: Lambert M (Ed.) (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6 Edición. New York, John Wiley & Sons
74. Lambert, M. Helping clinicians to use and learn from research-based systems: The OQ-analyst. *Psychotherapy*, 2012, 49, 2, 109–114
75. Lambert, M. Progress Feedback and the OQ-System: The Past and the Future. *Psychotherapy*, 2015, Vol. 52, No. 4, 381–390
76. Lara, C., Cruz, C., Vacarezza, A., Florenzano R. y Trapp, A. (2008). Análisis comparativo de dos instrumentos de evaluación clínica: OQ-45 e InterRAI- Salud Mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(3), 192-198. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272008000300004>
77. Lazarus, A. (1981). *The Practice of Multimodal Therapy*. New York, NY: McGraw-Hill.
78. Lewis, M. y Miller, S. (1990). *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum Press
79. Lilienfeld, S., Lynn, S., Ruscio, J., y Beyerstein, B. (2008). *50 Great Myths of Popular Psychology: Shattering Widespread Misconceptions about Human Behavior*. New York: Wiley-Blackwel
80. Linehan, M. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder (Diagnosis and Treatment of Mental Disorders)*. New York: The Guilford Press
81. Liotti, G. (2001). De la teoría del apego a la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 12: 63-86

82. Liotti, G., Fassone, G., Monticelli, F. (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali. Teoria, ricerca, clinica*. Milán: Raffaello Cortina
83. Marlatt, G. y Gordon, J. (Eds)(1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press
84. Martínez, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría*, 26, 53-69
85. Maturana, H. y Varela, F. (1994). *De máquinas y seres vivos: autopoiesis, la organización de lo vivo*. 2a Edición. Santiago de Chile: Universitaria.
86. Maturana, H., y Varela, F. (1972) *Autopoiesis and Cognition. The realization of the living*. Reidel Publishing Company: Londres
87. McAdams, D. (1996). Personality, modernity, and the storied self: a contemporary framework for studying persons. *Psychol. Inq.* 7, 295–321. doi: 10.1207/s15327965pli0704_1
88. McAdams, D. (2001). The psychology of life stories. *Rev. Gen. Psychol.* 5:100. doi: 10.1037/1089-2680.5.2.100
89. McAdams, D. y McLean, K. Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science*. 2013. 22: 233. Doi: 10.1177/0963721413475622
90. Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenología de la Percepción*. Madrid: Planeta – De Agostini.
91. *Mind Myths: Exploring Popular Assumptions about the Mind and Brain*. Edited by Sergio Della Salla. Wiley, 1999.
92. Morris, S. (2003) *A Metamodel of Theories of Psychotherapy: A Guide to Their Analysis, Comparison, Integration and Use*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 1–18.
93. Muñoz-Martínez, A. y Novoa-Gómez, M. Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia Psicológica* 2012, Vol. 30, N° 1, 25-36
94. Musholt, K. (2015). *Thinking about Oneself From Nonconceptual Content to the Concept of a Self*. Massachusetts: MIT Press
95. Neacsiu, A., Herr, N., Fang, C., Rodriguez, M., Rosenthal, M. Identity disturbance and problems with emotion regulation are related constructs across diagnoses. *J Clin Psychol.* 2015 Apr;71(4):346-61.
96. Neimeyer, R. (2011). *Psicoterapia constructivista*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
97. Nezu, A., Nezu CM, y Lombardo, E. (2004) *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: a problem-solving approach*. Springer: New York
98. Noë, A. (2004). *Action in perception*. Cambridge: MIT Press
99. Noë, A. (2009). *Out of our heads: why you are not your brain, and other lessons from the biology of consciousness*. New York: Hill and Wang
100. Noë, A. (2012). *Varieties of presence*. Cambridge: Harvard University Press.
101. Noë, A. y Thompson, E. (Eds.) (2002). *Vision and mind. Selected readings in the philosophy of perception*. Cambridge: MIT Press
102. Norcross, J. y Lambert, M. (2019). *Psychotherapy Relationships That Work, Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions*. Oxford University Press
103. Norcross, J. y Lambert., M. (Eds)(2019) *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press: New York
104. Norcross, J., Popple, L. (2016). *Supervision Essentials for Integrative Psychotherapy*. American Psychological Association (APA)
105. Offer, D., Ostrov, E., Howard, K., y Atkinson, R. (1988) *The Teenage World: Adolescents' Self-Image in Ten Countries*. New York: Springer
106. Persons, J. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. New York: Guilford Press.

107. Psychomythics: Sources of Artifacts and Misconceptions in Scientific Psychology. William R. Uttal. Lawrence Erlbaum, 2003.
108. Quamma, J. y Greenberg, M. Children's experience of life stress: The role of family social support and social problem-solving skills as protective factors. *Journal of clinical child psychology* 23(3):295-305 · 1994
109. Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, 3, 7-16.
110. Quiñones A. Perturbación estratégica gradual: formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS). *Revista de Psicoterapia* 2008; 74/75: 35-42
111. Quiñones, A.(2011). Change of personal meaning: perspectives of a research program in psychotherapy process. *Rivista di Psichiatria*, 46, 319 – 325.
112. Repetti, R., Taylor, S, y Seeman, T. (2002). Risky families:Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330–366.
113. Rupert, R. (2009). *Cognitive systems and the extended mind*. Oxford University Press: New York
114. Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., y Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry 5th Edition*. Oxford: Wiley-Blackwell
115. Ryum, T., Vogel, P. , Walderhaug, E. y Stiles, T. (2015). The role of self-image as a predictor of psychotherapy outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 62–68
116. Schattner, E. y Tishby, O. (2018) Patient and Therapist Relational Patterns: Implicit Negotiations. En Tishby, O. y Wiseman, H. (Eds). *Developing the Therapeutic Relationship: Integrating Case Studies, Research, and Practice*. American Psychological Association: Washington DC
117. Shefler, G. (2018) Clinical Choice Points and Professional Ethics in Psychoanalysis. En Tishby, O. y Wiseman, H. (Eds). *Developing the Therapeutic Relationship: Integrating Case Studies, Research, and Practice*. American Psychological Association: Washington DC
118. Singer, J., Baddeley, J., y Frantsve, L. (2008). "Supervision in person-centered and narrative psychotherapy," in *Psychotherapy Supervision: Theory, Research and Practice*. Hess, A., Hess, K., y Hess, T. Eds. New York: Wiley
119. Smith, L. (2005). "Cognition as a dynamic system: Principles from embodiment". *Developmental Review*. 25 (3-4): 278–298
120. Sokol, Y., y Eisenheim, E.. (2016) The Relationship Between Continuous Identity Disturbances, Negative Mood, and Suicidal Ideation. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2016 Jan 21;18(1).
121. Stewart, J., Gapenne, O., y Di Paolo, E. (Eds.)(2010) *Enaction: toward a new paradigm for cognitive science*. Cambridge: MIT Press.
122. Sturmey, P. (Ed.). (2009). *Clinical Case Formulation. Varieties of Approaches*. Wiley – Blackwell: Oxford
123. Tarrier, N. (Ed.) (2006). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy. The treatment of challenging and complex cases*. Routledge: New York
124. The Effect of Refuting Misconceptions in the Introductory Psychology Class. Patricia Kowalski and Annette J. Taylor in *Teaching of Psychology*, Vol. 36, pages 153–159; July 2009.
125. Thelen, E. y Smith, L. (1998). *A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action*. A Bradford Book/The MIT Press: London, England/Cambridge, Massachusetts
126. Thompson, S C (1981) Will it hurt less if I can control if A complex answer to a simple question *Psychological Bulletin*, 90, 89-101

127. Tishby, O. y Wiseman, H. (Eds)(2018). *Developing the Therapeutic Relationship: Integrating Case Studies, Research, and Practice*. American Psychological Association: Washington DC
128. Van Doeselaar, L. Klimstra, T., Denissen, J., Branje, S., Meeus, W. The role of identity commitments in depressive symptoms and stressful life events in adolescence and young adulthood. *Dev Psychol.* 2018 May;54(5):950-962.
129. Varela, F. (1996). *Ética y acción*. Santiago de Chile: Dolmen
130. Varela, F., Thompson, E., and Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, MA: MIT Press.
131. Veglia, F. (2013). "Narrazione: origine, funzioni, necessità," in *Narrazione e disabilità intellettiva*, eds C. Ruggerini, S. Manzotti, G. Griffo, and F. Veglia (43–62). Trento, IT: Erickson.
132. Veglia, F. (ed.). (1999). *Storie di Vita: Narrazione e Cura in Psicoterapia Cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
133. Veglia, F. y Di Fini, G. (2017) Life Themes and Interpersonal Motivational Systems in the Narrative Self-construction. *Front. Psychol.* 8:1897.
134. Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawkins, E. J., Burchfield, C. M., & Okiishi, J. C. (2004). Outcome Questionnaire: Item sensitivity to changes in counseling center clients. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 38 – 49.
135. Weisz, J., Chorpita, B. Frye, A., Ng, M., Lau, N., Bearman, S. , Ugueto, A., Langer, D., Hoagwood, K. Youth top problems: Using idiographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and to track change during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2011; 79 (3): 369–380
136. Wiseman, H. y Atzil-Slonim, D. (2018) Closeness and Distance Dynamics in the Therapeutic Relationship. En Tishby, O. y Wiseman, H. (Eds). *Developing the Therapeutic Relationship: Integrating Case Studies, Research, and Practice*. American Psychological Association: Washington DC

Nota del autor

Rodrigo Díaz Olguín. Psicólogo entrenado en el modelo cognitivo constructivista de Vittorio Guidano. Actualmente trabaja en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Higuera de Talcahuano, Chile, además del ejercicio privado de la psicoterapia y docencia universitaria en psicología clínica. Comentarios acerca de este artículo diríjlos al correo electrónico: ps.rodrigodiazolguin@gmail.com



Editado por Cipra, Círculo de Psicoterapia Post – Racionalista.
 Concepción. Chile.
<http://www.cipra.cl>