

# INDICADORES DE PROCESOS EN PSICOTERAPIA ASOCIADOS A ÉXITO

Álvaro T. Quiñones Bergeret

Tesis Doctoral dirigida por Juan Muñoz Justicia y Manuel Villegas Besora

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut  
Facultat de Psicologia



2013



## AGRADECIMIENTOS:

*A mis padres y hermanos por su apoyo.*

*A todos mis profesores en el campo de la psicología, investigadores en psicoterapia y terapeutas profesionales, que me han enseñado con generosidad en Chile, España e Italia. En particular, mi reconocimiento a Vittorio Guidano (1944-1999), que ha sido mi principal profesor y supervisor en psicoterapia.*

*A mis directores de tesis, Juan Muñoz Justicia y Manuel Villegas Besora, por su apoyo, generosidad, empatía y guía; ambos a su manera, me han facilitado crecer como persona y profesionalmente.*

*A los colegas del Grupo Internacional de Investigación en Psicoterapia (GIP), con los cuales compartimos la pasión por la investigación en psicoterapia y el compromiso de ayudar de manera efectiva a las personas que sufren de problemas psicológicos.*

*A los colegas del Grupo Internacional de Investigación en Psicoterapia (GIP). Con todos sus miembros y colaboradores de diferentes nacionalidades, compartimos la pasión por la investigación y la práctica de la psicoterapia efectiva.*

*Julio de 2013*





# ÍNDICE

<b>Agradecimientos</b>	iii
<b>Índice</b>	v
<b>I. Introducción general</b>	1
<b>II. Presentación de la investigación</b>	18
II.1 Resumen	20
II.2 Malestar psicológico versus bienestar psicológico renovado	22
II.2.1 Fundamentación de los dominios de primer orden	24
II.2.2 Fundamentación de los dominios de segundo orden	42
<b>III. Artículos</b>	61
III.1 Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. Revista Argentina de Clínica Psicológica	62
III.2 Pauta de reconstrucción de malestar psicológico: aplicaciones a un caso clínico. Revista de Psicoterapia	70
III.3 Modificación del significado personal: perspectivas de un programa de investigación de procesos en psicoterapia. Rivista di Psichiatria	108
<b>IV. Conclusiones</b>	115
<b>V. Bibliografía</b>	131
<b>VI. Anexos</b>	152
Anexo 1: Códigos en casos exitosos	153
Anexo 2: Códigos en caso no exitoso	161
Anexo 3: Pauta de reconstrucción de malestar psicológico [RMPS]	164
Anexo 4: Consentimiento informado	168
Anexo 5: Antecedente	169

“¿A qué le llaman distancia?  
Eso me habrán de explicar  
Sólo están lejos las cosas  
Que no sabemos mirar.”

*Atahualpa Yupanqui (1908-1992)*

## I. INTRODUCCIÓN GENERAL

La introducción general presentada a continuación tiene como propósito facilitar la contextualización de lo expuesto en los tres artículos que constituyen la presente tesis doctoral: “Indicadores de Procesos en Psicoterapia Asociados a Éxito”. Los artículos tienen como marco de referencia general la integración de investigación de procesos y resultado en psicoterapia. Asimismo, muestran un desarrollo coherente en lo conceptual, análisis de datos y aplicación del modelo de formulación de caso RMPS.

La introducción a continuación la organizo en cinco tópicos breves (a, b, c, d, e) que tienen como propósito dar un marco de referencia para contextualizar algunos aspectos que están más bien implícitos en los artículos presentados.

### a) Consideraciones para leer esta tesis por compendio de publicaciones

Enfrentarme al desafío de escribir una tesis en la modalidad de “*tesis por compendio de publicaciones*” ha sido una experiencia que entiendo como un “proceso abierto y dinámico”. Ha sido un proceso de revisión de modelos de la tradición cognitiva e integrativa en psicoterapia, selección y análisis de variables en psicoterapia, de análisis empírico de datos textuales, y organización conceptual en un modelo de formulación de caso. Lo anterior ha sido organizado en tres publicaciones que he titulado: indicadores de procesos en psicoterapia asociados a éxito. Tesis que utiliza datos textuales y metodologías mixtas de análisis para comprender lo que le ocurre al paciente y expresa en la conversación con el terapeuta en un marco delimitado por un foco temático (objetivo terapéutico).

En dicho contexto, destacaré dos miradas: una académica y otra existencial. Ambas miradas me parecen necesarias de transmitir al lector con la intención de dar pistas del contexto y la historia de lo expuesto en la presente tesis doctoral, ya que siento, pienso y espero, que serán de utilidad para facilitar una mejor comprensión de lo expresado en estas 184 páginas.

Desde una mirada académica, los tres artículos que componen la tesis en modalidad de compendio por publicaciones corresponden a diferentes momentos de análisis de datos, integración y construcción teórica de una manera de mirar la psicoterapia y específicamente lo que sucede en dicho proceso. Perspectiva que se focaliza en lo que se observa/infiere en lo que trasmite el paciente en la conversación sobre su experiencia problemática, y no en lo que los terapeutas dicen que “hacen” en el proceso de psicoterapia. También los tres artículos muestran el propósito de desarrollar las bases para una progresiva teoría de cómo entender aspectos del proceso de la psicoterapia analizando datos textuales en un contexto naturalista. Es decir, en la práctica habitual de la psicoterapia.

Además hago explícitas mis preferencias en el contexto del conocimiento y mis sesgos por los modelos cognitivos en psicoterapia, y subrayo el plural de “modelos”. Es decir, los aportes de los diferentes modelos de psicoterapia cognitiva y cognitiva conductual, que prefiero denominar tradición cognitiva. De igual manera, mi posición es de poner atención en comprender el malestar psicológico desde una mirada de coherencia de la información experiencial que se trasmite en forma de un tema (véase sección II.2.1 Fundamentos de los dominios de primer orden).

Por otra parte, sin dejar de mencionar mis preferencias teóricas en el ámbito de la psicoterapia, puesto que uno no es neutro en su observación, elección de metodologías y epistemología, construcción de interpretaciones en función de teorías, me sumo a la posición que sostiene que la integración cognitiva en psicoterapia basada en investigación con todos los problemas que ello implica, es necesaria y prudente en los tiempos que corren. En tal sentido, la investigación señala que los marcos teóricos no dan cuenta de algunos problemas, y ello se observa, en lo que se plantea como el cambio necesario y progresivo en psicoterapia hacia una perspectiva en el siglo XXI que se resume en afirmar: “de la era de teoría a la era de la evidencia aceptando metodologías diversas que cumplan con estándares de calidad”.

Desde una perspectiva histórica, los artículos seleccionados se presentan siguiendo el orden cronológico en que fueron desarrollados, y que coincide con la secuencia con la que han sido enviados a las revistas especializadas, pero no coincide con el orden cronológico en que han sido publicados por razones particulares de cada revista en cuestión. Dicho esto a modo de aclaración, el artículo principal se titula: "Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva" publicado en la Revista de Psicología Clínica Argentina en el 2012, ya que es el que presenta la investigación empírica que duró varios años, puesto que la muestra de tres procesos terapéuticos transcritos en su completitud, tanto exitosos y no exitosos, fue muy difícil de conseguir, porque este tipo de material videograbado es muy escaso y se guarda con mucho celo, aunque cada vez hay más investigaciones científicas usando este tipo de material en Inglés, Alemán, Portugués, Castellano e Italiano. Aprovecho este espacio, para destacar la generosidad de un terapeuta profesional al permitirme acceder a un caso no exitoso video grabado en su totalidad de sesiones, ya que en general los terapeutas no suelen explicitar reveses, y menos aún, hacerlos públicos. No obstante, la actitud y respeto del terapeuta por el conocimiento científico queda como un ejemplo a ser imitado por muchos otros.

Posteriormente, se hizo el artículo titulado: "Modificación del significado personal: perspectivas de un programa de investigación de procesos en psicoterapia", publicado en la revista italiana, Rivista di Psichiatria, en el cual se hace una descripción del programa de investigación desarrollado hasta el momento y las perspectivas de desarrollos futuros de investigación y también un análisis teórico e integrativo.

El tercer artículo es la propuesta de la formulación de caso cognitiva basada en datos textuales y se titula: "Pauta de reconstrucción de malestar psicológico: aplicaciones a un caso clínico", publicado en España en la Revista de Psicoterapia. Muestra de manera exploratoria la aplicación clínica de la pauta de reconstrucción de malestar psicológico<sup>1</sup> a un caso didáctico del espectro ansioso.

---

<sup>1</sup> En la presente tesis uso indistintamente el nombre de Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico [RMPS] o Modelo de Formulación de Caso RMPS.

Se enseña la manera de trabajar con la RMPS como modelo de formulación de caso, sesión a sesión, en un proceso completo y exitoso de un total de 19 sesiones.

Es de destacar, que este artículo es el más reciente pese a la fecha de publicación con la cual aparece, lo cual se debe a que la revista presentó un retraso en la publicación de sus números trimestrales.

En suma, en las tres publicaciones presentadas se observa el desarrollo teórico y empírico en función de la construcción progresiva en base a estudio de casos con el propósito principal de desarrollar un modelo de formulación de caso cognitivo basado en datos textuales y en la práctica clínica habitual. En resumidas cuentas, se construye la RMPS como producto de una selección de variables estudiadas en la literatura científica en psicoterapia y progresivamente se ha perfeccionado en base a análisis de datos textuales (Quiñones 2012, 2011a, 2011b), propuesta que seguirá desarrollándose en investigación y práctica clínica. En otras palabras, y desde una mirada de integración, los tres artículos muestran la coherencia y desarrollo del programa de investigación que se denomina Modificación del Significado Personal y que tiene diferentes influencias que se han integrado progresivamente y que se pueden apreciar en el planteamiento del programa de investigación, revisión teórica en psicoterapia, análisis empírico de datos textuales y aplicación de un modelo de formulación de caso.

Finalmente, en sentido histórico, en el anexo 5: “antecedentes”, presento una publicación que me ha parecido representativa (Quiñones, 2010) de la fase inicial y esencialmente de desarrollo conceptual, clínico y de integración de las variables de procesos que se relacionan con salud mental y que se consideran en los modelos cognitivos en psicoterapia. Tal artículo permite a mi juicio, entender el proceso de búsqueda y articulación inicial hacia un modelo de psicoterapia progresivamente sustentado en datos textuales, lo que se expresa posteriormente en una fase de consolidación en los tres artículos que conforman la presente tesis doctoral.

Por otra parte, y desde una mirada existencial, la presente tesis tiene “algo de casualidad y sintonía” en cierta manera. Cuando recuerdo y reflexiono sobre las expectativas que tenía cuando postulé al doctorado y lo que ocurrió a medida que

avanzaba en mis materias, no termino de tener una grata sensación de una combinación de sorpresa y coincidencias, que reconozco en una verdad narrativa personal que califico como armónica. La narrativa personal es más o menos como sigue: cuando me matriculé en el doctorado conocí a varios doctorandos y me enteré de la existencia de un ramo sobre análisis de datos textuales y uso de programas cualitativos dictado por el Profesor Dr. Juan Muñoz. Tomé la materia sin saber muy bien para que la iba a utilizar, y se abrió gradualmente un horizonte de posibilidades a medida que transcurría el curso. Fue una dimensión de conocimiento insospechada para mí, que me fascinó de inmediato, pero que no me sorprendió totalmente. Ya a ese momento de mi formación tenía bastante conciencia de la importancia crucial del lenguaje y la conversación en el significado psicológico saludable versus no saludable. Mirado en la perspectiva del tiempo y reconstruido desde el ahora, lo que ocurrió fue coherente con la premisa que señala que el conocimiento tácito va más allá del conocimiento explícito. Más aún, en ese entonces y a medida que transcurría el semestre, tuve la sensación de su potencialidad para comprender el proceso psicoterapéutico parcial o total, pero sin ninguna claridad. Por otra parte, la influencia del Dr. Manuel Villegas fue parte de las "coincidencias armónicas". Primero fui su alumno en el programa de magíster de psicoterapia cognitivo social y después tuve la oportunidad de trabajar como su colaborador en la revista de psicoterapia de la que es director. El conocer su trabajo sobre el discurso en psicoterapia ha ampliado mi comprensión del "lenguaje" en la construcción del significado psicológico. En síntesis, Juan Muñoz y Manuel Villegas, han sido influencias que me han indicado con la mayor de las libertades "camino posibles" de construcción de conocimiento útil en sintonía con los demás.

En fin, la investigación presentada se encuentra en un "punto de partida para construir una progresiva sintonía con los pacientes y una carretera despejada por recorrer". En otras palabras, ha sido una experiencia reflexiva y de profundo compromiso con el intento de dar respuesta de los múltiples problemas de una investigación con datos textuales, naturalista y de aplicación de metodologías mixtas. Por tanto, los problemas teóricos, epistemológicos y metodológicos, se les da una respuesta posible y parcial.

En suma, la investigación presentada no es conclusiva sino un proceso abierto y dinámico en la progresiva construcción de un modelo basado en datos textuales. A nivel personal muestra una apuesta porque es una elección que ha tenido muchas influencias académicas y de psicoterapeutas - investigadores. En otras palabras, es la co-construcción del observador en una circunstancia histórica-cultural, de teorías diversas, experiencia clínica recibida de los supervisores, experiencia clínica personal adquirida, uso de tecnología y metodologías de análisis, que me han permitido aproximarme a la complejidad de “cómo entender el cambio en psicoterapia desde datos textuales”. Todo lo anterior dicho, lo he acomodado y asimilado en mi narrativa personal de la siguiente manera: “haber estado en el lugar de interacciones de conocimiento con personas curiosas e interesantes. Todos ellos apasionados con su quehacer. Me transmitieron a su manera y con diversidad conocimiento sistemático, riguroso y honesto en las limitaciones y posibilidades. Fui muy afortunado, ya que tuve la suerte de estar en el tiempo justo y con las personas adecuadas para desarrollar mi propia pasión”.

b) La psicoterapia es parte del sistema de salud en el siglo XXI

La psicoterapia se aplica a individuos, parejas, familias y grupos. Independiente de cual sea su foco de comprensión e intervención, su intención es terminar y/o reducir el sufrimiento psicológico (malestar psicológico) y promover un bienestar psicológico adaptativo (renovado bienestar psicológico). Es de destacar que la teoría y práctica de la psicoterapia, no implican solamente la subjetividad de aquellos que la reciben, sino también, supone la subjetividad de aquellos que la conceptualizan y proveen. La conjunta subjetividad implicada en la psicoterapia, la hace especialmente retadora como una actividad legítimamente investigable (Frommer & Rennie, 2001; Rennie, 2004; Angus & McLeod, 2004; Cushman, 1995; Kleinke, 1994) que se expresa en el ámbito académico y profesional, en la creciente aparición y consolidación de sociedades internacionales para su investigación y aplicaciones. Tales como: Sociedad para la Investigación en Psicoterapia (SPR), Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia (SEPI), entre otras. Asimismo, de un creciente número de revistas



especializadas en este campo de conocimiento como: Psychotherapy, Psychotherapy Research, Journal of Psychotherapy, Journal of Psychotherapy Integration, Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, Journal of Constructivist Psychology, Psicobiettivo, Quaderni di Psicoterapia y Revista de Psicoterapia, por citar algunas de las más consultadas en el mundo científico por terapeutas e investigadores en psicoterapia.

En el siglo XXI, la psicoterapia ha llegado a ocupar un lugar principal en la cultura occidental, prueba de ello es que ha experimentado un enorme crecimiento progresivo como servicio público en todos los países occidentales y se ha transformado también en una industria que mueve millones de dólares en América y millones de euros en la Comunidad Económica Europea. Igualmente, merece mención que no podemos ser ajenos, a la gran cantidad de consumidores que progresivamente demandan sus servicios y que pueden, además elegir de un mercado que llega a más de 460 enfoques (Omer & London, 1988) una década antes de terminar el siglo XX y en la actualidad sigue aumentando su número. Igualmente, la complejidad e integración de diferentes profesionales del campo asistencial, se lleva adelante, en función de lograr cada vez una mayor calidad del servicio prestado a los usuarios del sistema de salud mental. En tal sentido cito:

“Today, in 2010, psychotherapy increasingly is being viewed as an integral component of our overall health care delivery system. This is a substantial change from how most mental health practitioners have historically viewed themselves. To a significant extent, this is the result of modifications over time in the reimbursement status of psychotherapy and other mental health services, as well as evolving standards of what is deemed by society to be “quality health care.” With this new status comes increasing governmental oversight and societal responsibility.” (Deleon et al., 2011, p.39)

En el caso de Chile, que es mi país de origen, dos de cada tres personas que consultan en atención primaria presentan algún tipo de problema psicológico (Ministerio de Salud de Chile, 2001). Esto se evidencia en estudios epidemiológicos que muestran que existiría un aumento de la prevalencia de las enfermedades mentales ya que en la década de 1960 éstas alcanzaban el 20% y a mediados de la década de 1990 esta cifra llegó a fluctuar entre el 28% y el 42%

(Ministerio de Salud de Chile, 1999). En coherencia con la evidencia del incremento de la prevalencia de las enfermedades mentales, el Ministerio de Salud ha planteado como uno de los desafíos sanitarios más importantes de las próximas décadas, el mejorar y proteger la salud mental de la población. Para esto ha puesto en marcha, desde el año 2000, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con el objetivo de aumentar las prestaciones en esta área, optimizando los recursos de salud mental existentes y aumentando en un 30% el presupuesto público destinado al sector (Ministerio de Salud de Chile, 1999).

En suma, la psicoterapia es una actividad científica e investigable, en la cual se invierten cada vez más recursos para su desarrollo conceptual y de aplicaciones de técnicas a los diferentes problemas de salud mental.

### c) Investigación de procesos en psicoterapia

Desde una perspectiva de la historia de la psicoterapia, en general existen dos maneras de hacer investigación de procesos en psicoterapia: paradigmática y narrativa (Rennie & Toukmanian, 1992; Caro, 2004). Ambas maneras de generación de conocimiento presentan diferencias epistemológicas y metodológicas, pero es posible combinar e incluso llegar a una integración creativa de ambos enfoques como lo demuestran distintas investigaciones (Elliott, 2010; Caro, 2012, 2008, 2007; Field, Barkham, Shapiro, & Stiles, 1994; Greenberg, 2007; Stiles, 2007; Frommer & Rennie, 2001; Wisner & Goldfried, 1996).

En primer lugar, la investigación de procesos paradigmática ha sido la más utilizada (Caro, 2004), y seguiría una metodología lógico-científica (p. ej., enfoque de las ciencias naturales), en la que se trabaja a partir de hipótesis sobre las causas de las relaciones entre fenómenos, y en dónde, cuándo se logra verificar una hipótesis, esto se toma como representando la evidencia de la existencia de leyes generales. A la base de todo ello se encuentra el supuesto de que existe un mundo que se puede estudiar de forma objetiva.

En segundo lugar, la otra manera de investigar es el enfoque narrativo, orientación que está más cercana a los movimientos constructivistas y postmodernos. El enfoque narrativo es inductivo, hermenéutico y cualitativo, en donde se supone que la gente tiene determinadas intenciones al realizar sus acciones. La hermenéutica tradicionalmente ha supuesto la interpretación de varias clases de material textual que es difícil de entender (Ricoeur, 1978, 1984, 1996). En un amplio sentido, el discurso entre la persona que recibe terapia y la que la otorga, puede ser pensado como tal texto. Es la interpretación de tales textos la que lleva a darse cuenta de patrones de relaciones entre formas de discurso que orientan y guían a un entendimiento hipotético de lo que está implicado en la representación del paciente. En otras palabras, es una cuestión de entendimiento co-construido en el espacio intersubjetivo del proceso de búsqueda de un renovado bienestar psicológico, y en tal contexto, la hermenéutica da por sentado que diferentes personas comprometidas con el mismo texto (representación), a menudo derivan en interpretaciones diferentes. Por tanto, la hermenéutica reconoce el rol de la subjetividad en la interpretación (Frommer & Rennie, 2001).

Por otra parte, cualquier intento de considerar críticamente a los aspectos metodológicos de los estudios de investigación de psicoterapia debe distinguir las múltiples dimensiones que caracterizan la materia en cuestión. Siguiendo a Orlinsky y Howard (1987), Kiesler (1973), Bordin (1974), Russell (1988), y Greengerg (1986); Robert Elliot (1991), en una visión global sistemática, ha distinguido las siguientes cinco dimensiones del proceso psicoterapéutico:

1) Perspectiva de observación: ¿Cuál es el punto de vista de la persona que observa el proceso de terapia?

- Cliente
- Terapeuta
- Investigador

2) Persona/Foco: ¿Qué elemento del sistema terapéutico es estudiado?

- Cliente (s)
- Terapeuta (s)
- Díada/sistema

- 3) Aspecto de proceso: ¿Qué tipo de variable de comunicación es estudiada?
- Contenido (tipos de proposiciones, temas)
  - Acción (acto de discurso, intención, tarea, modo de respuesta)
  - Estilo (comportamiento paralingüístico y no verbal, cualidad vocal, humor)
  - Calidad (habilidad del terapeuta, trabajo del cliente)
- 4) Nivel de unidad: ¿A qué nivel es estudiado el proceso de terapia?
- Frase
  - Turno de hablar/secuencia de interacción
  - Episodio tópico
  - Sesión
  - Fase de tratamiento
  - El curso entero del tratamiento
- 5) Fase secuencial: ¿Qué orientación temporal de la unidad del texto bajo investigación es estudiada?
- Contexto (¿Qué ha conducido a una cierta secuencia u unidad de proceso?)
  - Proceso (una perspectiva, persona o aspecto específico señalado para estudiar en una unidad/nivel dado)
  - Impacto/resultado (¿Cuál es la significancia terapéutica de la unidad de proceso considerando el curso y resultado del tratamiento?)

Estas dimensiones pueden ser estudiadas por medio de variados métodos de análisis (Rennie, 2004; Angus & McLeod, 2004; Rennie & Toukmanian, 1992). La distinción principal es entre los diseños cuantitativos y cualitativos aplicados tanto desde una perspectiva paradigmática y narrativa. Aún así, las diferencias entre estas dos aproximaciones no son excluyentes y en muchos casos se da una combinación de ambos, aspecto que se aprecia en la creciente acumulación de diversas perspectivas de investigación en dicha dirección (Norcross, Freedheim, & Vandebos, 2011; Caro, 2004; Smith & Grawe, 2003; Caro, 1993; Stiles et al., 1990).

En resumen, ambas perspectivas otorgan un contexto a la presente tesis doctoral, investigación teórica y empírica que es una combinación de ambas perspectivas.

#### d) Influencias integrativas: modelos basados en datos textuales

Las perspectivas textuales en investigación en psicoterapia otorgan un contexto a la presente investigación, puesto que es una fuente de inspiración como marco empírico principal de generación de conocimiento.

De manera general, los modelos basados en datos textuales en psicoterapia presentan la característica común de observar y analizar lo que ocurre en el proceso de la psicoterapia. En la presente investigación, hay dos influencias relevantes que han sido consideradas como una inspiración para desarrollar la *codificación, que he denominado "codificación multiaxial"*. Únicamente, pretendo destacar que la influencia no solamente es de la tradición cognitiva en psicoterapia, sino también del campo de investigación en psicoterapia que es de una complejidad e integración creciente de modelos basados en datos textuales que muestra la importancia de factores comunes y específicos en psicoterapia (Stangier, et al., 2010; Castonguay & Beutler, 2006; Norcross, 2002; Garfield, 1997).

En primer lugar el modelo de Asimilación de Experiencias Problemáticas planteado por Stiles y su grupo de investigación (Stiles et al., 1990). Es un modelo integrador, conciso e internamente consistente, e investigable desde una amplia variedad de fuentes, que identifica procesos comunes de cambio y articula diferencias sistemáticas entre enfoques. El proceso de cambio psicológico se hipotetiza que es similar a través de los diferentes casos clínicos, aunque el contenido de la experiencia problemática puede variar bastante pero la estructura se mantiene. El modelo de asimilación no es un modelo prescriptivo, por tanto, no recomienda seguir un enfoque terapéutico específico. Se ha construido para describir cambios que pueden ocurrir en cualquier tipo de terapia (cognitiva, humanista, experiencial, psicodinámica, constructivista, etcétera). Fue diseñado en respuesta a las dificultades encontradas en hallar relaciones entre proceso y resultado (Stiles, 1999; Stiles et al., 1990).

Encontrar relaciones entre el proceso y el resultado de la psicoterapia se hace difícil por grandes diferencias en la escala de tiempo y campo de acción. El modelo de asimilación (Stiles et al., 1990) busca reconciliar la escala de tiempo y

el ámbito de acción del proceso y el resultado identificando experiencias problemáticas particulares y rastreándolas a través de sesiones en el diálogo terapéutico. De esta manera, fragmenta el resultado en pedazos más pequeños y estudia cómo cambian estos pedazos. Finalmente, el objetivo de una aproximación cualitativa al estudio de la asimilación es identificar experiencias problemáticas y observar cómo cambian a través de las sesiones, usando transcripciones de las sesiones con la misma persona (Honos-Webb, Stiles, Greenberg, & Goldman, 1998; Stiles, Meshot, Anderseon, & Sloan, 1992). El modelo sugiere lo siguiente:

1° Entender el cambio o el progreso terapéutico en función de la asimilación.

2° El modelo sugiere una serie de submetas específicas que corresponden a los 8 niveles o fases de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (Stiles, Meshot, Anderson y Sloan, 1992); de manera que el terapeuta responda de forma adecuada a las necesidades del paciente (Stiles, 2001; 2002). Considera 8 niveles (cuadro 1), de 0 a 7. Ejemplos de algunos niveles, serian:

Nivel 2. Conciencia vaga/surgimiento: El cliente reconoce la existencia de una experiencia problemática, y describe pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema claramente. *Sabe lo que le molesta*. El afecto incluye dolor psicológico agudo o pánico asociados con los pensamientos problemáticos y las experiencias.

Nivel 5. Aplicación/elaboración: La comprensión se emplea para trabajar en el problema; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El cliente puede describir el considerar alternativas o seleccionar sistemáticamente un curso de acción.

Asimismo, el modelo de asimilación se encuadra dentro del enfoque de estudio de proceso terapéutico, que busca, a diferencia de los estudios de resultado, conocer qué variables terapéuticas permiten predecir el cambio (Greenberg & Pinsof, 1986; Russell, 1994).

En segundo lugar, la influencia es el Sistema de Codificación de Foco Terapéutico (CSTF), modelo planteado por Marvin Goldfried y colaboradores (Goldfried, Newman, & Hayes, 1989), el cual es de suma importancia, al surgir de la dificultad para obtener hallazgos de investigación transteóricos, permite hacer investigación comparativa de diferentes modelos en psicoterapia (Goldfried, Hayes, Castonguay, Drozd, & Shapiro, 1997). En tal sentido, la ausencia de un

lenguaje común se transforma en una barrera, y la propuesta de Goldfried es proponer un lenguaje común y neutral que cumpla la función de que los terapeutas de diferentes orientaciones puedan comunicarse y facilitar la integración en psicoterapia.

El sistema de Codificación de Foco Terapéutico se ha desarrollado para analizar específicamente los parámetros asociados con la estrategia general clínica de retroalimentación terapéutica. La definición teórica tiene por objetivo distinguir aspectos del funcionamiento del cliente, en los cuales puede centrarse la retroalimentación terapéutica llevada a cabo por el terapeuta.

Debido a la complejidad del comportamiento verbal del terapeuta, el CSTF determina solamente el contenido del comportamiento verbal de los terapeutas y se describe en un lenguaje que sea neutral con respecto a la orientación de la psicoterapia. El CSTF está dividido en seis secciones: (a) Personas involucradas, (b) Marco de tiempo, (c) Componentes específicos del funcionamiento del cliente, (d) Conexiones Intrapersonales, (e) Conexiones interpersonales, y (f) Intervenciones generales.

A modo de ilustración, señalo la descripción de una categoría en el sistema de codificación de foco terapéutico:

Categoría	Descripción
<u>Componentes específicos del funcionamiento del cliente:</u>	
Situación	Circunstancias externas al cliente que son relevantes para entender su funcionamiento.
Auto-observación	Ideas que reflejan la percepción objetiva del sí mismo del cliente.
Auto-evaluación	Evaluaciones, juicios, opiniones del cliente acerca de sus propios valores y habilidades.
Expectativas	Ideas que reflejan la anticipación del cliente acerca del futuro.
Ideas Generales	Pensamientos inespecíficos del cliente.
Intenciones	Voluntad orientada al futuro del cliente, por ejemplo, deseos, motivaciones o necesidades.

Emociones	Afectos del cliente.
Señales fisiológicas de la emoción	Estado físico del cliente en relación con sus emociones.
Acciones	Ejecución del cliente de conductas específicas
Inespecíficos	Funcionamiento del cliente que no puede ser descrito por ningún componente específico.

El CSTF es útil para aproximarse y orientar a observar lo que hacen los terapeutas con su conducta verbal desde un marco conceptual neutro. Además, es útil para el entrenamiento de los futuros terapeutas ya que los centra en un gran rango de aspectos del paciente, en los cuales se puede centrar la retroalimentación terapéutica.

Las publicaciones de investigaciones utilizando este sistema ha dado información relevante sobre las similitudes de diferentes modelos terapéuticos y ha permitido centrarse en los aspectos comunes en psicoterapia (Hayes & Goldfried, 2001; Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996a; Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996b). También ha sido útil para el estudio de la relación entre procesos y resultados (Goldfried, Raue, & Castonguay, 1998; Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd, & Shapiro, 1997; Castonguay, Hayes, & Goldfried, 1996).

En último lugar, destaco la coincidencia de muchos clínicos e investigadores en ampliar la integración de maneras de investigar en psicoterapia en función de la utilidad clínica. Aspecto que Norcross, Freedheim and Vandembos, expresan con agudeza, cito:

“Historically, psychotherapy process researchers and outcome researchers were segregated into parallel and discrete camps. Members of the outcome camp were taught to distrust process enthusiasts as being entrapped by fuzzy concepts, adherence to unsupportable theories, and use of largely nonempirical methods. Members of the process camp, in turn, criticized outcome enthusiasts for favoring sterile number crunching over clinical utility, operating under academic ideals rather than theory-driven treatment, and being unresponsive to the issues that could benefit practicing clinicians.” (2011, pp. 750)



#### e) Teorías que faciliten la observación e intervención

Los terapeutas guían su práctica por sistemas teóricos que deben ser un conjunto bien organizado, estructurado y coherente de información con base empírica. La psicoterapia necesita marcos conceptuales que no sean artificiales, es decir, una teoría unificada y de complejidad progresiva que sea sensible a los problemas psicológicos que ocurren en la cotidianidad.

Una teoría es un conjunto de variables y las relaciones que se suponen existen entre esas variables (Reeve, 2010), es así como las teorías proporcionan una estructura conceptual para interpretar las observaciones, y tales observaciones funcionan como "puentes conceptuales" para relacionar preguntas y problemas (sufrimiento psicológico) con respuestas y soluciones satisfactorias (bienestar psicológico). Parafraseando a Kurt Lewin, "no existe nada más práctico que una buena teoría", por tanto, es evidente que una teoría puede funcionar como guía útil para comprender con precisión y luego facilitar el resolver problemas, que en este caso son de naturaleza psicológica. En consecuencia, hoy en día la investigación en psicoterapia se observa cada vez más ligada a la práctica clínica real (naturalista), aspecto que se percibe en el enorme esfuerzo en dicha dirección, lo que se manifiesta en el cúmulo de investigaciones diversas, desde diferentes miradas metodológicas a un problema pero con cada vez mayores puntos comunes, que obedecen al propósito común de entender mejor los mecanismos de cambio y hacer cada vez más efectiva la ayuda a las personas que solicitan asistencia psicológica

Una manera de entender los procesos es identificando variables a través de datos textuales en investigación de procesos en psicoterapia exitosos y no exitosos. En otras palabras, los datos textuales en psicoterapia son una vía para aproximarse a lo que sucede en un proceso de manera más cercana y directa a lo que les ocurre a las personas que solicitan ayuda. Ello ha sido posibilitado en parte por los desarrollos tecnológicos, en particular por los avances de programas de análisis de datos cualitativos (p. ej., Atlas.Ti.), que permiten manejar grandes cantidades de datos textuales de una manera sistemática y amigable para los investigadores.



“Podemos ser realistas, como lo somos en la vida cotidiana, lo que no podemos es mantener la ilusión de que se puede hablar de un mundo independiente de nuestra experiencia o de “objetos en sí”, al margen de los conceptos con los que representamos esos objetos”

Hilary Putnam

## II. PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Desde una perspectiva histórica, la investigación en psicoterapia caía dentro de dos divisiones tradicionales, *investigación de resultado e investigación de proceso*. La investigación de *resultado* tiene por objetivo principal el demostrar la eficacia<sup>2</sup> de la psicoterapia, y por tanto, toma como variable fundamental el resultado de la terapia. La información es recogida principalmente a través de un enfoque experimental y cuantitativo para determinar el monto de los cambios terapéuticos. Por otra parte, la investigación de *procesos terapéuticos*, investiga qué ocurre dentro de las sesiones de terapia. Busca identificar ingredientes activos en la psicoterapia y los mecanismos de cambio que en ella se producen, con el objetivo de aumentar la comprensión de los procesos de cambio y por tanto, de los resultados en psicoterapia.

La integración de procesos y resultados es un movimiento creciente de psicoterapeutas e investigadores en el siglo XXI. Movimiento que tiene diversas particularidades. Una de ellas, es la potencia de ser heterogéneos en métodos y análisis, lo que ha permitido enriquecer el conocimiento en el ámbito de la psicoterapia focalizada en buscar y facilitar lo más adecuado para el bienestar de los clientes (pacientes).

La tesis doctoral titulada: “Indicadores de Procesos en Psicoterapia Asociados a Éxito”, es un estudio de casos, cuyo marco de referencia es la integración de investigación de procesos y resultado en psicoterapia. Es una propuesta de desarrollo teórico/empírico en base a datos textuales. “Teórico” porque propone una conceptualización de dominios de información para entender las experiencias problemáticas en el ámbito de problemas psicológicos que requieran psicoterapia. Y, “empírico” progresivo, puesto que busca a través de la investigación lograr una mayor comprensión de cómo ocurre el cambio psicoterapia desde una mirada puesta en datos textuales. Investigación que se

---

<sup>2</sup> La eficacia alude al logro de los objetivos terapéuticos en condiciones ideales, en cambio, la efectividad, alude al grado en que un tratamiento logra los objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual.

presenta articulada en los tres artículos seleccionados (véase sección III. Artículos).

Finalmente, en la investigación desarrollada hay una premisa tácita a explicitar. Consiste en asumir que una adecuada manera de estudiar los procesos de cambio es pesquisando los diferentes “indicadores de temas problemáticos” que se pueden observar/inferir en los objetivos terapéuticos. Es de subrayar que los objetivos terapéuticos son trabajados en todo proceso terapéutico y tienen al menos tres ventajas para la investigación en procesos de psicoterapia: (1) es lo que desea cambiar el paciente; (2) se establecen en todo proceso terapéutico de manera consensuada, independiente de la escuela teórica, y por tanto es el foco de trabajo; (3) codificar todos los turnos, siguiendo los objetivos como guías para aislar los segmentos relevantes, disminuye los posibles sesgos de los investigadores.

Dicho lo anterior, la presente investigación ha sido guiada por el siguiente objetivo:

*Determinar indicadores de procesos asociados a éxito o fracaso terapéutico, usando datos textuales obtenidos en la práctica clínica naturalística*

## II.1 RESUMEN

La presente tesis doctoral es un estudio de casos en el marco de investigación de procesos y resultado en psicoterapia. El objetivo fue determinar indicadores de procesos asociados a éxito o fracaso terapéutico usando datos textuales obtenidos en la práctica clínica naturalística.

Los resultados se obtuvieron a través de técnicas de análisis mixtas: cualitativas y cuantitativas. La forma de selección de los casos correspondió a un muestreo por accesibilidad. Muestra de tres pacientes adultos con diagnósticos del espectro ansioso y no psicótico. Los procesos fueron video-grabados y transcritos en su totalidad. Dos casos fueron exitosos y uno no exitoso, considerando diversos criterios.

En primer lugar, se realizó una codificación cualitativa en base a la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS). Para ello se efectuó una codificación multiaxial que fue aplicada a los turnos del paciente en las sesiones seleccionadas. Se generaron un total de 16 variables, y de ellas, se seleccionaron con criterio clínico 5 variables, denominadas: Información Novedosa (I.N), Afrontamiento (AF), Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido (S-TF), Procesos de Mentalización (P.M) y Narrativa Reflexiva (N.R).

En segundo lugar, se aplicaron dos análisis estadísticos de tipo cuantitativo: análisis de contenido y un análisis multivariado de tipo Biplot.

El análisis de contenido en los casos exitosos muestra que las cinco variables de criterio clínico presentan indicadores positivos; en cambio, en el caso no exitoso hay tres variables que únicamente presentan indicadores negativos. Estas variables son: IN, N.R, S-TF, con frecuencia igual a 0. Finalmente, aparece una evidente diferencia en el comportamiento de las variables para los casos exitosos y no exitosos. En los dos casos exitosos las variables analizadas muestran una misma tendencia hacia el bienestar psicológico. En cambio, en el caso no exitoso las variables muestran no remisión de síntomas y signos.

El análisis de Biplot permitió identificar un patrón diferencial de asociaciones de variables entre los casos. Se plantearon dos distinciones llamadas eje horizontal y vertical.

En primer lugar, el eje horizontal (dimensión de efectividad) muestra atributos asociados a resultado exitoso y no exitoso. Indica para los casos exitosos mayores frecuencias de atributos positivos ligados a bienestar psicológico. En cambio, para el caso no exitoso muestra mayores frecuencias de atributos negativos asociados a malestar psicológico.

En segundo lugar, nos permite distinguir las diferencias individuales en los casos exitosos que logran el bienestar psicológico pero con matices particulares. El eje vertical (perfil de diferencias individuales de éxito terapéutico) se interpretó para los dos casos exitosos desde dos distinciones: específica y general. 1º) Desde un punto de vista específico se observó que en el primer caso (1+) destaca la variable Narrativa Reflexiva Positiva. En el segundo caso (2+) aparecen las siguientes variables asociadas: Información Novedosa Positiva, Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido Positivo, Afrontamiento Positivo. 2º) Desde un punto de vista general, la variable Procesos de Mentalización Positivo aparece como un factor común asociado a ambos casos exitosos. En cambio, para el caso no exitoso, no se hizo necesario aplicar la distinción: específica y general, ya que se observan asociadas las cinco variables con atributos negativos. Igualmente, se observa ausencia de variables con atributos positivos asociadas, lo que indica ausencia de bienestar psicológico.

Por último, se propone para la práctica clínica un modelo de formulación de caso fundada en datos textuales.

## II.2 MALESTAR PSICOLÓGICO VERSUS BIENESTAR PSICOLÓGICO RENOVADO

Teóricamente, el “sufrimiento psicológico” se comprende en la presente investigación, como una dinámica de contenidos y procesos mentales que se dan en el cliente que solicita ayuda a un especialista en salud mental. Dicha dinámica de información, los terapeutas lo identifican como un tema, que orienta sobre un significado personal disfuncional y que se intenta modificar a través de objetivos terapéuticos que pretenden facilitar la emergencia de un renovado bienestar psicológico.

En el plano de la generación de “conocimiento saludable” que se produce progresivamente en un proceso de psicoterapia exitoso, la relación dialéctica entre teoría y hecho es un aspecto crucial a considerar. Teoría y hecho es una relación compleja en la generación del conocimiento científico, y en el quehacer de la psicoterapia, también se aplica la misma distinción. Los terapeutas también necesitan una teoría de qué observar en sesión, o dicho de manera más precisa: *“qué no se puede dejar de observar en un proceso terapéutico para intentar facilitar la emergencia de un flujo de conocimiento nuevo y saludable en el otro”*. Observar y ajustar dicha distinción de teoría y hecho, es un proceso permanente y dinámico que se produce en todo proceso terapéutico y es conceptualizado por el terapeuta momento a momento.

En general, en los procesos psicoterapéuticos se busca el propósito de lograr en el cliente el surgimiento de un nuevo significado personal “libre de sufrimiento y en sintonía y eficacia con su circunstancia social” en el ámbito del bienestar psicológico. El significado adaptativo a lo menos debería presentar las siguientes características: 1) mejor regulación emocional y cognitiva en función de una mayor articulación del procesamiento tácito y explícito (Guidano,1993,1992; Dowd, 2006); 2) narrativas descriptivas y reflexivas que fomenten una autocomprensión articulada y bienestar psicológico (Quiñones, 2010, 2011a, 2011b; Cozolino & Sprokay, 2005; McAdams & Jans, 2004); 3) óptima mentalización que produzca una adecuada atención a los estados mentales propios y a los de otros (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008); 4) presentar



flexibilidad de tipos de afrontamientos y regulación emocional (Lazarus, 2006); 5) adecuada autopercepción del tiempo psicológico (Stern, 2004; Tulving, 2002; Brockelman, 1986; Piaget, 1978); 6) un sentido de agencia nutrido de expectativas de eficacia y resultado en diferentes dimensiones de la vida social (Bandura, 2001; Bohart & Tallman, 1999).

Por otra parte, la formulación de caso se considera como un conjunto de hipótesis, por lo general delineadas por una orientación de psicoterapia, respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo (Eells, 1997). En consecuencia, el papel central de la formulación de caso está relacionado con la importancia que tienen para la psicoterapia el análisis y la organización de la información conseguida durante el proceso de evaluación e intervención. Asimismo, se observa como una metodología que le permite al psicoterapeuta ordenar la información derivada de la evaluación, para describir y explicar los temas problemáticos, y con base en ello elaborar un plan de intervención que resulte adecuado y que ayude a incrementar la probabilidad de obtener resultados terapéuticos exitosos (Eells, 2007, 1997; Tarrier, 2006).

En suma, reconstruir el malestar psicológico significa identificar, reconstruir un perfil de procesamiento, tomar decisiones y diseñar estrategias de intervención sustentadas en evidencia con la intención de lograr la emergencia gradual de un renovado bienestar psicológico. En tal sentido, el malestar psicológico lo fragmento, organizo y jerarquizo en 11 dominios de información, denominados dominios de primer orden y dominios de segundo orden. Finalmente, lo transmito en un modelo de formulación de caso que denominé RMPS (véase anexo III) y que se sustenta en evidencia.



de sí mismo y percepción del tiempo (véase cuadro 1). Ambos dominios principales ayudan a guiar al terapeuta en la reconstrucción del significado problemático que el paciente presenta y, a su vez, nos indican temáticas que operan a nivel tácito/explicito y se expresan como tendencias de procesamiento de información que toman forma en temas.

El cuadro 1 explicita la relación permanente y jerárquica entre los dominios de primer y segundo orden. Los dominios de segundo orden son decodificados (“leídos”) y toman forma a través de los dominios de primer orden.

#### a) Tema Procesal de Significado Desadaptativo

A modo de contexto, y con el propósito de proyectar una primera representación de lo que se denomina “Tema Procesal de significado desadaptativo”, cito lo que Polkinghorne sostuvo hace 25 años, y que hoy en el siglo XXI sigue plenamente vigente:

“La psicoterapia y la narración tienen en común la construcción de una existencia humana significativa. Cuando los clientes llegan a la situación terapéutica ya tienen sus narraciones de su vida, de las cuáles son ellos, tanto los protagonistas como los autores. La narración de la vida tiene un final abierto: las acciones futuras y los acontecimientos tendrán que incorporarse dentro de la trama presente.” (1988, p.182)

Con el propósito de introducir un marco de delimitación de lo que se entiende por narrativa, adopto la definición planteada por Vogel (1995), que es útil en el contexto de la psicoterapia ya que nos permite introducirnos en la construcción de significados como representaciones posibles. Dice: “Una narrativa, como producto de la actividad narrativa, es una representación de una secuencia de acontecimientos entrelazados en una trama o relato” (p.22). Definición que destaca dos aspectos:

- 1º La narrativa es la representación y las narrativas son representaciones.
- 2º Las narrativas unen hechos en una secuencia significativa. Enunciado que implica tres distinciones entre las narrativas y otros tipos de representaciones: 1) las narrativas no son simples, son complejas, incluyen elementos múltiples; 2) las narrativas no son estáticas sino que implican cambios a lo largo del tiempo; 3) las narrativas no son meras crónicas sino que incluyen tramas.

El lenguaje y las narrativas son parte de nuestra historia evolutiva como especie, y en particular, han tenido un impacto en el logro progresivo de una autocomprensión existencial cada vez más sofisticada. En tal sentido, es de destacar que la evolución esencial del cerebro nos dio la capacidad de contarnos historias en primera persona para uno mismo respecto a uno mismo y hacerlo en forma narrativa (Fischer, 1987). Por consiguiente, el conocimiento (epistemología) y la existencia (ontología) son inseparables y se organizan en lo esencial en términos narrativos (Gonçalves, 1994), y eso es debido a que el lenguaje transforma la modulación de la experiencia inmediata en patrones de autocomprensión conscientes a través de narraciones sobre uno mismo (Guidano, 1999; Mahoney, 1991). De ahí que las personas poseen formas idiosincráticas de organizar su conocimiento y ello se expresa en diferentes tipos de narraciones, es decir, en una suerte de marco narrativo que facilita la organización de la experiencia. Tal y como lo señalan Van den Broek y Thurlow (1991):

“La narración constituye la vida de la persona tal y como él/ella la percibe, y el sentido de autoidentidad depende del contenido y cohesión de su historia vital.” (p.261)

En otras palabras, es un proceso de síntesis que ayuda a organizar de manera coherente la información que se genera a causa de diferentes modos de conocer a través de: emociones, expectativas, sensaciones corporales, memorias autobiográficas, imágenes, cogniciones, afrontamientos, etcétera. Más específicamente, Siegel (1999) sostiene:

“La narración puede considerarse como proceso fundamental que se revela de diversas formas. Crea historias compatibles (a menudo denominadas narraciones”), determina patrones de conducta (denominados “representaciones de una narración” o “interpretación”) y puede influir sobre nuestras vidas internas (en forma de sueños, imaginación, sensaciones y estados mentales)” (p.103).

Por consiguiente, la narrativa en perspectiva evolutiva se entiende como una poderosa herramienta que se utiliza para describir los acontecimientos vitales, así como para comprender el presente y predecir el futuro. Además, estudios sobre el desarrollo en la niñez muestran que hacia el tercer año de vida aparece una función narrativa y que ésta les permite crear historias sobre los acontecimientos

que experimentan en su diario vivir (Nelson, 1989; Haden et al., 1997). Dicho de manera más precisa, el proceso narrativo permite la integración de información, aspecto que se observa gradualmente en el desarrollo infantil. En tal sentido Siegel (1999) sostiene: “Estas narraciones son descripciones secuenciales de personas y de acontecimientos que condensan numerosas experiencias en historias generalizantes y contrastantes. Las nuevas experiencias se comparan con las viejas. Se observan similitudes al crear reglas generalizadas y se subrayan las diferencias como excepciones memorables a tales reglas. Las historias tratan de dar sentido a los acontecimientos y a las experiencias mentales de los personajes. Repletas de elementos de la experiencia interna de los personajes en el contexto de interacciones con otros en el mundo, estas historias parecen estar funcionando para crear una sensación de comprensión coherente del individuo en el mundo a lo largo del tiempo” (p.453). En síntesis, las narrativas nos permiten entender en qué forma las personas llegan a representar mentalmente la información acerca de sí mismas y del mundo.

Por otra parte, las terapias cognitivas no han quedado ajenas al marco comprensivo que otorga la investigación en narrativas. De hecho, han experimentado cambios conceptuales sustantivos desde la década de los 80 a la fecha. Sólo destacaré tres aspectos:

En primer lugar, la influencia del paradigma narrativo en la comprensión de la representación mental, organización cognitiva (Guidano, 1999) y en el desarrollo de nuevas metodologías capaces de producir cambios (García-Martínez, 2012; Mahoney, 1991; Bruner, 1990, 2004). En breve, el paradigma narrativo como sostiene Lakoff (1987) afirma: a) los seres humanos se consideran como narradores de historias, b) los pensamientos son esencialmente metafóricos e imaginativos, c) la manipulación de los pensamientos es una búsqueda intencional de significados, y d) la realidad es considerada como un conjunto mal estructurado de problemas a los que se podría acceder a través de operaciones hermenéuticas y narrativas.

En segundo lugar, la influencia de la epistemología evolutiva en los modelos cognitivos que se están reformulando progresivamente en modelos cada vez más complejos para entender la representación mental y el cambio. Esencialmente dicha perspectiva, sostiene que los seres humanos son teorías de su ambiente (Weimer, 1977), punto de vista que genera un puente de continuidad con los planteamientos de los modelos cognitivos constructivistas centrados en la importancia de la organización del conocimiento (Guidano, 1999; Mahoney, 1991). Ello en mi opinión,

posibilita incorporar las conceptualizaciones evolutivas (Siegel,1999; Nelson, 1989) de las narrativas en psicoterapia como un proceso de autorreferencialidad multimodal en búsqueda de significado personal y bienestar psicológico que denomino "renovado bienestar psicológico".

En tercer lugar, existe convergencia en los psicoterapeutas de diferentes escuelas cognitivas (tradición cognitiva) en sostener que la comprensión psicológica del cliente exige la identificación y el análisis de su narrativa (García Martínez, 2012; Dimaggio & Semerari, 2004; McAdams & Janis, 2004; Polkinghorne, 2004, 1988; Palm-Beskow, Beskow, & Miró, 2004; Gonçalves, 1994; Guidano, 1999, Lakoff, 1987; Haskell, 1987).

La presente tesis asume que toda psicoterapia exitosa busca lograr la transformación del malestar psicológico en renovado bienestar psicológico. Ello implica integrar una "suma de esfuerzos" de investigadores y clínicos en la comprensión de la disfuncionalidad y sus posibles caminos de modificación. En dicha dirección, asumo el trabajo de Jerome Bruner (1990), como un aspecto esencial para ayudar a construir significados saludables desde una mirada narrativa. Adopto como referencia sus ideas sobre la dinámica del *escenario de la conciencia* y el *escenario de la acción*, en mi propuesta de narrativa descriptiva y narrativa reflexiva, para facilitar que los pacientes comprendan y acepten las experiencias difíciles como parte de la historia vital a través de la búsqueda de sentido y significado personal. De manera que para superar una situación psicológicamente difícil, es fundamental hacer accesible y articular el mundo privado de la persona (creencias, emociones, expectativas, necesidades, memorias, metas, imágenes, etcétera) en un contexto narrativo. Es una suerte de descentramiento reflexivo de la experiencia problemática para posteriormente acercarse de nuevo a ella desde diferentes perspectivas (secuencial-externa y reflexiva-interna), lo que facilitaría la articulación de nuevas formas de entenderse a sí mismo y las relaciones con los demás, y por tanto haría posible construir un relato narrativo enriquecido, de mayor coherencia y con un nuevo sentido de apropiación de la experiencia que implica un renovado bienestar psicológico.

En el contexto de la presente tesis, el "sufrimiento psicológico" se identifica como un tema que orienta sobre un significado personal disfuncional (Quiñones, 2011a) y que denomino "Tema Procesal de Significado Desadaptativo (T/P)". Alude a experiencias vivenciadas como problemáticas. Se conceptualiza como un flujo de

información multimodal que presenta un tipo de integración que revela una construcción de significado problemático. Calidad de integración que se produce en un marco narrativo.

Las experiencias problemáticas (cuadros clínicos) reflejan una matriz de esquemas, calidad de mentalización y procesos de autoengaño, que toman forma en una narrativa y en particular en un tipo de verdad narrativa que presenta la cualidad de ser vivenciada con dolor psicológico por el cliente. Tiene dos componentes que deben evaluarse de manera integrada, ellos son: Tema (Narrativas descriptivas y reflexivas) y Procesos (mentalización y autoengaño). Tema (T): alude a los contenidos que reflejan el malestar psicológico: ¿Existe un tema o temas que le dan forma al dolor psicológico?, ¿Existe alteración de los procesos de mentalización?, ¿Qué calidad de autoengaño se observa?, ¿Se infiere algún esquema o configuración de esquemas subyacentes a la temática problemática?

En un sentido práctico, los contenidos involucrados en el tema(s) pueden analizarse desde dos aspectos que son complementarios para la elaboración progresiva de un significado problemático que se busca se convierta en un renovado bienestar psicológico: Narrativa Descriptiva y Narrativa Reflexiva.

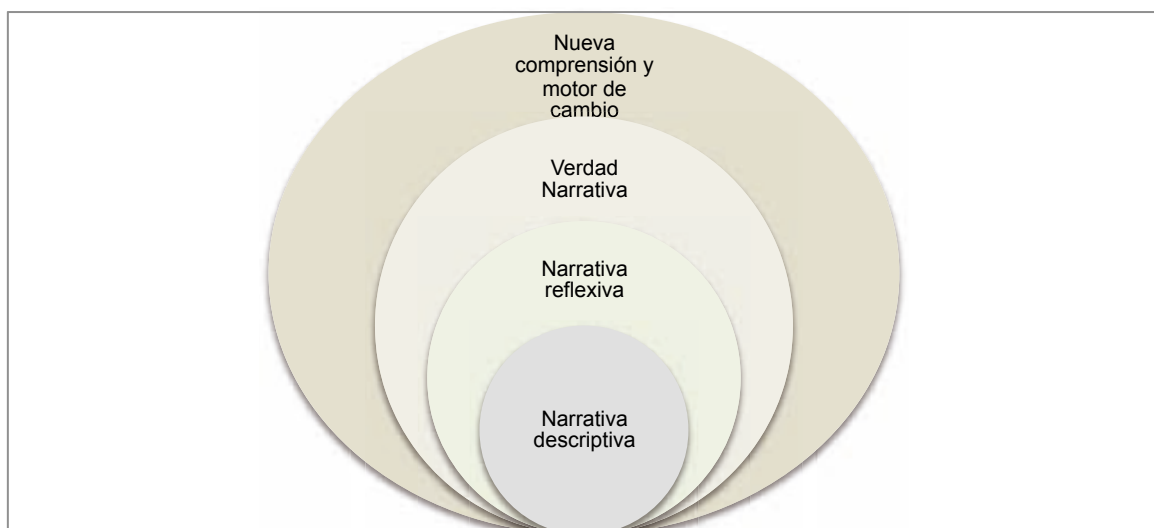
Primero, por *Narrativa Descriptiva* se entiende una narrativa que alude a aspectos externos de lo que le ocurrió a la persona que vivenció malestar. Implica una descripción secuencial y lineal de un hecho. Responde a la pregunta: "¿Qué ocurrió?". La narrativa descriptiva tiene dos posibilidades en la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico, que se tabulan como positiva (ND-s: □) o negativa (ND-p: □). Por positiva (saludable), revela una elaboración de lo "¿qué ocurrió?" que muestra una descripción secuencial y lineal que le sirve al paciente en el logro de una representación que contribuya al bienestar psicológico. En cambio, por negativa (problemática) alude a una elaboración de lo "¿qué ocurrió?" que muestra déficit y/o ausencia en la adecuada descripción secuencial y lineal que no le sirve al paciente para obtener una representación que contribuya al bienestar psicológico.

En segundo lugar, por *Narrativa Reflexiva (N.R)* se entiende una narrativa que alude a aspectos de elaboración interna y análisis reflexivo de lo que pasó y

procesó internamente la persona. Implica una elaboración de significado y articulación de lo que ocurrió y responde a la pregunta: ¿Qué significó lo que pasó? A modo de evaluación, la narrativa reflexiva tiene dos posibilidades en la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico, que se tabulan como positiva (NR-s: □) o negativa (NR-p: □). Por positiva (saludable) indica una elaboración secuencial y de reflexión saludable sobre experiencias que están siendo transformadas en un nuevo marco de referencia narrativo facilitado por los procesos piagetanos de asimilación y acomodación de manera de obtener progresivamente una nueva narrativa alternativa y saludable psicológicamente. En cambio, por negativa (problemática) alude a una narrativa interna y reflexiva que indica una ausencia de transformación de significado sobre lo que ocurrió. Dicho de otra manera, no ocurrió novedad de información ni tampoco integración de información, por tanto la narrativa sigue teniendo la cualidad de ser no adaptativa.

En suma, en un proceso terapéutico exitoso las narrativas descriptivas y reflexivas generan una narrativa alternativa que confluye en una verdad narrativa que permite una nueva comprensión y motor de cambio hacia un bienestar psicológico renovado. Por tanto, es un proceso de integración de diferentes dominios de información (figura a).

Figura a. Secuencia y dinámica de narrativas



óq

?

?



En otro orden de cosas, las narrativas en psicoterapia generan conocimiento pero no de cualquier tipo, sino que se busca un tipo de conocimiento que sea psicológicamente saludable. Por ello, sostengo que las narrativas descriptivas y reflexivas confluyen en una verdad narrativa que puede ser de una calidad variable en términos de salud mental. Para esclarecer el aspecto de la calidad variable de la verdad narrativa en una dimensión de salud mental, cito una reflexión que realizó Bruner (1990) sobre Donald Spence, y que ilustra la importancia de captar el verdadero problema del paciente:

“Spence abordó la situación de si un paciente sometido a análisis recobraba el pasado en su memoria igual que un arqueólogo destierra los artefactos de una civilización enterrada, o si, más bien, el análisis nos permite crear una nueva narración que, aunque no sea más que un recuerdo encubridor o incluso una ficción, esté no obstante lo suficientemente cerca de la realidad como para permitir el comienzo de un proceso de reconstrucción. La verdad que importaba, según su razonamiento, no era la verdad histórica sino lo que decidió llamar la verdad narrativa. Esta verdad narrativa, con independencia de que sea o no un recuerdo o una ficción encubridora, es válida si se ajusta a la historia real del paciente, si se las arregla para captar en su código de algún modo el verdadero problema del paciente.” (p.111)

Desde una dinámica de dominios de información, todas las variables (emociones, cogniciones, expectativas, imágenes, etcétera) pueden estar presentes en la verdad narrativa (Spence, 1984) que el paciente vive como problemática y que expresa de manera verbal/gestual en el contexto asistencial. Por tanto, el eventual perfil que emerja de diferentes posibles variables presentes e interactuando (de un total de nueve variables agrupadas en el dominio de segundo orden) en el “dolor psicológico” (construcción de significado problemático), estará en función básicamente de las diferencias individuales de procesamiento de la información y del tipo específico de problema que vivencie el paciente.

## b) PROCESOS DE MENTALIZACIÓN Y AUTOENGAÑO

### b.1) Mentalización

Los procesos de mentalización aluden a una adecuada atención y representación de los propios estados mentales y de los otros. Hay varios aspectos a evaluar: la capacidad de representación, de descentramiento, de diferenciación e integración de la información (reconocimiento de deseos, creencias, expectativas, emociones, estados de ánimo, etcétera). También la detección y el uso de la información cognitiva y emocional que hace el paciente y la relación con los estilos de apegos (Quiñones, 2008a).

La mentalización es un constructo que se apoya en las investigaciones de la teoría de la mente. Implica a nivel individual distinguir y diferenciar en la representación mental, la realidad interna (mundo privado) de la realidad externa (mundo social). Además, implica deducir lo que piensan y sienten las demás personas. A modo ilustrativo, Fonagy y colaboradores, sobre la mentalización han sostenido:

- La capacidad de concebir estados mentales en sí mismo y en otros (Fonagy et al., 2002).
- La capacidad para la representación mental del funcionamiento psicológico del self y del otro (Fonagy, 2001).
- La capacidad de representar el comportamiento del propio yo y los otros en relación con los estados mentales subyacentes (Fonagy & Target, 1996; Meins & Russell, 1997).
- La capacidad de atribuir a otros y de reconocer en sí mismo estados mentales en términos de pensamientos, deseos, intenciones, emociones, etcétera; y de darse cuenta de que no siempre el comportamiento es equivalente al estado mental (Fonagy, et al., 1995).

Es de destacar que la capacidad de mentalizar (proceso de mentalización) permite reflexionar, predecir y dar sentido a los propios sentimientos y conductas; y de igual manera, esta habilidad se aplica a las personas con las que se relaciona. En otras palabras, mentalizar es la capacidad de poder “leer correctamente” o “imaginar estados mentales en sintonía de significado” sobre qué está pasando en la mente de otro ser humano, es decir, representar o imaginar (“suponer”) correctamente y con sentido hipotético, las creencias,

emociones, deseos, expectativas, intenciones, estados de ánimo, etcétera.

En el plano de la psicoterapia, la progresiva investigación ha permitido precisar cada vez más el constructo y generar dimensiones de evaluación, que son de utilidad para el psicoterapeuta. Es así, que hoy en día, se entiende que la mentalización incluye un componente reflexivo (auto-reflexivo) y un componente interpersonal. A modo de contexto, precisaré brevemente ambos componentes. En primer lugar, la función reflexiva tiene varias dimensiones:

1<sup>a</sup> Presenta una relación con los estilos de apego adultos como ha sido demostrado en un cúmulo de investigaciones. Según Slade, Grienberger, Bernbach, Levy, y Locker (2005a, 2005b) los diversos estilos de apego tienden a realizar un uso diferencial de las cogniciones y las emociones. Así, los estilos evitantes suelen usar las cogniciones, pero mucho menos o no usar las emociones (“desconfían de las emociones”), y lo contrario en el caso de los estilos ambivalentes (“desconfían de las cogniciones”). Los estilos seguros tienden a hacer un uso integrado y balanceado de ambos tipos de fuentes de información (Crittenden, 2002). Se sostiene que el *apego seguro autónomo* se relaciona con una alta función reflexiva; *el preocupado*, con una función reflexiva confusa; *el desentendido*, con una función reflexiva desconectada; y el *no clasificable*, con una función reflexiva baja.

2<sup>a</sup> En relación a las emociones facilita la posibilidad de pensar sobre la propia vida emocional no desde una perspectiva intelectual sino en profunda conexión con la misma. Se trata de lo que se denomina “afectividad mentalizada” (Fonagy et al., 2002), la que consistiría en una forma sofisticada de la regulación emocional que implica que los afectos son experimentados a través de los lentes de la autorreflexividad, de manera que se hace posible comprender el significado subjetivo de los propios estados afectivos. En relación a la afectividad mentalizadora cito:

“La expresión interior de los afectos es particularmente consistente con el funcionamiento reflexivo. Recordad que tal como hemos dicho cuando bosquejamos el concepto de afectividad mentalizada, ésta tiene lugar cuando uno reflexiona sobre los propios afectos manteniéndose en un estado afectivo, más que en un estado exterior o más allá del afecto. En el movimiento que tiende a expresar el afecto, puede ser satisfactorio dejarse sentir nuevamente el afecto sin dejarlo aparecer en el mundo exterior. Por ejemplo, un paciente se dio cuenta de cuan enojado se hallaba con su esposa porque la acusaba por su embarazo, aunque pensaba en ese momento que ella se sentía demasiado vulnerable como para escuchar tal cosa de su parte. El punto es que era útil para él poder experimentar su enojo con más libertad y profundidad que lo que lo había hecho, pero era igualmente importante ratificar la elección de no expresar su sentimiento en forma directa a su esposa. Deseo enfatizar cuánto difiere esta versión

de una en la que uno reconoce el propio enojo desde el punto de vista intelectual. La mentalización de la afectividad va más allá, estimulándonos a apropiarnos de nuestros afectos; el ser capaz de expresar los afectos interiormente agrega una opción en aquellas situaciones en las que no es aconsejable la expresión exterior.” (Fonagy et al., 2002, pp. 439-440)

En relación al segundo componente de la mentalización, denominado interpersonal, es una dimensión que se apreciaría en la alteración de las relaciones interpersonales. Un buen ejemplo de ello, es lo que se ha observado en el trastorno límite de personalidad. A saber, Fonagy (Fonagy et al., 2000) sostiene que esta dimensión se relaciona con una deficiencia en la capacidad de percepción exacta de los estados mentales respectivos del propio yo y de los demás, y de diferenciación entre el propio yo y los demás. Igualmente, Fonagy y Bateman (2007), sostienen que la *deficiencia de la conciencia interpersonal* en el caso del trastorno límite de personalidad, implicaría la ausencia subyacente de una diferenciación eficaz y estable entre el propio yo y los demás en el nivel de distinguir los estados mentales respectivos. También, existen investigadores (Dimaggio, Procacci, & Semerari, 1999) que sostienen que el déficit en esta capacidad se expresa a través de estados mentales caracterizados por temas de pensamientos que aluden a distanciamiento de los demás, exclusión y rechazo. Le llaman déficit de compartición y de pertenencia a un aspecto de la alteración de las relaciones interpersonales. En el trastorno límite de personalidad, el sentimiento de no pertenencia se vive como una exclusión injusta por parte de los demás que va asociada a la emoción de rabia.

Para concluir, también se sugiere la necesidad de tener una postura mentalizadora por parte del terapeuta con el objetivo de ayudar a desarrollar la capacidad de mentalizar en los pacientes que presentan déficit (Fonagy & Bateman, 2007). Se sugiere una serie de preguntas mentalísticas autodirigidas (hacia el propio terapeuta) para mantener el objetivo de una mentalización: ¿Por qué dice esto ahora el paciente?, ¿Por qué el paciente se comporta así?, etcétera.

## b.2) Procesos de Autoengaño

El engaño es una actividad profundamente arraigada a la vida social. Es una característica que ha sido seleccionada a lo largo de la evolución y que ha tomado formas complejas en su expresión (Humphrey, 1986; Lewin, 1988). Asimismo, Triandis (2009) sostiene que el autoengaño se debe a que los seres humanos utilizan sus esperanzas, necesidades y deseos para "construir" su forma de ver el mundo. Por ejemplo, un muchacho piensa que la chica que le gusta se está haciendo la "difícil" y la vuelve a invitar por cuarta vez a salir con él, a pesar de que es evidente para todos que ella pasa olímpicamente de él. También es importante destacar que hay varios tipos de autoengaño. Por ejemplo, estrategias de búsqueda de información sesgadas, procesos interpretativos parciales, procesos de memoria sesgados, problemas de salud mental, actitudes desadaptativas (Von Hippel & Trivers, 2011; Triandis, 2011; Westland & Shinebourne, 2009; Guidano, 1992).

En general el concepto de autoengaño en el contexto de la psicoterapia tiende a describirse de la siguiente manera:

"The concept 'self-deception' in the context of psychotherapy tends to describe maladaptive attitudes and behaviours of clients (Bonanno & Siddique, 1999), such as evasion and denial of the 'truth' of their predicament as understood by the therapist, conflicting, and contradictory attitudes to the process of self change, avoiding taking responsibility for themselves, lack of self-understanding, withholding from engagement in therapy, and from relationship with the therapist." (Westland & Shinebourne, 2009, p. 386)

El autoengaño en la esfera de la psicoterapia cognitiva constructivista, que es la influencia principal para conceptualizar el autoengaño en la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS), se entiende como una relación entre conocimiento y conciencia (Guidano, 1992). Se sostiene que la autoconsciencia no corresponde a un conocimiento o imagen objetiva de uno mismo, sino que sería una manera de "poner las piezas en su sitio", una manera de manipular los datos distinguidos en la experiencia inmediata con el "propósito" de lograr una autoestima aceptable como consecuencia de la autovaloración. Por tanto, los procesos de autoengaño aluden a los sesgos para lograr la coherencia

de información de manera de mantener una imagen de sí mismo aceptable (autoestima) para la propia persona.

El autoengaño es una variable que se entiende básicamente como dimensión en salud mental: bajo, medio y alto. Aspecto que ha sido descritos por varios investigadores (Triandis, 2011; Guidano, 1992). Para ilustrar, primero cito a Guidano y después a Triandis, ambos a su manera han planteado el autoengaño como una dimensión. En palabras de Guidano:

“El autoengaño excesivo eleva la imposibilidad de clasificar la experiencia inmediata a niveles críticos de lo incontrolable, mientras que el autoengaño reducido aumenta los procesos de autorreferencia de forma desmesurada llegando fácilmente en la dinámica de la mismidad a niveles de complejidad que resultan difíciles de manejar. Por lo tanto, toda Org.S.P., aunque caracterizada por tonalidades emotivas críticas de la experiencia inmediata, también está dotada de procedimientos específicos de autoengaño destinados a manipular su decodificación, para que sea congruente con la calidad de autoconciencia permitida por su nivel de abstracción y flexibilidad. Por medio de estos procedimientos, se pueden apreciar y hacer inteligibles los sentimientos críticos, sin cuestionar la aceptabilidad de la autoimagen estructurada hasta ese momento.” (Guidano, 1994, p.101)

Por otra parte, Triandis (2011) sostiene:

“Moderate self-deceptions are associated with good mental health (Taylor, 1989). People who have no self-deceptions are often depressed (Alloy & Abramson, 1979). Excessive self-deceptions are found among patients in mental hospitals (Rokeach, 1964), but also among politicians, highly religious people, and terrorists (Triandis, 2009 b).” (Triandis, 2011, p.10)

En el marco de la presente investigación, el denominado autoengaño problemático alude a la disminución y/o pérdida de la capacidad de abstracción, flexibilidad e integración para procesar la información (Guidano, 1992). Desde tal perspectiva, los síntomas y signos son indicadores que la calidad de la conciencia reflexiva se encuentra disminuida. Indicadores de autoengaño problemático son: la proyección, negación, exageración y sesgos en exaltar lo positivo de uno mismo, etcétera. En cambio, en el autoengaño saludable los sesgos no producen problemas en la articulación del conocimiento personal, puesto que la abstracción, flexibilidad e integración de la información se comportan de manera adecuada.

Desde un punto de vista del cambio buscado en psicoterapia, la variable autoengaño es un foco de evaluación y de "punto de equilibrio" para facilitar el cambio y el afrontamiento adaptativo. Por tanto, el objetivo general de la auto-observación, estrategia general de cambio, es regular la dialéctica "conciencia y autoengaño". Aumentar la conciencia permite la posibilidad de que emerja nueva información relevante y ello puede disminuir el autoengaño (omisiones, exageraciones, minimizaciones, etcétera); es decir, "ingresa más información" en las secuencias narrativas que posibiliten el bienestar psicológico. La idea es generar novedad en la información en diferentes niveles de procesamiento (sentir-explicar-afrontar), que posibiliten nuevos reconocimientos y asociaciones, y gradualmente lograr diferentes grados de integración que repercutan en la identidad narrativa. En otras palabras, es facilitar el "decodificar información" que se vivencia con grados de incomprendibilidad (síntomas y signos), de manera de eliminar y/o disminuir la discontinuidad narrativa ("no reconocerse en el propio dolor psicológico") y generar una nueva continuidad narrativa en busca de un significado regulador que permita la autocomprensión y solución de problemas vivenciales.

El autoengaño desde una mirada integrativa (experiencia clínica e investigación en psicoterapia) se conceptualiza desde tres posibilidades en la presente investigación. Dos posibilidades problemáticas y una posibilidad saludable:

*1. Nivel alto de autoengaño y baja capacidad de representación:* la persona siente y percibe, pero no puede reconocer como suya la información. Tal manera de vivenciar se transforma en generador de discontinuidad narrativa en el sentido de sí mismo. Dicho en términos del modelo de Vittorio Guidano (1993), hay poca o escasa correlación entre el "Yo que actúa y experimenta", y el "Mí que observa y evalúa", a tal grado que la persona no logra adecuadamente reconocer ni representar su propia experiencia.

*2. Nivel bajo de autoengaño y alta capacidad de representación:* la persona se refiere casi la totalidad de la información de la experiencia inmediata, por lo cual asimila demasiados datos, lo cual implica manejar una mayor complejidad y repercute de manera negativa en la adaptación y autoestima. Por ejemplo, perder la "visión integrativa" por estar en contacto con demasiados detalles autorreferenciales lo que implica una aumentada conciencia de sí mismo. En estos casos se pueden dar problemas de tipo existencial.

En cambio, el autoengaño saludable, se da cuando se observa:

*3. Nivel medio de autoengaño y óptima capacidad de representación:* la correlación entre el “Yo que actúa y experimenta”, y el “Mí que observa y evalúa”, se observa en un nivel equilibrado, donde el grado de narración y de simbolización es óptima. A consecuencia de ello, la información generada por la dinámica de procesamiento de información es adaptativa, flexible e integrada, lo que se observa en una narrativa reflexiva viable.

#### c) SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO

El sentido de sí mismo y la temporalidad percibida son dos procesos relacionados en el sistema psicológico. Ambos procesos son parte del procesamiento de información integrado y dinámico que desembocan en un tipo de significado personal. Significado en que siempre destaca la interconexión entre la autopercepción del tiempo subjetivo y de la memoria selectiva. Dicho de otro modo, cuando se produce alteración del sentido de sí mismo y/o del tiempo percibido, se producen grados de desorganización del procesamiento de información psicológica. Si la alteración es estable en el tiempo se producen cuadros clínicos de diversa complejidad.

##### c.1) El sentido de sí mismo

En la Pauta de Observación de Malestar Psicológico (RMPS) se asume una conceptualización orientada por dos perspectivas del sentido del sí mismo. Perspectiva integrada que toma aspectos de la conceptualización de la psicología de los esquemas de Markus y de la psicología culturalista de Bruner.

Debo explicitar que la definición del self no es el tema de la presente tesis, simplemente mi propósito es complementar lo sostenido en los artículos (véase III. Artículos) para que se comprenda con mayor precisión lo expuesto.

La comprensión del self (conciencia de uno mismo) y su definición es un asunto espinudo. Es un tema de antiguo debate en filosofía y extremadamente complejo en el ámbito de los distintos campos de la psicología (Reeve, 2010; Bruner, 2004, 1990; Bruner & Kalmar, 1998; Neisser, 1993; Brockelman, 1986; James, 1980). El



primer tratamiento sistemático del estudio del concepto del self en psicología fue realizado por Willian James en su libro *Principios de la Psicología*, y hasta el día de hoy, su herencia sigue repercutiendo diferencialmente en las modernas concepciones de self.

El Sentido de Sí Mismo, se comprende como un conjunto de esquemas acerca del sí mismo (Self). Estos esquemas son generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran y seleccionan información, facilitan abstraer significados e integran información en los conocimientos almacenados sobre el sí mismo. Siguiendo la tradicional definición de Markus sobre los esquemas del self, se sostiene que son estos esquemas los que “organizan y guían el procesamiento de la información acerca del self contenida en las experiencias sociales del individuo” (Markus,1977, p.64). Los esquemas acerca del self definen nuestro sentido de identidad, por lo que son fundamentales en la personalidad y en la conducta interpersonal. Esto es coherente con la visión del self como sistema (Bruner & Kalmar,1998) que sostiene que tendría dos funciones: (1) función de comunicabilidad intersubjetiva y (2) función de individuación. La primera destaca la perspectiva evolutiva y entiende al Homo Sapiens como una especie que comparte representaciones simbólicas y formas consensuales de orientarse en el mundo social y al mismo tiempo es capaz de tener experiencias privadas; y la segunda, promueve el desarrollo de la individuación y básicamente consistiría en crear y mantener la subjetividad como privacidad protegida.

En síntesis, y parafraseando a Jerome Bruner (2003), el self recurre a la memoria selectiva para adaptar el pasado a las exigencias del presente y las expectativas futuras.

#### c.2) La percepción del tiempo (fluido versus no fluido)

El análisis de la naturaleza del tiempo y su papel en la conciencia humana ha sido uno de los temas de estudio más recurrentes dentro del ámbito de la filosofía (Roekelin, 2000).

En el ámbito de la psicología, también los psicólogos se han interesado en el estudio de la percepción del tiempo progresivamente, y se ha sostenido que

constituye uno de los elementos fundamentales de la cognición que da sentido a las experiencias vividas (James, 1890), también contribuye a regular el comportamiento presente (Lewin, 1942) y anticipar el futuro (Fraisie, 1967). Hoy por hoy, es una variable cada vez más estudiada en diferentes ámbitos de la psicología (Grondin, 2010; Tulving, 2002). Y se considera uno de los elementos psicológicos con los que todos los seres humanos organizan y planifican sus diferentes actividades en la vida cotidiana.

La percepción del tiempo es uno de los elementos psicológicos con los que todos los seres humanos organizan y planifican sus diferentes actividades en la vida cotidiana. Hoy en día, sabemos que la percepción del tiempo no obedece a una modalidad específica sensorial, sino que se considera una compleja habilidad cognitiva que implica múltiples procesos que incluyen distintas áreas cerebrales, incluyendo el neocerebelo, los ganglios basales y la corteza (Toplak, Rucklidge, Hetherington, John, & Tannock, 2003; Gibson, 1975).

Desde una mirada evolutiva, la percepción del tiempo es una función adaptativa que facilita predecir, anticipar y responder eficientemente a todo tipo de evento. Igualmente, la capacidad para estimar el tiempo correctamente es fundamental en las actividades diarias de los seres humanos (Buhusi & Meck, 2005). Dicho en otras palabras, es esencial para la supervivencia de los seres humanos ya que es un aspecto fundamental para alcanzar los diferentes objetivos en la vida en un rango de tiempo.

Por otra parte, como demuestran las investigaciones, la percepción subjetiva del tiempo no es isomorfo a tiempo objetivo (reloj) y se puede deformar por una serie de factores (Block, 1990). La percepción del tiempo se ve afectada por una serie de factores que han sido abordados por varios paradigmas de investigación. La distinción más importante a este respecto es entre el paradigma retrospectivo y el paradigma prospectivo (véase Block, Hancock, & Zakay, 2010). En suma, históricamente, se ha sostenido una dicotomía entre tiempo físico u objetivo versus el tiempo subjetivo o psicológico (Cottle, 1976).

En el ámbito psicológico, la naturaleza temporal del comportamiento humano aparece con relevancia explicativa en diferentes áreas del conocimiento, por ejemplo: trastornos psicopatológicos (Greenberg, 2008; Sims, 1988; Scharfetter,

1988), conductas de riesgo (Boyd & Zimbardo, 2005), personalidad tipo A (Vázquez, 2000), psicología básica (Block, Hancock, & Zakay, 2010), etcétera. Sabemos que la naturaleza de la temporalidad afecta a toda la existencia humana y la psicopatología y el proceso psicoterapéutico no queda ajena a ello. Desde una mirada del proceso del cambio en psicoterapia, la percepción del tiempo psicológico, se conceptualiza en la presente tesis como un indicador de la organización de la vivencia de la temporalidad del sentido de sí mismo. Indicadores que se aprecian como distorsiones temporales que se dan en diferentes problemas de salud mental, y que hemos denominado tiempo no fluido (TnF) para la presencia de malestar psicológico, y tiempo fluido (TF) para la normalidad entendida como presencia de bienestar psicológico (Quiñones et al., 2012; Quiñones, 2011b). El logro de un renovado bienestar psicológico, si fuera el caso de presencia de problemas con la vivencia de la temporalidad, implicaría una reorganización del sí mismo en su dimensión de adecuación temporal.

En el contexto de la presente investigación de estudio de casos, la percepción de tiempo, alude a la percepción de presencia o ausencia de alteración de la percepción de temporalidad subjetiva cuando hay malestar psicológico. Es la implicancia de la percepción temporal en la vivencia de la continuidad del sentido si mismo. En otras palabras, si el tiempo subjetivo está alterado observaremos alteraciones de diversa naturaleza, por ejemplo: tiempo dilatado, tiempo contraído, cronología alterada, tiempo enlentecido, etcétera. Este tipo de alteración se aprecia en diferentes problemas de salud mental, por ejemplo, en Trastornos de Ansiedad y Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (Bar-Haim et al., 2010; Toplak, Rucklidge, Hetherington, John, & Tannock, 2003).

En suma, se evalúa la presencia o ausencia de alteración de la percepción de temporalidad subjetiva con preguntas del tipo: ¿Hay una cronología adecuada de los hechos en el relato? ¿Se mantiene el sentido de realidad del tiempo? ¿Hay alteración de la percepción de la temporalidad subjetiva? ¿Cómo es la relación entre tiempo interno y tiempo real? Por tanto, si el tiempo subjetivo está alterado observaremos alteraciones de diversa naturaleza.

En la Pauta de Observación de Malestar Psicológico (RMPS) presenta dos polos que se representan de la siguiente manera: Percepción de tiempo (TnF: □) versus (TF: □).

## II.2.2 FUNDAMENTACIÓN DE LOS DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN

Los dominios de segundo orden son variables que han sido estudiadas en el ámbito de la investigación en psicoterapia, salud y bienestar psicológico, estrés, procesos afectivos e investigación básica.

a) Agencia (ag): El sentido de ser agente es la capacidad de ejercitar el control sobre nuestro propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan nuestra vida (Bandura, 2001, 1986).

El concepto de agencia humana ha recibido una creciente atención de los investigadores en psicología, tanto como un aspecto fundamental de la teoría cognitiva social (Bandura, 2001,1986), desarrollo de potencial personal (Reeve, 2010; Deci & Ryan,1991) y como mecanismo clave de cambio en psicoterapia (Bohart & Tallman, 1999; Little, Snyder, & Wehmeyer, 2006; Tallman & Bohart, 1999).

Desde la teoría social cognitiva, la autoeficacia se considera el mecanismo más importante de la agencia humana (Bandura, 2001). Bandura define la autoeficacia como las “creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros” (Bandura, 1997, p.3). Por tanto, las personas que crean que a través de sus acciones no pueden producir los resultados deseados, tendrán pocos incentivos para actuar y perseverar a la hora de afrontar diferentes problemas en la vida social.

Por otra parte, Bandura (2001) define a la agencia como un acto intencional que considera como la llave inicial del poder para originar acciones en propósitos dados. En dicha lógica, Bandura sostiene que existe una relación funcional entre intención y acción.

En otro orden de cosas, la agencia desde una perspectiva de las necesidades psicoorgánicas (autonomía, competencia y afinidad) proporcionan una fuerza motivacional natural que surge de la cualidad de ser un agente (Reeve, 2010). Es decir, el sí mismo posee motivación propia, lo que implica acción. En la misma dirección, Deci y Ryan (1991) sostienen que la motivación intrínseca está coordinada en forma inseparable de la naturaleza activa del sí mismo en desarrollo.

El ser agente es un aspecto del sí mismo que es diferente al autoconcepto (estructuras cognitivas) y a la identidad (relaciones sociales). Dentro del sí mismo se encuentra una motivación intrínseca que le da una cualidad de ser agente (Ryan, 1993). Los procesos que son inherentes a la cualidad de ser agente son la diferenciación y la integración:

1. La diferenciación expande y elabora al sí mismo dentro de una complejidad cada vez mayor.
2. La integración sintetiza esa complejidad emergente en un todo coherente, perservando así la sensación de un sí mismo único y cohesivo.

Para un terapeuta, delimitar el sentido de ser agente de un paciente, implica explorar e identificar en el mundo privado la autopercepción de cuánto siente y percibe que voluntariamente conduce su vida de manera autorregulada y eficaz. Son indicadores posibles de agencia saludable: la planeación adecuada, la motivación necesaria, predicción ajustada, valoración adecuada de posibilidades futuras, autoevaluación adecuada, actos voluntarios de libre elección, desarrollar los talentos, cultivar intereses, ejercer y desarrollar habilidades, tomar iniciativas libremente emprendidas en la persecución de un objetivo, etcétera. En definitiva, pesquisar la presencia o ausencia de indicadores que señalen que la persona se siente protagonista de sus iniciativas y acciones.

En dicho marco, la psicoterapia tiene que buscar que la persona sea “protagonista desde el interior” para lograr estar y mantenerse en un bienestar psicológico renovado, es decir, energizado por la motivación intrínseca (“somos energizados por la motivación innata”) y dirigidos por los procesos de diferenciación e integración inherentes al desarrollo (Deci & Ryan, 1991) que

contribuyan a un crecimiento y desarrollo del sentido de sí mismo de ser autor con sensación de coherencia, unidad y eficacia. En suma, en el contexto de la presente investigación, se entiende el “sentido de agencia saludable” como el nivel óptimo de percepción del propio sentido de conducción eficaz de la propia vida (“sentido de ser protagonista con obtención de los resultados esperados”).

b) Dominio Cognitivo (dc): identificar distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, pensamientos invasivos, pensamientos automáticos, ideas irracionales y “deberías disfuncionales” implicados en el malestar psicológico (Beck, 1963, 1967, 1979, 1996; Burns, 1980; Lazarus, 1973; Ellis, 1962).

Los pensamientos irracionales son cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático, que se expresan de forma rígida con términos tales como “debería de” y “tendría que”. Generan emociones negativas y perturbadoras para la persona. Y además, interfieren con la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad (Ellis, 1976).

Maultsby (1975) señala tres criterios que cumplen las creencias irracionales: (1) No responden a los principios de la lógica porque se basan en interpretaciones incorrectas y son inconsistentes con la evidencia empírica, (2) son automáticos, el individuo no es consciente del papel mediador que ejercen sobre sus pensamientos, sentimientos y conducta, (3) obstaculizan la consecución de las metas y propósitos básicos. Ejemplos de las ideas irracionales propuestas por Ellis serían: (1) Necesito el amor y la aprobación de todas las personas importantes de mi entorno, (2) Realmente es terrible, horrible y catastrófico que las cosas no salgan o no sean como yo deseo, (3) Es mucho más fácil evitar que afrontar las dificultades y responsabilidades que se presentan en la vida, etcétera (Ellis, 1962). En la actualidad, la escuela de Ellis (Ellis, 1984; Ellis & Dryden, 1997; Dryden, David, & Ellis, 2010) resalta cuatro formas de pensamiento irracional:

1. Demandas o exigencias (p. ej., “Si mi esposo me quisiera, debería haberme hecho un obsequio para mi santo”).
2. Catastrofismo (p. ej., “Si mañana no me sale bien el examen oral, no valdré nada como profesional”).

3. Baja tolerancia a la frustración (p. ej., “No participaré en la fiesta de graduación porque me da mucho miedo que me rechacen, no podría soportarlo”).
4. Depreciación o condena global de la valía humana (p. ej., “He realizado mal la declaración de impuestos, soy un completo estúpido”).

Por otra parte las *distorsiones cognitivas* se entienden como una forma particular de procesar la información que distorsiona la “realidad” y que lleva a pensamientos automáticos distorsionados. Estos sesgos se realizan de forma sistemática y tienen como consecuencia un sesgo hacia nosotros mismos (Caro, 2011). Desde una mirada de la historia de las distorsiones cognitivas, Beck (1967), identificó seis distorsiones cognitivas que cometían los pacientes depresivos. Una década después, Beck y colaboradores (Beck et al., 1979) aumentan las distorsiones cognitivas a once, y modifica el nombre de las distorsiones planteadas en 1967. Estas son: (1) pensamiento de todo o nada, (2) sobregeneralización, (3) descontar lo positivo, (4) saltar a las conclusiones, (5) leer la mente, (6) adivinación, (7) magnificar/minimizar, (8) razonamiento emocional, (9) declaraciones de “debería”, (10) etiquetar, y (11) culpabilidad inapropiada. Posteriormente, en la década de los noventa Freeman & DeWolf (1992) han incluido tres nuevas distorsiones: valía personal dependiente de opiniones externas, 2) comparación, y 3) perfeccionismo. En la actualidad Yurica y DiTomasso (2005) recogen diecisiete distorsiones cognitivas, en tal número la mayoría de los terapeutas cognitivos están de acuerdo. Las distorsiones serían: (1) Inferencia arbitraria, (2) Catastrofismo, (3) Comparación, (4) Pensamiento dicotómico, (5) Descalificación de lo positivo, (6) Razonamiento emocional, (7) Construir la valía personal en base a opiniones externas, (8) Adivinación, (9) Etiquetado, (10) Magnificación, (11) Leer la mente, (12) Minimización, (13) Sobregeneralización, (14) Perfeccionismo, (15) Personalización, (16) Abstracción selectiva, (17) Afirmaciones con deberías. Es de destacar, que las distorsiones cognitivas están presentes en muchos trastornos (Eje I y Eje II del DSM-IV-TR) y problemas emocionales.

c) Dominio imaginativo (di): identificar tipos de imágenes positivas y negativas presentes que formen parte del malestar psicológico. Asimismo, también evaluar la ausencia de imágenes positivas en los sesgos de interpretación disfuncionales. Holmes y colaboradores (2006, 2009) compararon imaginería versus instrucciones positivas de procesamiento verbales de interpretación de imágenes CBM (cognitive bias modification) y encontraron un mayor aumento en el estado de ánimo positivo asociado con el procesamiento de imágenes. La imaginería ha demostrado que tiene un efecto potente en el aumento tanto de las emociones negativas y positivas, y puede ser considerado como un "amplificador emocional" en la psicopatología (Holmes, Geddes, Colom, & Goodwin, 2008).

Las imágenes mentales se han descrito como la experiencia de "ver con los ojos de la mente", "escuchar con el oído de la mente", y así sucesivamente (Kosslyn, Ganis, & Thompson, 2001). Tal imaginería mental puede ser del pasado o del futuro y puede ser voluntaria (deliberadamente generado) o involuntaria (que viene a la mente de forma espontánea). Es de resaltar, que las imágenes mentales tienen un impacto en las cogniciones verbales y particularmente fuerte en las emociones (Holmes & Mathews, 2005). Es decir, es de suma importancia evaluar y abordar los dos tipos de "ingredientes" cognitivos: los pensamientos verbales e imágenes mentales puesto que tienen varias implicaciones para el bienestar psicológico. En tal sentido, las imágenes intrusivas y cargadas de afecto negativo son un foco de observación. Este tipo de imágenes constituyen un síntoma característico del trastorno de estrés postraumático. Por ejemplo, una persona es asaltada violentamente, y puede "revivir" el evento a través de flashbacks sensoriales y afectivos, como "sensación de que se me clavó en el pecho".

Holmes y Mathews (2005) sugieren varias razones por las que las imágenes pueden tener un impacto de gran alcance en la emoción. Las imágenes tienen correspondencia perceptual con la experiencia sensorial, "como si" estuviera sucediendo realmente. Es decir, es posible que las imágenes provoquen directamente la emoción de una manera parecida a una percepción real. En tal sentido, Sirigu y Duhamel (2001) muestran que la representación neural de imágenes visuales es similar a la producida por el rendimiento visual real. Las



imágenes se pueden utilizar para acceder a los recuerdos autobiográficos y sus emociones asociadas. Las imágenes pueden “secuestrar” fuertemente la atención a través de su naturaleza altamente absorbente y el sentido de “el ahora”, por ejemplo, experimentar flashbacks de un acontecimiento traumático en el trastorno de estrés postraumático. Es importante destacar adicionalmente que las imágenes anticipadas (prospectivas) han demostrado ser causales en la determinación del comportamiento futuro (Libby, Shaeffer, Eibach, & Slemmer, 2007).

Las anormalidades en las imágenes mentales son problemáticas en diferentes trastornos psicológicos (Depresión, Estrés Postraumático, Fobia Social, etcétera) como indica la literatura científica (Clark et al., 2006; Ehlers & Clark, 2000).

Me focalizaré en la depresión de manera breve para mostrar el proceso psicopatológico cognitivo del *sesgo de interpretación negativa* y la importancia de las imágenes en la configuración del malestar psicológico. Las personas que presentan depresión son más propensas a tener un sesgo negativo y hacer una interpretación negativa (p. ej., un amigo no le devuelve la llamada telefónica y sospecha que lo está ignorando intencionadamente). Una de las formas que se utilizan para resolver la ambigüedad inherente a todo tipo de situaciones cotidianas es la de imaginar el resultado, lo que nos permite simular mentalmente la resolución de la situación. Dado el poderoso efecto que tienen las imágenes en la emoción, esta estrategia será especialmente dañina (“tóxica”) cuando se acompaña de una interpretación negativa (Holmes & Mathews, 2005). Es decir, se sugiere que al imaginar un desenlace negativo y posteriormente simular mentalmente (por ejemplo, verse a sí mismo como solo, abandonado y rechazado, después de que un amigo no devolvió la llamada telefónica realizada en la mañana), es probable que exacerbe el estado de ánimo deprimido en un grado mayor que si la persona pensara verbalmente en el mismo evento.

En relación a la ausencia de imaginación mental positiva, en el contexto del estado de ánimo deprimido, hasta ahora ha sido relativamente poco explorado. Una excepción a ello, han sido las investigaciones del grupo de Holmes. Holmes, Lang, Moldes y Steele (2008) han demostrado que las personas con alto

contenido de disforia presentan una peor capacidad de imaginar futuros eventos positivos en comparación con las personas con bajo contenido de disforia.

En suma, son varias las implicaciones para la psicoterapia según la literatura científica, pero destaco que además de considerar las cogniciones verbales de los pacientes se debe tener muy en cuenta las imágenes. En particular, es relevante a lo menos: (1) La importancia de evaluar las imágenes negativas durante la evaluación de cualquier trastorno; (2) Los beneficios de la promoción de las imágenes positivas en la consecución del bienestar psicológico.

d) Expectativa y retroalimentación (e/r): identificar expectativas y calidad de la retroalimentación (o realimentación) que no contribuya a la regulación psicológico.

A modo de contexto, las expectativas y retroalimentación son sucesos mentales en el ámbito de la cognición y contribuyen como determinantes causales de la conducta (Gollwitzer & Bargh, 1996; Reeve, 2010).

En primer lugar, por expectativa se entiende: “La expectativa es una predicción subjetiva de cuánta probabilidad existe de que suceda un acontecimiento” (Reeve, 2010, p.171). De ahí que, las expectativas que las personas presentan de lo que sucederá y de qué tan bien puedan afrontar lo que les pase tienen implicaciones motivacionales relevantes. Sabemos por la investigación en psicología, que la fuerza con que las personas intentan ejercer un control personal, depende de la solidez de sus expectativas de que serán capaces de lograrlo. En tal contexto, el estudio sobre las expectativas tiene considerables implicancias para la psicoterapia. Hay dos áreas de investigación que subrayaré:

1° Expectativas de eficacia y de resultado (Bandura, 1997). Por expectativa de eficacia es un juicio sobre la propia capacidad para realizar un acto o curso de acción particulares. La pregunta es: “¿Puedo hacerlo?”. Por expectativa de resultado se entiende un juicio acerca de una acción determinada, una vez realizada, producirá un resultado particular. La pregunta es: “¿Lo que haga funcionará?”. Parafraseando a Bandura (1991), las expectativas de eficacia y de resultado son determinantes causales independientes para el inicio y regulación

de la conducta. Además, ambos tipos de expectativas deben ser razonablemente altas antes de que la conducta adquiera energía y se dirija a la meta.

2° La relevancia del optimismo en la cotidianidad indica la importancia de las expectativas en el bienestar psicológico. Hay varios estudios que han demostrado que el ser optimista, que se define como una diferencia individual caracterizada por positivas expectativas futuras, está relacionado con beneficios para la salud (Scheier et al 1989). También se ha observado que el optimismo predice una mejor salud mental y menos malestar emocional (Kwon, 2002; Lench, 2011).

Por otra parte, la retroalimentación (feedback) tiene sus orígenes en los campos de la ingeniería y de la cibernética (Wiener, 1958), de la cual fue adaptada por Kurt Lewin, Gregory Bateson y otros científicos sociales en el siglo XX, para capturar el comportamiento humano en interacción (Bateson, 1968; Benne, Bradford & Lippitt, 1964). La capacidad de retroalimentación se puede definir como “la propiedad de ajustar la conducta futura a hechos pasados” (Wiener, 1958, p.31).

La capacidad de retroalimentación se refiere a un mecanismo de control de los sistemas dinámicos por el cual una cierta proporción de la señal de salida se redirige a la entrada de manera que así se regularía el comportamiento. Retroalimentación simultáneamente transmite información sobre un comportamiento que se ha producido e influye en la probabilidad y la naturaleza de su recurrencia. Al reaccionar al pasado, la retroalimentación da forma al futuro. La retroalimentación negativa se caracteriza por lograr y mantener la estabilidad del sistema psicológico. En cambio, la retroalimentación positiva conduce a la pérdida de equilibrio, y en ese sentido, se entiende que conduce al cambio (Reeve, 2010; Wiener, 1958).

En suma, la retroalimentación es un componente importante de muchos modelos de autorregulación (p. ej., Carver & Scheier, 1990), y las expectativas se consideran un elemento esencial de cualquier psicoterapia eficaz (Frank, 1963; Kirsch, 1985) e incluso algunos investigadores han sostenido que la mayoría de las psicoterapias están íntimamente relacionados con la manipulación y revisión de las expectativas de los pacientes (Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006). De igual manera, es interesante destacar que los seres humanos aprenden de sus

errores y de sus aciertos, no obstante, sostener que aprendemos más de nuestros errores que de nuestras buenas elecciones, es materia de debate (Klein et al., 2007; Eppinger & Kray, 2011), aspecto que es importante para entender y facilitar el cambio en psicoterapia.

En el modelo de formulación de caso RMPS, el dominio de información denominado "expectativa y retroalimentación (e/r), se plantea como un ámbito cognoscitivo pero diferente al dominio cognitivo (dc), ya que en la clínica, la expectativa y los mecanismos de retroalimentación específicamente se observan con alteraciones en ciertos tipos de problemas de salud mental. A modo de ilustración mencionaré dos ejemplos. Uno es el caso del Desamparo Aprendido (modelo de depresión en humanos) en que se percibe que las personas esperan que su conducta voluntaria produzca poco o ningún efecto sobre los resultados que buscan obtener o evitar (Reeve, 2010; Peterson, Maier & Seligman, 1995). Otro ejemplo se da en los casos de mujeres maltratadas por sus parejas. Aunque la mayoría de las mujeres que se encuentra en relaciones abusivas intentan dejar por lo menos una vez la relación, muchas de ellas regresan con sus parejas (Bell, Goodman & Dutton, 2007; Goodman, Dutton, Weinfurt, & Cook, 2003). De igual manera, aproximadamente la mitad de las mujeres que buscan refugio a través de programas de violencia doméstica vuelven a las relaciones abusivas después de salir del refugio (Tutty, 1996).

En síntesis, la relación dinámica de las expectativas y la retroalimentación en psicoterapia, son dos aspectos de suma relevancia en la regulación psicológica, por ello, ponerlo como dominio diferente al dominio de cognición es útil.

e) Dominio Afectivo (da): identificar estados de ánimo, emociones negativas y positivas, que formen parte del malestar psicológico. Es de destacar que la función de las emociones es proporcionar información que facilite valorar la situación (pasada, presente o del futuro anticipado).

Si bien es cierto que la definición de emoción es una cuestión abierta, aún no enteramente resuelta, se ha avanzado significativamente y hay consenso en la mayoría de los investigadores (Reeve, 2010).

Las emociones son adaptativas y en comparación con la cognición, constituye un sistema biológicamente más antiguo, de acción rápida y adaptativa, un sistema destinado a la supervivencia. También las emociones constituyen mecanismos de autorregulación adaptativo y de regulación hacia las demás personas con quienes se interactúa. Además es de destacar, que la diferencia entre emociones positivas y negativas, se refieren al aspecto fenomenológico de la emoción, es decir, a nuestra vivencia global de la emoción como placentera o no placentera. No obstante, las emociones son adaptativas por definición (Lewis & Haviland-Jones, 2000).

En el contexto de la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico se comprende la emoción principalmente desde la mirada de las teorías basadas en la valoración cognitiva (Arnold, 1960; Frijda, 1986, 1988, 1993; Lazarus, 1982, 1991) que sostienen que la valoración está en el inicio de la emoción. Y destaco a Richard Lazarus como la principal influencia para entender el dominio afectivo.

El constructo fundamental en la comprensión cognitiva de la emoción es la valoración. Por valoración se entiende que es un cálculo de la importancia personal de un suceso: ¿es significativo este suceso vital?, ¿este suceso tiene implicaciones para mi bienestar? Es de destacar que los teóricos cognitivos de la emoción (Frijda, 1986; Lazarus, 1991; Weiner, 1986) ratifican dos premisas: (1) Las emociones no suceden sin una valoración cognitiva antecedente del suceso, (2) es la valoración, no el suceso mismo, lo que ocasiona la emoción.

Lazarus entiende que la emoción es el resultado de un proceso de evaluación de la relación (presente, imaginada o anticipada) entre la persona y su ambiente, proceso que incluye componentes: a) cognitivo-subjetivos; b) fisiológicos, y c) expresivos (Lazarus, 1991). También sostiene (Lazarus, 1991) que es la evaluación cognitiva del individuo acerca del significado de un suceso lo que establece las condiciones para la experiencia emocional de la persona. De manera que el proceso generador de la emoción no comienza con el hecho ni con la reacción biológica que se tenga, sino con la estimación cognitiva de su significado.

Lazarus (1991, 1994, 2006) sostiene un marco de valoraciones para plantear su modelo de procesamiento emocional. Las valoraciones primarias se diferencian

en tres tipos: Las valoraciones "buenas" se conceptuaron en diversos tipos de beneficio (orgullo, esperanza, compasión, gratitud), en cambio, las valoraciones "malas" se diferenciaron en varios tipos de daño (rabia, culpa, vergüenza, tristeza), y tipos de amenaza (ansiedad, miedo, envidia, celos). El proceso no termina con la valoración primaria sino que continua con una valoración secundaria que alude a la valoración que la persona hace en cuanto a su afrontamiento del posible beneficio, daño o amenaza. En otras palabras, las capacidades percibidas de afrontamiento continúan alterando la manera en que las personas interpretan (valoran) la situación a la que se enfrentan.

Por otra parte, el estado de ánimo según Frijda (1994) es un estado afectivo no intencional, esto es, que no tiene por qué existir un objeto que lo elicite como en la emoción. También se le considera una forma específica de estado afectivo y se diferencia de las emociones sobre la base de tres criterios: (1) poseer una mayor duración, (2) menor intensidad, (3) poseer un carácter global (Morris 1989). El estado de ánimo se ve influido principalmente por los siguientes factores: a) exógenos (situacionales); b) endógenos (ritmos circadianos, etcétera), y c) rasgos de personalidad y el temperamento (Watson & Clark, 1994). El estado de ánimo y la emoción interactúan dinámicamente aunque no se sabe bien cómo ocurre esto. No obstante, las emociones pueden conducir a un estado de ánimo, y a su vez, el estado de ánimo puede alterar la probabilidad de que se gatille una emoción específica.

Para concluir, Frank (1963) en su trabajo titulado: "Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy", propuso que la activación emocional constituía un factor común relevante en psicoterapia. Desde ese entonces, la comunidad investigadora en psicoterapia ha tomado conciencia de su importancia y con ello se ha investigado progresivamente el dominio emocional. Hoy por hoy, nadie duda que el sistema emocional es un factor crítico tanto para la comprensión como para el cambio en todo proceso terapéutico.

f) Afrontamiento (af): identificar los tipos y combinaciones de afrontamientos utilizados en los problemas enfrentados, que se caracterizan, por no ser funcionales para el bienestar psicológico.

En palabras de Lazarus, por afrontamiento se entiende: “Es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no.” (Lazarus & Lazarus, 1994, p.197)

El afrontamiento da forma a las emociones, pero su función más importante es regular esas emociones una vez generadas, así como las situaciones a veces conflictivas que las provocan. Afrontar es una característica integral del proceso de la emoción en los seres humanos y es fundamental para la regulación psicológica (Lazarus, 1999, 2003). Es un proceso siempre presente en el “aquí y ahora”, ya que todos los seres humanos tienen que enfrentarse cotidianamente a nuevas responsabilidades que pueden resultar desafiantes en diferentes grados. También el afrontamiento (afrontamiento anticipatorio) es funcional para anticipar el futuro, es decir, para lo que puede ocurrir. Por tanto, flexibilidad en el estilo de afrontamiento aumenta la eficacia cuando el acontecimiento demandante tiene lugar.

Lo que hacen las personas como afrontamiento depende de la situación a la que la persona debe enfrentarse, las amenazas que supone, el tipo de persona que son (en términos de objetivos y creencias que posea), y los resultados inmediatos de su intento de afrontamiento. La adaptación y flexibilidad a los requerimientos de la situación es esencial para que se tenga éxito y regulación psicológica.

En la obra de Lazarus (1999, 1994) se distingue entre afrontamiento centrado en las emociones y en la resolución de problemas. No obstante, deben ser entendidos como funciones del afrontamiento y no como dos procesos independientes. Ambos afrontamientos deben ser flexibles y adecuados a las demandas de las circunstancias (Lazarus, 2006). A continuación delimito los dos tipos de afrontamiento:

a) Afrontamiento mediante la resolución de problemas: Va dirigido a la articulación de una acción para cambiar una situación conflictiva. Hago mención de lo sostenido por Lazarus en relación al impacto que puede generar este tipo de afrontamiento en las demás personas: “Normalmente la resolución de problemas puede crear una sensación de ofensa y enojo en otras personas y por ello requiere mucho tacto” (Lazarus & Lazarus, 1994, p. 200). Es un tipo de afrontamiento que es complejo dada su naturaleza interpersonal y las emociones asociadas, y dado lo diverso y complicado que pueden ser las relaciones interpersonales, la solución por lo general no es sencilla.

b) Afrontamiento centrado en las emociones: Son estrategias interiores y privadas que las personas llevan adelante en la cotidianidad. En palabras de Lazarus: “Se construyen para controlar la angustia y la disfunción que podrían generarse cuando no hay nada o muy poco que se pueda hacer. Consiste en lo que nos decimos a nosotros mismos en un intento de llevar a cabo ese control” (Lazarus & Lazarus, 1994, p. 202). Además, cambia nuestra manera de pensar acerca de lo que está ocurriendo, es decir, se pasa de una valoración amenazadora a otra más positiva y templada. Éste tipo de afrontamiento lo divide en dos tipos: evitación y reevaluación de significado personal.

Por otra parte, en el ámbito de la psicoterapia, es de considerar que el mejor tipo de afrontamiento es el que implica una mezcla de resolución de problemas y de enfoque hacia las emociones, lo cuál está en función a lo menos de las diferencias individuales y según los requerimientos que la situación amerite. Es de destacar el énfasis de Lazarus en la comprensión de la dinámica y comprensión de los tipos de afrontamiento, lo que se aprecia en el siguiente párrafo de su último trabajo:

“A more important point is that it would be desirable to abandon the idea of problem-focused and emotion-focused coping as two independent types of coping, one addressing problems and the other regulating the emotions. This is why I refer to them as coping functions. To treat the two coping functions as separate and competing is a serious epistemological mistake because, in most stress situations, they actually complement each other. They ordinarily combine component parts of the total coping process. In nature, part processes operate together as a coherent unit and to separate them and set them up as competitive is to distort the way coping actually Works.” (Lazarus, 2006, p.22)

g) Sensorialidad y Atribución (s/at): Identificar sensaciones, somatizaciones y el tipo de atribuciones (o estilos) asociadas que contribuyen al malestar psicológico. Es un dominio de segundo orden que alude a factores cognitivos y perceptuales en varias condiciones de somatización sintomáticas.

Las atribuciones en psicología cognitiva se entienden como un mecanismo imprescindible para establecer asociaciones entre conductas y resultados.

El desarrollo y la presentación de los síntomas somáticos es un fenómeno complejo y diverso. La literatura científica indica que es poco probable que se explique completamente con cualquier característica individual cognitiva o perceptual. La investigación hasta la fecha sugiere un papel para la amplificación somatosensorial y los estilos de atribución, y es probable que otros factores como



el estado emocional, la cultura, el neuroticismo/afectividad negativa también incidan (Barsky, 1992; Barsky, Goodson, Lane, & Cleary, 1988; Duddu, Isaac, Santosh, & Chaturvedi, 2006).

Las alteraciones de la sensorialidad y las atribuciones son muy diversas. Por ejemplo, en los trastornos de ansiedad a menudo se manifiestan alteraciones somáticas como: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de falta de aire o sofocación, sensación de ahogo, dolor de pecho, náuseas o malestar abdominal, mareos o aturdimiento, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos.

Dicho lo anterior, menciono un constructo que ha sido bien estudiado y que se conoce como amplificación sensorial. Barsky usa el término "amplificación somatosensorial" para referirse a la tendencia a experimentar sensaciones somáticas como intensas, nocivas y perturbadoras. Incluye la disposición del individuo para centrarse en desagradables sensaciones fisiológicas y psicológicas, y los consideran como algo patológico más que normal (Barsky, Goodson, Lane, & Cleary, 1988; Barsky, 1992). Los tres componentes de amplificación somatosensorial se han descrito de la siguiente manera: (1) hipervigilancia corporal que implica aumentado auto-control y una mayor atención a desagradables sensaciones corporales, (2) la tendencia a seleccionar y centrarse en determinadas sensaciones relativamente débiles o poco frecuentes, y (3) la tendencia a valorar las sensaciones viscerales y somáticas como anormales y sintomáticas de alguna enfermedad.

h) Espiritualidad y Trascendencia (e/t): valorar la dimensión espiritual, presente o ausente, y su contribución eventual al malestar psicológico.

La literatura especializada señala que hay una relación entre espiritualidad y religión, pero existe debate. Una consecuencia de ello es la dificultad de tener una definición precisa del constructo *espiritualidad*.

Fehring, Miller y Shaw (1997) diferencian espiritualidad y religiosidad. Proponen distinguir dos tipos de religiosidad: una extrínseca, referente a las prácticas rituales y a las religiones institucionales; y una religiosidad intrínseca, referente a la espiritualidad como tal.

La espiritualidad/religiosidad se entiende como una dimensión psicológica que se observa en diferentes tipos de comportamientos y culturas. Cada vez más se estudia e investiga en enfermedades médicas y en diferentes problemas psicológicos (Rosmarin, Pargament, & Robb, 2010; Pargament, 2007; Aten & Worthington, 2009; Seeman et al., 2003; Pargament, 1997). Otros autores como Mytko y Knight (1999) sostienen que una amplia definición de espiritualidad debe incluir sentimientos de conexión consigo mismo, con la naturaleza, con la comunidad, con el propósito y significado de la vida. Pargament (2007), un reconocido investigador en el área, en la introducción de su libro “Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred”, sostiene con una espléndida agudeza lo que entiende por dimensión de espiritualidad:

“Spirituality is an extraordinary part of the lives of people. From birth to death, spirituality is manifest in life’s turning points, revealing mystery and depth during these pivotal moments in time. In crisis and catastrophe, spirituality is often intertwined in the struggle to comprehend the seemingly incomprehensible and to manage the seemingly unmanageable. But this isn’t the full story. Spirituality is not reserved exclusively for times of crisis and transition. It is interwoven into the fabric of the everyday. We can find the spiritual in a piece of music, the smile of a passing stranger, the color of the sky at dusk, or a daily prayer of gratitude upon awakening. Spirituality can reveal itself in the ways we think, the ways we feel, the ways we act, and the ways we relate to each other. Paradoxically, the presence of the spiritual dimension can also be felt through its absence, in feeling of loss and emptiness, in questions about meaning and purpose, in a sense of alienation and abandonment, and in cries about injustice and unfairness. Spirituality is, in short, another dimension of life. An extraordinary dimension, yes, but one that is a vital part of ordinary life and what it means to be human. We are more than psychological, social, and physical beings; we are also spiritual beings.” (2007, pp.3-4)

Desde una mirada de la historia de la psicología, el impacto de la espiritualidad y religiosidad ha sido progresiva en la práctica clínica. Es de mencionar que la Asociación Psicológica Americana (APA) creó un grupo especial (División 36) centrado en la llamada Psicología de la Religión, que tiene reuniones anuales, un boletín y realiza eventos internacionales regulares. En el siglo XXI, la espiritualidad ha captado gradualmente la atención de grupos de investigación y cada vez más se almacenan datos sobre el impacto positivo para ciertos tipos de pacientes y problemas psicológicos.

Al igual que diferentes modelos en psicoterapia, los modelos de la tradición cognitiva también han incorporado estrategias para facilitar una espiritualidad que facilite el bienestar psicológico. Esencialmente los modelos cognitivos se han focalizado en las creencias de tipo espiritual, en la práctica de la conciencia plena, y en potenciar la conciencia de sí mismo. Únicamente destacaré el foco sobre el tipo de creencias ya que los diferentes modelos cognitivos han resaltado la importancia de las creencias sobre uno mismo, el mundo y el futuro. En tal lógica, las creencias básicas también pueden implicar explícitamente temas espirituales y/o religiosos para la población no clínica y para la población clínica. Se han realizado investigaciones en el ámbito de la intervención incorporando la espiritualidad / religiosidad como aspecto constitutivo de intervención (Rosmarin, Auerbach, Bigda-Peyton, Björgvinsson, & Levendusky, 2011; Hook, Worthington, Davis, et al., 2010). En muchos estudios se ha descrito la asociación entre espiritualidad y salud pero se ha dado mínima explicación al cómo y por qué ambos dominios están funcionalmente conectados (véase, Rosmarin, Wachholtz & Ai, 2011). Asimismo, los mecanismos por los que la espiritualidad puede ayudar a cambiar los estados emocionales disfuncionales, y el lugar que las creencias y valores espirituales ocuparían en tal cambio, siguen siendo poco investigadas (Rosmarin, Pirutinsky, Auerbach, Bjorgvinsson, et al., 2011).

En el campo de la psicoterapia se hace indispensable trabajar este asunto con pacientes que están en crisis espiritual debido a su condición de salud, por ejemplo, pacientes con cáncer en diferentes fases de la enfermedad (aguda, crónica o de resolución). Distintos estudios han señalado una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente al cáncer y se han encontrado correlaciones positivas entre los índices de recuperación y espiritualidad (Mueller, Plevak, & Rummans, 2001; Mytko & Knight, 1999), así como entre bienestar espiritual y calidad de vida, y entre bienestar espiritual y ajuste a las situaciones que supone la enfermedad (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold, & Targ, 1999; Brady, Peterman, Fitchett, Mo, & Cella, 1999). De modo que la espiritualidad aparece como un factor positivo que ayuda al afrontamiento positivo en ciertos tipos de problemas psicológicos.

La comprensión de la espiritualidad y del bienestar psicológico está generando un

impacto en la conceptualización de la salud. Dicho concepto ha empezado a entenderse como un bienestar que va más allá de la tradicional postura de los modelos bio-psico-sociales, lo cual ha implicado que gradualmente se incorpore la dimensión espiritual en su evaluación. En tal sentido, sumándonos a una gran cantidad de terapeutas e investigadores (Pargament, 2007), podríamos enfatizar la necesidad de un modelo biológico-psicológico-social y espiritual, que sintonice a la persona con su circunstancia de múltiples niveles de "realidad" y trascendencia.

Se entiende que la *espiritualidad* es una poderosa fuente de fortaleza para que las personas afronten las adversidades de la vida puesto que los capacita para hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo las creencias, actitudes y conductas pueden afectar positiva o negativamente su calidad de salud biológica y psicológica integrada. Igualmente, dé fortaleza y "amortigüe el padecimiento" de los pacientes que saben que tienen un final sabido (p. ej., pocos meses de vida por cáncer metastásico) de manera de facilitar que logren vivenciar de manera lo más tranquila posible la progresiva adaptación a la muerte.

Finalmente, la espiritualidad se plantea como un dominio a considerar en la comprensión y posibles intervenciones (potenciación de la conciencia de sí mismo, clarificación de valores, regulación cognitiva emocional-utilizando Yoga, Tai-chi, Meditación- biblioterapia, facilitar el perdón, etcétera) ya que puede ser una parte esencial de la solución de diversos problemas psicológicos que la literatura científica señala.

i) Autocuidado y salud (aut/s): valorar el autocuidado del cliente en diferentes ámbitos. Supone evaluar: hábitos alimentarios, equilibrio descanso/trabajo, ejercicio, actividad física, dieta, número de horas diarias dedicadas a dormir, calidad del dormir, capacidad de relajarse, recreación, uso de automedicación, consumo de alcohol y tabaco.

El autocuidado y la salud (biológica y mental) mantienen una relación positiva. A modo de ilustración general destaco algunos ejemplos. Existe bastante evidencia que sugiere que un estilo de vida sedentario aumenta el riesgo de desarrollar

numerosos problemas de salud. Problemas tales como enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2, cánceres de colon y de mama, osteoporosis y depresión (Morrow, Jackson, Bazzarre, Milne, & Blair, 1999; Oja & Borms, 2004; US Department of Health and Human Services, 1996, 2000).

También se conoce la directa asociación entre salud, calidad de vida y actividad física (Bize, Johnson, & Plotnikoff, 2007). En la misma dirección, se ha encontrado que el ejercicio físico regular puede ser un efectivo tratamiento para la ansiedad y depresión (Peden, 2013).

En el ámbito específico de la salud mental y autocuidado, cito dos ejemplos que van en la misma dirección, uno en depresión y otro en trastorno bipolar. Los estudios sugieren que la calidad de vida y la gravedad de los síntomas depresivos se asocian inversamente en el trastorno depresivo (Saarijarvi et al., 2002; de Leval, 1999). Igual relación se observa en el trastorno bipolar (de Leval, 2000).

En la formulación de caso RMPS, se considera el “Autocuidado y Salud” como un dominio de información, puesto que la investigación y la experiencia clínica de muchos terapeutas, muestra la relevancia sobre la necesidad de que las personas posean un sentido equilibrado de autorresponsabilidad por su propia salud y bienestar.



### **III. ARTÍCULOS**

III.1 Artículo 1º: Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. Revista Argentina de Clínica Psicológica [247-254]

III.2 Artículo 2º: Pauta de reconstrucción de malestar psicológico: aplicaciones a un caso clínico. Revista de Psicoterapia [97-130]

III.3 Artículo 3º: Modificación del significado personal: perspectivas de un programa de investigación de procesos en psicoterapia. Rivista di Psichiatria [319-325]

## INDICADORES DE PROCESOS DE ÉXITO EN PSICOTERAPIA COGNITIVA<sup>1</sup>

Álvaro Quiñones\*  
Roberto Melipillán\*\*  
Carla Ugarte\*\*\*

### Resumen

*El propósito de la presente investigación fue identificar indicadores de procesos en psicoterapia asociados a éxito. Para ello se procedió a estudiar tres procesos de psicoterapia de orientación cognitiva, video-grabados, y transcritos en la totalidad de las sesiones. Dos casos fueron exitosos y uno no exitoso, considerando diversos criterios.*

*En los casos estudiados se identificaron cinco variables de proceso terapéutico, las cuales fueron positivas y negativas, en función del bienestar psicológico. Se aplicaron dos análisis estadísticos de tipo cuantitativo. En primer lugar, un análisis de contenido que permitió observar las frecuencias para las cinco variables en los tres procesos terapéuticos, y en segundo lugar, el análisis de biplot permitió identificar un patrón diferencial de asociaciones de variables entre los casos analizados.*

**Palabras clave:** análisis de contenido, biplot, efectividad, psicoterapia cognitiva.

**Key words:** content analysis, biplot, efectivity, cognitive psychotherapy.

### Introducción

Las investigaciones sobre el proceso psicoterapéutico han aumentado considerablemente en las últimas tres décadas. Se han desarrollado diversos métodos y procedimientos, difiriendo en cuanto al enfoque de evaluación, unidad de análisis, fuente de datos y diferentes cuestiones (Elliott y cols., 2009; Greenberg, 2007; Hill y Lambert, 2004)

Desde una perspectiva histórica, inicialmente la investigación en psicoterapia caía dentro de dos divisiones que persiguieron fines distintos y utilizaron procedimientos diferentes. En primer lugar, la investigación de resultado, que trata, en lo fundamental, de responder a las preguntas sobre la efectividad

en psicoterapia y de llevar a cabo estudios comparativos para determinar métodos terapéuticos que funcionen mejor que otros (Barber, 2007) y, en segundo lugar, la investigación de proceso, que busca identificar los procesos de cambio que tienen lugar en la interacción entre paciente y terapeuta (Greenberg y Pinsol, 1986).

Hoy por hoy, se integra el estudio del resultado con el de procesos. En tal sentido, la investigación de procesos en psicoterapia, siguiendo a Greenberg, uno de los máximos proponentes de la investigación en psicoterapia, es definida como "cualquier tipo de investigación en la que se observa o se mide, directa o indirectamente, la conducta de terapeutas y clientes o sus interacciones, en sesiones de psicoterapia o de consejo terapéutico. El término conducta, engloba, aquí, tanto la conducta observable como las percepciones y experiencias internas" (1983, p.169-170). En un trabajo posterior, Greenberg y Pinsol (1986), plantean que la investigación de procesos "sería el estudio de la interacción entre los sistemas del paciente y del terapeuta. La meta de la investigación de proceso radica en identificar los procesos de cambio en la interacción entre estos sistemas.

\* Álvaro Quiñones: Programa de Doctorado de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, España y Docente Investigador, Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile

\*\* Roberto Melipillán: Docente Investigador, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile

\*\*\* Carla Ugarte: Docente Investigador, Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile

E-Mail: alvaro.quinones@uss.cl  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XLI (1): 247-254  
© 2012 Fundación AGLF.

[1] Agradecimientos: A los pacientes que con su generosidad hicieron posible la presente investigación. Además, expresamos nuestro agradecimiento a Paula Pérez Acevedo por su colaboración en la fase de revisión de las transcripciones. Igualmente, agradecemos a Patricia Ramírez Apáiz y a Horacio Selgado Fernández por las sugerencias a la versión final del artículo.



La investigación de procesos cubre todas las conductas y experiencias en esos sistemas – dentro y fuera de las sesiones de tratamiento – que pertenecen a los procesos de cambio” (p.18). En tal contexto, compartimos la creencia dominante sobre generar investigación de procesos que implique una indisociabilidad de procesos y resultados, que en lo fundamental busca un vínculo creciente y estable entre la investigación en psicoterapia y la práctica clínica (Elliott, 2010; Elliot y cols., 2009; Caro, 2008, 2007; Greenberg, 2007; Stiles, 2007; Frommer y Rennie, 2001; Wiser y Goldfried, 1996).

El presente estudio de casos (Iwarabe y Gaziola, 2009) se inserta dentro del marco de la investigación de procesos y resultado en psicoterapia. Además, la presente investigación forma parte del programa de investigación de procesos en psicoterapia denominado “modificación de significado personal” (Quiñones, 2011, 2010, 2008a, 2008b), cuyo objetivo principal es comprender cómo ocurre la modificación del significado personal utilizando datos textuales (transcripciones de sesiones) en diferentes cuadros clínicos.

La presente investigación ha sido guiada por el objetivo de buscar determinar indicadores (variables) de procesos asociados a éxito o fracaso terapéutico, usando datos textuales obtenidos en la práctica clínica naturalística.

A modo de contexto, en la presente investigación de casos se utilizaron tres dimensiones propuestas por Elliott (1991) como orientación para el presente estudio sobre lo que comunican verbalmente los clientes y terapeutas en sesión: el elemento del sistema terapéutico estudiado fue el cliente (paciente); la variable de comunicación estudiada fue el contenido de los temas que implican sufrimiento psicológico (objetivo terapéutico trabajado en diferentes sesiones); y el nivel del proceso estudiado fue el turno de habla del paciente. Se realizó la codificación cualitativa de los turnos de habla del paciente siguiendo como orientación la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (Quiñones, 2010, 2008a, 2008b). Esta pauta se utilizó como referencia para crear un total de 16 categorías, y de ellas, se seleccionaron con criterio clínico 5 categorías consideradas indicadores de procesos asociados a éxito terapéutico.

### **Codificación cualitativa en base a la pauta de reconstrucción de malestar psicológico**

Teóricamente el “sufrimiento psicológico” lo comprendemos como una dinámica de contenidos y procesos mentales que se dan en el cliente que

solicita ayuda a un especialista en salud mental. Los terapeutas identifican dicha dinámica de información como un tema que orienta sobre un significado personal disfuncional (Quiñones, 2011).

En relación al quehacer en psicoterapia, la pauta de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS), funciona como un marco de referencia que permite al terapeuta guiar y focalizar la atención del cliente en temas “dolorosos psicológicamente”, de manera de facilitar el foco de atención y autoobservación en las variables que emergen como problemas y que se entienden como temas (tema procesal de significado desadaptativo). En tal sentido, la lógica clínica implica ayudar al paciente a asimilar y acomodar nueva información que surge gradualmente en el proceso terapéutico en un distinto significado personal adaptativo. En general, en los procesos psicoterapéuticos se persigue el propósito de lograr en el cliente el surgimiento de un nuevo significado personal “libre de sufrimiento” que presente esencialmente las siguientes características: 1) mejor regulación emocional y cognitiva en función de una mayor articulación del procesamiento tácito y explícito (Guidano, 1992; Dowd, 2006); 2) narrativas descriptivas y reflexivas que fomenten el bienestar psicológico (Quiñones, 2010; McAdams y Janis, 2004; Bruner, 2004); 3) adecuada mentalización que produzca ajustada coherencia personal y sintonía interpersonal (Allen, Fonagy, y Bateman, 2008); y, 4) tipos de afrontamientos flexibles y adaptativos (Lazarus, 2006).

La pauta de reconstrucción de malestar psicológico revisada (RMPS, Quiñones 2011) surge de la tradición cognitiva en psicoterapia (Beck y Dozois, 2011; Hawke y Provencher, 2011; Overholser, 2010; Caro, Neimeyer, y Newman, 2010; Dowd, 2006; Lazarus, 2000; Lazarus y Lazarus, 2000; Ellis y Dryden, 1997; Guidano, 1992; Mahoney, 1991). Por una parte se inspira en el ABC (Ellis, 1962) y BASIC.ID (Lazarus, 1973), que básicamente son esquemas mentales que tiene el terapeuta a la hora de identificar y ordenar los datos relevantes en psicoterapia para intervenir de manera comprensiva y aumentar la precisión de las intervenciones. Por otra parte, surge de la experiencia clínica (Quiñones, 2008a, 2008b) y de la investigación de procesos en psicoterapia (transcripciones de procesos completos) exitosos y no exitosos, en el espectro no psicótico (Quiñones, 2011, 2010). El RMPS presenta 11 variables agrupadas en dominios de primer orden y dominios de segundo orden. Los dominios de primer orden son: “tema procesal de significado desadaptativo” y “sentido de sí mismo y tiempo fluido” (Véase cuadro 1). Ambos dominios principales ayudan a guiar al terapeuta en la reconstrucción de significado problemático que el paciente presenta y, a su vez, nos indican temáticas que operan a nivel tácito/explicito y se

**Cuadro 1. Dominios de Primer Orden**

1) **TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):** son experiencias problemáticas que nos cuenta el paciente y que nos "informan del dolor psicológico". Reflejo tanto de una matriz de esquemas como de los procesos de mentalización involucrados que toman forma en una verdad narrativa. Tiene dos componentes:

1.a) **TEMA (T):** alude a los contenidos que reflejan el malestar psicológico. ¿Cuáles son los contenidos que comunica en la narración el paciente? Tiene dos componentes: *Narrativa Descriptiva (N.D)* y *Narrativa Reflexiva (N.R)*. Por N.D se entiende una narrativa que alude a aspectos externos de lo que ocurrió. Por NR se entiende una narrativa interna y reflexiva que alude a elaboración de significado lo que ocurrió.

1.b) **PROCESOS (PM - PA):** alude a procesos de mentalización y autoengaño que utiliza el paciente. Los procesos de mentalización aluden a: ¿Qué procesos de mentalización están involucrados en el tema? ¿La capacidad de identificar estados mentales y la de razonar sobre ellos está presente? ¿Describe adecuadamente lo que piensa, siente o imagina en las situaciones que describe? Los procesos de autoengaño aluden al tipo de coherencia del tipo de información. Presenta dos polos: autoengaño problemático y autoengaño óptimo.

2) **SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO (S/TF):**

2.a) **SENTIDO DE SÍ MISMO (S):** alude al sentido de sí mismo percibido cuando se vivencia malestar psicológico.

2.b) **TIEMPO FLUIDO (TF):** alude a la percepción de presencia o ausencia de alteración de la percepción de temporalidad subjetiva: ¿Hay una cronología adecuada de los hechos en el relato? ¿Cómo varía la intensidad del malestar en función de la atribución temporal del problema en el presente, pasado y futuro? ¿Hay alteración de la percepción de la temporalidad subjetiva?

**Cuadro 2. Dominios de Segundo Orden**

1) **DOMINIO AFECTIVO (da):** emociones negativas y positivas que formen parte del malestar psicológico.

2) **DOMINIO COGNITIVO (dc):** pensamientos automáticos, pensamientos que no ayuden a resolver problemas, valores aplicados a resolución de problemas, "deberías" implicados.

3) **DOMINIO IMAGINATIVO (di):** tipos de imágenes que formen parte del malestar psicológico.

4) **EXPECTATIVA Y RETROALIMENTACIÓN (e/f):** expectativas y capacidad de retroalimentación del paciente.

5) **AFRONTAMIENTO (af):** tipos de afrontamientos utilizados.

6) **SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/ft):** asociación entre sensaciones y atribuciones.

7) **AGENCIA (ag):** nivel de percepción de conducción de la propia.

8) **ESPIRITUALIDAD Y TRASCENDENCIA (e/t):** valorar la dimensión espiritual en la percepción del problema.

9) **AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s):** valorar cómo se autocuida el cliente (hábitos alimentarios, descanso, calidad de sueño, capacidad de relajarse, etcétera)

expresan como tendencias de procesamiento de información que toman forma en temas

Por otra parte, los dominios de segundo orden (Véase cuadro 2) son: dominio afectivo, dominio cognitivo, dominio imaginativo, expectativa y retroalimentación, afrontamiento, sensorialidad y atribución, agencia, espiritualidad y trascendencia, autocuidado y salud. Todas estas variables pueden estar presentes en la verdad narrativa (Spence, 1984) que el paciente vive como problemáticas y que expresa de manera verbal - gestual en el contexto asistencial. Por tanto, el posible perfil que emerge de diferentes posibles variables presentes e interactuando (de un total de nueve variables) en el

"dolor psicológico", estará en función básicamente de las diferencias individuales de procesamiento de la información que presente el paciente y del tipo específico de problema interpersonal que vivencie.

**Método***Participantes*

La forma de selección de los casos correspondió a un muestreo por accesibilidad. Los criterios de inclusión de los casos a investigar fueron: (a) paciente mayor de 21 años; (b) solicitar psicoterapia individual de manera voluntaria; (c) ausencia de síntomas

psicóticos o historia de episodios psicóticos; (d) ausencia de toxicomanía; (e) que el terapeuta tratante fuera psicólogo, acreditado como psicoterapeuta y con formación en psicoterapia cognitiva.

Se obtuvo una muestra de tres pacientes adultos atendidos en dos centros psicológicos privados, con diagnósticos pertenecientes al espectro ansioso y no psicótico. La edad de los pacientes fue de 38 y 40 años para el sexo masculino y 25 para el sexo femenino. El nivel educacional al momento de terminar los procesos terapéuticos era de dos profesionales, con estudios universitarios completados, y un estudiante de nivel Universitario de último año. Los dos casos exitosos correspondieron a un profesional de sexo masculino y una estudiante de sexo femenino, con una duración de 21 y 18 sesiones respectivamente. El caso no exitoso se dio en uno de los profesionales de sexo masculino y tuvo una duración de 6 sesiones.

En cuanto a la modalidad de término de los procesos terapéuticos se utilizaron criterios distintos. En los dos procesos terapéuticos exitosos los criterios fueron los siguientes: (a) acuerdo entre cliente y terapeuta por el cumplimiento de objetivos; (b) auto percepción del cliente de bienestar psicológico; (c) pruebas psicométricas que indicaron bienestar psicológico; (d) una sesión de seguimiento que indicó mantención de bienestar psicológico. Y en el proceso terapéutico no exitoso se utilizó el criterio de abandono de la psicoterapia.

En cuanto a los resguardos éticos, se solicitó el consentimiento informado a los pacientes, garantizándoles la confidencialidad de la información entregada.

#### *Procedimiento*

Los tres procesos de psicoterapia analizados fueron grabados en videos y transcritos en su totalidad. Se denominaron: Caso No Exitoso, Caso Exitoso 1º, Caso Exitoso 2º. Las transcripciones de cada caso clínico fueron realizadas por psicólogos y supervisada por el terapeuta tratante en cada caso. En los casos se cambiaron los nombres de personas, lugares y cualquier indicador que pudiera identificar a cada cliente tratado. Posteriormente, las transcripciones se exportaron desde Word Office al programa Atlas.ti 6.2 para su tabulación cualitativa.

Para la obtención de las variables se seleccionaron las temáticas relevantes a partir de la sesión 3ª hasta la 6ª. Los criterios de las sesiones seleccionadas fueron dos:

1. Las primeras sesiones son de exploración y de definición de objetivos. En tal sentido, se excluyeron para los tres casos en estudio las sesiones 1ª y 2ª.

2. El número de sesiones del caso no exitoso fue la referencia para el tope de sesiones analizadas en los tres casos, 6 sesiones, y por tanto se escogieron de éstas las secuencias en cada una las sesiones seleccionadas.

A continuación se dividió el análisis cualitativo en tres fases. Las dos primeras fases fueron realizadas leyendo las transcripciones en formato Word, y la tercera fase se realizó en el programa Atlas.Ti 6.2. En primer lugar, un equipo de tres psicólogos procedió a la selección de las temáticas en cada proceso terapéutico de manera independiente, y luego, las temáticas seleccionadas fueron consensuadas. Se utilizó como criterio de selección de las temáticas los objetivos terapéuticos. En segundo lugar, para cada caso terapéutico se eligió un objetivo para ser analizado. Objetivo que fue consensuado por dos psicólogos clínicos con formación cognitiva. Y en tercer lugar, en el programa Atlas.Ti 6.2 se realizó la codificación cualitativa de los turnos de habla del paciente, aplicando únicamente una categoría a cada turno, por dos psicólogos clínicos cognitivos siguiendo como orientación una tabulación preestablecida en base a la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico RMPS que se utilizó para crear las categorías (Quiñones, 2010; 2008a, 2008b). Se generaron un total de 16 categorías, y de ellas, se seleccionaron con criterio clínico 5 categorías, que fueron las variables analizadas en la presente investigación. Estas fueron: Información Novedosa (IN), Afrontamiento (AF), Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido (S-TF), Procesos de Mentalización (PM) y Narrativa Reflexiva (NR).

Posteriormente, se construyó una planilla Excel de las cinco variables en los tres casos y se exportaron los datos al programa estadístico STATA 11.2. para realizar el análisis de Biplot.

#### *Análisis de datos*

El análisis de datos se realizó en dos fases. En primer lugar, se procedió a realizar un análisis de contenido asistido por el programa Atlas ti 6.2, a partir del cual se eligieron cinco variables a ser analizadas. A partir de este análisis de las variables se construyó una matriz de frecuencias. Es de destacar que cada variable tiene dos posibilidades de presentación: indicador positivo que alude a bienestar psicológico; e indicador negativo que alude a malestar psicológico. Desde un punto de vista clínico estas variables se consideraron relevantes (Véase Tabla 1), y se introdujeron al programa estadístico STATA 11.2.

En segundo lugar, a las frecuencias de las variables se les aplicó un análisis Biplot, técnica gráfica multidimensional que permite una adecuada cali-



Tabla 1. Distribución de frecuencias de las variables de proceso psicoterapéutico

VARIABLES	CASO NO EXITOSO	CASO EXITOSO 1º	CASO EXITOSO 2º
Información Novedosa (IN)			
(+)	0	15	32
(-)	1	0	1
Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido (S-TF)			
(+)	0	5	26
(-)	13	0	6
Afrontamiento (AF)			
(+)	3	2	14
(-)	5	1	2
Proceso de Mentalización (PM)			
(+)	9	48	56
(-)	15	1	6
Narrativa Reflexiva (NR)			
(+)	0	34	14
(-)	6	0	4

dad de representación de las variables asociadas a casos. Este análisis se consideró apropiado para discriminar el comportamiento de las variables asociadas a los tres procesos terapéuticos. El análisis multivariado Biplot permitió observar la distribución y representación de las variables en los tres casos. Las variables aparecen con la extensión “- neg” y “- pos” lo cual nos indica atributo positivo o atributo negativo (Véase más adelante Figura 1).

## Resultados

Como primer análisis, se compararon las frecuencias en las variables de los distintos casos (Véase Tabla 1). En función de las similitudes y diferencias, se presentan relevantes diferencias para el caso no exitoso versus los dos casos exitosos.

En primer lugar, una diferencia que se observa es que en los casos exitosos las cinco variables presentan indicadores positivos; en cambio, en el caso no exitoso hay tres variables que únicamente presentan indicadores negativos. Estas variables son: Información Novedosa (IN), Narrativa Reflexiva (NR), Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido (S-TF).

En segundo lugar, en el caso no exitoso, las cinco variables presentan predominio de indicadores negativos. En cambio, en los casos exitosos, en las cuatro variables hay indicadores negativos de muy baja frecuencia o incluso nula. En particular el caso exitoso uno, muestra en tres variables ausencia de indicadores negativos.

En tercer lugar, en el caso no exitoso, es de destacar tres variables con frecuencias iguales a cero para los indicadores positivos. Estas variables son: Información Novedosa (IN), Narrativa Reflexiva (NR) y Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido (S-TF). Por el contrario, en ambos casos exitosos se observa un

marcado predominio de indicadores positivos para las mismas variables.

En cuarto lugar, las variables Afrontamiento (AF) y Proceso de Mentalización (PM), para los casos exitosos y para el no exitoso muestran indicadores positivos y negativos. No obstante, las tendencias son opuestas, ya que para el caso no exitoso ambas variables muestran un marcado predominio de indicadores negativos.

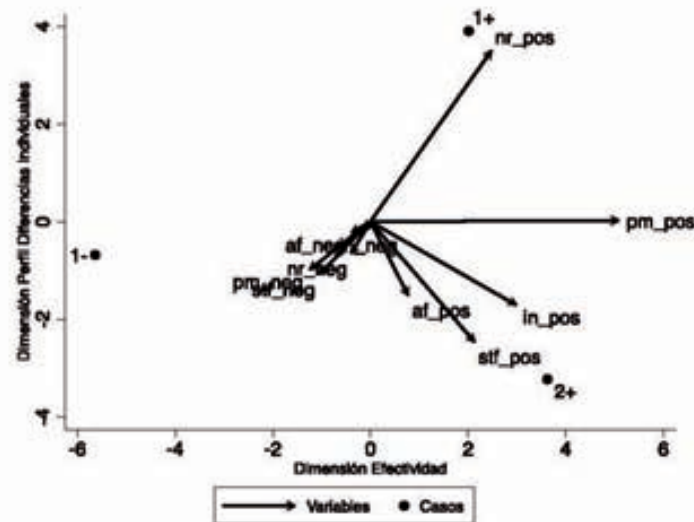
Finalmente, aparece una evidente diferencia en el comportamiento de las variables para los casos exitosos y no exitosos. En los dos casos exitosos las variables analizadas muestran una misma tendencia hacia el bienestar psicológico. En cambio, en el caso no exitoso las variables van en una dirección opuesta, es decir, muestran no remisión de síntomas y signos en el cuadro ansioso.

Como segundo análisis se realizó un Biplot que se representa en la Figura 1, en donde se observan las respectivas variables (vectores) asociadas a cada uno de los procesos terapéuticos. Los casos exitosos aparecen con signo positivo (1+ y 2+). En cambio, el caso no exitoso aparece con el signo (1-).

El análisis lo plantearemos en función de dos distinciones que llamaremos eje horizontal y vertical. El eje horizontal (izquierda-derecha) lo hemos llamado dimensión de efectividad y muestra atributos asociados a resultado exitoso y no exitoso en los procesos de psicoterapia. Indica para los casos exitosos mayores frecuencias de atributos positivos ligados a bienestar psicológico. En cambio, para el caso no exitoso muestra mayores frecuencias de atributos negativos asociados a malestar psicológico. En tal sentido indica que las variables discriminan para casos exitosos versus no exitosos.

El eje vertical lo hemos llamado perfil de diferencias individuales de éxito terapéutico. Para los casos exitosos haremos dos distinciones que son

Figura 1. Biplot de los casos y las variables de proceso psicoterapéutico



útiles para la interpretación de los resultados: específica y general. En primer lugar, desde un punto de vista específico, se observa que en el primer caso (1+) destaca la variable Narrativa Reflexiva Positiva (nr\_pos). En el segundo caso (2+) aparecen las siguientes variables asociadas: Información Novedosa Positiva (in\_pos), Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido Positivo (stf\_pos), Afrontamiento Positivo (af\_pos). En segundo lugar, desde un punto de vista general, la variable Procesos de Mentalización Positivo (pm\_pos) aparece como un factor común asociado a ambos casos exitosos.

Para el caso no exitoso, se observan asociadas las cinco variables con atributos negativos: Narrativa Reflexiva Negativa (nr\_neg), Procesos de Mentalización Negativo (pm\_neg), Información Novedosa Negativa (in\_neg), Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido Negativo (stf\_neg) y Afrontamiento Negativo (af\_neg). Asimismo, ausencia de variables con atributos positivos asociadas, lo que indica ausencia de bienestar psicológico. Ello es coherente con lo observado desde un punto de vista clínico.

## Discusión

Es de destacar, para contextualizar la presente discusión, que en la investigación sólo se tomaron las sesiones iniciales en los tres procesos terapéuticos estudiados. Considerando lo anterior, tanto el análisis de contenido como el análisis de Biplot indican diferencias para las variables en los procesos terapéuticos exitosos como no exitosos.

El análisis de contenido muestra que en el caso no exitoso destacan tres variables, Información Novedosa, Narrativa Reflexiva, Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido, por presentar ausencia de indicadores positivos y presencia de frecuencia de indicadores negativos lo que nos señala ausencia de bienestar psicológico. Es de subrayar que todo proceso terapéutico genera novedad de información puesto que el cliente no está habituado a ser guiado por el terapeuta a observar su propia fenomenología. En este caso, la autoobservación no tuvo una tendencia a generar bienestar psicológico, ya que la información nueva obtenida no tuvo impacto en una diferente conceptualización sobre el propio sufrimiento psicológico que produjera disminución de malestar psicológico. Asimismo, el cliente no logró generar una narrativa alternativa ni tampoco logra una percepción del tiempo fluido, es decir, una percepción no focalizada únicamente en el sufrimiento psicológico.

Por otra parte, dos variables, Afrontamiento y Proceso de Mentalización muestran indicadores positivos y negativos, pero con predominio de indicadores negativos. En primer lugar, la variable afrontamiento la interpretamos como indicador de que el paciente no consiguió afrontar de manera adaptativa su tensión emocional en un mayor número de situaciones, y en las situaciones que logró un resultado positivo, no fue estable en el tiempo. En segundo lugar, la variable Proceso de Mentalización aparece con un predominio negativo, lo cual es coherente con el no logro de disminuir el malestar psicológico en general. Desde un punto de vista clínico, tanto la mentalización como el afrontamiento son dos pro-

cesos que se espera mejoren gradualmente en una psicoterapia que genera bienestar psicológico, pero en este caso es coherente con el resultado negativo.

En los casos exitosos, hay diferencias individuales en el procesamiento de información, pero muestran coherencia y una misma dirección hacia la consecución del bienestar psicológico. Ambos casos indican procesos de identificación e integración progresiva de información que se transforma gradualmente en bienestar psicológico. Por otra parte, la variable *Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido* revela que se empieza a tener un sentido de sí mismo menos aversivo y una sensación interna de que el tiempo empieza a fluir normalmente, es decir, clínicamente se observa una disolución de un antes y un después que se dio con la aparición de los síntomas y signos en un primer momento. Asimismo, la variable *Proceso de Mentalización* indica que se empieza a mentalizar e integrar información de manera fluida, es decir, tanto a nivel personal como interpersonal. En la misma dirección anterior, la variable *Información Novedosa* indica que se empiezan a tener descubrimientos al autoobservar la propia experiencia, aprender de sí mismo lentamente y en un sentido adaptativo. También la variable *Afrontamiento* muestra consecución de bienestar psicológico porque se empiezan a manejar las tensiones emocionales de manera más saludable y efectiva. Finalmente, la variable *Narrativa Reflexiva* muestra una asimilación y acomodación gradual de la información relevante para el bienestar psicológico. Ello se aprecia en una elaboración de significado más adaptativo en los clientes, lo que nos señala que se comienza a conceptualizar la realidad interpersonal de una manera más articulada y saludable.

En relación al análisis de biplot nos muestra dos aspectos relevantes, teniendo en consideración que el número de variables y casos es pequeño, por lo cual la interpretación es global. En primer lugar, las variables discriminan para casos exitosos versus no exitosos y, en segundo lugar, nos permite distinguir las diferencias individuales en los casos exitosos que logran el bienestar psicológico de maneras parecidas pero con matices particulares.

## Conclusión

El movimiento heterogéneo de investigadores en psicoterapia, que integra el estudio de resultados con el de procesos, es creciente y de la mayor relevancia para el quehacer en psicoterapia. Manifiestamente, responde al esfuerzo común de comprender con mayor precisión la complejidad del cambio en psicoterapia.

Nuestra investigación aquí reportada, es orientada al descubrimiento y refleja un deseo de con-

tribuir a un campo de conocimiento en desarrollo y debate, donde ideas y métodos nuevos continúan siendo generados por investigadores y terapeutas que conocen muy bien el campo del quehacer de la psicoterapia. Es importante destacar, que las investigaciones en psicoterapia deben acercarse al investigador y al clínico. De manera de que no se caiga en investigaciones poco o nada relevantes para las personas que "sufren psicológicamente" y solicitan ayuda. Y lo más importante, es no perder de vista que lo principal es contribuir a la construcción de marcos conceptuales para la práctica clínica efectiva. Específicamente, el terapeuta busca pesquisar indicadores (variables) en el espacio intersubjetivo que transcurre en la comunicación en las sesiones, de cómo y por qué el paciente se autoorganiza en el sufrimiento psicológico para diseñar comprensivamente diferentes intervenciones efectivas que impliquen una reorganización del significado personal que resulte en una remisión de sufrimiento psicológico.

Respecto de las limitaciones de la presente investigación, se puede mencionar, el hecho de que la selección de las sesiones analizadas se basó en el criterio de la duración del proceso terapéutico considerado como no exitoso. En tal sentido, el número de sesiones restringe las interpretaciones en nuestra investigación. Asimismo, otra limitación alude a que la interpretación del análisis de Biplot fue general, lo cual se fundamentó en el reducido número de variables y de casos. En último lugar, la muestra se constituyó únicamente de casos pertenecientes a los trastornos de ansiedad no psicóticos, lo que constriñe el conocimiento generado en la presente investigación.

Finalmente, en relación a las líneas de investigación a futuro, en el presente, estamos empezando a recolectar transcripciones de procesos terapéuticos de diferentes trastornos clínicos, de manera de empezar a estudiar las 16 variables de procesos en diferentes cuadros clínicos. Cabe señalar, que en la presente investigación sólo se analizaron cinco variables. También, nos hallamos analizando el comportamiento de las 16 variables de procesos asociados únicamente a éxito terapéutico en procesos de psicoterapia completos, es decir, con el número total de sesiones llevadas a cabo. Y en último lugar, pensamos oportuno hacer una investigación focalizada en la variable "tiempo fluido", basada en la teoría fundamentada, para comprender con mayor sutileza la dimensión temporal que hemos observado alterada en los procesos de psicoterapia analizados en la presente investigación.



## BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J., Fonagy, P. y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barber, J. (2007). Issues and findings in investigating predictors of psychotherapy outcome: introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 17(2):131-136.
- Beck, A. y Dozols, D. (2011). *Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions*. *Annual Review of Medicine*, Vol. 62: 397-409.
- Bruner, J. (2004). The narrative creation of self. En L. Angus y J. Mcleod (Eds), *The Handbook of narrative and Psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 3-14). California: Sage.
- Caro, L., Neimeyer, R. y Newman, C. (2010). Theory and practice in the cognitive psychotherapies: convergence and divergence. *Journal of Constructivist Psychology*, 23: 65-83.
- Caro, L. (2008). Assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: a case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21:151-172.
- Caro, L. (2007). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación ¿Cómo asimiló María su incapacidad para hacer cosas? *Boletín de psicología*, Nº 89, 47-73.
- Dowd E. (2006). What changes in cognitive therapy? The role of tacit knowledge structures. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapy*, 6: 141-8.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2): 123-135.
- Elliott, R., Partyska, R., Alperin, R., Dobrenski, R., Wagner, J., Messer, S., Watson, J. y Castonguay, L. (2009). An adjudicated hermeneutic single-case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research*, 19(4-5): 543-557.
- Elliott, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1, 92-103.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy* (2nd edition). New York: Springer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Frommer, J. y Rennie, D. (2001). *Qualitative psychotherapy research methods and methodology*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Greenberg, L. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1): 15-30.
- Greenberg, L. y Pincus, W. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Nueva York: Guilford.
- Greenberg, L.S. (1983). Psychotherapy process research. En E. Walker (comp.): *The Handbook of clinical psychology* (pp. 169-204). Illinois: Dow-Jones, Irwin.
- Guidano V. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Hawke, L. y Provencher, M. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25 (4), 257-276.
- Hill, C.E. y Lambert, M.J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy: Process and outcome. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84-135). New York: Wiley.
- Iwarabe, S. y Gazdola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 601-611.
- Lazarus, A. (2000). *El enfoque multimodal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, A.A. (1973). Multimodal behaviour therapy: Treating the BASIC.ID. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 404-411.
- Lazarus R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74:9-46.
- Lazarus R. y Lazarus B. (2000). *Pasión y razón*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- McAdams D. y Janis L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. En L. Angus y J. Mcleod (Eds), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 159-174). California: Sage.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Overholser, J.C. (2010). Psychotherapy according to the Socratic Method: Integrating ancient philosophy with contemporary cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 354-363.
- Quiñones, A.T. (2011). Change of personal meaning: perspectives of a research program in psychotherapy process. *Revista de Psiquiatría*, 46, 319-325.
- Quiñones, A.T. (2010). Modifica del significato personale attraverso il Modello di Ricostruzione del Malessere Psicologico. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 26, vol.15, Nº1, 206-221.
- Quiñones, A.T. (2008a). Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (1), 37-47.
- Quiñones, A.T. (2008b). Perturbación estratégica gradual: formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS). *Revista de Psicoterapia*, Nº 74/75, 35-42.
- Spence, D.P. (1984). *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton, 1984.
- Stiles, W.B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 122-127.
- Wiser, S. y Goldfried, M. (1996). Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic, interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 4, 634-640.

Recibido: 3-10-11

Aceptado: 30-1-12

**Abstract:** The purpose of this research was to identify process indicators associated with success in psychotherapy. We proceeded to study three processes of cognitive-oriented psychotherapy, video-recorded and transcribed in all sessions. Two cases were successful and one unsuccessful, considering different criteria.

Five therapeutic process variables were identified in the cases studied, which were positive and negative, depending on the psychological well-being. We applied two quantitative statistical analysis. First, a content analysis allowed us to observe frequencies for the five variables in the three therapeutic processes. Second, biplot analysis identified a differential pattern of variables associations between the analyzed cases.

## ARTÍCULO 2º

# PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO: APLICACIONES A UN CASO CLÍNICO

Álvaro Quiñones Bergeret

Docente investigador. Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

Email: alvaro.quinones@uss.cl

Programa de Doctorado de Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

*The purpose of this article is to describe the Psychological Distress Reconstruction Pattern [RMPS] and its clinical applicability in a didactic case. The RMPS for therapists emerges from the investigation on transcripts from successful and unsuccessful psychotherapy processes. RMPS draws on gleaned clinical experience as well as from cognitive psychotherapy tradition.*

*Keywords: self, mentalizing, time perception, psychotherapy, psychopathology.*

---

## INTRODUCCIÓN

La psicoterapia desde una perspectiva del procesamiento de la información se focaliza en el tipo de información que el paciente distingue y separa, las conexiones que hace con ésta, la integración que logra y organiza esencialmente en narrativas de diferentes niveles de articulación. Toda esta secuencia da forma a un significado personal dinámico y cultural. En tal sentido, la psicoterapia se centra en cómo es hecho el sufrimiento que vivencia y se cuenta a sí mismo el paciente, y por tanto, se puede comprender como un espacio intersubjetivo de co-construcción del sufrimiento de una persona, y que esencialmente entendemos como un tema problemático que revela malestar psicológico (Quiñones, 2008, 2011). La psicoterapia tiene por objetivo modificar el sufrimiento a través de la generación de un tipo de conocimiento saludable que la persona pueda integrar y mantener en su mundo psicológico a través de narrativas. Conocimiento que surge en un contexto de intersubjetividad, entre un terapeuta y un paciente, y presenta a lo menos dos condiciones esenciales que no pueden estar ausentes. Primero, darse en un contexto



de una relación que el paciente debe sentir como segura; y en segundo lugar, el paciente debe percibir al terapeuta con la intención genuina de ayudarlo en la consecución del bienestar psicológico.

En el plano de la generación de “conocimiento saludable” que se produce progresivamente en un proceso de psicoterapia exitoso, la relación dialéctica entre teoría y hecho, es un aspecto a tener presente por parte del terapeuta. Teoría y hecho es una relación compleja en la generación del conocimiento científico, y en el quehacer de la psicoterapia, también se aplica la misma distinción. Los terapeutas también necesitan una teoría de qué observar en sesión, o dicho de manera más precisa: “que no se puede dejar de observar en esa relación especial que busca generar un nuevo conocimiento”, y ajustar dicha distinción de teoría y hecho a los diferentes casos clínicos para así facilitar el cambio clínico posible. En tal sentido, una pauta de observación que ayude a pesquisar las variables, sus relaciones y definir con la mayor precisión posible sus cualidades, es de la mayor relevancia porque permite facilitar el objetivo de lograr cambios en la dirección de eliminar el sufrimiento psicológico y facilitar la emergencia del bienestar psicológico. En general, en los procesos psicoterapéuticos se persigue el propósito de lograr en el cliente el surgimiento de un nuevo significado personal “libre de sufrimiento” que presente esencialmente las siguientes características: 1) mejor regulación emocional y cognitiva en función de una mayor articulación del procesamiento tácito y explícito (Guidano, 1992; Dowd, 2006); 2) narrativas descriptivas y reflexivas que fomenten una autocomprensión articulada y bienestar psicológico (Quiñones, 2010; Cozolino & Sprokay, 2005; McAdams & Jans, 2004); 3) adecuada mentalización que produzca una adecuada atención a los estados mentales propios y a los de otros (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008); 4) presentar flexibilidad de tipos de afrontamientos (Lazarus, 2006); 5) adecuada autopercepción del tiempo psicológico (Stern, 2004; Tulving, 2002; Brockelman, 1986; Piaget, 1978). La estrategia general para lograr lo descrito en los cinco puntos anteriores, es la estrategia terapéutica basada en la autoobservación.

La autoobservación en terapia cognitiva permite la comprensión gradual por parte del terapeuta de la dinámica del desequilibrio clínico (por ejemplo, ataques de pánico sin agorafobia) y se focaliza en las características de la información involucrada en la sintomatología en el aquí y ahora. En tal sentido, la estrategia de autoobservación busca dilucidar los elementos y el tipo específico de conexiones (perfil) de los diferentes dominios de información para lograr una comprensión de la dinámica de la coherencia de información que mantiene el malestar psicológico desencadenado. En dicho contexto, la relación terapeuta – cliente, es para investigar en conjunto el mundo privado del paciente, es decir, implica investigar “el qué” (tipo de información seleccionada) y “el cómo” (organización de la información seleccionada) construye un significado personal problemático (disfuncional) que se aprecia en un sentido de sí mismo no saludable y una calidad de verdad narrativa

(Spence, 1984) que trasmite malestar psicológico. En tal sentido, una manera de hacer explícito el “qué” y el “cómo”, es a través de una pauta de observación que le indique al terapeuta lo que no debe omitir en su observación participante, de manera de ser más eficaz en su ayuda (Quiñones, 2011).

El objetivo del presente artículo es mostrar el cómo se trabaja con la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico, en su versión mejorada a partir de la práctica clínica y que hemos llamado RMPS clínico, en un proceso psicoterapéutico exitoso. Se muestra didácticamente como se trabaja sesión a sesión con este instrumento clínico como perfil general y perfil de reconstrucción. En el caso didáctico se omitieron una serie de aspectos del proceso terapéutico como evaluaciones psicométricas, detalles de sesiones que no se consideraron y especificaciones sobre la psicofarmacología, ya que el objetivo era describir de una manera didáctica el uso del RMPS clínico en sus versiones: perfil general y perfil de reconstrucción.

### **PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO**

La pauta de reconstrucción de malestar psicológico revisada [RMPS] (Quiñones 2011, 2012) surge inspirada en la tradición cognitiva en psicoterapia (Beck & Dozois, 2011; Beck, & Clark, 2010; Hawke & Provencher, 2011; Overholser, 2010; Caro, Neimeyer, & Newman, 2010; Dowd, 2006; Lazarus, 2006; Lazarus & Lazarus, 2000; Ellis & Dryden, 1997; Guidano, 1992; Mahoney, 1991). Por una parte se inspira en el ABC (Ellis, 1962) y BASIC.ID (Lazarus, 1973), que básicamente son esquemas mentales que tiene el terapeuta a la hora de identificar y ordenar los datos relevantes en psicoterapia para intervenir de manera comprensiva y aumentar la precisión de las intervenciones. Por otra parte, surge de la experiencia clínica (Quiñones, 2008) y de la investigación de procesos en psicoterapia exitosos y no exitosos, en el espectro no psicótico (Quiñones, 2012, 2011, 2010). En tal contexto, es reflejo de la creencia dominante sobre generar investigación de procesos que implique una indisolubilidad de procesos y resultados, que en lo fundamental busca un vínculo creciente y estable entre la investigación en psicoterapia y la práctica clínica real (Quiñones, 2011; Elliott, 2010; Caro, 2008; Stiles, 2007).

El RMPS presenta 11 variables agrupadas en dominios de primer orden y dominios de segundo orden. Los dominios de primer orden son dos: “tema procesal de significado desadaptativo” que incluye tema, procesos de mentalización y procesos de autoengaño; y “sentido de sí mismo y tiempo fluido” que incluye sentidos de sí mismo y percepción del tiempo (Véase cuadro 1). El Sentido de Sí Mismo se comprende como un conjunto de esquemas acerca del sí mismo (self). Estos esquemas son generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran y seleccionan información, facilitan abstraer significados e integran información en los conocimientos almacenados sobre el sí mismo. Siguiendo la tradicional defini-

ción de Markus sobre los esquemas del self, se sostiene que son estos esquemas los que “organizan y guían el procesamiento de la información acerca del self contenida en las experiencias sociales del individuo” (Markus,1977, p.64). Los esquemas acerca del self definen nuestro sentido de identidad, por lo que son fundamentales en la personalidad y en la conducta interpersonal. Dividimos el sentido de sí mismo en: Sentido de sí mismo Problemático [S-p] versus el Sentido de Sí Mismo saludable [S-s]. Por otra parte, la percepción del tiempo (fluido versus no fluido) es uno de los elementos psicológicos con los que todos los seres humanos organizan y planifican sus diferentes actividades en la vida cotidiana. La variable de la percepción del tiempo ha sido estudiada en diferentes ámbitos de la psicología (Grondin, 2010; Tulving, 2002). En el ámbito clínico se aprecian distorsiones en esta esencial variable para la existencia (ej: contracción del tiempo, dilatación del tiempo, etcétera), que hemos denominado tiempo fluido para la normalidad, y tiempo no fluido para los problemas de salud mental (Quiñones et al, 2012; Quiñones, 2011). Ambos dominios de primer orden, guían al terapeuta en la reconstrucción de significado problemático que el paciente presenta y, a su vez, nos indican en el inicio del proceso terapéutico posibles tendencias de procesamiento de información (Quiñones, 2011). Finalmente, bajo cada dominio de primer orden se complementa la información con los siguientes tres indicadores: presencia de indicadores de bienestar psicológico, presencia de malestar psicológico e información novedosa.

**Cuadro 1:** Dominios de primer orden: definiciones.

**I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

1) **TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):** Alude a experiencias vivenciadas como problemáticas. Tales experiencias reflejan una matriz de esquemas y de procesos de mentalización que toman forma en una verdad narrativa que trasmite “dolor psicológico”. Tiene dos componentes que son Tema y Procesos.

1.a) **TEMA (T):** alude a los contenidos que reflejan el malestar psicológico: ¿Existe un tema o temas que le dan forma al dolor psicológico? ¿Se infiere algún esquema o esquemas? Los contenidos involucrados en el tema(s) pueden analizarse desde dos aspectos que son complementarios para la elaboración saludable de un significado de una experiencia discrepante: Narrativa Descriptiva y Narrativa Reflexiva. Primero, por Narrativa Descriptiva se entiende una narrativa que alude a aspectos externos de lo que le ocurrió a la persona que vivenció malestar. Implica una descripción secuencial y lineal de un hecho. Responde a la pregunta: “¿Qué ocurrió?” En segundo lugar, por Narrativa Reflexiva se entiende una narrativa que alude a aspectos de elaboración interna y análisis reflexivo de lo que pasó y procesó internamente la persona. Implica una elaboración de significado y articulación de lo que ocurrió. Responde a la pregunta: ¿Qué significó lo que pasó? Es de destacar, que bajo cada dominio de primer orden (véase anexo 1), se encuentran los tres siguientes indicadores complementarios, que aparecen a continuación:



**Marcar con cruz:**

**"Presencia de indicadores de bienestar psicológico:** ". Se debe marcar si se observa algún indicador del dominio que pueda ser interpretado como indicador de cambio y articulación que indique una evolución hacia el bienestar psicológico. Se espera que este indicador aparezca omitido en las primeras sesiones puesto que no se ha intervenido, y por tanto, este indicador debería emerger a continuación de las diferentes intervenciones psicoterapéuticas.

**"Presencia de malestar psicológico:** ". Es el segundo indicador. Se marca si se observa que el dominio contribuye al malestar psicológico, ya que se encuentra con algún grado de déficit.

**"Información Novedosa: Presente:  Ausente:** ". Es el tercer indicador. Nos indica, si hay nueva información que se asimile y acomode, de manera de mejorar la articulación de significado y así lograr que el dominio funcione contribuyendo al bienestar psicológico.

1.b) **PROCESOS (P)**: alude a procesos de mentalización (PM) y autoengaño (PA) que utiliza el paciente. Los procesos de mentalización aluden a una adecuada atención a los estados mentales propios y a los de otros. Presenta dos polos: Proceso de mentalización problemático (PM-p) y Proceso de mentalización saludable (PM-s).

Los procesos de autoengaño aluden a los sesgos y la coherencia de información para mantener una imagen de sí mismo aceptable. Uno de los mayores problemas del autoengaño problemático es la pérdida de capacidad de integración de la información. En cambio, en el autoengaño saludable (óptimo) los sesgos no producen problemas de integración de la información. Presenta dos polos: autoengaño problemático (PA-p) y autoengaño saludable (PA-s).

2) **SENTIDO DE SÍ MISMO (S-s versus S-p) Y TIEMPO FLUIDO (TF versus TnF)**: El sentido de sí mismo y la temporalidad percibida son dos aspectos relacionados en un sistema psicológico y que dan lugar al procesamiento autorreferente. Cuando se produce alteración del sentido de sí mismo y/o del tiempo percibido se producen grados de desorganización del procesamiento de información en el sistema psicológico.

2.a) **SENTIDO DE SÍ MISMO (S)**: Alude a los esquemas acerca del sí mismo que se entienden como generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran y seleccionan información, facilitan abstraer significado e integran información en los conocimientos almacenados sobre el sí mismo. Presenta dos polos. El primer polo es el Sentido de Sí Mismo Problemático [S-p] que alude a percibir y sentir malestar en el estar. El segundo polo llamado Sentido de Sí Mismo saludable [S-s] que alude a percibir y sentir bienestar en el estar con uno mismo y los demás.

2.b) **TIEMPO FLUIDO VERSUS NO FLUIDO (TF versus TnF)**: alude a la percepción de presencia o ausencia de alteración de la percepción de temporalidad subjetiva: ¿Hay una cronología adecuada de los hechos en el relato? ¿Se mantiene el sentido de realidad del tiempo? ¿Hay alteración de la percepción de la temporalidad subjetiva? ¿Cómo es la relación entre tiempo interno y tiempo real? Si el tiempo subjetivo está alterado observaremos alteraciones de diversa naturaleza, por ejemplo: tiempo dilatado, tiempo contraído, cronología alterada, etcétera.

Por otra parte, los dominios de segundo orden son: dominio afectivo, dominio cognitivo, dominio imaginativo, expectativa y retroalimentación, afrontamiento, sensorialidad y atribución, agencia, espiritualidad y trascendencia, autocuidado y

salud (Véase cuadro 2). Es de destacar que bajo cada uno de estos dominios hay seis posibilidades de tabulación (orden de aparición del dominio, presencia de indicadores de bienestar psicológico, presencia de malestar psicológico, frecuencia de malestar, intensidad de malestar, Información novedosa) que el terapeuta indica (marca) para precisar la información sesión a sesión.

**Cuadro 2.** Dominios de segundo orden: definiciones.

## II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

Es de destacar que bajo cada dominio de segundo orden (véase anexo 1), se encuentran seis indicadores complementarios, que mostramos a continuación:

**DOMINIO AFECTIVO (da):** identificar estados de ánimo, emociones negativas y positivas, que formen parte del malestar psicológico.

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

**"Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_"**. Es un indicador que se usa para explicitar el orden en que emerge el dominio en un episodio de reconstrucción (Perfil de reconstrucción). No obstante, en el caso que un dominio aparezca en dos ocasiones, se entiende que es un flujo de información (proceso continuo) y que puede variar cualitativamente y cuantitativamente en una situación de malestar psicológico

**Marcar con cruz:**

**"Presencia de indicadores de bienestar psicológico:** ". Es el primer indicador. *Aquí se debe marcar si se observa algún indicador del dominio que pueda ser interpretado como un grado de cambio que apunte en la dirección de bienestar psicológico*

**"Presencia de malestar psicológico:** ". Es el segundo indicador. *Aquí se debe marcar si se observa que el dominio involucrado contribuye al malestar psicológico. Si es así, se pasa a precisar el tercer indicador.*

**"Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:** ". Es el tercer indicador. *Aquí se debe precisar la frecuencia semanal.*

**"Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:** ". Es el cuarto indicador. *Interesa observar cómo la intensidad del malestar se comporta en el tiempo cronológico que distingue al paciente. Al igual que el indicador previo, si fuera nula nos indicaría presencia de remisión.*

**"Información novedosa: Presente:  Ausente:** ". Es el quinto indicador. *Nos indica, si hay nueva información que permita mejorar la articulación y así lograr que el dominio funcione contribuyendo al bienestar psicológico.*

**DOMINIO COGNITIVO (dc):** identificar creencias, pensamientos invasivos y "deberías" implicados en el malestar psicológico.

**DOMINIO IMAGINATIVO (di):** identificar tipos de imágenes que formen parte del malestar psicológico.

(Continuación)

EXPECTATIVA Y RETROALIMENTACIÓN (e/r): identificar expectativas y capacidad deficitaria de retroalimentación del paciente.

AFRONTAMIENTO (af): identificar tipos de afrontamientos utilizados y que no son funcionales para la regulación psicológica.

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): Identificar sensaciones y explorar el tipo de atribuciones que contribuyen al malestar psicológico.

AGENCIA (ag): explorar el sentido de ser agente, lo que implica, identificar la autopercepción de cuánto siente que conduce la propia vida.

ESPIRITUALIDAD y TRASCENDENCIA (e/t): valorar la dimensión espiritual, presente o ausente, y su contribución eventual al malestar psicológico.

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): valorar autocuidado del cliente (hábitos alimentarios, descanso, ejercicio, dieta, número de horas diarias dedicadas a dormir, calidad del dormir, capacidad de relajarse, recreación, calidad del descanso, uso de automedicación, etcétera).

La tercera y última parte de la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico se denomina "Aspectos de la Sesión" (véase cuadro 3). Son indicadores que complementan la información clínica explorada en la primera y segunda parte del RMPS. Los aspectos considerados son los siguientes: a) Técnica de intervención utilizada, b) Qué dominios se trabajaron en sesión, c) Valoración de la sesión, y d) Observaciones.

**Cuadro 3:** Aspectos de la sesión: Definiciones.

### III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

#### TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

"Nombre de técnica (s): \_\_\_\_\_". *Aquí se debe explicitar la técnica(s) que se aplicó en sesión. Igualmente se debe describir la tarea (s) inter-sesión que se acordó con el paciente.*

#### "Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso:                      afirmativo:                       negativo:

Orientada a modificación de contenido:                      afirmativo:                       negativo:

*En ambos indicadores se debe marcar si la técnica persigue modificar procesos y/o contenidos problemáticos en la representación del paciente.*

#### "QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: \_\_\_\_\_

Dominios de 2º orden: \_\_\_\_\_

Perfil identificado: \_\_\_\_\_".

Los dos primeros indicadores sirven para mostrar los dominios que se trabajaron en sesión. El tercer indicador "perfil identificado" indica el perfil que se intenta modificar.

#### "VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en la sesión le ha sido de ayuda?

Nada:       Poco:       Mucho:

(Continuación)

b) ¿En qué le ha sido de ayuda la presente sesión? \_\_\_\_\_".  
Las dos preguntas que se le hace al paciente de manera explícita. Es de importancia, ya que se obtiene una valoración inmediata de cómo percibe lo tratado en sesión.

"**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_"  
Aquí se deben destacar aspectos que el terapeuta considere necesarios dejar explicitados.

La pauta de reconstrucción de malestar psicológico ayuda a los terapeutas a identificar, comprender, y posteriormente diseñar intervenciones en el transcurso del proceso terapéutico. El inicio de este proceso parte en lograr una comprensión temática del paciente (tema procesal de significado desadaptativo, sentido de sí mismo y tiempo fluido) que se va desarrollando en el proceso de psicoterapia de manera gradual, y siempre, en un contexto de significado personal y cultural. El terapeuta explora, identifica y valora la información que el paciente trasmite verbal, facial y corporalmente en relación a la temática que le da forma a su malestar psicológico. Después, inicia la compleja tarea de la modificación en función de lograr una nueva regulación psicológica.

En general, la pauta de reconstrucción de malestar psicológico, subordinada al juicio clínico, tiene dos aspectos a considerar. Primero hay que identificar la información y cómo toma forma dicha información a través de diferentes procesos y contenidos que confluyen en temáticas: "¿Qué dominios están presentes en el relato?, ¿Cómo se relacionan los dominios de segundo orden?, ¿Cuál es la calidad de la información que aparece en los dominios de segundo orden involucrados en el tema?, ¿Qué procesos de mentalización y autoengaño están contribuyendo al malestar psicológico?, ¿Qué tipo y calidad de información de los dominios de segundo orden utiliza el paciente para afrontar la tensión psicológica?, etc. Si tomamos la variable mentalización, se podría explorar a través de las siguientes preguntas: ¿Qué procesos de mentalización alterados están involucrados en el tema?, ¿La capacidad de identificar estados mentales y la de razonar sobre ellos está presente?, ¿Qué tan disminuida está la capacidad de mentalizar?, ¿Describe adecuadamente lo que piensa, siente o imagina en las situaciones que describe? El logro de esta primera fase es construir un perfil de procesamiento de información que estará en función de las diferencias individuales, de la historia de aprendizaje y del tipo específico de problema interpersonal que presente el paciente.

En segundo lugar, se pasa a la intervención basándose en lo que se detecta con el uso de la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS). La lógica clínica implica usar los dominios de segundo orden y asociarlos con los dominios de primer orden, en una lógica de dos direcciones ("de abajo hacia arriba" y "de arriba hacia abajo") y generar una comprensión gradual que permita diseñar estrategias de *modificación de la dinámica cognitiva –afectiva– conductual* que tengan mayor probabilidad de éxito. Y en tercer lugar, y considerando la conjunta



subjetividad e intersubjetividad implicada en la psicoterapia, es útil que el terapeuta se haga preguntas a sí mismo a lo largo del proceso terapéutico en función de lograr una adecuada sintonía con el significado del paciente: “¿Cómo me siento al sentirme conectado afectivamente?, ¿Cómo me percibo a mí mismo al escuchar la problemática?, ¿Cómo siento la gestualidad y corporalidad del paciente cuando emergen los dominios problemáticos?, ¿Qué información tácita distingo en la comunicación del paciente?”.

En relación a los tipos de uso del RMPS, se puede usar de dos maneras. Primero como un *perfil general* de una sesión, por ejemplo: entender un problema. Segundo como un *perfil de reconstrucción* de un episodio no asimilado y que produjo discrepancia cognitivo-afectiva, por ejemplo: ataque de pánico, despersonalización, etc. Ambos perfiles permiten trabajar en los síntomas, en las temáticas y en la estructura de las narrativas.

## CASO CLÍNICO

A modo didáctico se mostrará el uso de la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS) en la práctica clínica a través de un caso adaptado para el presente artículo. Pedro tiene 45 años, empresario, casado por segunda vez, con dos hijos del primer matrimonio y un hijo de 3 años de su segundo matrimonio. Llega a la consulta privada derivado por psiquiatra tratante con la indicación de recibir psicoterapia cognitiva. Tiene diagnóstico de trastorno de pánico sin agorafobia. Consulta por padecer ataques de pánico desde hace 4 años aproximadamente. Ha tomado fármacos continuamente desde esa fecha. Comenta que la farmacoterapia le ha sido de ayuda en los primeros dos años, ya que disminuyeron la frecuencia de los ataques, pero en los últimos 18 meses han vuelto los ataques con la misma frecuencia e intensidad. Detalla que padece un ataque al mes desde hace casi dos años y a veces dos ataques. El tratamiento seguido hasta el momento ha sido exclusivamente farmacológico. Él se ha negado a recibir tratamiento psicoterapéutico aunque esto le había sido sugerido por su psiquiatra. En el momento actual, decide solicitar psicoterapia, ya que está muy incómodo y ha perdido la fe en los fármacos.

Pedro se auto describe como ansioso pero sin que se aprecie socialmente. Después de indagar antecedentes, hacer la anamnesis y explorar su sintomatología actual, el terapeuta coincide con el diagnóstico descriptivo que hizo el psiquiatra tratante y que se mantiene en la actualidad. A continuación el terapeuta se focaliza en la demanda de ayuda de Pedro. El paciente manifiesta su problema de la siguiente manera: “Quiero no padecer más estos ataques de pánico que me vienen y no entiendo por qué me pasan. A veces estoy mejor y a veces peor. Estos ataques que ya llevan años me sobrepasan y desalientan. No me siento en control de mí mismo. Vivo en el miedo y no me siento el mismo...me encuentro decaído”. El terapeuta explora la historia del problema y qué estrategias ha intentado para resolver lo que le ocurre hace ya cuatro años. En términos de la Pauta de Reconstrucción de



Malestar Psicológico éste sería el tema que se denomina “tema procesal de significado desadaptativo” que a medida que se avance en el proceso terapéutico se irá modificando. En el cuadro 4, el RMPS perfil general, se observan los dominios de primer orden y segundo orden observados en la primera sesión de Pedro. En último lugar, para definir un objetivo de trabajo que comprometa al paciente, se le pregunta: ¿Qué te gustaría que cambie de ti como resultado de la psicoterapia? Pedro dice: “Me gustaría comprender por qué me pasa esto y en la medida de lo posible conseguir que disminuyan estos ataques que me tienen cansado”.

**Cuadro 4. RMPS: Perfil General**

Sesión N°: 1ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión*

**I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**Tema:** Constricción focalizada en el logro económico. Pedro vive en la obligación de tener cada vez mayor éxito laboral y económico. Se observan tres esquemas en sus narrativas: dos esquemas de amenaza fisiológico/mental (Beck, & Dozois, 2011), “creencia relativa a la vulnerabilidad a los infartos” y “una creencia de pérdida de control sobre el propio funcionamiento mental”; y un esquema de “normas inalcanzables” (Young, & Klosko, 1994).

**Contenidos en el relato:** *“Quiero no padecer más estos ataques de pánico que me vienen y no entiendo por qué me pasan. A veces estoy mejor y a veces peor. Está situación que ya lleva años me sobrepasa y desalienta. No me siento en control de mí mismo. Vivo en el miedo y no me siento el mismo...me encuentro decaído”.*

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:  ) versus (PM-s:  ): *No asocia los riesgos financieros en que ha incurrido y tampoco en las deudas como aspectos que han afectado su bienestar mental.***

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:  ) versus (PA-s:  ): *“Combatir las dificultades y adversidad es mi regla, y no me toca... No necesito de nadie”***

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Sentido de sí mismo (S-p:  ) versus (S-s:  ): *“Me siento algo temeroso y frágil. Pero nadie se percata de cómo me siento”.***

**Marcar con cruz:**Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Información Novedosa: Presente:  Ausente: **Percepción de tiempo** (TnF: ) versus (TF: ): *"Vivo en el miedo....siempre estoy vigilante de que me pase ...no se me pasará"***Marcar con cruz:**Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Información Novedosa: Presente:  Ausente: **II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:****DOMINIO AFECTIVO** (da): *"Siento miedo y no sé por qué, pero es algo diario. En esta última semana he tenido dos días muy malos....me he sentido ansioso"*.**Marcar con cruz:**Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Información Novedosa: Presente:  Ausente: **DOMINIO COGNITIVO** (dc): *"No sé si podré cumplir con las exigencias financieras de mi vida. Hace tiempo que pienso y me digo esto"*.**Marcar con cruz:**Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Información Novedosa: Presente:  Ausente: **DOMINIO IMAGINATIVO** (di): *"me veo enfermo"*.**Marcar con cruz:**Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Información Novedosa: Presente:  Ausente: **SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN** (s/at): *"Siento opresión en el pecho"*.Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Información Novedosa: Presente:  Ausente: **AFRONTAMIENTO** (af): *"Evito constantemente situaciones de malestar tomando mis fármacos. No tolero sentirme mal"*.Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula: Información Novedosa: Presente:  Ausente:

(Continuación)

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): *"Tengo un dormir de mala calidad". "Ya no hago deporte porque no tengo tiempo". "Tomo fármacos para dormir casi todas las noches".*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

### III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

#### TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica (s): No se utilizó ninguna técnica.

#### Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo:  negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo:  negativo:

#### QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: se identificaron los dominios de primer orden que se observan con déficit.

Dominios de 2º orden: Todos los dominios de segundo orden se observan con grados de déficit.

Perfil identificado: Se identificó un perfil general.

#### VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en la sesión le ha sido de ayuda?

Nada:  Poco:  Mucho:

b) ¿En qué le ha sido de ayuda la presente sesión?

"En que me doy cuenta que necesito ayuda para superar mi problema".

**OBSERVACIONES:** Se trabajó en resolver dudas sobre que era la psicoterapia y sobre lo que se trabajaría en sesiones. Fue una sesión de exploración, en que se logró identificar los dominios implicados en el malestar psicológico y establecer un objetivo de trabajo de común acuerdo.

En la segunda sesión se sigue complementando la historia de Pedro y se hace una cronología exhaustiva de los ataques de pánico más relevantes y de los sucesos de su vida que en esos momentos recuerda y que evalúa como posibles desencadenantes. Además, el terapeuta invita al paciente a retomar la descripción del ataque reciente, ataque que describe sin dificultades y después el terapeuta procede a la exploración identificando los diferentes dominios de primer y segundo orden. Posteriormente, el terapeuta le solicita a Pedro que describa el primer ataque que tuvo hace cuatro años de manera de buscar aspectos comunes. Pedro no tiene dificultad en recordar y describir los dos ataques con ayuda del terapeuta.

El terapeuta se focaliza en el ataque de pánico reciente, reconstruye la experiencia de ataque y se identifica un primer perfil tentativo de los dominios de 1º y 2º orden del RMPS – perfil de reconstrucción. El perfil para los dominios de segundo orden sería un perfil secuencial: s/at ("se me seca la boca". No hay atribución) – da (siento miedo) – dc (tendré un infarto) – di (me veo en una camilla

con mal aspecto) – s/at (siento dolor y opresión en el pecho – atribución: mi corazón fallará) – da (angustia de muerte) (véase cuadro 5). El terapeuta “escala” a los dominios de primer orden, que tiene un perfil no lineal, y sería: S-p, TnF, PM-p, PA-p (sentido de sí mismo y tiempo no fluido, procesos de mentalización, procesos de autoengaño). La información identificada por el terapeuta y contrastada con el paciente, permite diseñar una primera intervención que consistió en enseñar la técnica de respiración abdominal, ya que la respiración se observaba alterada.

**Cuadro 5. RMPS: Perfil de Reconstrucción.**

Sesión N°: 2ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

**I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**Tema:** Constricción focalizada en el logro económico. Se siguen observando en las diferentes narrativas los tres esquemas ya mencionados en la sesión previa (dos esquemas de amenaza fisiológico/mental y un esquema de “normas inalcanzables”).

**Contenidos en el relato:** En su relato destaca: *“Cómo le dije, no deseo padecer más estos ataques de pánico que no entiendo por qué me pasan. Siempre estoy tenso”. También aparece la importancia de la perfección en su vida. Observación:* La reiteración temática se observa.

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p: ) versus (PM-s: )**: *No asocia los riesgos financieros en que ha incurrido y tampoco en las deudas como aspectos que han afectado su bienestar mental.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p: ) versus (PA-s: )**: *“No necesito de nadie para saber qué hacer”*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Sentido de sí mismo (S-p: ) versus (S-s: )**: *“Me siento algo temeroso y frágil de padecer estos ataques. Pero nadie se percató de cómo me siento”.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Percepción de tiempo (TnF: ) versus (TF: )**: *“Estoy vigilante de que un nuevo ataque me pase en cualquier momento”. Observación: Se contrasta con el paciente, llevándolo a algún recuerdo, y sostiene que es cómo que el tiempo no pasará. Es una distorsión temporal llamada dilatación temporal.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:**

**DOMINIO AFECTIVO (da):** "siento miedo". Se activa en segundo lugar en el perfil. "Siento una angustia que me desborda y me paraliza". Se activa en sexto lugar en el perfil: Observación: Se observa miedo-ansiedad y angustia en dos momentos en el perfil.

Orden de aparición del dominio: 2º y 6º.

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**DOMINIO COGNITIVO (dc):** "tendré un infarto". Observación: es el tercer dominio que se activa en el perfil.

Orden de aparición del dominio: 3º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**DOMINIO IMAGINATIVO (di):** "me veo en una camilla con mal aspecto". Observación: Es el cuarto dominio que se activa en el perfil.

Orden de aparición del dominio: 4º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at):** En primer lugar en el perfil "se me seca la boca". y aparece en quinto lugar: "Siento un fuerte dolor y opresión en el pecho". En ambos la capacidad de reevaluación desaparece. Observación: Se observa en dos momentos en el perfil y se diferencian porque hay cambios en la zona del cuerpo.

Orden de aparición del dominio: 1º y 5º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**III.-ASPECTOS DE LA SESIÓN****TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:**

Nombre de técnica: Respiración abdominal

**Marcar con cruz:**

Orientada a modificación de proceso: afirmativo:  negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo:  negativo:



(Continuación)

**QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:**

Dominios de 1º orden: *Se delimitó la importancia de su sentido de sí mismo que percibe como frágil y que son el preámbulo de los ataques de pánico.*

Dominios de 2º orden: *Se identificó un perfil (s/at -da – dc – di-s/at-da)*

**VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):**

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada:  Poco:  Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? Pedro destacó dos aspectos. El primero: "me doy cuenta que necesito ayuda para salir de este estado psicológico. En todos estos años, no me había animado a pedir ayuda a un terapeuta. Yo creía que la solución era tomar pastillas de por vida pero no me funcionan". Segundo: "siempre me ha sido difícil respirar cuando me siento muy mal. Lo que he aprendido en la sesión "respiración abdominal" espero me sea útil".

**OBSERVACIONES:** Se hizo una cronología exhaustiva de los ataques de pánico y posibles desencadenantes. Se observa predominio de respiración torácica cuando se encuentra relatando momentos de malestar. Se le dio lecturas de psicoeducación sobre: ansiedad y angustia, ataques de pánico y emociones.

En la tercera sesión se valoró la semana de Pedro que la califica de difícil. Destaca sus problemas para dormir y relajarse. Subraya que ha tomado con frecuencia diaria rabotril en la mañana y en la noche. Se conversó de las lecturas de psicoeducación que hizo en la semana sobre: a) Qué es la ansiedad y la angustia, b) Qué es un ataque de pánico, c) La importancia de las emociones para la interacción social. También se hizo psicoeducación sobre higiene de sueño y se le enseñó una técnica de relajación.

En la cuarta sesión se rememoró la experiencia de ataque de pánico que tuvo en la semana y se exploró el perfil de los dominios de primer y segundo orden (véase cuadro 6). Se focalizó en los dominios de segundo orden: cognitivo (dc) e imaginativo (di). Se trabajó en explorar y reconocer cómo estos dos dominios se asociaban con el sentido de sí mismo problemático (fragilidad y soledad) y percepción del tiempo no fluido (no tengo tiempo ni veo salida...me arruinaré). Se aplicaron dos intervenciones, una en sesión y otra intersesión. En primer lugar, se procedió a realizar una Moviola (Guidano, 1992) para precisar información, facilitar la emergencia de nueva información, regulación de autoengaño y articular el sentido de sí mismo y la temporalidad constrictiva. Un aspecto que apareció como consecuencia de la moviola fueron sus dificultades para identificar estados mentales. Y en segundo lugar, se dio una tarea inter-sesión (Tarea de descentramiento) que consistió en que durante los posteriores días pusiera atención en la temática del logro, específicamente en identificar sus deseos, reflexionar sobre sus posibilidades reales de negocios, y que contrastara la información con sus asesores en la empresa. El propósito era investigar que tan grande era la discrepancia entre su percepción y la de sus asesores, y si las había, que "ajustáramos lo que no estaba ajustado".

Esencialmente era insertar el cuestionamiento de su mundo privado-vivencial en la representación cognitiva de Pedro. Una manera de corregir el déficit de mentalización, que en su caso, tomaba la forma de ser omnipotente con su equipo de trabajo. Este aspecto que era frecuente, se traducía en no escuchar los consejos técnicos de sus asesores financieros, lo que estaba en función de percibir en los análisis de sus colaboradores aspectos que no se sintonizarán con sus propios deseos. En relación al clima laboral, Pedro comentaba que se daba cuenta de la tensión: “En el último tiempo las reuniones se han convertido en muy difíciles y yo termino molesto”. Una instrucción que se le dio, fue que en las reuniones que solía tener con sus asesores, se centrara en escuchar a sus interlocutores, interpretarlos, y asegurarse de entender lo que le decían descentrándose de sus deseos, así como en esforzarse por mantener una actitud de no discutir y de mostrar una expresión facial adecuada.

La quinta sesión consistió en explorar la tarea de descentramiento dada en la 4ª sesión. Pedro descubrió algunos aspectos, a través de la tarea de autoobservación conductual (Quiñones, 2010), sobre explorar su mundo privado en las reuniones con sus asesores. Relata que no fue fácil centrarse en los estados mentales de los asesores y distanciarse de sus propios deseos, percepciones y creencias de lo que se debía hacer, pero el clima de la reunión fue distendido y provechoso, ya que le permitió entender que habían aspectos que no había considerado en sus análisis previos. Además, hubo novedad de información para él y sus colaboradores, sobre todo el clima de colaborar y sentir que eran un equipo. Lo que más destacó fue lo difícil que le fue deponer su tendencia a no escuchar, lo cual lo tensionó emocionalmente pero controló con la respiración aprendida y con autoinstrucciones, lo que se tradujo en poder analizar los problemas en colaboración y plantear soluciones posibles.

Las sesiones 6ª y 7ª se continuó con tareas intersesión centradas en aumentar la mentalización y disminuir el autoengaño “no necesito de nadie”. Básicamente se logró que Pedro disminuyera su sentido de soledad y de constricción del sentido del tiempo no fluido (TnF: “Mi mente no está todo el tiempo pendiente de que me venga un ataque”), al percatarse que al estar excesivamente centrado en sí mismo y en no hacer un esfuerzo por intentar entender los estados mentales de sus colaboradores, contribuía significativamente a aumentar el propio malestar psicológico.

**Cuadro 6.** RMPS: Perfil de Reconstrucción.

Sesión N°: 4ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

**I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**Tema:** Constricción focalizada en el logro económico. Se observa en las narrativas de esta sesión un predominio del esquema de “normas inalcanzables”. Observación: Al parecer este esquema a nivel tácito ocupa un lugar jerárquicamente más alto que los otros dos esquemas.

(Continuación)

**Contenidos en el relato:** Destaca en su relato: "He estado intranquilo...a veces con miedo y opresión en el pecho. Mis asesores no me entienden.....Me siento frágil". "Si no hay perfección en mi quehacer me siento mal....es muy importante para mí....desde pequeño me lo enseñaron y respiro eso". Observación: La reiteración temática e inflexibilidad se observa.

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p: ) versus (PM-s:**

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p: ) versus (PA-s:**

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO DEL PROBLEMA (S): Sentido de sí mismo (S-p: ) versus (S-s:**

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Percepción de tiempo (TnF: ) versus (TF:**

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:**

**DOMINIO AFECTIVO (da):** "Siento mucho miedo y no sé por qué. Tuve el ataque después de una reunión que fue muy difícil en la empresa. Me empecé a sentir mal al



(Continuación)

*final de la reunión, pero me aguante. Después me vino el ataque .... Me tomé la pastilla de siempre".*

Orden de aparición del dominio: 2º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): *"No podré cumplir con las exigencias financieras". "Me arruinaré"*

Orden de aparición del dominio: 3º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): *"Me veo harapiento....enfermo". Observación: Descubre a través de la moviola que esa imagen le da un sentido de fin. El sentido de vulnerabilidad y fragilidad tiene un aspecto invasivo que constriñe su esato mental.*

Orden de aparición del dominio: 4º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): 1º *"se me secó la boca fuertemente". "Siento un dolor en el pecho muy fuerte".*

Orden de aparición del dominio: 1º y 5º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): *"Me siento muy mal y me tomó la pastilla de siempre".*

Orden de aparición del dominio: 6º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

(Continuación)

### III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

#### TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnicas: Se aplicó en sesión una Moviola. Al final de la sesión se le dio una tarea de descentramiento (mentalización).

#### Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo:  negativo:   
Orientada a modificación de contenido: afirmativo:  negativo:

#### QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: Se trabajo en la regulación del autoengaño y articular el sentido de sí mismo y la temporalidad constrictiva. También en facilitar procesos de mentalización saludables.

Dominios de 2º orden: se trabajo en particular en los dominios cognitivo e imaginativo.

Perfil identificado: Se trabajo en secuencia del perfil: s/at -da-dc – di -s/at -af

**VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):** ¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada:  Poco:  Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? Me parece que tengo muchas dificultades en valorar las opiniones de los demás.

**OBSERVACIONES:** Se observa motivado en sesión y una actitud de compromiso con la psicoterapia.

En la 8ª sesión se exploró en particular un aspecto que fue apareciendo como otro factor desencadenante de sus ataques de pánico (Véase cuadro 7). Al explorar el dominio cognitivo en distintas situaciones de malestar, permitió identificar con mayor claridad para Pedro la incidencia de sus esquemas disfuncionales que eran los principales desencadenantes de su sentido de constrictión. Ello se relacionaba por una parte con su creencia nuclear catastrófica (pensamiento automático “tendré un infarto” que era reflejo del esquema: “creencia relativa a la vulnerabilidad a los infartos”); y en segundo lugar, pensamiento automático “perderé mis capacidades...me estoy volviendo loco” que era reflejo de su esquema de pérdida de control (creencia de pérdida de control sobre el propio funcionamiento mental) que le daba un sentido de que no sería capaz de generar ingresos suficientes para que su hijo pequeño pudiera en el futuro estudiar en la universidad y tener una vida con comodidades hasta que terminara sus estudios universitarios. El tema de significado desadaptativo se fue complementando ya que el autoengaño problemático empezó a disminuir y se empezó a observar un cambio gradual de actitud hacia sí mismo y hacia los demás. Básicamente pasar de “competir con sus colaboradores” a un grado de colaboración en la búsqueda de soluciones. Además, ya se comienza a apreciar que la reformulación realizada en términos de constrictión (“Tu estilo de auto constrictión que en ciertas situaciones llega a ataques de pánico, lo generas en parte importante con tu actitud de perfeccionismo hacia ti mismo y de no colaborar con las personas que te quieren ayudar), que en caso de Pedro se le muestra que trabajar

16 horas y exigirse ser cada vez más exitoso en lo económico y no permitirse descansar y disfrutar, empieza a producir una modificación gradual en su propia auto comprensión ya que se da cuenta de que su estilo de vida es un factor determinante en la generación de los ataques de pánico (Siente la vida como una constante presión y trabaja sin diversión). Sus pensamientos sobre perfeccionismo (“si no es perfecto el análisis vale muy poco”) refleja su esquema de normas inalcanzables que identifica ayudado por el terapeuta y lo empieza a cuestionar progresivamente.

En las sesiones, 9ª y 10ª, se trabajó en revisar las narrativas descriptivas y reflexivas de Pedro en diferentes momentos de constricción que no llegaron a ataques de pánico pero sí a momentos de malestar angustioso (crisis sintomáticas limitadas), que no controló con fármacos como antes de la psicoterapia era su costumbre por no decir una verdadera ley, de manera que el afrontamiento de evitar lo que le ocurría empezó a cambiar y emergieron nuevas narrativas descriptivas y reflexivas más articuladas. Dichas narrativas se explicitan en sesión y se reelaboran con la ayuda del terapeuta, de manera de facilitar la coherencia de la importancia de la auto constricción que Pedro se generaba a sí mismo con su actitud hacia sí mismo y hacia los demás (Por ejemplo: no contar con nadie porque no eran perfectos en sus análisis; las personas que no son perfectas en lo que hacen no los considero, no valorar la colaboración de los demás en la solución de problemas) de manera de ir articulando narrativas más flexibles y ajustadas a sus circunstancias. Dos aspectos que destacó en sesión, es que desde que empezó a controlar mejor su tensión emocional en su trabajo y el progresivo éxito en descentrarse de sí mismo (actitud positiva de escuchar, esforzarse por entender los argumentos de sus asesores y dejar de “competir” por tener la razón a cualquier costo), ha provocado una mejoría en su calidad de dormir y una sensación diaria de sentirse descansado y con energía.

**Cuadro 7. RMPS: Perfil de Reconstrucción.**

Sesión N°: 8ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

**I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):**

**Tema:** Constricción focalizada en el logro económico y si será capaz de mantenerlo. Le preocupa que su hijo sea tan pequeño. Se identificó un aspecto de su esquema “creencia relativa a la vulnerabilidad a los infartos” y de “normas inalcanzables”. Además, se ha empezado a dar cuenta de su estilo excesivamente competitivo en lo laboral lo cual ya empieza a incluir en su narrativa descriptiva y reflexiva.

**Contenidos en el relato:** “Los ataques de pánico los estoy empezando a comprender y asociarlos con mi estilo de vida en lo laboral. Sigo con miedo pero ya no me siento decaído como antes...cada vez me hace más sentido lo planteado sobre el sentido de constricción que me produce mi propio estilo personal en la vida y en los negocios”.

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p: ) versus (PM-s: 

**Marcar con cruz:****

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p: ) versus (PA-s:**

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO DEL PROBLEMA (S/TF):**

**Sentido de sí mismo (S-p: ) versus (S-s:**

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Percepción de tiempo (TnF: ) versus (TF:**

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:**

**DOMINIO AFECTIVO (da): 2º** "siento miedo de qué pasará con mi familia si me enfermo".  
Orden de aparición del dominio: 2º

(Continuación)

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): "Tendré un infarto"; "Perderé mis capacidades...me estoy volviendo loco"; "Mi salud tiene que mantenerse bien hasta que mi hijo concluya sus estudios universitarios"; "Si no es perfecto el análisis vale muy poco". Observación: Los pensamientos que se detectan en la revisión de sus narrativas son reflejo de sus esquemas nucleares.

Orden de aparición del dominio: 3º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): "*Me veo sin mi empresa*"

Orden de aparición del dominio: 4º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): 1º "se me seca la boca un poco cuando reflexionó sobre este asunto".

Orden de aparición del dominio: 1º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): "No sé bien qué hacer...no encuentro una solución"

Orden de aparición del dominio: 5º

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN**

**TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:**

Nombre de técnica: Autoobservación de monólogos (narrativas).



(Continuación)

**Marcar con cruz:**

Orientada a modificación de proceso: afirmativo:  negativo:   
Orientada a modificación de contenido: afirmativo:  negativo:

**QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:**

Dominios de 1º orden: Se trabajó en lograr mayor articulación en las narrativas que incluían a los tres esquemas disfuncionales.

Dominios de 2º orden: Se trabajo en la secuencia de dominios de segundo orden y la calidad de información en cada uno de ellos.

Perfil identificado: Se trabajo en la secuencia del perfil: s/at – da -dc – di -af

**VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):**

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada:  Poco:  Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? En darme cuenta de que pienso mucho en el futuro.

**OBSERVACIONES:** Se observa una actitud de autoexploración diaria y de compromiso con tolerar y aprender del malestar. Se observa información nueva que poco a poco está integrando en sus narrativas reflexivas.

En las sesiones 11ª y 12ª, Pedro hace varios descubrimientos graduales que comenta en ambas sesiones y que emergen con mayor claridad al hacer la tarea intersesión de recordar, jerarquizar y analizar “momentos difíciles de su vida” que en los últimos 5 años hayan podido influir en desencadenar tensión emocional y que en muchas ocasiones llegaron a un sentido de constricción con ataques de pánico. Uno de los aspectos que emergió con nitidez fue la conciencia sobre el nacimiento de su hijo, que no fue algo esperado ni negociado con su esposa, pero tampoco una sorpresa para él ya que su esposa no usaba métodos anticonceptivos. Se da cuenta de que el nacimiento de su hijo activó esquemas disfuncionales, le proporcionó un sentido de mayor temor a qué le ocurra una enfermedad o accidente y dudas de si será capaz (esquema de funcionamiento cognitivo) de generar los recursos financieros por un tiempo mayor al que tenía previsto antes del nacimiento. Asimismo, empieza a observarse una modificación gradual de sus esquemas idiosincrásicos (Beck & Clark, 2010; Young & Klosko, 1994; Markus, 1977), lo que se aprecia en que la intensidad y frecuencia del malestar ha disminuido gradualmente.

En la sesión 13ª, Pedro ha logrado un nivel de autoconocimiento y de articulación en los dominios de segundo y primer orden que muestra ausencia de sintomatología clínica e indicios progresivos de logro de bienestar psicológico. Además, hay un cambio de actitud hacia sí mismo que describe como: “Ya no me exijo que tengo que ser exitoso todo el tiempo y a cualquier precio”; “También me doy cuenta que el perfeccionismo me ha provocado aislamiento y problemas de todo tipo”. Por otra parte, el tema de la preocupación por el hijo de tres años, se trabaja en facilitar un afrontamiento centrado en la solución del problema que incluya a su esposa. Activamente él plantea su preocupación a su esposa y juntos deciden

informarse de posibles soluciones. Después de varias conversaciones con su esposa, averiguaciones por internet de productos y consultas a amigos que también tienen hijos pequeños, deciden contratar un seguro para los estudios universitarios del hijo. Todo lo anterior se aprecia en una nueva articulación en todos los dominios de primer orden que presenta una cualidad diferente y más saludable. Igualmente, los dominios de segundo orden se muestran con una cualidad diferente (asintomático) y el perfil problemático ya no se da.

En la sesión 14<sup>o</sup> se trabaja exclusivamente en su estilo trabajólico que ha disminuido algo pero sigue siendo poco saludable, más de 14 horas diarias dedicadas al trabajo en la semana y que se relaciona con su esquema de normas inalcanzables y se logra que tome conciencia de la pérdida de contacto consigo mismo por estar tan centrado en el éxito que no atiende lo suficiente a las necesidades emocionales, sociales y físicas (Young & Klosko, 1994). Además, se hace psicoeducación sobre regulación de estrés, necesidad de descanso y autocuidado. Se trabaja en generar conciencia de su estilo de falta de descanso físico, poca dedicación a su relación conyugal y ausencia de recreación, todos aspectos que contribuyen a su malestar psicológico. Se acuerda que Pedro haga un esfuerzo mayor para romper el círculo vicioso de la autoexigencia desmedida, por ejemplo: no hacer reuniones los sábados en la mañana, no llevarse trabajo para el hogar los fines de semana.

**Cuadro 8.** RMPS: Perfil General.

Sesión N°: 13<sup>a</sup>

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

**I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):**

**Tema:** Se observa una disminución en su estilo constrictivo de vivir en función del excesivo logro económico. Ahora está valorando el buscar soluciones con los demás, tanto en la empresa como con su esposa.

**Contenidos en el relato:** *“Los ataques de pánico ya no me han ocurrido hace bastante tiempo. Más de 7 semanas, lo que para mí es una eternidad. Creo que he mejorado y fomentado la prudencia y sopesar mejor los riesgos. Me siento más en equilibrio y el miedo aparece mucho menos y no ha sido intenso”. Observación:* Se aprecia el emerger de narrativas descriptivas y reflexivas cada vez más reguladoras y saludables. Hay mayor conexión consigo mismo (con sus necesidades emocionales y físicas) y también en sus relaciones interpersonales.

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS (PM-PA):**

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:  versus (PM-s: ):** *“Ahora me conecto con mi cansancio y mis necesidades emocionales las trato de entender”; “Mis deseos*

(Continuación)

*son diferente de la realidad. La percepción del mercado es otra cosa. He aprendido a diferenciar mejor estos aspectos y mis decisiones ya no me angustian como antes. Escucho y valoro mejor la información que me dan mis asesores. Pienso antes de actuar".* **Observación:** *La mentalización se observa adecuada, lo que se refleja en la capacidad de integración de información en su representación cognitiva.*

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p: ) versus (PA-s:  **Observación:** *El aspecto de no contar con los demás era un factor de desestabilización ya que la autoexigencia se hacia insostenible.***

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO DEL PROBLEMA (S/TF):**

**Sentido de sí mismo (S-p: ) versus (S-s:**

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Percepción de tiempo (TnF: ) versus (TF:  **Observación:** *La distorsión temporal de dilatación del tiempo ha desaparecido. Se observa que no está gran parte del tiempo cotidiano preocupado si ocurrirá o no un ataque de pánico.***

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:**

**DOMINIO AFECTIVO (da):** "siento un nivel de miedo menor".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**DOMINIO COGNITIVO (dc):** "Con mi esposa hemos pensado en una solución para que nuestro hijo no tenga problemas de financiamiento".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:



(Continuación)

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:   
SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): "Se me ha secado la boca pero menos que antes". Observación: No ha tenido dolor de pecho.  
Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:   
AFRONTAMIENTO (af): afrontamiento centrado en la solución del problemas. Incluye a su esposa en la búsqueda de una solución al posible problema del financiamiento de los estudios universitarios del hijo.  
Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:   
AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): "No he tomado medicamentos para dormir en casi dos semanas. Estoy descansando cada vez mejor".  
Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:

### III.-ASPECTOS DE LA SESIÓN

#### TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica: Búsqueda de soluciones y estrategias de afrontamiento que incluya a las personas involucradas en el problema.

#### Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo:  negativo:   
Orientada a modificación de contenido: afirmativo:  negativo:

#### QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: Se trabajo en las narrativas.

Dominios de 2º orden: Los dominios de segundo orden se observan asintomáticos. En todos se observan indicadores de bienestar psicológico.

Perfil identificado: se trabajo en los dominios del perfil ya identificado en sesiones previas.

#### VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?  
Nada:  Poco:  Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión?

**OBSERVACIONES:** Se observa mayor información nueva que está emergiendo en su representación cognitiva y que poco a poco se está integrando en sus narrativas descriptivas y reflexivas. Se empieza a observar ausencia de sintomatología clínica e indicios de logro de bienestar psicológico.

En la 15ª sesión se hace una valoración del tiempo que ha transcurrido sin ataques de pánico que ya suman 11 semanas. El predominio es de bienestar psicológico aunque hay malestar en el ámbito laboral ya que han ocurrido dos hechos que han aumentado la carga de trabajo en su empresa. Los hechos han sido: varios trabajadores han tomado vacaciones al mismo tiempo y dos ejecutivos de ventas han presentado licencias de salud por 1 semana. Si bien ha tenido angustia no clínica (McNally, 1994) que ha sido valorada por Pedro como de nivel medio y leve según el registro de auto monitoreo que se le ha enseñado a utilizar entre sesiones. Ha sido manejada adecuadamente la ansiedad y angustia a través de: una actitud diferente hacia sí mismo y hacia los demás en el sentido de valorar positivamente la colaboración, respiración abdominal cuando está ansioso, solución de problemas en colaboración con los demás cuando sea necesario, afrontamiento flexible, aplicar las reestructuraciones cognitivas, y una actitud de tolerancia al malestar y de aprender de sí mismo en la relación con los demás. Igualmente, destaca que no ha necesitado medicamentos para dormir desde hace ya 10 días. En función de los avances, se decide de común acuerdo espaciar las sesiones cada dos semanas.

**Cuadro 9. RMPS: Perfil General.**

Sesión N°: 15ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

**I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**Tema:** Se observa una disminución significativa en su estilo constrictivo de vivir en función del logro económico. También se observa una cada vez mayor conciencia de la importancia de buscar soluciones con los demás en sus narrativas descriptivas y reflexivas.

**Contenidos en el relato:** *"Los ataques de pánico siguen ausentes. Creo que la prudencia y sopesar mejor los riesgos financieros y las posibilidades me ayuda mucho. Percibo equilibrio y el miedo es leve o inexistente".* **Observación:** *Se aprecia estabilidad en las narrativas descriptivas y reflexivas. El efecto regulador y de mayor sintonía con su mundo privado e interpersonal tiene consecuencias para su bienestar psicológico.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:  versus (PM-s: ):** *"Mis deseos son diferentes de la realidad que percibo. Entender que la realidad no es un espejo de mis deseos ha sido un gran aprendizaje para mí". "Me ha sido de utilidad escuchar y dejar de centrarme excesivamente en mí mismo".*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:  versus (PA-s: ):** *"Soy una persona que no debo seguir con esta idea de que ser temerario en el manejo de mi empresa no tenía consecuencias para mi bienestar".*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Sentido de sí mismo** (S-p: ) versus (S-s: ): *"Me siento sin sensación de fragilidad. No me siento sobrepasado todo el tiempo"*.

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Percepción de tiempo** (TnF: ) versus (TF: ): *"Sigo sorprendido de que ya no tengo mi mente ocupada en si me va a venir el ataque de pánico"*.

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

## II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

**DOMINIO AFECTIVO** (da): "siento un nivel de miedo".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**DOMINIO COGNITIVO** (dc): "Debo aprender de mi malestar....No pasará nada". "Con mi esposa hemos pensado en una solución para que nuestro hijo no tenga problemas de financiamiento".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN** (s/at): "Se me ha secado la boca pero menos que antes y lo he tolerado".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**AFRONTAMIENTO** (af): No evita la situación de malestar tomando fármacos sino que se involucra activamente en tolerar el malestar y buscar activamente estrategias de regulación psicológica. En relación a su hijo ha cambiado de actitud. Habló del problema de su temor con su esposa y han tomado una decisión de tomar un seguro para estudios.

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**AUTOCUIDADO Y SALUD** (aut/s): *"No he tomado medicamentos para dormir en 10 días. Estoy teniendo una calidad de descanso mejor"*.

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
 Presencia de malestar psicológico:   
 Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
 Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
 Información Novedosa: Presente:  Ausente:

### III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

#### TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica: reforzamiento de los logros de: una actitud diferente hacia sí mismo y hacia los demás de valorar positivamente la colaboración, realizar respiración abdominal en momentos de tensión, solución de problemas en colaboración con los demás, afrontamiento flexible, reestructuración cognitiva y una actitud de tolerancia al malestar y de aprender de sí mismo y de los demás.

#### Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo:  negativo:   
 Orientada a modificación de contenido: afirmativo:  negativo:

#### QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: Se trabajo en sus narrativas sobre los beneficios de la colaboración que se observa en su nueva actitud hacia sí mismo y hacia los demás.

Dominios de 2º orden: Se reforzó la importancia de tolerar el malestar y de aprender del mismo. También, se reforzó que no este tomando medicamentos para dormir.

Perfil identificado: se trabajo en los dominios del perfil ya identificado en sesiones previas.

#### VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada:  Poco:  Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? Que mi mejoría depende de mí en alto porcentaje. Ya entendí mi vulnerabilidad a la ansiedad y mi propia contribución ha constreñirme.

**OBSERVACIONES:** Ha dejado de evitar como estrategia de afrontamiento. Además, se ha mantenido la ausencia de sintomatología clínica y los indicios de logro de bienestar psicológico se observan estables.

En la sesión 16ª, se valoraron los avances que se mostraban estables e indicaban nuevos significados y la ligazón de esos nuevos significados con afectividad positiva. La actitud hacia sí mismo respecto al “logro económico compulsivo” cambió de manera significativa, se observa el tema articulado de una manera saludable, y por lo tanto, ha dejado de definir la vida de Pedro. También ha emergido progresivamente una valoración positiva (afectividad positiva) de la importancia de contar con las demás personas y asumir una actitud agradable y receptiva. Igualmente los tres esquemas que se mostraban como factores muy relevantes en sus ataques de pánico, no se siguen observando en los contenidos de sus narrativas (esquemas desactivados), y en mi opinión, se ha producido una reestructuración temática que ha promovido una suerte de disolución o reestructuración de estas tres unidades de información patógenas: “creencia relativa a la

vulnerabilidad a los infartos”, “creencia de pérdida de control sobre el propio funcionamiento mental” y de “normas inalcanzables”. En vista del bienestar psicológico mantenido, se decidió de común acuerdo ampliar el espaciamiento de la última sesión a 3 semanas, y después hacer 2 sesiones de seguimiento.

En la sesión 17ª, los avances permanecían estables, y a continuación se trató sobre prevención de recaídas y de tener claro el curso de acción si llegará a ocurrir. Se dio de alta a Pedro, aspecto que había sido anticipado en las sesiones 15ª y 16ª, y que a él le había parecido adecuado en función de los logros alcanzados y mantenidos. El nuevo perfil de bienestar psicológico logrado correlacionaba con lo valorado positivamente en los dominios de primer orden y segundo orden. El perfil logrado se muestra articulado y esencialmente se caracteriza por un nuevo equilibrio en entender el logro de una manera no constrictiva (reestructuración temática), sino más bien como motivación para sentir satisfacción por el esfuerzo del proceso de trabajar en equipo y por alcanzar metas que pueden ser logradas o no. La actitud que se logró fue el asumir que los errores son instancias de aprendizaje, y que equivocarse es parte del ser humano, y en el caso de Pedro es parte de la carrera interminable de aprender a ser un buen empresario. Igualmente su estilo de vida ahora es más saludable en términos que hay una mayor armonía entre trabajo, cantidad y calidad de tiempo dedicado a su familia, ocio y descanso. Asimismo, un aumento de la capacidad de reflexión sobre su propio estilo de vida que se muestra en que ha aprendido a utilizar lo que le ocurre en su “mundo privado -vivencial” como “camino” para sintonizarse con los demás (adecuada mentalización) para la búsqueda de adecuadas soluciones a los problemas. Igualmente, ha seguido valorando el relacionarse positivamente con las personas en su trabajo (emergencia de autoengaño saludable: “Es mejor estar en sintonía emocional y mental con los demás que indiferente y ajeno como era mi costumbre”) y en su vida conyugal ha empezado gradualmente a emerger vida social (Han retomado la vida social de antaño con otros matrimonios). Ahora se describe como más reflexivo con su propia vida, más prudente, lo que se ilustra en su propia autodescripción: “me observé más a mi mismo, me esfuerzo por escuchar más y valoro cada vez más la colaboración con las personas en diferentes niveles de mi vida”. Todo lo anterior, le ha permitido regular mejor la información psicológica representada que en antaño se transformaba en temas constrictivos que generaban síntomas.

**Cuadro 10.** RMPS: Perfil General.

Sesión N°: 16ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

**I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**Tema:** Se observa una articulación positiva sobre el logro económico, estilo de vida más saludable y conciencia de la importancia de buscar soluciones con los demás. Los tres



(Continuación)

esquemas: "creencia relativa a la vulnerabilidad a los infartos", "creencia de pérdida de control sobre el propio funcionamiento mental" y de "normas inalcanzables" no se observan activos en el procesamiento de la información. *Observación: Se observa una reestructuración temática saludable.*

**Contenidos en el relato:** "Creo que he mejorado bastante y sigo llevando a la práctica la prudencia. Las sensaciones de constricción que se asociaban con mi malestar en el pecho han desaparecido. Siento más equilibrio y el miedo aparece de vez en cuando pero cada vez menos". *Observación: Se aprecia estabilidad en las narrativas descriptivas y reflexivas que se muestran saludables. Se mantiene el efecto regulador y de mayor sintonía con su mundo privado e interpersonal. Los esquemas disfuncionales no se aprecian activos desde la sesión 13.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN** (PM-p: ) versus (PM-s: ): "Estoy cada vez más valorando el poner atención a lo que me pasa emocionalmente, ha escuchado a los demás y dejar de centrarme excesivamente en mí mismo".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE AUTOENGAÑO** (PA-p: ) versus (PA-s: ): "Me he dado cuenta de lo muy temerario que sigo en cómo he manejado mi empresa en los últimos 6 años. Ahora me he calmado....reflexiono más antes de decidir y diferencio mis deseos de la percepción de la realidad".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Sentido de sí mismo** (S-p: ) versus (S-s: ): "Me siento en paz y tranquilo. La sensación de fragilidad se ha ido". "No me siento alerta permanentemente".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Percepción de tiempo** (TnF: ) versus (TF: ): "Mi mente ya no está pegada al cuándo vendrá el ataque de pánico, eso ya se fue". "Mi mente ya no está todo el tiempo pensando en el fracaso financiero a la vuelta de la esquina". "Ya no siento que el tiempo se me escapa".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

## II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

**DOMINIO AFECTIVO** (da): "El miedo aparece cuando siento que estoy perdiendo la perspectiva... Ahora lo uso para escuchar a mis asesores". "Con los demás me siento tranquilo y alegre... antes estaba vigilante y muchas veces molesto sin razón". *Observación: Es importante destacar la afectividad positiva en sus relaciones interpersonales.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

(Continuación)

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): *"No estoy con diálogos negativos internos. Me digo que el diálogo es provechoso".*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): *"Me veo vestido como cualquier ejecutivo"*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): *"No he tenido opresión ni dolor en el pecho".*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): Se observa un afrontamiento activo y flexible.

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): *"No tengo problemas para dormir como antes". "No he despertado en la noche en estas últimas dos semanas". "No he tomado medicamentos para dormir". "Retomé el deporte que dejé hace unos años".*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

### III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

#### TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica: reforzamiento de los logros alcanzados.

#### Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo:  negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo:  negativo:

#### QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: Se observan articulados. Los esquemas están desactivados/reestructurados

(Continuación)

Dominios de 2º orden: Se observan articulados y asintomáticos.

Perfil identificado: se trabajó en los dominios del perfil ya identificado en sesiones previas.

**VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):**

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada:  Poco:  Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? "Que mi mejoría depende de mi en alto porcentaje y también la mantención de este estado de bienestar."

**OBSERVACIONES:** Se amplía el espaciamiento de las sesiones porque se observa un tiempo suficiente de ausencia de indicadores de malestar psicológico. Se explicita la posibilidad de alta en la próxima sesión (17ª).

Finalmente, en cuanto a la estructura de sesiones de seguimiento, se decidió de común acuerdo hacer dos sesiones de seguimiento, en 6 semanas y 10 semanas. La sesión 18ª de seguimiento fue realizada según lo planificado. Pedro mantenía su estado de bienestar psicológico con una actitud activa y reflexiva sobre su tendencia a la auto-constricción que ahora tenía una calidad que no llegaba a ser clínica como consecuencia de la reestructuración temática. No había padecido ataques de pánico desde hace 23 semanas y sus dominios de primer orden se seguían observando equilibrados a nivel intrapersonal e interpersonal. De la misma forma, los dominios de 2º orden no presentaban el perfil problemático (s/at – da – dc – di – s/at – da) y se seguían observando indicadores de bienestar psicológico, buen dormir y ausencia de fármacos. Posteriormente, se hizo la última sesión (19ª) de seguimiento según lo acordado y se mantenían los indicadores de bienestar psicológico logrados.

## RECAPITULACIÓN

La Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS) nace inspirada en la tradición cognitiva en psicoterapia. Surge de la investigación de procesos de psicoterapia y de la práctica clínica. Es un instrumento clínico joven que se ha logrado mejorar con la valiosa experiencia clínica de quienes la utilizan. El RMPS tiene dos posibilidades de uso: perfil general y perfil de reconstrucción. Ambos perfiles permiten trabajar en los síntomas, en las temáticas y en la estructura de las narrativas. Se entiende como un complemento del juicio clínico por una parte, y por otra, como una manera de organizar jerárquicamente la información en un perfil comprensivo y también para lograr una reconstrucción que permita mapear y aplicar intervenciones con mayores posibilidades de éxito. Además, es una suerte de "mapa relacional" que ayuda al terapeuta a estar observando de manera participante el significado disfuncional del paciente con una doble actitud: de investigación comprensiva y reconstrucción del significado personal para buscar posibilidades viables de modificación; y de ayuda "sintonizada" hacia el paciente que necesita de una guía para distinguir y releer sus propios flujos de información dinámica con una



actitud de curiosidad e investigación que se espera se transforme en conocimiento saludable que sea asimilado y acomodado en una nueva representación cognitiva y emocional.

Finalmente, es de subrayar que es fundamental que todo terapeuta cuente con un esquema, nosotros le llamamos Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico, que lo ayude a identificar un perfil de procesamiento de información problemático de manera de facilitar gradualmente la obtención de bienestar psicológico en sus pacientes.

---

*El propósito del presente artículo es describir la Pauta de Malestar Psicológico [RMPS] y sus posibilidades de aplicabilidad clínica en un caso didáctico. Esta pauta de observación para terapeutas, surge de la investigación de transcripciones de procesos de psicoterapia tanto exitosos como no exitosos. La RMPS se inspira tanto en la experiencia clínica atesorada como en la tradición cognitiva en psicoterapia.*

*Palabras clave: sí mismo, mentalización, tiempo percibido, psicoterapia, psicopatología.*

## Referencias bibliográficas

- Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A., & Dozois, D. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine*, Vol. 62: 397-409.
- Beck, A., & Clark, D. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press.
- Brockelman, P. (1986). *Time and Self*. New York: The Crossroad Publishing Company.
- Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: a case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21:151-172.
- Caro, I., Neimeyer, R., & Newman, C. (2010). Theory and practice in the cognitive psychotherapies: convergence and divergence. *Journal of Constructivist Psychology*, 23: 65-83.
- Cozolino, L., & Sprokay, S. (2005). La necesidad evolutiva de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 61,5 -28.
- Dowd, E. (2006). What changes in cognitive therapy? The role of tacit knowledge structures. *J Cogn Behav Psychother*, 6: 141-8.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy* (2nd edition). New York: Springer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2): 123-135.
- Grondin, S. (2010). Timing and time perception: A review of recent behavioral and neuroscience findings and theoretical directions. *Attention, Perception, & Psychophysics*, 72 (3),561-582.
- Guidano V. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Hawke, L., & Provencher, M. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25 (4), 257-276.
- Lazarus R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person -centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74: 9-46.
- Lazarus, R., & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Lazarus, A.A. (1973). Multimodal behaviour therapy: Treating the BASIC.ID. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 404 -411.

McAdams D., Jans L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. In L. Angus & J. Mcleod (Eds), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 3-14). California: Sage.

McNally, R. J. (1994). *Panic Disorder: A critical Analysis*. New York: Guilford Press.

Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

Markus, H. (1977). Self-Schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.

Piaget, J.(1978). *El desarrollo de la noción de tiempo en el niño*. Fondo de Cultura Económica: Méjico.

Quiñones, A., Melipillán, R., & Ugarte, C. (2012). Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. En prensa.

Quiñones, A. (2011). Change of personal meaning: perspectives of a research program in psychotherapy process. *Rivista di Psichiatria*, 46, 319 -325.

Quiñones, A. (2010). Modifica del significato personale attraverso il Modello di Ricostruzione del Malessere Psicologico. *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 26, vol.15, N°1, 206 -221.

Quiñones, A. (2008). Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (1), 37-47.

Spence, D.P. (1984). *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton,1984.

Stern, D.N. (2004). *The present moment: In psychotherapy and everyday life* . New York: Norton.

Sternberg, R. (2008). *Cognitive Psychology*. Fifth edition. Wardsworth: Cengage learning.

Tulving, E. (2002). Chronesthesia: Conscious awareness of subjective time. In D. T. Stuss & R. T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp. 311-325). New York: Oxford University Press.

Young, J., & Klosko, J. (1994). *Reinventing Your Life*. New York: Plume.

**ANEXO 1:**

**PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO**  
 [RMPS versión clínica]  
 © Álvaro Quiñones Bergeret

Nombre: ..... Fecha: .....  
 Sesión N ° : .....  
 Identificar objetivo (s) terapéutico a tratar en sesión: \_\_\_\_\_

**I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):**

Tema: \_\_\_\_\_

Contenidos en el relato: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Procesos (PM-PA):**

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:  versus (PM-s: ):** \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p: ) versus (PA-s: )**: \_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO DEL PROBLEMA (S/TF):**

**Sentido de sí mismo (S-p: ) versus (S-s: )**: \_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Percepción de tiempo (TnF: ) versus (TF: )**: \_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:**

**DOMINIO AFECTIVO (da)**: \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**DOMINIO COGNITIVO (dc)**: \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

EXPECTATIVA Y RETROALIMENTACIÓN (e/r): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

AGENCIA (ag) : \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

ESPIRITUALIDAD Y TRASCENDENCIA (e/t): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:   
Presencia de malestar psicológico:   
Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:   
Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**III.-ASPECTOS DE LA SESIÓN**

**TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:**

Nombre de técnica: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

- Orientada a modificación de proceso: afirmativo:  negativo:   
Orientada a modificación de contenido: afirmativo:  negativo:

**QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:**

Dominios de 1º orden: \_\_\_\_\_

Dominios de 2º orden: \_\_\_\_\_

Perfil identificado: \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):**

a) ¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en la sesión le ha sido de ayuda?

Nada:  Poco:  Mucho:

b) ¿En qué le ha sido de ayuda la presente sesión? \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

## Modificación del significado personal: perspectivas de un programa de investigación de procesos en psicoterapia

### *Change of personal meaning: perspectives of a research program in psychotherapy process*

ÁLVARO QUIÑONES BERGERET

Programa de Doctorado de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, España

**RESUMEN.** El presente artículo describe el desarrollo de un programa de investigación de procesos en psicoterapia cuyo objetivo principal es comprender y modificar el significado personal en diferentes problemas de salud mental. Se describe la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS revisada) que ha demostrado utilidad para orientar al terapeuta en la comprensión y modificación del significado disfuncional en cuadros clínicos.

**PALABRAS CLAVES:** psicoterapia cognitiva, sí mismo, significado personal, autoengaño.

**SUMMARY.** This paper describes the development of a research program in psychotherapy whose main objective is to understand and modify the personal meaning in different mental health problems. We describe the Psychological Distress Reconstruction Pattern (revised) which has proved been useful to guide the therapist in understanding and modifying the dysfunctional meaning in clinical conditions.

**KEY WORDS:** cognitive psychotherapy, self, personal meaning, self deception.

### INTRODUCCIÓN

Este trabajo forma parte de un programa de investigación de procesos de psicoterapia cuyo principal objetivo es comprender y modificar de manera efectiva el significado personal en diferentes cuadros clínicos (1-3). En esta primera fase de desarrollo de nuestro programa de investigación hemos diseñado la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS) fundamentada en experiencia clínica e investigación de procesos en psicoterapia. Hasta ahora hemos analizado transcripciones de procesos terapéuticos completos, exitosos y no exitosos, en el espectro ansioso no psicótico, conducidos por diferentes terapeutas experimentados de orientación cognitiva no-racionalista y constructivistas (4).

En un sentido general, en los procesos psicoterapéuticos estudiados se observa información que se puede entender como un proceso comunicacional co-construido entre cliente y terapeuta, que es guiado por

el terapeuta con el propósito de lograr en el cliente el surgimiento de un significado personal "libre de sufrimiento psicológico" con características de: 1) mejor regulación emocional y cognitiva en función de una mayor articulación del procesamiento tácito y explícito (1,5,6); 2) narrativas descriptivas y reflexivas que fomenten el bienestar psicológico (3,4,7); 3) adecuada mentalización que produzca ajustada sintonía interpersonal (8); y, 4) tipos de afrontamientos flexibles y adaptativos (9). Asimismo, se observa en los procesos analizados qué hace el terapeuta verbalmente, lo que consiste esencialmente en: exploración de información experiencial (pasada, presente y/o anticipada), focalización en un tema (foco temático), facilitación de descubrimiento guiado a través de autoobservación (información novedosa) y entrega guías para el logro de afrontamientos adaptativos y flexibles. En dicho contexto, el terapeuta es un observador participante que busca comprender al paciente a través de la conversación (contenido verbal) y gestualidad (conducta no

E-mail: aquinones@udd.udl

*Rivista di psichiatria, 2011, 46, 5-6*

319

verbal) en temas que el cliente vivencia con grados de malestar, narra como problemáticos y no afronta de manera exitosa.

**PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO**

La pauta de reconstrucción de malestar psicológico revisada (RMPS) surge inspirada en la tradición cognitiva, la experiencia clínica e investigación de procesos en psicoterapia (1-4). Desde una perspectiva de la tradición cognitiva en psicoterapia, se inspira en el ABC (10) y BASIC.ID (11), que básicamente son esquemas mentales que tiene el terapeuta a la hora de identificar y ordenar los datos relevantes obtenidos en la observación participante que se da en todo proceso de psicoterapia.

El RMPS presenta un total de 11 categorías jerarquizadas en dominios de primer orden y segundo orden (Anexo 1). Los dominios de primer orden son: "tema procesal de significado desadaptativo" y "sentido de sí mismo y tiempo fluido" (Cuadro 1). Ambos dominios principales ayudan a guiar al terapeuta en la reconstrucción de significado problemático que el pa-

ciente presenta y, a su vez, nos indica temáticas temporales de identidad (esquemas) que operan a nivel tácito/explicito y se expresan como tendencias de procesamiento de información que toman forma en temas (1,3).

Por otra parte, los dominios de segundo orden (Cuadro 2) están presentes según diferencias individuales de procesamiento de la información en la verdad narrativa. Los dominios de primer orden siempre están presentes en la disfuncionalidad y se "nutren" de los dominios de segundo orden involucrados.

En relación a la práctica con el RMPS en psicoterapia, al final de cada dominio se observan indicadores de observación clínica que el terapeuta monitorea sesión a sesión. Los indicadores (Anexo 1) son los siguientes. En primer lugar se encuentra "presencia de indicadores de bienestar psicológico". Como su nombre lo indica, son indicadores que identifican mejoría gradual del paciente como consecuencia de la autoobservación. El segundo indicador es "presencia de malestar psicológico" que nos señala que el dominio no ha tenido modificación hacia el bienestar psicológico. Los indicadores tercero y cuarto, llamados "frecuencia de malestar" e "intensidad de malestar", ayudan al terapeuta a monitoriar la sintomatología sesión a sesión. Finalmente, el quinto indicador, que hemos llamado "información novedosa", nos señala si hay presencia de información psicológica distinta, relevante y nueva producto de la autoobservación guiada por el terapeuta. Este tipo de información, que pesquiza y contrasta el terapeuta con el paciente, es una señal de irrupción de una posible nueva conceptualización más abstracta y flexible sobre el propio sufrimiento psicológico que contribuye a un nuevo estado mental de logro del bienestar psicológico.

Cuadro 1. Dominios de Primer Orden	
1. Tema procesal de significado desadaptativo (T/P): son experiencias problemáticas y psicológicamente dolorosas que nos comunica el paciente. Dicha información refleja una matriz de esquemas y procesos de mentalización y autoengaño que toman forma en una verdad narrativa. Tiene dos componentes:	
1. a) Tema (T): alude a los contenidos que reflejan el malestar psicológico. ¿Cuáles son los contenidos que comunica en la narración el paciente? Tiene dos componentes: Narrativa Descriptiva (ND) y Narrativa Reflexiva (N.R). Por ND se entiende una narrativa que alude a aspectos externos de lo que ocurrió. Por NR se entiende una narrativa interna y reflexiva que alude a elaboración de significado lo que ocurrió.	
1. b) Procesos (PM-PA): alude a procesos de mentalización y autoengaño que utiliza el paciente. Los procesos de mentalización aluden a: ¿Qué procesos de mentalización están involucrados en el tema? ¿La capacidad de identificar estados mentales y la de razonar sobre ellos está presente? ¿Describe adecuadamente lo que piensa, siente o imagina en las situaciones que describe? Los procesos de autoengaño aluden al tipo de coherencia del tipo de información. Presenta dos polos: autoengaño problemático y autoengaño óptimo.	
2. Sentido de sí mismo y tiempo fluido (S/TF):	
2. a) Sentido de sí mismo (S): alude al sentido de sí mismo percibido cuando se vivencia malestar psicológico.	
2. b) Tiempo fluido (TF): alude a la percepción de presencia o ausencia de alteración de la percepción de temporalidad subjetiva cuando hay malestar psicológico: ¿Hay una cronología adecuada de los hechos en el relato? ¿Cómo varía la intensidad del malestar en función de la atribución temporal del problema en el presente, pasado y futuro? ¿Hay alteración de la percepción de la temporalidad subjetiva?	

Cuadro 2. Dominios de Segundo Orden	
1. Dominio afectivo (DA): emociones que forman parte del malestar psicológico.	
2. Dominio cognitivo (DC): creencias, pensamientos, valores y "deberías" implicados en el malestar psicológico.	
3. Dominio imaginativo (DI): tipos de imágenes presentes en el malestar psicológico.	
4. Expectativa y retroalimentación (E/R): evaluar cómo funciona las expectativas y la capacidad de retroalimentación del paciente.	
5. Afrontamiento (AF): tipos de afrontamientos que mantienen el malestar psicológico.	
6. Sensorialidad y atribución (S/AT): sensaciones y atribuciones presentes en el malestar psicológico.	
7. Agencia (AG): valorar el nivel de percepción de conducción de la propia vida en momentos de disforia.	
8. Espiritualidad y trascendencia (E/T): valorar la dimensión espiritual en la percepción del problema.	
9. Autocuidado y salud (AUT/S): valorar cómo se autocuida el cliente (hábitos alimentarios, descanso, calidad de sueño, etcétera).	



## **MODIFICACIÓN DEL SIGNIFICADO PERSONAL UTILIZANDO LA PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO**

La comprensión de un significado regulado deficitariamente se evalúa observando la calidad y cantidad de información implicada en la coherencia del *sentir-narrar-afrontar* que comunica el paciente de manera verbal y corporal (3). Es así como el proceso de comprensión gradual por parte del terapeuta se focaliza en las características de la información envuelta en la sintomatología en el aquí y ahora, por una parte; y, por otra parte, en el cómo esta información se activa y asocia a eventos externos (sociales) e internos (subjetivos), información que se organiza y mantiene en una coherencia temporal subjetiva y toma forma a través de un significado personal que esencialmente es narrado. Es así como la exploración terapéutica, implica investigar en conjunto con el paciente “el qué” (qué dominios de experiencia están presentes) y “el cómo” (los dominios de primer orden otorgan coherencia) construye su verdad narrativa consciente para identificar, entender y resolver problemas (2,3,12).

De manera didáctica, ayuda a los terapeutas el iniciar la reconstrucción gradual de la comprensión temática del paciente, el responder las siguientes preguntas: ¿Cómo se observan los dominios de primer orden en el malestar psicológico que comunica el paciente?, ¿Qué procesos de mentalización y autoengaño están afectando el bienestar psicológico?, ¿Qué dominios de segundo orden están presentes en la verdad narrativa?, ¿Qué calidad tiene la información contenida en los dominios de segundo orden?, ¿Qué tipo y calidad de información utiliza el paciente para afrontar sus problemas?

El objetivo general de una psicoterapia orientada a cambiar un significado “deficitario” desde un punto de vista de dominios de experiencia jerarquizados y dinámicos, sería identificar, modificar y producir a través del aprendizaje nueva información vivencial/existencial que produzca bienestar psicológico. Básicamente para conseguir tal objetivo se utilizan dos tipos de estrategias de autoobservación orientadas por el RMPS: reflexiva y/o conductual (3). El tipo reflexivo está sustentado en la rememoración de episodios de malestar psicológico, que se llevan a cabo a través de diferentes técnicas (técnicas narrativas, imaginaria guiada, moviola, etc.). El segundo tipo es llamado conductual y se lleva a cabo a través de tareas dirigidas de ejecución de comportamientos exploratorios que implican tolerancia y aprendizaje sobre el propio malestar psicológico. Estas tareas, el paciente las ejecuta y las observa en base a registros o indicaciones del terapeuta acerca de qué debe observar.

Desde un punto de vista de la investigación de procesos terapéuticos, realizada por nuestro grupo de investigación, afirmamos que la información que configura el malestar psicológico del cliente se percibe, infiere y comprende de manera útil para modificar el “significado personal” como dominios de información de primer y segundo orden que interactúan de manera dinámica y jerarquizada. Es así, como planteamos que lo esencial del quehacer terapéutico implicaría en primer lugar, ayudar al paciente a poner atención a su experiencia inmediata/corporalidad (Atención a la experiencia: “Cómo me siento”), hacer consciente la imagen de sí mismo (Valoración y conocimiento de la experiencia: “Cómo me percibo en ese momento”) y aprender sobre los tipos de afrontamiento que realiza y si le son beneficiosos (Conocimiento y retroalimentación de la conducta: “Qué hago para regularme cuando siento grados de tensión”). Y en segundo lugar, el terapeuta facilita a través de la autoobservación, en sesión y fuera de la sesión, el reconocimiento y modificación de información en los flujos de información que configuran el malestar psicológico identificando contenidos y procesos psicológicos.

En sentido general y didáctico, podemos sostener que el terapeuta orientado por la pauta de reconstrucción de malestar psicológico (**Anexo**) primero, identifica el tema problemático (T/P) pesquizando en lo comunicado contenidos asociados a dominios de segundo orden. Posteriormente, pesquiza el sentido de sí mismo autopercebido (S) y la alteración de tiempo subjetivo (TE) ligado al problema. Después, identifica con mayor precisión la información contenida en los dominios de segundo orden (cognitivo, afectivo, agencia, sensorialidad y atribución, etc.) que están presentes en el tema problemático y los valora en función de la calidad de los procesos de mentalización y autoengaño. Una vez precisados los temas y “traducidos” a objetivos terapéuticos que el paciente pueda comprender conceptualmente y manejar emocionalmente, se dan las bases para avanzar hacia un cambio del significado personal que implique bienestar psicológico. Llegados a este momento del proceso terapéutico, empieza el proceso “de un ir y venir sesión a sesión” entre comprensión, intuición, diferentes intervenciones y valoración de los niveles de avance en los objetivos terapéuticos, para lo cual el RMPS es de mucha utilidad.

## **RECAPITULACIÓN**

Este trabajo forma parte de un programa de investigación de procesos en psicoterapia cuyo principal objetivo es comprender y modificar el significado perso-



nal en diferentes cuadros clínicos. Nuestra aproximación al problema del sufrimiento psicológico se sustenta en la conceptualización de flujos de información entendidos como dominios de información de primer y segundo orden que interactúan de manera dinámica y jerarquizada (1,3).

En esta primera fase de desarrollo de nuestro programa de investigación, hemos diseñado y mejorado la RMPS (1-4). En relación a los desafíos del programa de investigación, en el presente, estamos empezando recolectar transcripciones de procesos terapéuticos de diferentes trastornos clínicos, de manera de poder perfeccionar y avanzar en la comprensión y modificación del significado personal utilizando la base conceptual del RMPS para entender el cambio en psicoterapia. También, nos hallamos investigando indicadores de procesos en psicoterapia asociados a éxito terapéutico a través de análisis cuantitativo: análisis de contenido y biplot (4). Finalmente, hemos empezado a estudiar el comportamiento de variables psicológicas (entendidas como flujos de información) en la totalidad de sesiones de procesos terapéuticos exitosos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quiñones A. Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2008; 17: 37-47.
2. Quiñones A. Perturbación estratégica gradual: formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS). *Revista de Psicoterapia* 2008; 74/75: 35-42.
3. Quiñones A. Modifica del significato personale attraverso il Modello di Ricostruzione del Malessere Psicologico. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* 2010; 26: 206-21.
4. Quiñones A, Melipillán R, Ugarte C. Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* (enviado).
5. Guidano V. *Il Sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992.
6. Dowd E. What changes in cognitive therapy? The role of tacit knowledge structures. *J Cogn Behav Psychother* 2006; 6: 141-8.
7. McAdams D, Jans L. Narrative identity and narrative therapy. In: Angus L, Mcleod J (eds). *The handbook of narrative and psychotherapy: practice, theory, and research*. California: Sage, 2004.
8. Allen J, Fonagy, P, Bateman A. *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2008.
9. Lazarus R, Lazarus B. *Pasión y razón*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2000.
10. Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
11. Lazarus AA. Multimodal behaviour therapy: treating the BAsIC.ID. *J Nerv Ment Dis* 1973; 156: 404-11.
12. Spence DP. *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton, 1984.

Anexo

**PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO [RMPS revisado, 2011]**

©Álvaro Quiñones Bergeret

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sesión Nº: \_\_\_\_\_

Identificar objetivo (s) terapéutico a tratar en sesión: \_\_\_\_\_

**DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**TEMA DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):**

**Tema:**

Contenidos en el relato: \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_\_

Presencia de malestar psicológico: \_\_\_

Información Novedosa: Presente \_\_\_ Ausente \_\_\_

**Procesos (PM-PA):**

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM):** \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_\_

Presencia de malestar psicológico: \_\_\_

Información Novedosa: Presente \_\_\_ Ausente \_\_\_

**PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA):** \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_\_

Presencia de malestar psicológico: \_\_\_

Información Novedosa: Presente \_\_\_ Ausente \_\_\_

**SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO DEL PROBLEMA (S/TE):**

**Sentido de sí mismo** \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_\_

Presencia de malestar psicológico: \_\_\_

Información Novedosa: Presente \_\_\_ Ausente \_\_\_

**Percepción de tiempo (No fluido versus Fluido):** \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_\_

Presencia de malestar psicológico: \_\_\_

Información Novedosa: Presente \_\_\_ Ausente \_\_\_

**DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:**

**DOMINIO AFECTIVO (da):** \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_\_

Presencia de malestar psicológico: \_\_\_

Frecuencia de malestar (semanal): \_\_\_ Alta \_\_\_ Media \_\_\_ Baja \_\_\_ Nula

Intensidad de malestar (semanal): \_\_\_ Alta \_\_\_ Media \_\_\_ Baja \_\_\_ Nula

Información Novedosa: Presente \_\_\_ Ausente \_\_\_

**DOMINIO COGNITIVO (dc):** \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_\_

Presencia de malestar psicológico: \_\_\_

Frecuencia de malestar (semanal): \_\_\_ Alta \_\_\_ Media \_\_\_ Baja \_\_\_ Nula

Intensidad de malestar (semanal): \_\_\_ Alta \_\_\_ Media \_\_\_ Baja \_\_\_ Nula

Información Novedosa: Presente \_\_\_ Ausente \_\_\_

Sigue

Sigue - Anexo

DOMINIO IMAGINATIVO (di): \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_  
 Presencia de malestar psicológico: \_\_  
 Frecuencia de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Intensidad de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Información Novedosa: Presente \_\_ Ausente \_\_

EXPECTATIVA Y RETROALIMENTACIÓN (e/r): \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_  
 Presencia de malestar psicológico: \_\_  
 Frecuencia de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Intensidad de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Información Novedosa: Presente \_\_ Ausente \_\_

AFRONTAMIENTO (af): \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_  
 Presencia de malestar psicológico: \_\_  
 Frecuencia de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Intensidad de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Información Novedosa: Presente \_\_ Ausente \_\_

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/a): \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_  
 Presencia de malestar psicológico: \_\_  
 Frecuencia de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Intensidad de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Información Novedosa: Presente \_\_ Ausente \_\_

AGENCIA (ag): \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_  
 Presencia de malestar psicológico: \_\_  
 Frecuencia de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Intensidad de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Información Novedosa: Presente \_\_ Ausente \_\_

ESPIRITUALIDAD Y TRASCENDENCIA (e/t): \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_  
 Presencia de malestar psicológico: \_\_  
 Frecuencia de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Intensidad de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Información Novedosa: Presente \_\_ Ausente \_\_

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): \_\_\_\_\_

**Marcar con cruz:**

Presencia de indicadores de bienestar psicológico: \_\_  
 Presencia de malestar psicológico: \_\_  
 Frecuencia de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Intensidad de malestar (semanal): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Baja \_\_ Nula  
 Información Novedosa: Presente \_\_ Ausente \_\_

Sigue



## IV. CONCLUSIONES

La sección titulada “conclusiones” es más bien una suerte de “conclusiones transitorias”. Tal sección cumple principalmente con dos distinciones que complementan lo planteado en los artículos que conforman la presente tesis doctoral. En primer lugar plasma el aspecto formal de poner un punto final a una investigación en desarrollo (véase IV. Conclusiones. Líneas de investigación futuras), aspecto que ha quedado declarado en los tres artículos presentados. En segundo lugar cumple con la necesidad de elaborar una conclusión general que tenga en cuenta los tres artículos presentados, de una manera integrativa y con la perspectiva de un progresivo desarrollo sustentado en datos textuales con un marco de referencia que integre procesos y resultados.

En suma, ambos aspectos cumplen con una manera narrativa de dar un sentido de fin a la tesis doctoral por compilación de publicaciones.

A continuación, presento las “conclusiones” organizadas en cinco puntos, numerados del I a V, que considero que articulan lo ya sostenido en los artículos y en lo presentado en las presentes páginas.

### I.

En relación al estudio de casos, hay cinco aspectos que subrayo:

En primer lugar, se realizó la codificación cualitativa de los turnos de habla del paciente siguiendo como orientación la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico, modelo de formulación de caso, que esencialmente se basa en diferentes modelos de psicoterapia cognitiva. La codificación se fue ajustando para la investigación en la medida que se fue accediendo a la muestra de los tres procesos terapéuticos transcritos en la totalidad de las sesiones (véase Artículo III.1: Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva). La codificación tiene la particularidad que presenta varios ejes de análisis y por ello la he bautizado como codificación multiaxial (Código aplicado a; Nombre del Código;

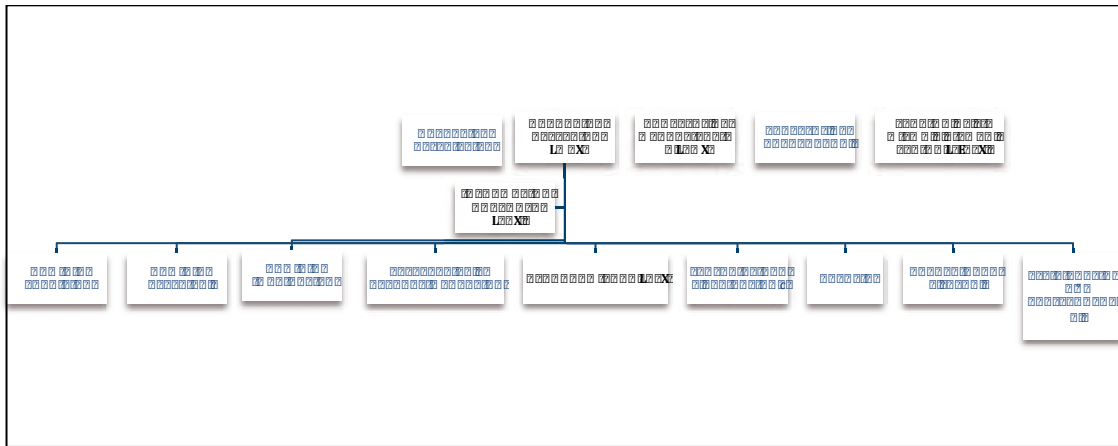
Ubicación; Etiqueta; Signo /cualidad; Tipo de código; Definición; Cuando se aplica; Cuando no se aplica). También presenta la singularidad de dar información sobre el objetivo terapéutico que es tratado en sesión y en el transcurso del proceso (véase anexos: 1 y 2).

En segundo lugar, en la investigación de los tres casos clínicos se emplearon tres dimensiones (Elliott, 1991): el elemento del sistema terapéutico estudiado fue el cliente (paciente); la variable de comunicación estudiada fue el contenido de los temas que implican sufrimiento psicológico (objetivo terapéutico trabajado en diferentes sesiones); y el nivel del proceso estudiado fue el turno de habla del paciente. Es de destacar que codificar todos los turnos de habla del paciente, siguiendo los objetivos como guías para aislar los segmentos relevantes, disminuye los posibles sesgos de los investigadores y ello es una característica particular de la presente investigación. Por tanto, utilizar únicamente los objetivos como “mapa” es una diferencia sutil con el modelo de Asimilación de Experiencias Problemáticas de William B. Stiles y modelo de Foco Terapéutico de Marvin Goldfried (véase sección: I. Introducción general).

En tercer lugar, señalo que en la investigación sólo se tomaron las sesiones iniciales en los tres procesos terapéuticos estudiados (véase procedimiento en Artículo III.1: Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva). Lo anterior se estableció por el número de sesiones del caso no exitoso, caso que fue la referencia para el tope de sesiones analizadas en los tres casos. No obstante, es de subrayar que la literatura científica indica que en el periodo comprendido entre la 4ª y la 7ª sesión el porcentaje de pacientes que experimentan cambios importantes alcanza entre un 50% y un 60% (Kadera, Lambert, & Andrews, 1996), mientras que al cabo de 6 meses de terapia semanal mejoran el 75% de los pacientes.

En cuarto lugar, las variables estudiadas y seleccionadas con criterio clínico en los tres procesos psicoterapéuticos (Quiñones et al., 2012) fueron cinco de un total de dieciséis (véase cuadro I: dieciséis códigos): Afrontamiento (AF), Proceso de Mentalización (P.M), Narrativa Reflexiva (N.R), Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido (S-TF), e Información Novedosa (I.N).

Cuadro I: Dieciséis códigos



A excepción de información novedosa (I.N), todas las variables de procesos tienen evidencia de su implicación tanto en la comprensión como en la modificación de “problemas de salud mental” (véase secciones: II.2.1 y II.2.2). Información novedosa alude al propio aprendizaje surgido de la experiencia y/o de la rememoración de sucesos a consecuencia de la autoobservación guiada (véase Artículo III.2: “Pauta de reconstrucción de malestar psicológico: aplicaciones a un caso clínico”). Es de destacar, que la variable Información Novedosa (I.N) se pesquisó en el proceso de investigación, por tanto, no fue basada en las 15 variables que tienen validez teórica avalada por la literatura científica en psicología clínica y psicoterapia, y que conforman la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico. En síntesis, es una variable que emerge como un indicador de éxito terapéutico (código transversal) y se insertó en los dominios de 1º y 2º orden, y aparece bajo cada dominio, con la opción para el terapeuta de marcar presente o ausente (véase anexo 3).

En quinto lugar, el análisis de datos se realizó en dos fases (véase análisis de datos en el artículo: Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva). En primer lugar, se procedió a realizar un análisis de contenido (véase Tabla 1). El comportamiento de las 5 variables mostró diferencias en función de éxito versus no-éxito. Es de subrayar, que en los dos casos exitosos, las cinco variables analizadas muestran igual tendencia hacia el bienestar psicológico.

uu” ?

?

?

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las variables de proceso psicoterapéutico<sup>4</sup>

VARIABLES	CASO NO EXITOSO	CASO EXITOSO 1º	CASO EXITOSO 2º
Información Novedosa (I.N)			
(+)	0	15	32
(-)	1	0	1
Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido (S-TF)			
(+)	0	5	26
(-)	13	0	6
Afrontamiento (AF)			
(+)	3	2	14
(-)	5	1	2
Proceso de Mentalización (P.M)			
(+)	9	48	56
(-)	15	1	6
Narrativa Reflexiva (N.R)			
(+)	0	34	14
(-)	6	0	4

En cambio, en el caso no exitoso, las variables van en una dirección opuesta, al indicar no remisión de síntomas y signos (Cuadro II: Síntesis de análisis de contenido).

Cuadro II: Síntesis de análisis de contenido

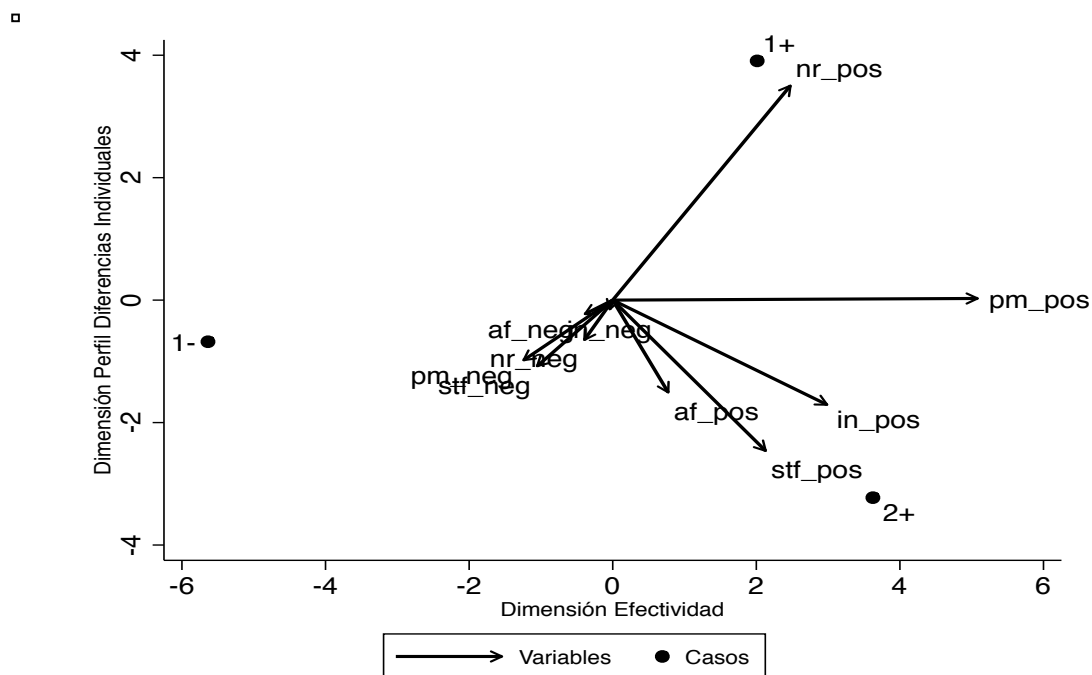
CASOS EXITOSOS	CASOS NO EXITOSOS
Las 5 variables presentan indicadores positivos.	Las 3 variables (Información Novedosa, Narrativa Reflexiva, Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido) presentan indicadores negativos.
En 4 variables hay indicadores negativos de muy baja frecuencia o incluso nula. En particular en el caso exitoso 1, muestra en 3 variables ausencia de indicadores negativos.	Las 5 variables presentan predominio de indicadores negativos.
En ambos casos exitosos se observa un marcado predominio de indicadores positivos para: Información Novedosa, Narrativa Reflexiva, Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido.	3 variables con frecuencia iguales a cero para los indicadores positivos: Información Novedosa (I.N), Narrativa Reflexiva (N.R), Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido ( S-TF).
Afrontamiento, para los casos exitosos muestran indicadores positivos y negativos.	Afrontamiento y Proceso de Mentalización muestran un marcado predominio de indicadores negativos.
Las 5 variables analizadas muestran una misma tendencia hacia el bienestar psicológico.	Las 5 variables muestran mantención de malestar psicológico.

<sup>4</sup> Tabla extraída del artículo: Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Véase página 251.



En la segunda fase, a las frecuencias de las cinco variables seleccionadas se les aplicó un análisis Biplot (Figura 1. Biplot de los casos y las variables de proceso psicoterapéutico) y se destacan dos interpretaciones:

Figura 1. Biplot de los casos y las variables de proceso psicoterapéutico<sup>5</sup>



En primer lugar, el eje horizontal denominado “dimensión de efectividad” muestra atributos asociados a resultado exitoso y no exitoso. Eje que indica para los casos exitosos mayores frecuencias de atributos positivos ligados a bienestar psicológico. No obstante, para el caso no exitoso muestra mayores frecuencias de atributos negativos asociados a malestar psicológico. En resumen, muestra que las variables estudiadas discriminan para casos exitosos versus no exitosos. En segundo lugar, nos permite distinguir las diferencias individuales en los casos exitosos que logran el bienestar psicológico pero con matices particulares. El eje vertical (perfil de diferencias individuales de éxito terapéutico) se interpretó para los dos casos exitosos desde dos distinciones: específica y general. En primer

<sup>5</sup> Figura extraída del artículo: Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Véase página 252.

lugar, desde un punto de vista específico, se observó que en el primer caso (1+) destaca la variable Narrativa Reflexiva Positiva. En el segundo caso (2+) aparecen las siguientes variables asociadas: Información Novedosa Positiva, Sentido de Sí Mismo y Tiempo Fluido Positivo, Afrontamiento Positivo. En segundo lugar, desde un punto de vista general, la variable Procesos de Mentalización Positiva aparece como un factor común asociado a ambos casos exitosos. Por otra parte, en el caso no exitoso no se hizo necesario aplicar la distinción: específica y general. Ello fue debido a que se observaron las cinco variables asociadas con atributos negativos. Igualmente, se observa ausencia de variables con atributos positivos asociadas, lo que indica ausencia de bienestar psicológico. En suma, se interpreto como un apoyo en base a datos textuales, de la importancia de los tratamientos en función del perfil de procesamiento de información del paciente, lo que va en la dirección de la selección terapéutica diferencial planteada por la escuela de Beutler (Beutler et al., 2004). En otras palabras, en cada dominio y las interacciones posibles (dominios 1º y 2º orden) se pueden aplicar técnicas de intervención que la literatura científica recomienda (utilidad empírica establecida), y junto al marco de referencia de investigación que relaciona procesos y resultados en psicoterapia, se facilita la toma de decisiones que aumenten la efectividad.

## II.

En relación a la formulación de caso propuesta, subrayando las limitaciones del estudio de casos, hay siete puntos a destacar:

En primer lugar, las 15 variables que constituyen la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS) tienen validez teórica (véase secciones II.2.1 y II.2.2). Variables que fueron seleccionadas ya que permiten contribuir a comprender el transcurso de la psicoterapia en un contexto de procesos de significado. En tal sentido, la construcción y utilización de manera exploratoria de la “Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico” (véase Artículo III.2: “Pauta

de reconstrucción de malestar psicológico: aplicaciones a un caso clínico”), permitió explorar las variables que la componen.

Entender la psicoterapia desde una mirada de procesos de significado implica que los problemas psicológicos toman forma en un tema problemático (Tema Procesal de Significado Desadaptativo) que se comunica en la conversación. Es de subrayar que la conversación no se entiende como equivalente a experiencia, son niveles diferentes de procesamiento. En otras palabras, el nivel conversacional es un “camino de inicio” para explorar la coherencia de la información en base a la interacción de dominios (1º y 2º orden) que toman forma en una conversación que es la base fundamental de la construcción de conocimiento. Por tanto, el objetivo general de una psicoterapia orientada a cambiar un significado “deficitario” en el contexto del programa de modificación de significado personal (véase Artículo III.3: “Modificación del significado personal: perspectivas de un programa de investigación de procesos en psicoterapia”), en lo esencial, consistiría en “desmenuzar” lo expresado por el paciente en dominios de información. En síntesis, la RMPS presenta dos posibilidades de utilización por parte del terapeuta: Primero como un *perfil general*, por ejemplo: entender un problema en función de los dominios involucrados (nivel descriptivo y explicativo) y su interacción; y segundo, como un *perfil de reconstrucción* de un evento de malestar una vez se ha establecido un objetivo, por ejemplo: reconstrucción de un ataque de pánico (véase Artículo III.2: “Pauta de reconstrucción de malestar psicológico: aplicaciones a un caso clínico”). En consecuencia, ambos perfiles permiten trabajar en los niveles de análisis que son interdependientes y que facilitan una comprensión temática guiada y gradualmente reformulada, de manera que el paciente pueda trabajar en su conocimiento personal y posibles cambios.

En segundo lugar, se identifica la información y se observa cómo toma forma a través de diferentes procesos y contenidos que confluyen en temáticas problemáticas: ¿Qué dominios están presentes en el relato?, ¿Cómo se relacionan los dominios de segundo orden entre sí?, ¿Cuál es la calidad de la información que aparece en cada uno de los dominios de segundo orden involucrados en el tema?, ¿Qué calidad de mentalización y autoengaño

contribuyen al círculo vicioso que mantiene el malestar psicológico?, ¿Hay alteración de la percepción de la temporalidad subjetiva?, ¿Qué esquemas están presentes?, etcétera. A modo de ilustración, si tomamos la variable mentalización, se podría explorar a través de las siguientes preguntas: ¿Qué procesos de mentalización alterados están involucrados en el tema?; ¿La capacidad de identificar estados mentales y la de razonar sobre ellos está presente?; ¿Describe adecuadamente lo que piensa, siente o imagina en las situaciones interpersonales que describe?; ¿Puede hipotéticamente describir lo que otra persona piensa y desea?, etcétera. En fin, el logro de esta primera fase es construir un perfil de procesamiento de información (dominios de 1º y 2º orden) que estará en función de las diferencias individuales, de la historia de aprendizaje y del tipo específico de problema que presente el paciente.

En tercer lugar, una vez establecidos los objetivos terapéuticos, se pasa a la fase de intervención gradual en sintonía con el juicio clínico y el marco conceptual (escuela cognitiva y/o integrativa) que el terapeuta utilice. De igual manera, permite organizar jerárquicamente la información en un perfil comprensivo y comenzar la reconstrucción que permita mapear (localizar déficit) y aplicar intervenciones para cada dominio (p. ej., reestructuración emocional para el dominio afectivo) y para las interacciones entre dominios (p. ej., la técnica de la conciencia plena para regular la activación de pensamientos automáticos negativos y emociones disfuncionales). La lógica clínica implica usar los dominios de segundo orden y asociarlos con los dominios de primer orden, en una lógica de dos direcciones (“de abajo hacia arriba” y “de arriba hacia abajo”) y generar una comprensión gradual que permita diseñar estrategias de modificación de la *dinámica “cognitiva - afectiva – conductual”* que tengan mayor probabilidad de éxito en conseguir un renovado bienestar psicológico.

En cuarto lugar, considerando la conjunta subjetividad e intersubjetividad involucrada en un proceso psicoterapéutico, el terapeuta debe tener ciertas orientaciones. Es útil que el terapeuta se haga preguntas en función de lograr una adecuada sintonía con el significado disfuncional que vivencia y comunica el paciente: “¿Cómo me percibo al escuchar la problemática?, ¿Cómo siento la gestualidad y corporalidad cuando emergen los dominios problemáticos?, ¿Qué

información tácita distingo en la comunicación?”. Dicho de otra manera, la dinámica de la falsación, entendida como desconfirmación experiencial, que se busca gradualmente conseguir en los dominios de información también se relaciona con la capacidad del terapeuta de transmitir la discrepancia experiencial para perturbar estratégicamente en un adecuado “punto de equilibrio”. Por tanto, es importante que el terapeuta transmita al paciente lo que le ocurre en su propia experiencia, con tacto y sentido oportuno del tiempo, de modo de facilitar la discrepancia, curiosidad y emergencia de información novedosa que se integre y contribuya a un bienestar psicológico renovado (véase Artículo III.2: “Pauta de reconstrucción de malestar psicológico: aplicaciones a un caso clínico”). Es decir, el terapeuta comunica semántica y corporalmente en la conversación la discrepancia de lo que observa, siente y piensa sobre el paciente, subrayando que es una hipótesis sobre la coherencia de lo que infiere que le ocurre, simboliza y narra. Dicho de otro modo, es acompañar al paciente emocional y cognitivamente (“en un punto de equilibrio en movimiento”) con el propósito de lograr que construya a su “ritmo” nuevas maneras adaptativas de entender su mundo privado e interpersonal, de modo que converja en una nueva representación y comportamientos saludables.

En quinto lugar, los dominios de 1º y 2º orden son variables que han sido estudiadas en el ámbito de la investigación (véase secciones II.2.1 y II.2.2). Es de destacar que los dominios de 1º y 2º orden, son dominios de información que no son uniformes en su fundamentación en base a investigación, y subrayo que es importante tenerlo en consideración. Por ejemplo, el dominio de segundo orden “Espiritualidad/ Trascendencia (e/t): valorar la dimensión espiritual, presente o ausente, y su contribución eventual al malestar psicológico”, ha sido poco estudiado en comparación con el dominio cognitivo (dc) “identificar distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, pensamientos invasivos, pensamientos automáticos, ideas irracionales y deberías disfuncionales implicados en el malestar psicológico”, que posee una prolongada tradición en investigación en psicoterapia cognitiva.

En sexto lugar, la importancia de someter a examen las hipótesis en un proceso psicoterapéutico es de la mayor relevancia, y en muchas ocasiones en la

literatura científica, tal proceso no se declara. En tal sentido, las cinco pruebas que propone Jacqueline Persons (1989) son útiles para revisar el avance en los objetivos trabajados sesión a sesión guiándose con la RMPS.

Desde una mirada integrativa en la tradición cognitiva, las 5 pruebas de Persons (véase cuadro III: Pruebas de Persons), potencian lo planteado en la formulación de caso que denomino RMPS, puesto que permite facilitar la consecución gradual de un objetivo en un contexto de los perfiles detectados (dominios de 1º y 2º orden), hipótesis, reformulaciones de significado, técnicas de intervención y evaluar la sintonía del paciente/terapeuta en la velocidad del progreso del cambio.

### Cuadro III: Pruebas de Persons

- 1ª prueba: cómo la hipótesis generada permite explicar los síntomas, conductas problema y procedimientos problemáticos. Se sugiere que el terapeuta deberá revisar cada conducta problema y en función de la hipótesis explicativa que él considere apropiada debe intentar elaborar una historia que pueda dar cuenta y explicar cada una de las conductas y problemas detectados por el terapeuta.
- 2ª prueba: los precipitantes y consecuentes en términos de análisis funcionales de la conducta tienen que encajar y poder ser incluidos y explicados por la reformulación y la hipótesis explicativa general que sustenta ésta.
- 3ª prueba: la hipótesis explicativa incluida en la reformulación tiene que servir para poder predecir la conducta del paciente. El escaso poder predictivo de dicha hipótesis explicativa cuestiona su validez.
- 4ª prueba: cómo reacciona el paciente a la hipótesis explicativa recogida en la reformulación. Lo importante es estar atento a la reacción negativa del paciente a la reformulación dada por el terapeuta, debe hacer revisar la validez de la reformulación.
- 5ª prueba: un resultado negativo del tratamiento puede deberse a la hipótesis explicativa empleada y a una no adecuada reformulación de caso.

En séptimo lugar, perfeccionar progresivamente un modelo de formulación de caso [RMPS] en base a investigación con datos textuales. Es por ello, que en relación a la utilización exploratoria de la RMPS y la retroalimentación del uso por los terapeutas, es necesario hacer notar que nos encontramos en una fase exploratoria e inicial de adquisición de experiencia y aprendizaje. Se espera obtener información del ejercicio terapéutico con distintos diagnósticos (Eje I, Eje

II y comorbilidad), lo cuál será muy valioso en el entendido que permitirá mejorar progresivamente el modelo de formulación en base a la práctica habitual de la psicoterapia. En consecuencia, los dominios que configuran la RMPS deben ser valorados en la práctica real de la psicoterapia y perfeccionados en función de investigación en procesos de psicoterapia terminados exitosamente. Igualmente, la investigación en otros campos, de las variables consideradas en la RMPS, también es una fuente poderosa de retroalimentación y perfeccionamiento.

### III.

La investigación presentada es un aporte teórico y empírico a la tradición cognitiva en psicoterapia desde una perspectiva de análisis de datos textuales. En tal sentido, hay tres aspectos a subrayar:

En primer lugar, la psicoterapia es una actividad científica y un arte al mismo tiempo. A saber, es una actividad científica con un progresivo aumento de investigación y aplicaciones. En dicho contexto, se ha destacado el cúmulo de investigación en eficacia/efectividad y la generación gradual de una teoría más compleja y unificada en el contexto de la tradición cognitiva. Perspectiva teórica/empírica, que busca soluciones y delimita nuevos problemas.

En el siglo XXI, los investigadores han demostrado (“sin ser refutado”) de forma consistente que la psicoterapia es efectiva, y una de las cuestiones candentes para la investigación actual es: “¿Qué hace que sea eficaz?” (véase Wampold, Hollon, & Hill, 2011). Además, en relación a nuevas preguntas, queda por aclarar la cuestión de la eficacia diferencial de las distintas orientaciones psicoterapéuticas, lo que se denomina “Investigación psicoterapéutica diferencial”. Dicho lo anterior, el desarrollo de investigación utilizando datos textuales, abrirá nuevas posibilidades complementarias al ámbito de investigación y aplicaciones en psicoterapia.

En suma, la investigación presentada en estas 184 páginas, tiene el sello de sumarse al colectivo de terapeutas/investigadores de diferentes orientaciones cognitivas alineados por investigación, para los que es evidente que la

psicoterapia es una actividad científica y compleja en su práctica. En tal sentido, el camino que se ha recorrido ha sido beneficioso y “la extensión de la carretera que queda por recorrer” para la adquisición de mayor conocimiento útil, está abierta. En tal sentido, cito a Wampold, Hollon & Hill (2011):

“Psychotherapy is a remarkably complex practice. Much has been learned over the many decades of research, but it is clear that there are many unanswered questions. Some of the unresolved issues are critical to understanding how best to deliver psychotherapy and how best to train psychotherapists. The path to knowledge, however, is not entirely clear.” (p. 333)

Por otra parte, por “arte” me refiero a una suerte de “arte hermenéutico de interpretación para generar conducta y nueva experiencia simbolizada y narrada” con el propósito de facilitar la emergencia de un bienestar psicológico renovado. En tal sentido, la noción de reconstrucción de malestar psicológico es una propuesta teórica/empírica que se funda en una conceptualización de dominios de información jerarquizados y organizados dinámicamente para entender la coherencia y representación de la información en un formato narrativo. En consecuencia, implica entender el proceso psicoterapéutico como una autoobservación guiada, es decir, una instancia intersubjetiva que implica una “fuerza interpretativa en sintonía” que busca generar novedad de información en base a la co-investigación de la coherencia representacional que comunica y las nuevas conductas que realiza el paciente en el proceso de búsqueda de un bienestar psicológico renovado.

En segundo lugar, los terapeutas guían su práctica por un sistema teórico que debe ser un conjunto bien organizado, estructurado y coherente de información en base a investigación, experiencia clínica compartida entre terapeutas e información dada por los pacientes que se benefician con la psicoterapia. En tal contexto, explico la recomendación que Persons (1995) dió a los investigadores sobre que lograran transmitir sus resultados de investigaciones de manera sencilla y comprensible para los psicoterapeutas. En dicho sentido, lo encontrado en la presente investigación, se trasmite en la mejora de la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico, que es una manera “amigable” para que un terapeuta detecte información, exponga un problema en términos de dominios (1º y 2º orden), formule hipótesis, tome decisiones y planifique estrategias de



intervención que puedan ser valoradas a medida que un proceso terapéutico avance y llegué a “buen puerto” para el paciente (véase Artículo III.2: “Pauta de reconstrucción de malestar psicológico: aplicaciones a un caso clínico”).

En tercer lugar, desde una mirada de construcción de teoría clínica basada en el hacer, la experiencia problemática que comunican los pacientes, se desmenuza y ordena en función de dominios (flujos de información) que interactúan en un sentido de sí mismo temporal y procesos asociados según el perfil de procesamiento de información (autoengaño y mentalización). En cada dominio que forma parte del perfil problemático existe información experiencial que tiene la característica de ser refutable experiencialmente, y que en sesión, primero se delimita, luego se investiga en conjunto y después se somete a refutación experiencial. Por tanto, la falsación que se da en la intersubjetividad de la reconstrucción de experiencias problemáticas, que se construyen siguiendo un objetivo terapéutico, es un reflejo de la sintonía de “dos mentes” en busca del bienestar psicológico de una de ellas. Una refutación saludable y correctiva experiencialmente (a través de: técnicas empleadas, calidad de la alianza terapéutica, etcétera), se aprecia principalmente en la conversación terapéutica, en función “si hace sentido o no hace sentido al paciente”.

En cuarto lugar, propuesta de un modelo de dominios de información articulados en un sentido de continuidad del sí mismo orientado por datos textuales (véase Figura 2. Dinámicas de los dominios de la RMPS). La comprensión gradual por parte del terapeuta de la dinámica del desequilibrio del significado del paciente implica tener una teoría de la continuidad de un sentido de sí mismo vivido como saludable (dinámica YO/MI). Una manera posible de modificar un significado problemático (tema procesal de significado desadaptativo) es utilizar el modelo de formulación de caso RMPS. Ello implica en primer lugar, ayudar al paciente a poner atención en la dialéctica de su experiencia inmediata (“YO”) y la imagen consciente de si mismo (“MÍ”); y en segundo lugar, facilitar la emergencia y el reconocimiento de información novedosa saludable en los “dominios” que aparezcan deficitarios. Dicho en otras palabras, el objetivo general sería producir nueva información e integración fundamentada en la experiencia (dominios involucrados), a través de los procesos piagetanos de asimilación y acomodación



#### **IV.**

Sobre las limitaciones de la presente investigación hay varias que considero oportuno destacar y que se complementan a las explicitadas en los artículos presentados (véase sección III. Artículos):

1º La selección de las sesiones analizadas se basó en el criterio de la duración del proceso terapéutico considerado como no exitoso. En tal sentido, el número de sesiones restringe las interpretaciones de la presente investigación.

2º La interpretación del análisis de Biplot fue general y se fundamenta en el reducido número de variables y de casos.

3º Teóricamente la relación jerárquica de los dominios de primer y segundo orden planteada en el Modelo de Formulación de Caso RMPS, se encuentra fundamentada en investigación en psicología y sólo parcialmente basada en datos textuales en investigación en psicoterapia.

#### **V.**

En cuanto a perspectivas de investigaciones futuras y considerando todas las limitaciones de la investigación expuesta, hay varias áreas a investigar desde técnicas de análisis mixtas (cualitativas y cuantitativas):

1º Investigar las 16 variables en transcripciones de procesos terapéuticos completos en diferentes trastornos clínicos, tanto en el eje I como en el eje II y con comorbilidad según el DSM-IV-TR.

2º Analizar el comportamiento de las 16 variables asociadas a éxito terapéutico y fracaso en procesos de psicoterapia con el número total de sesiones llevadas a cabo.

3° Investigar desde la perspectiva de la teoría fundamentada la variable “Percepción de tiempo” para lograr una mayor comprensión de la dimensión temporal en procesos de psicoterapia exitosos y no exitosos.

4° Investigar la variable Información Novedosa Positiva (I.N +), variable que se asocia con efectividad en los casos analizados, y construir una tipología.

5° Perfeccionar progresivamente el modelo de conceptualización de caso, en un contexto de integración de procesos y resultados, que se ha denominado “Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico” en diferentes cuadros clínicos.

6° Estudiar el fracaso terapéutico utilizando una categorización en base a la literatura científica con el objetivo de construir una tipología fundada en datos textuales de procesos terapéuticos no exitosos.

## V. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Allen, J.G, Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Angus, L., & McLeod, J. (2004). *The Handbook of narrative psychotherapy*. London: Sage.

Arnold, M.B. (1960). *Emotion and personality*. New York: Columbia University Press.

Asay, T.P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.

Aten, J.D., & Worthington, E.L. (2009). Next Steps for Clinicians in Religious and Spiritual Therapy: An Endpiece. *Journal of Clinical Psychology*, 65(2), 224-229.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control. Nueva York: W.H. Freeman.

Bandura, A. (1991). Self regulation of motivation through anticipatory and self-regulatory mechanisms. En R. A. Dienstbier (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on motivation* (vol.38, pp.69-164). Lincoln: University of Nebraska Press.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barber, J. (2007). Issues and findings in investigating predictors of psychotherapy outcome: introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 17(2), 131-136.

Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.

Bar-Haim, Y., Aya Kerem, A., Lamy, D., & Zakay, D. (2010). When time slows down: The influence of threat on time perception in anxiety. *Cognition and Emotion*, 24(2), 255-263.

- Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28–34.
- Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S., & Cleary, P.D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.
- Bateson, G. (1968). The biosocial integration of behavior in the schizophrenic family. In D.D. Jackson (Ed.), *Therapy, communication, and change* (pp. 9-15). Palo Alto, CA: Science and Behavior.
- Beck, A.T., & Dozois, D.J.A. (2011). Cognitive therapy: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397- 409. Vol. 62: 397-409. DOI: 10.1146/annurev-med-052209-100032.
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp.1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. N.Y: Harper and Row.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and Depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Bell, M.E., Goodman, L.A., & Dutton, M.A.(2007). The dynamics of staying and leaving: implications for battered women’s emotional well-being and experiences of violence at the end of a year. *Journal of Family Violence*, 22, 413–428.
- Benne, K.D., Bradford, L.P., & Lippitt, R. (1964). The laboratory method. In L.P. Bradford, J.R. Gibb, & K.D. Benne (Eds.), *T-group theory and laboratory method* (pp. 15–44). New York: Wiley.
- Beutler, L., Moleiro, C., & Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación: ¿Qué funciona en psicoterapia?. En Fernández-Álvarez, H., & Opazo, R (Comp.), *La integración en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Bize, R., Johnson, J.A., & Plotnikoff, R.C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45, 401-415.
- Block, R.A., Hancock, P. A., & Zakay, D. (2010). How cognitive load affects duration judgments: A meta-analytic review. *Acta Psychologica*, 134, 330-343. doi:10.1016/j.actpsy.2010.03.006

Block, R.A. (1990). Models of psychological time. In R. A. Block (Ed.), *Cognitive models of psychological time* (pp.1-35). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bohart, A.C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bolger, E.A. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 9, 342-362.

Bordin, E.S. (1974). *Research strategies in psychotherapy*. New York: Wiley.

Boyd, J., & Zimbardo, P. (2005). Time Perspective, health and risk taking. In A. Strathman & J. Joireman (Eds.), *Understanding behavior in the context of time* (pp. 85-107). Mahwah: LEA.

Brady, M.J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality and quality life measurement in oncology. *Psychooncology*, 8, 417-428.

Brockelman, P. (1986). *Time and self*. New York: The Crossroad Publishing Company.

Bruner, J. (2004). The narrative creation of self. En L. Angus y J. Mcleod (Eds), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 3-14). California: Sage.

Bruner, J. (2003). *La fabrica de historias*. México, D.F: Fondo Cultura Económica.

Bruner, J., & Kalmar, D. (1998). Narrative and metanarrative in the construction of Self. In M. Ferrari, R. Sternberg (Eds.), *Self-awareness* (pp. 308-331). New York: Guilford Press.

Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Editorial Alianza.

Brunner, E. (1986). Ethnography as narrative. En V.Turner y E. Brunner (Comps.), *The anthropology of experience*. Chicago: University of Illinois Press.

Buhusi, C.V., & Meck, W.H. (2005) What makes us tick? Functional and neural mechanisms of interval timing. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 755–765. doi: 10.1038/nrn1764

Burkhart, L., & Solari-Twadell, P. A. (2001). Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. *Nursing Diagnosis*, 12(2), 45-54.

Burns, D.D. (1980). *Feeling good. The new mood therapy*. New York: Avon.

Caro, I. (2012). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación: Un primer estudio cuantitativo. *Boletín de Psicología*, 106, 45-63.

Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Caro, I., Neimeyer, R., & Newman, C. (2010). Theory and practice in the cognitive psychotherapies: convergence and divergence. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 65-83.

Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: a case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 151-172.

Caro, I. (2007). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación ¿Cómo asimiló María su incapacidad para hacer cosas? *Boletín de psicología*, 89, 47-73.

Caro, I. (2004). A process analysis of linguistic change. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(4), 339-359.

Caro, I. (1993). *Psicoterapia e investigación de procesos*. Promolibro: Valencia.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.

Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (Eds.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.

Castonguay, L.G., Hayes, A.M., & Goldfried, M.R. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.

Clark, D.A., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.

Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 568-578.

Cottle, T.J. (1976). *Perceiving time: A psychological investigation with men and women*. New York: John Wiley.

Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*, 8, 429-438.



Cozolino, L.J., & Sprokay, S.L. (2005). La necesidad evolutiva de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 61, 5-28.

Crittenden, P.M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.

Cushman, P. (1995). Constructing the self, constructing America: A cultural history of psychotherapy. Reading, MA: Addison-Wesley. Davidsan (eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp.163-171). Nueva York: Oxford University Press.

de Leval, N. (1999). Quality of life and depression: Symmetry concepts. *Quality Life Research*, 8, 283-291.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. En R. Dienstbier (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on motivation* (vol. 38, pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

Deleon, P.H; Kenkel, M.B., Garcia-Shelton, L., & Vandebos, G.R. (2011). Psychotherapy, 1960 to the present. In Norcross, John C. (Ed); Vandebos, Gary R. (Ed); Freedheim, Donald K. (Ed), *History of psychotherapy: Continuity and change (2nd ed.)*, (pp. 333-356). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Dervic, K., Oquendo, M., Grunebaum, M.F., Ellis, S., Burke, A.K., & Mann J.J. (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempt. *The American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2303-2308.

DeRubeis R., & Feely, M.(1991). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy Research*,14, 469-482.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2004). Disorganized narratives: The psychological condition and its treatment. En L. Angus y J. Mcleod (Eds), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 263-282). California: Sage.

Dimaggio, G., Procacci, A., & Semerari, A. (1999). Deficit di condivisione e di appartenenza. In A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.

Dowd, E.T. (2006). What changes in cognitive therapy? The role of tacit knowledge structures. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6, 141-148.

Dryden, W., David, D., & Ellis, A. (2010). Rational Emotive Behavior Therapy. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.) (pp. 226-276). New York: Guilford Press.

Duddu, V., Isaac, M.K., & Chaturvedi, S.K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 25-33.

Eells, T. (2007). History and current status of psychotherapy case formulation. En T. Eells (Comp.), *Psychotherapy case formulation* (Vol.2, pp. 3-32). New York: The Guilford Press.

Eells, T. D. (1997). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: Guilford Press.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.

Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy (2nd edition)*. New York: Springer.

Ellis, A. (1984). The Essence of RET. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 2 (1),19-25.

Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145-168.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.

Elliott, R., Partyka, R., Alperin, R., Dobrenski, R., Wagner, J., Messer, S., Watson, J., & Castonguay, L. (2009). An adjudicated hermeneutic single-case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 543-557.

Elliott, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1, 92-103.

Eppinger, B., & Kray, J. (2011). To choose or to avoid: Age differences in learning from positive and negative feedback. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23(1), 41-52.

Fehring, R. J., Miller, J. E., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 663-671.

Fischer, R. (1987). On fact and fiction—the structure of stories that the brain tells itself about itself. *Journal of Social and Biological Structures*, 10, 343-351.

Fonagy, P., & Bateman, A.W., (2007). Teoría del apego y modelo orientado a la mentalización del trastorno límite de la personalidad. En Oldhan, J., Skodol, A., & Bender, D. (Eds), *Tratado de los Trastornos de Personalidad* (pp.189-209). Barcelona: Elsevier Masson.

Fonagy P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Peter Fonagy. New York: Other Press.

Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81, 853-873.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. En S. R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 233-279). New York: Analytic Press.

Fraisse, P. (1967). *Psychologie du temps*. Paris PUF (deuxième édition).

Frank, J.D. (1963). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Freeman, A., & DeWolf, R. (1992). *The 10 dumbest mistakes Smart people make and how to avoid them*. New York: The harper Collins.

Freeman, A., & Oster, C.(1999). Cognitive behaviour therapy. In M. Hersen y A.S.Bellack (Eds.), *Handbook of comparative interventions for adult disorders (2ª edición)*, 108-138. N.Y: Wiley.

Frijda, N.H. (1994). Varieties of affect: emotions and episodes, mood, and sentiments. In P. Ekman y R.J. Davidson (eds.), *The nature of emotion* (pp. 59-67). Oxford University Press.

Frijda, N.H. (1993). The place of appraisal in emotion. *Cognition and Emotions*, 7, 357-382.

Frijda, N.H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43, 349-358.

Frijda, N.H. (1986). *The emotion*. Nueva York: Cambridge University Press.

- Frommer, J., & Rennie, D. (2001). *Qualitative psychotherapy research methods and methodology*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- García Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.
- Garfield, S. L. (1997). Brief Psychotherapy: The Role of Common and Specific Factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 217-225.
- Gibson, J.J. (1975). Events are perceivable but time is not. In J.T.F.N. Lawrence (Ed.), *The study of time* (vol. 2, pp. 295-301). New York: Springer-Verlag.
- Goodman, L.A, Dutton, M.A, Weinfurt, K., & Cook. S. (2003). The intimate partner violence strategies index. *Violence Against Women*, 9(2),163-186.
- Goldfried, M.R., Raue, P.G., & Castonguay, L.G. (1998).The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Goldfried, M.R., Castonguay, L.G., Hayes, A.M., Drozd, J.F, & Shapiro, D.A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic–interpersonal sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 740-748.
- Goldfried, M.R., Newman, C.F, & Hayes, A.M. (1989). *The coding system of therapeutic focus*. Unpublished Manuscript. State University of New York at Stony Brook, Stony Brook, New York.
- Goldfried, M.R. (1992). Integración en psicoterapia: ¿Crisis de madurez de la terapia del comportamiento? *Revista de psicoterapia*, 10/11, 145-157.
- Gollwitzer, P.M., & Bargh, J.A. (eds.) (1996). *The psychology of action. Linking cognition and to motivation to behaviour*. New York: Guilford Press.
- Gonçalves, O. F. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 105-126.
- Gollwitzer, P.M., & Bargh, J.A. (eds.). (1996). *The Psychology of action: Linking cognition and motivation to behaviour*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15-30.
- Greenberg, L.S., & Pinsof, W.M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Nueva York: Guilford.

Greengerg, L.S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.

Greenberg, L.S. (1983). Psychotherapy process research. En Walker, E. (comp.), *The Handbook of clinical psychology*. Illinois: Dow-Jones, Irwin.

Greenberg, J. (2008). Understanding the vital human quest for self-esteem. *Current Perspectives in Psychological Science*, 3, 48-55.

Greenberg, R.P., Constantino, M.J., & Bruce, N. (2006). Are expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26, 657-678.

Grondin, S. (2010). Timing and time perception: A review of recent behavioral and neuroscience findings and theoretical directions. *Attention, Perception & Psychophysics*, 72, 561-582.

Guidano, V.F. (1999). Psicoterapia: Aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva postracionalista. *Revista de Psicoterapia*, 37, 95-105.

Guidano, V.F. (1994). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.

Guidano, V.F. (1993). La Terapia cognitiva desde una perspectiva evolutivo-constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 89-112.

Guidano, V. F. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.

Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford Press.

Guidano, V.F., & Liotti, G. (1979). *Elementi di psicoterapia comportamentale*. Roma: Bulzoni.

Haden, C.A., Haine, R.A., & Fivush, R. (1997). Developing narrative structure in parent-child reminiscing across the preschool years. *Developmental psychology*, 33, 295-307.

Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1999). *Análisis Multivariante* (5ª edición). Madrid: Prentice Hall.

Haskell, R.E. (1987). Structural metaphor and cognition. In R.E. Haskell (Ed.), *Cognition and symbolic structures: The psychology of metaphoric transformation* (pp. 241-256). Norwood, NJ: Ablex.

Hawke, L.D., & Provencher, M.D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(4), 257-276.

Hayes, A.M., & Goldfried, M.R. (2001). Comentario 2: La labor de Carl Rogers con Mark. En Farber, B., Brink, D., & Raskin, P (Eds), *La psicoterapia de Carl Rogers. Casos y comentarios*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Colección biblioteca de psicología).

Hayes, A.M., Castonguay, L.G., & Goldfried, M.R. (1996a). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 623-627.

Hayes, A.M., Castonguay, L.G., & Goldfried, M.R. (1996b). The study of change in psychotherapy: A re-examination of the process-outcome correlation paradigm. Comment on Stiles and Shapiro. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 909-914.

Hill, C.E., & Lambert, M.J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy: Process and outcome. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84-135). New York: Wiley.

Holmes, E.A., Lang, T.J., & Deerprouse, C. (2009). Mental imagery and emotion in treatment across disorders: Using the example of depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 21-28.

Holmes, E.A., Lang, T.J., Moulds, M. L., & Steele, A. M. (2008). Prospective and positive mental imagery deficits in dysphoria. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 976-981.

Holmes, E.A., Geddes, J.R., Colom, F., & Goodwin, G.M. (2008). Mental imagery as an emotional amplifier: Application to bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (12), 1251-1258.

Holmes, E.A., Mathews, A., Mackintosh, B., & Dalgleish, T. (2008). The causal effect of mental imagery on emotion assessed using picture- word cues. *Emotion*, 8(3), 395-409.

Holmes, E.A., Mathews, A., Dalgleish, T., & Mackintosh, B. (2006). Positive interpretation training: Effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy*, 37(3), 237-247.

Holmes, E.A., & Mathews, A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, 5 (4), 489-497.

Hook, J.N., Worthington, E.L., Davis, D.E., Jennings II, D.J., Aubrey L., Gartner, A. L. , Richmond, V. A., & Hook, J.P. (2010). Empirically Supported Religious and Spiritual Therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 46-72.

Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: research and theory. *Psychotherapy Research*, 15, 3-7.

- Horvath, A.O. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal Clinical Psychology*, 56(2), 163-73.
- Humphrey, N. (1986). *The Inner Eye*. Oxford. Faber and Faber.
- Iwarabe, S., & Gaziola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 601-611.
- James, W. (1980). *Principios de Psicología*. México, D.F: Fondo Cultura Económica.
- Kadera, S.W., Lambert, M.J., & Andrews, A.A. (1996). How much therapy is really enough? A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5(2),132-151.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189-1202.
- Klein, T.A., Neumann, J., Reuter, M., Hennig, J., von Cramon, D.Y., & Ullsperger, M. (2007). Genetically determined differences in learning from errors. *Science*, 318, 1642-1645.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford
- Kosslyn, S.M., Ganis, G., & Thompson, W.L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Reviews: Neuroscience*, 2(9), 635-642.
- Kwon, P. (2002). Hope, defense mechanisms, and adjustment: Implications for false hope and defensive hopelessness. *Journal of Personality*, 70, 207-231.
- Lakoff, G. (1987). *Women, fire and dangerous thing: What categories reveal about mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, Vol. 38(4), 357-361.
- Lazarus, A.A. (2000). *El enfoque multimodal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, A.A. (1973). Multimodal behaviour therapy: Treating the BASIC.ID. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 404-411.

Lazarus, R.S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74, 9-46.

Lazarus, R.S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? An author's response: The Lazarus manifesto for positive psychology and psychology in general. *Psychological Inquiry*, 14, 93-109.

Lazarus, R.S., & Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y razón*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press (Traducción castellana en Ed. Paidós, 2000).

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

Lazarus, R.S. (1994). Universal antecedents of the emotion. En P. Ekman & R.J. Davidson (Eds.), *The Nature of emotions: Fundamental questions* (pp.146-149). Oxford: Oxford University Press.

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford.

Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.

Lederberg, M.S., & Fitchett, G. (1999). Can you measure a sunbeam with a ruler? *Psychooncology*, 8, 375-377.

Lench, H.C. (2011). Personality and Health Outcomes: Making Positive Expectations a Reality. *Journal of Happiness Studies*, 12, 493-507.

Lewin, R. (1988). *In the age of manking*. Washington: Smithsonian Books.

Lewin, K. (1942). Time perspective and morale. In G. Watson (eds.), *Civilian morale*. Boston: Houghton Mifflin.

Lewis, M., & Haviland-Jones, J.M. (Eds.)(2000). *Handbook of Emotions (2nd ed.)*. New York: The Guilford Press.

Libby, L.K., Shaeffer, E.M., Eibach, R.P., & Slemmer, J.A. (2007). Picture yourself at the polls: Visual perspective in mental imagery affects self-perception and behavior. *Psychological Science*, 18(3), 199-203.

Little, T.D., Snyder, C.R., & Wehmeyer, M. (2006). The agentic self: On the nature and origins of personal agency across the life span. In D.K. Mroczek & T.D. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 61-79). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lorentz, K. (1973). *Behind the mirror*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.



- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. Cambridge: Harvard University Press (Traducción castellana en Ed. Fondo de cultura económica).
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Markus, H.R. (1977). Self-Schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Maultsby, M.C. Jr. (1975). *Help yourself to Happiness: through rational self-counseling*. N.Y. institute for Rational-Emotive Therapy.
- McAdams D.P., & Janis L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. En L. Angus y J. Mcleod (Eds), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 159-173). California: Sage.
- McNeilly, Ch., & Howard, K. (1991). The effects of psychotherapy. A revaluations based on dosage. *Psychotherapy Research*, 1, 74-78.
- Meins, E., & Russell, J. (1997). Security and symbolic play: The relation between security of attachment and executive capacity. *British Journal of Developmental Psychology* 15, 63-76.
- Ministerio de Salud de Chile (1999). *Programa Nacional de Salud Mental. Unidad de Salud Mental*. Santiago: Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Unidad de Salud Mental*. Santiago: Chile.
- Morris, W.N. (1989). *Mood: the frame of mind*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Morrow, J.R., Jackson, A.W., Bazzarre, T.L., Milne, D., & Blair, S.N. (1999). A one-year follow-up to physical activity and health. A report of the surgeon general. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(1), 24-30.
- Muñoz-Justicia, J. (2005). *Análisis de datos textuales con Atlas.ti*. Retrieved from <http://psicologiasocial.uab.es/juan/index.php/docs-mainmenu-89/category/12-mis-textos?download=2:analisis-de-datos-textuales-con-atlas-ti-5>
- Mueller, P.S., Plevak, D.J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for Clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.

- Mytko, J.J., & Knight, S.J. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality life research. *Psychooncology*, 8, 439-450.
- Neisser, U. (1993). *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-Knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nelson, K. (ED.). (1989). *Narratives from the crib*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Norcross, J.C., Vandenbos, G.R., & Freedheim, D.K. (2011). *History of Psychotherapy: Continuity and Change (2<sup>a</sup> Ed)*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Norcross, J.C., Freedheim, D.K., & Vandenbos, G.R. (2011). Into the future: retrospect and prospect in psychotherapy. In Norcross, John C. (Ed); Vandenbos, Gary R. (Ed); Freedheim, Donald K. (Ed), *History of psychotherapy: Continuity and change (2nd ed.)*, (pp. 743-760). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Norcross, J.C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- Oja, P., & Borms, J. (2004). Health enhancing physical activity. In P. Oja & J. Borms (Eds.), *Perspectives – The multidisciplinary series of physical education and sport science (Vol. 6)*. Oxford: Meyer & Meyer Sport (UK) Ltd.
- Omer, H., & London, P. (1988). Metamorphosis in psychotherapy: End of the systems era. *Psychotherapy*, 25, 2, 171-182.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)*, (pp. 229-269). New York: Wiley.
- Orlinsky, D., & Howard, K. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-37.
- Overholser, J.C. (2010). Psychotherapy according to the Socratic Method: Integrating ancient philosophy with contemporary cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 354-363.

- Palm-Beskow, A., Beskow, J., & Miró, M.T. (2004). *Cognitive Psychotherapy and the development of consciousness, Living in conviviality*. Göteborg, (SE): Intellecta DS.
- Pargament, K.I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford.
- Peden, A. (2013). Tackling depressed mood through exercise. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 13(3), 34-35.
- Persons, J.B. (1995). Why practicing psychologists are slow to adopt empirically-validated treatments. In S.C. Hayes, V.M. Follette, R.M. Dawes, K. E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 141-157). Reno, NV: Context Press.
- Persons, J.B. (1989). *Cognitive therapy in practice. A case formulation approach*. New York: Norton.
- Peterson, C., Maier, S.F., & Seligman, M.E.P. (1995). *Learned Helplessness: A Theory for the Age of Personal Control*. New York: Oxford University Press.
- Piaget, J. (1970). Piaget's theory. In P.H. Mussen (comp.), *Carmichael's manual of child psychology* (3<sup>a</sup> edition, vol.1). Nueva York: Wiley.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams and imitation in childhood*. Nueva York: Norton.
- Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human Sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Polkinghorne, D.E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. En L. Angus y J. Mcleod (Eds), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 53-67). California: Sage.
- Popper, K. (1992). *Un mundo de propensiones*. Madrid: Tecnos.
- Popper, K., & Eccles, J. (1977). *El yo y su cerebro*. Barcelona: Labor.
- Popper, K. (1972). *Conocimiento objetivo*. Madrid: Tecnos.
- Quiñones, A., Melipillán, R., & Ugarte, C. (2012). Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 247-254.

Quiñones, A.T. (2011a). Modificación del significado personal: perspectivas de un programa de investigación de procesos en psicoterapia. *Rivista di psichiatria*, 46(5-6), 319-325.

Quiñones, A.T. (2011b). Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico: aplicaciones a un caso clínico. *Revista de Psicoterapia*, 88, 97-130.

Quiñones, A.T. (2010). Modifica del significato personale attraverso il Modello di Ricostruzione del Malessere Psicologico. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 26, XV(1), 206-221.

Quiñones, A.T. (2008a). Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 37-47.

Quiñones, A.T. (2008b). Perturbación estratégica gradual: formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS). *Revista de Psicoterapia*, 74/75, 35-42.

Rennie, D.L. (2004). Anglo-North american qualitative counselling and psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 14(1), 37-55.

Rennie, D.L., & Toukmanian, S.G. (1992): Explanation in psychotherapy process research. En S. Toukmanian, y D. Rennie (comps.), *Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 234-251). Newbury Park: Sage.

Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción* (5ª edición). Mc Graw Hill: México.

Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como un otro*. Madrid: Siglo XXI.

Ricoeur, P. (1984). *Time and narrative*. Chicago: University Chicago Press.

Ricoeur, P. (1978). The task of hermeneutics. In m. Murray (Ed.), *Heidegger and modern philosophy: Critical essays* (pp. 141-160). New haven, CT/London: Yale University Press.

Roeckelin, J.E. (2000). *The concept of time in psychology*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.

Rosmarin, D.H., Auerbach, R.P; Bigda-Peyton, J.S., Björgvinsson, T., & Levendusky, P.G. (2011). Integrating Spirituality Into Cognitive Behavioral Therapy in an Acute Psychiatric Setting: A Pilot Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(4), 287-303.

Rosmarin, D.H., Wachholtz, A., & Ai, A.L. (2011). Beyond descriptive research: Advancing the study of spirituality and health. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 409–413.

Rosmarin, D.H., Pirutinsky, S., Auerbach, R.P., Björgvinsson, T., Bigda-Peyton, J., Andersson, G., Pargament, K.I., & Krumrei, E.J. (2011). Incorporating spiritual beliefs into a cognitive model of worry. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 691-700.

Rosmarin, D.H., Pargament, K. I., & Robb, H. B. (2010). Introduction to special series: Spiritual and religious issues in behavior change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 343-347.

Russell, R. (1988). A new classification scheme for studies of verbal behavior in psychotherapy. *Psychotherapy*, 25, 51-58.

Rude, S.S., Valdez, C. R., Odom, S., & Ebrahimi, A. (2003). Negative cognitive biases predict subsequent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(4), 415-429.

Ryan, R.M. (1993). Agency and organization: Intrinsic motivation, autonomy, and the self in psychological development. En J.E. Jacobs (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Developmental perspectives on motivation* (vol. 40, pp.1-56). Lincoln: University of Nebraska Press.

Saarijarvi, S., Salminen, J.K., Toikka, T., & Raitasalo, R. (2002). Health-related quality of life among patients with major depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 261-264.

Scharfetter, Ch. (1988). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata.

Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R., Abbott, R.C., et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.

Seeman T.E., Dubin L.F., & Seeman, M. (2003). Religiosity/Spirituality and Health: a critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 58, 53-63.

Semerari, A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Roma-Bari: Gius Laterza & Figli Spa (Traducción castellana en Ed. Paidós, 2002).

Siegel, D.J. (1999). *The Developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press. (Traducción castellana en Ed. Desclee de Brouwer, 2007).

Sims, A. (1988). *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology*. London: Baillière Tindall.

Sirigu, A., & Duhamel, J.R. (2001). Motor and visual imagery as two complementary but neurally dissociable mental processes. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 13, 910-919.

Slade, A. (2005a). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269-281.

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005b). Maternal Reflective Functioning, Attachment, And the Transmission Gap: A Preliminary Study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298.

Smith, C.M., & Grawe, K. (2003). What Makes Psychotherapy Sessions Productive? A New Approach to Bridging the Gap Between Process Research and Practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.

Spence, D.P. (1984). *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton.

Stangier, U., Von Consbruch, K., Schramm, E., & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety, Stress & Coping*, 23, 289-301.

Stern, D.N. (2004). *The present moment: In psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.

Stiles, W.B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 122-127.

Stiles, W.B., & Angus, L. (2001). Qualitative Research on Clients' Assimilation of problematic experiences in psychotherapy. In J. Frommer & D.L. Rennie (Comps), *Qualitative Psychotherapy Research. Methods and Methodology*. Berlin: Pabst Science.

Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Harper, H., & Morrison, L.A. (1995). Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: An alternative to the drug metaphor. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 1-13.

Stiles, W.B., Elliot, R., Llewelyn, S.P., Firth-Cozens, J.A., Margison, F.R., Shapiro, D.A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411- 420.

Stiles, W.B., Meshot, C.M., Anderson, T.M., & Sloan, W.W. (1992): Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101.

Stiles, W.B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D., & Firth-Cozens, J.A. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.

Tallman, K., & Bohart, A.C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 91-131). Washington, DC: American Psychological Association.

Tarrier, N. (2006). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases*. London: Routledge.

Taylor, S.E., & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.

Toplak, M.E., Rucklidge, J.J., Hetherington, R., John, S.C.F., & Tannock, R. (2003). Time perception deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid reading difficulties in child and adolescent samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 888-903.

Triandis, H.C. (2011). Culture and self-deception: A theoretical perspective. *Social Behavior and Personality*, 39(1), 3-14.

Triandis, H. C. (2009). *Fooling ourselves: Self-deception in politics, religion, and terrorism*. Westport, CT: Praeger.

Tsevat, J., Keck, P.E., Hornung, R.W., & McElroy, S.L. (2000). Health values of patients with bipolar disorder. *Quality Life Research*, 9, 579-586.

Tulving, E. (2002). Chronesthesia: Conscious awareness of subjective time. In D. T. Stuss & R. T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp. 311-325). New York: Oxford University Press.

Tutty, L.M. (1996). Post-shelter services: the efficacy of follow-up programs for abused women. *Research on Social Work Practice*, 6, 425-441.

US Department of Health and Human Services (2000). *Healthy people 2010* (conference edition in 2 Vols.). Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Retrieved July 2013 from: <http://www.health.gov/healthypeople>

U.S. Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Report no. 1.

Vázquez, C. (2000). Psicopatología de la memoria y vivencia del tiempo. En R. Luque y J.M. Villagrán (Eds.), *Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias*. Madrid: Trotta.

Vogel, D. (1995). Perspectivas narrativas en la teoría y la práctica. *Revista de Psicoterapia*, vol 6, nº 22/23, 21-38.

Van den Broek, P., & Thurlow, R. (1991). The role and structure of personal narratives. *Journal of Cognitive psychotherapy*, 5, 157-276.

Von Hippel, W., & Trivers, R. (2011). The evolution and psychology of self-deception. *Behavioral and Brain Sciences*, 34, 1-56.

Wampold, B.E., Hollon, S.D., & Hill, C.E. (2011). Unresolved questions and future directions in psychotherapy research. In J.C. Norcross, VandenBos, G.R., & D. K. Freedheim, (Eds), *History of psychotherapy: Continuity and change* (Second edition), (pp.333-356). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Hillsdale, NJ, L. Erlbaum Associates.

Watson, D., & Clark, L.A. (1994). The vicissitudes of mood: a schematic model. In P. Ekman y R.J. Davidson (eds.), *The nature of emotion* (pp. 400-4005). New York: Oxford University Press.

Weiner, B. (1986). *An attributional theory of achievement motivation and emotion*. Nueva York: Sptinger-Verlag.

Weimer, W. B. (1977). A Conceptual framework for cognitive psychology: Motors theories of the mind. In R. Schaw & J. Bradsford (Eds.), *Perceiving, acting and knowing* (pp. 267-311). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Whelton, W.J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58-71.

Westland, S., & Shinebourne, P. (2009). Self-deception and the therapist: An interpretative phenomenological analysis of the experiences and understandings of therapists working with clients they describe as self-deceptive. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 385-401.

Wiener, R. (1958). *Cybernética y sociedad*. Buenos Aires: Sudamericana.

Wiser, S.L., & Goldfried, M.R. (1996). Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 634-640.

Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Young, J., & Klosko, J. (1994). *Reinventing Your Life*. New York: Plume.

Yurica, C.L., & DiTomasso, R.A. (2005). Cognitive distorsions. En A. Freeman. S.H. Felgoise, A.M. Nezu. C.M. Nezu, y M.A. Reinecke, M.A. (Comps), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*, (pp.117-122). Nueva York: Springer.





## **VI. ANEXOS**

## ANEXO I: CÓDIGOS EN CASOS EXITOSOS

Me extiendo en la precisión de la codificación que aparece en el apartado "procedimiento" del artículo titulado: *Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva*.

La codificación presenta una tipología de tres tipos de códigos denominados: de primer orden, de segundo orden y transversal. Además, la codificación presenta varios ejes de análisis que muestran información sobre el objetivo terapéutico (Cuadro a). Codificación que denominado "codificación multiaxial". Nombre que no utilice en el artículo señalado pero que considero oportuno subrayarlo puesto que no cambia nada, pero si mejora en mi opinión, la comprensión de la codificación cualitativa empleada.

Cuadro a. Características de la Codificación

Código aplicado a: Nombre del código: Ubicación: Etiqueta: Signo / cualidad: Tipo de código: Definición: Cuando se aplica:
---

**Descripción:**

**Código aplicado a Paciente:** *Caso exitoso 2º.*

**Nombre de Código:** *(obj. 1-3º) I.N (-): baja disponibilidad de novio.*

**Tipo de código:** transversal.

**(obj. 1-3º):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 3ª.

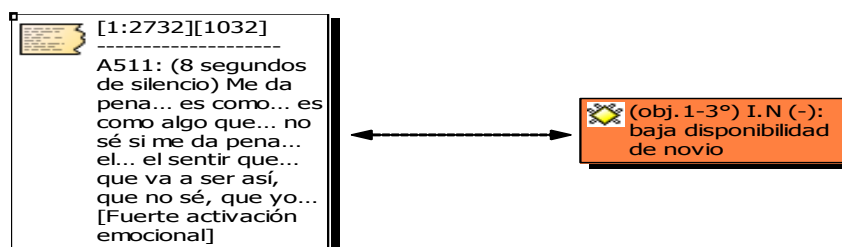
**I.N:** Información novedosa.

**(-):** El signo es negativo. La cualidad indica que la información nueva es negativa para el sistema psicológico.

**Definición:** Información nueva puesto que el paciente distingue y diferencia información en su fenomenología de malestar psicológico. Es Información que no contribuye a la regulación psicológica.

En este caso, la autoobservación no tuvo una tendencia a generar bienestar psicológico, ya que la información nueva obtenida no tuvo impacto en una diferente conceptualización sobre el propio sufrimiento psicológico que produjera disminución de malestar psicológico.

**Cuando se aplica:** En el caso en que el contenido del turno cumple con la definición.



Descripción:

**Código aplicado a Paciente:** Caso exitoso 2°.

**Nombre de Código:** (obj.1-5°) I.N (+): valida clarificación sobre soledad en él.

**Tipo de código:** Código transversal.

**(obj.1-5°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 5ª.

**I.N:** Información novedosa.

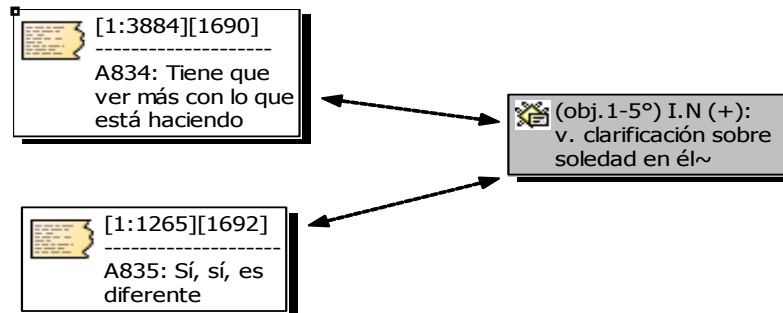
**(+):** El signo es positivo. La cualidad indica que la información nueva es positiva para el sistema psicológico.

**Definición:** Nos indica que hay nueva información que permita mejorar la articulación y así lograr que el dominio funcione contribuyendo al bienestar psicológico.

**Cuando se aplica:** Se aplica en turnos que muestren que hay información nueva para el paciente. Por ejemplo: No lo había mirado de esa manera; si es diferente; etcétera.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición.

Se representan dos citas asociadas al código **(obj.1-5°) I.N (+): valida clarificación sobre soledad en él**



Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** Caso exitoso 1°.

**Nombre de código:** (obj.1-3°) I.N (+): v. reformulación: ejemplo de hiperracionalidad.

**Tipo de código:** Código transversal.

**(obj.1-3°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 3ª.

**I.N:** Información novedosa.

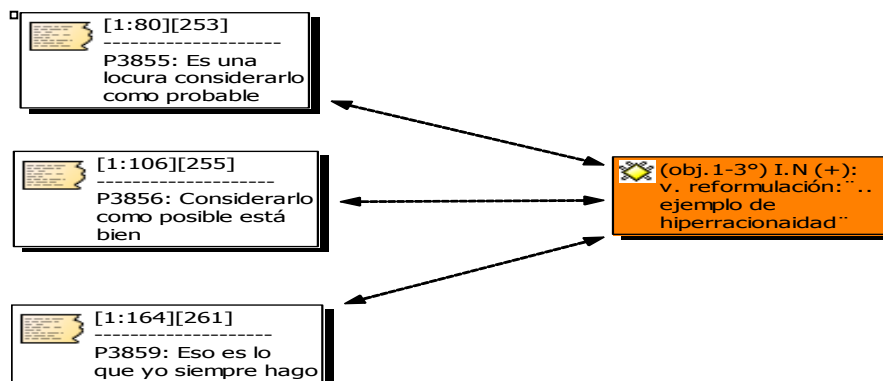
**(+):** El signo es positivo. La cualidad indica que la información nueva es positiva para el sistema psicológico.

**Definición:** Nos indica que hay nueva información que permita mejorar la articulación y así lograr que el dominio funcione contribuyendo al bienestar psicológico.

**Cuando se aplica:** Se aplica en turnos que muestren que hay información nueva para el paciente. Por ejemplo: No lo había mirado de esa manera; "sí, es diferente"; etcétera.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición.

Se representan tres citas asociadas al código **(obj.1-S.3°) I.N (+): v. reformulación: ejemplo de hiperracionalidad**



Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** Caso exitoso 2°.

**Nombre de código:** (obj.1-3°) S/TnF: "no merezco ser prioridad".

**Tipo de código:** Dominio de primer orden.

**(obj.1-3°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 3ª.

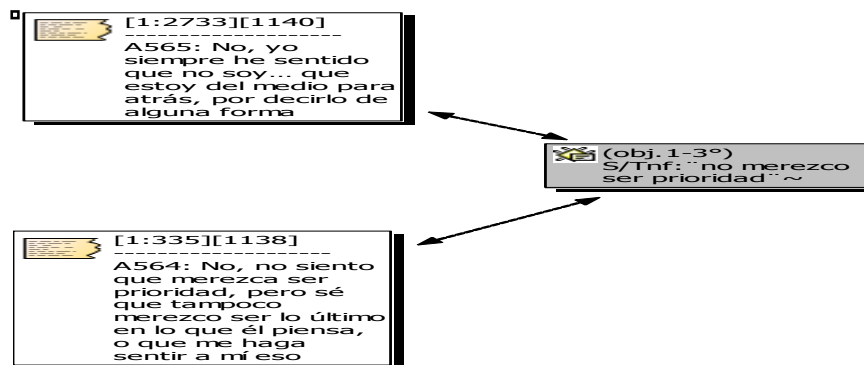
**S/TnF:** Sentido de sí mismo y tiempo no fluido.

**(n):** La cualidad es negativa (S/TnF) ya que indica que el dominio está siendo procesado inadecuadamente.

**Definición:** El cliente describe y valora su sensación de sí mismo en relación al foco problemático. En el turno tabulado se observa que su autovaloración es sólo desde una mirada negativa en relación al estado de su relación con su pareja en el momento presente.

**Cuando se aplica:** Se aplica al turno de habla del paciente en que se observe que expresa información sobre su sentido de sí mismo en un contexto temporal.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición. Se representan dos citas asociadas al código **(obj.1-3°) S/TnF: "no merezco ser prioridad"**.



Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** Caso exitoso 2°.

**Nombre de código:** (obj.1-5°) S/TF: ponderación realista.

**Tipo de código:** Dominio de primer orden.

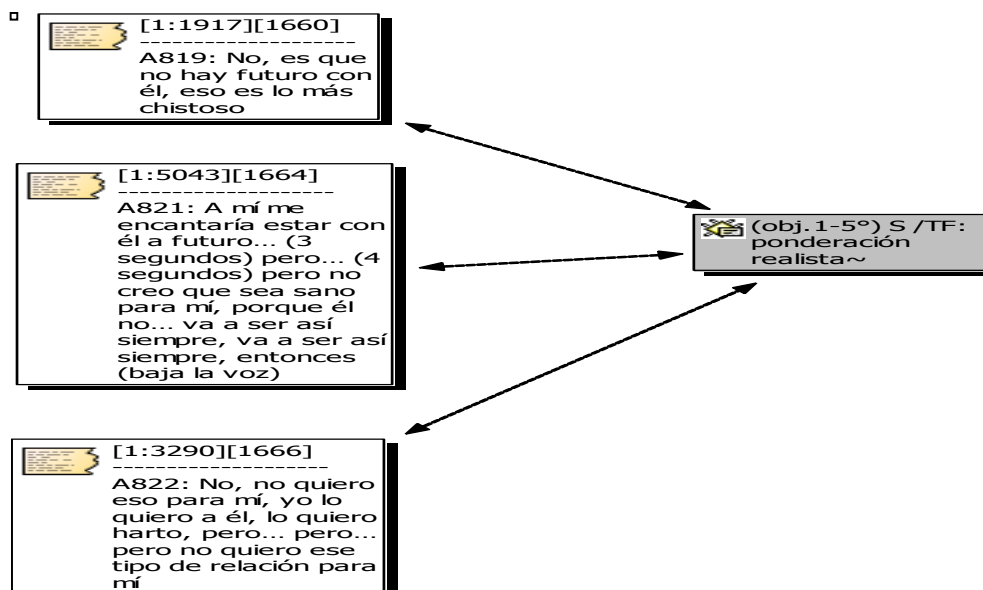
**(obj.1-5°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 5ª.

**S/TF:** Sentido de sí mismo y tiempo fluido. La ausencia de "n" indica que la cualidad es positiva porque el dominio está siendo procesado adecuadamente.

**Definición:** alude a la percepción de ausencia de alteración de la percepción de temporalidad subjetiva. Cómo la etiqueta indica, se observa, una ponderación realista sobre la continuidad de su relación.

**Cuando se aplica:** Se aplica al turno que se focaliza en su sentido de sí mismo y percepción de tiempo.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición. Se representan tres citas asociadas al código: **(obj.1-5°) S/TF: ponderación realista**.



Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** Caso exitoso 2°.

**Nombre de Código:** (obj.1-5°) af (+): *afrontamiento de resolución de problemas.*

**Tipo de código:** Dominio de segundo orden.

**(obj.1-5°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 5ª.

**af:** afrontamiento.

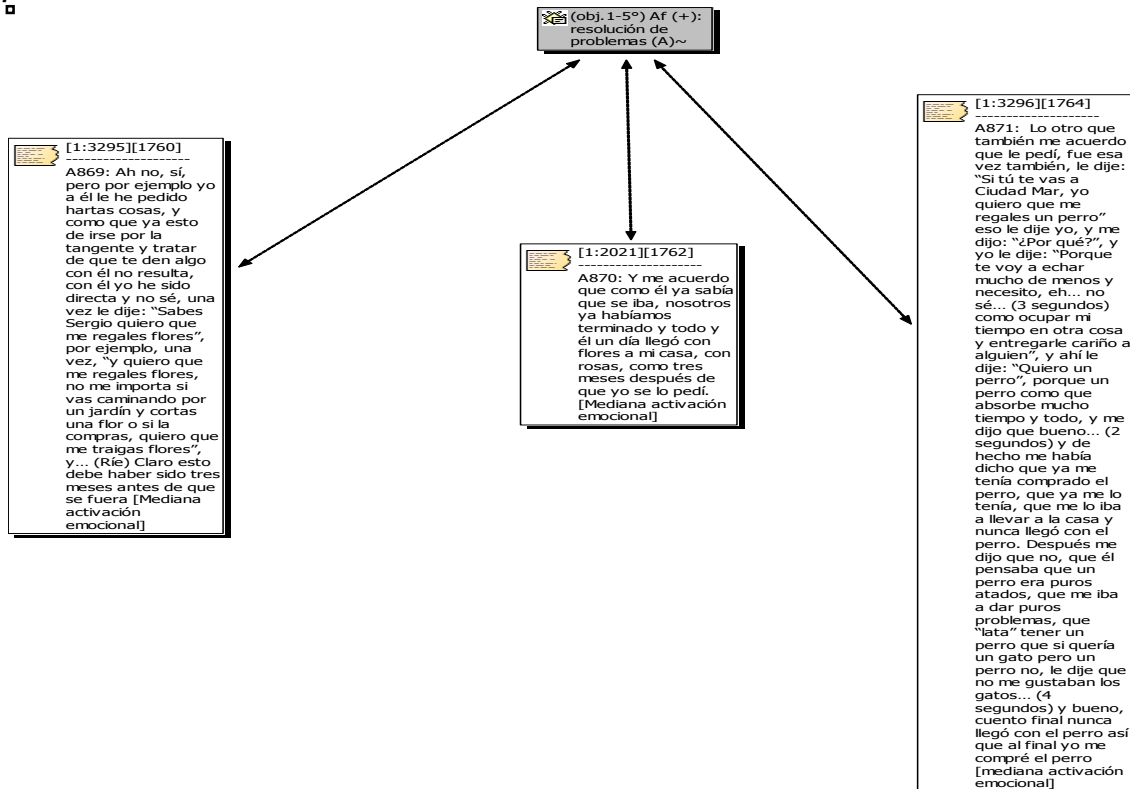
**(+):** El signo es positivo puesto que contribuye a regular al sistema psicológico.

**Definición:** Es un tipo de afrontamiento que va dirigido a la articulación de una acción para cambiar una situación conflictiva. Alude al afrontamiento centralizado en la resolución de problemas que funcionó.

**Cuando se aplica:** Se aplica al turno de habla del paciente en que se observe que expresa información sobre lo que hace y piensa en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, en los intentos que tienen éxito.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición.

Se representan tres citas asociadas al código **(obj.1-5°) af (+): afrontamiento de resolución de problemas.**



Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** *Caso exitoso 1.*

**Nombre de código:** *(obj.1-3°) Af (-): afrontamiento disfuncional.*

**Tipo de código:** Dominio de segundo orden.

**(obj.1-3°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 3ª.

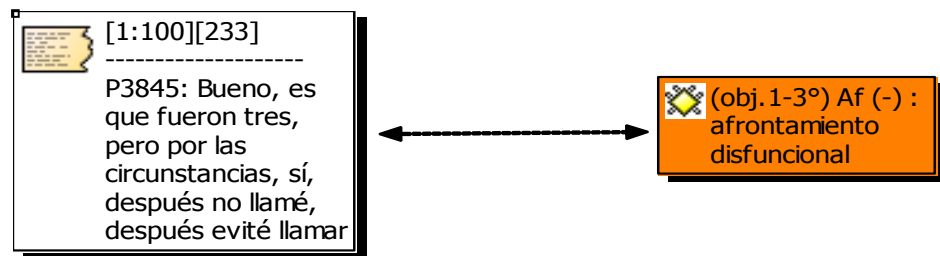
**af:** afrontamiento.

**(-):** El signo es negativo. Cualidad que indica que el dominio está siendo procesado inadecuadamente.

**Definición:** Por afrontamiento se entiende: "Es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no" (Lazarus, 1994, p.197). En este caso de afrontamiento disfuncional, alude a un tipo de afrontamiento evitativo y disfuncional.

**Cuando se aplica:** Se aplica al turno en que el paciente expresa información rememorada de una experiencia vivida y evaluada como afrontamiento disfuncional desde el punto de vista del observador (analista).

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición.



Descripción:

**Código aplicado a Paciente:** *Caso exitoso 2°.*

**Nombre de Código:** *(obj.1-3°) af (-) resolución de problema.*

**Tipo de código:** Dominio de segundo orden.

**af:** afrontamiento.

**(obj.1-3°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 3ª.

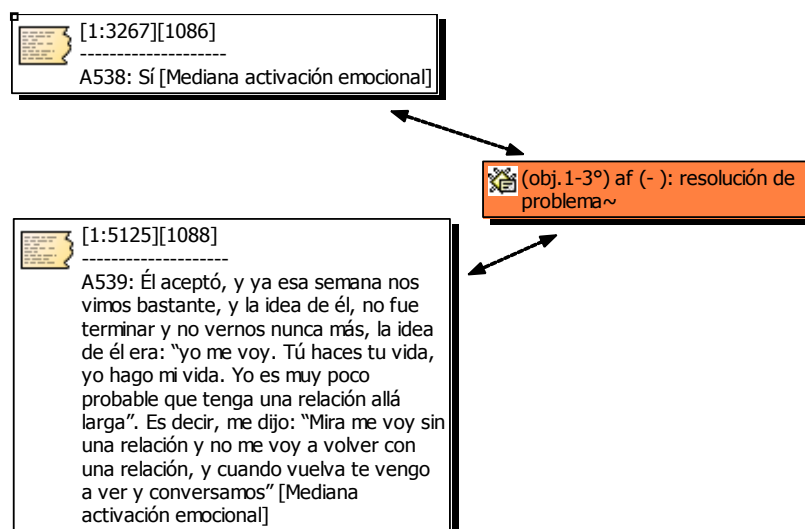
**(-):** El signo es negativo. Cualidad que indica que el dominio está siendo procesado inadecuadamente.

**Definición:** Por afrontamiento se entiende: "Es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no" (Lazarus, 1994, p.197). Este es un caso de afrontamiento disfuncional ya que alude a un tipo de afrontamiento de resolución de problema que se valoró como negativo porque no contribuyó a regular al sistema psicológico.

**Cuando se aplica:** Se aplica al turno en que el paciente expresa información rememorada de una experiencia vivida y evaluada como afrontamiento disfuncional desde el punto de vista del observador (analista).

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición.

Se representan dos citas asociadas al código **(obj.1-3°) af (-) resolución de problema.**



Descripción:

**Código aplicado a Paciente:** Caso exitoso 2°.

**Nombre de Código:** (obj.1-5°) P.M\_s: descentramiento / bromea sobre sí misma.

**Tipo de código:** Dominio de primer orden.

**(obj.1-5°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 5ª.

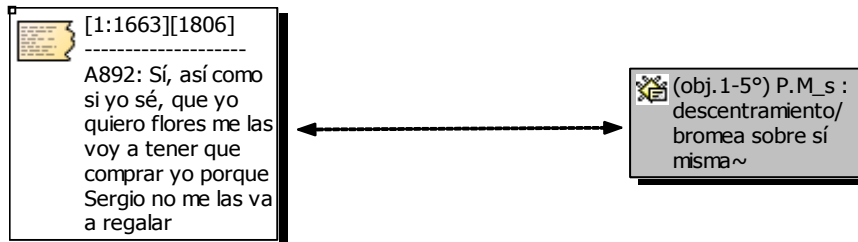
**P.M\_s:** Alude a proceso de mentalización saludable.

**(s):** El signo "s" alude a saludable e indica que el paciente mentaliza adecuadamente.

**Definición:** Los procesos de mentalización aluden a una adecuada atención a los estados mentales propios y de los demás. En el presente caso la cliente interpreta su propio estado mental de manera saludable.

**Cuando se aplica:** Se aplica a un turno en que se observe mentalización saludable.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición.



Descripción:

**Código aplicado a Paciente:** Caso exitoso 2°.

**Nombre de Código:** (obj.1-3°) P.M\_p: incontrolabilidad.

**Tipo de código:** Dominio de primer orden.

**(obj.1-3°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 3ª.

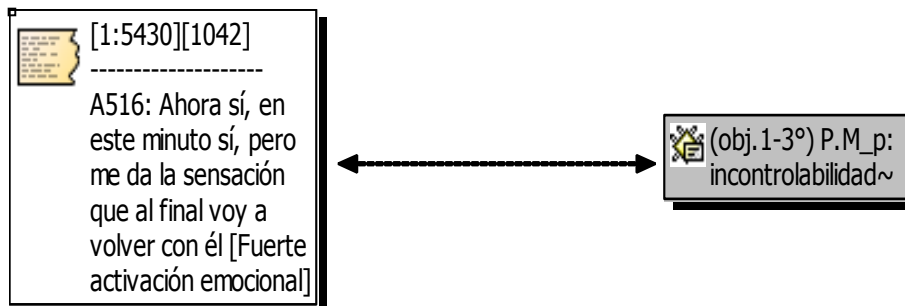
**P.M\_p:** Alude a proceso de mentalización problemático.

**(p):** El signo "p" alude a problemático e indica que el paciente mentaliza inadecuadamente.

**Definición:** Los procesos de mentalización aluden a una adecuada atención a los estados mentales propios y de los demás. En el presente caso la cliente interpreta su propio estado mental de manera problemática.

**Cuando se aplica:** Se aplica a un turno en que se observe mentalización no saludable.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición.





Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** Caso exitoso 2°.

**Nombre de Código:** (obj.1-3°) N.R (-) "Me siento un apéndice de su vida".

**Tipo de código:** Dominio de primer orden.

**(obj.1-3°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 3ª.

**N.R:** Narrativa reflexiva.

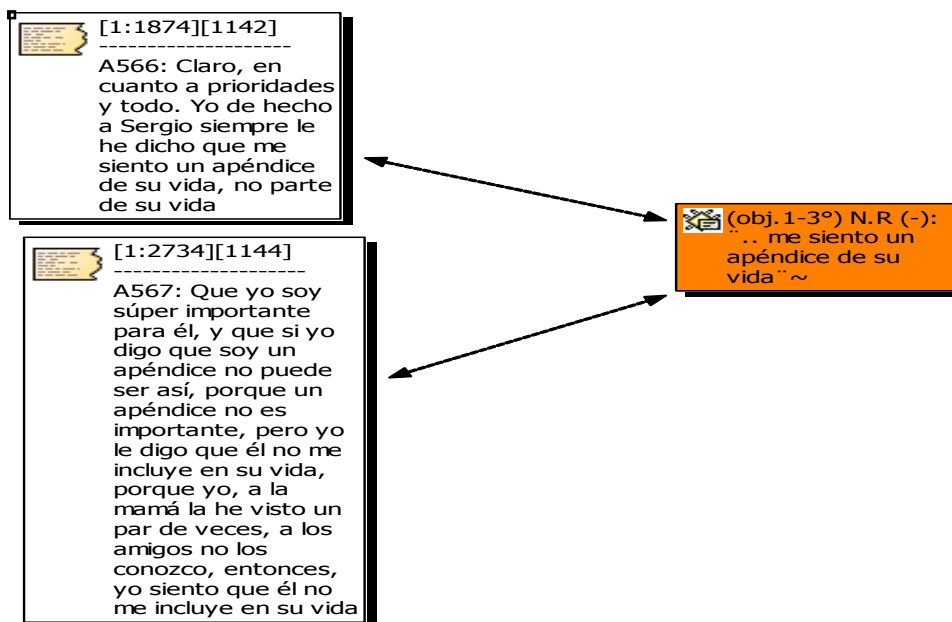
( - ): El signo es negativo. La cualidad indica que la la narrativa es reflexiva pero tiene la cualidad que es negativa.

**Definición:** narrativa interna y reflexiva que alude a una elaboración de significado negativo de lo que ocurrió y que no es adaptativo.

**Cuando se aplica:** Se aplica a más de un turno del paciente, en que se observe que expresa elaboración de información con cualidad negativa.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido de los turnos no cumplen con la definición.

Se representan dos citas asociadas al código **(obj.1-3°) N.R (-) "Me siento un apéndice de su vida"**.



Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** Caso exitoso 2°.

**Nombre de Código:** (obj.1-5°) N.R (+) relación a distancia.

**Tipo de código:** Dominio de primer orden.

**(obj.1-5°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 5ª.

**N.R:** Narrativa reflexiva.

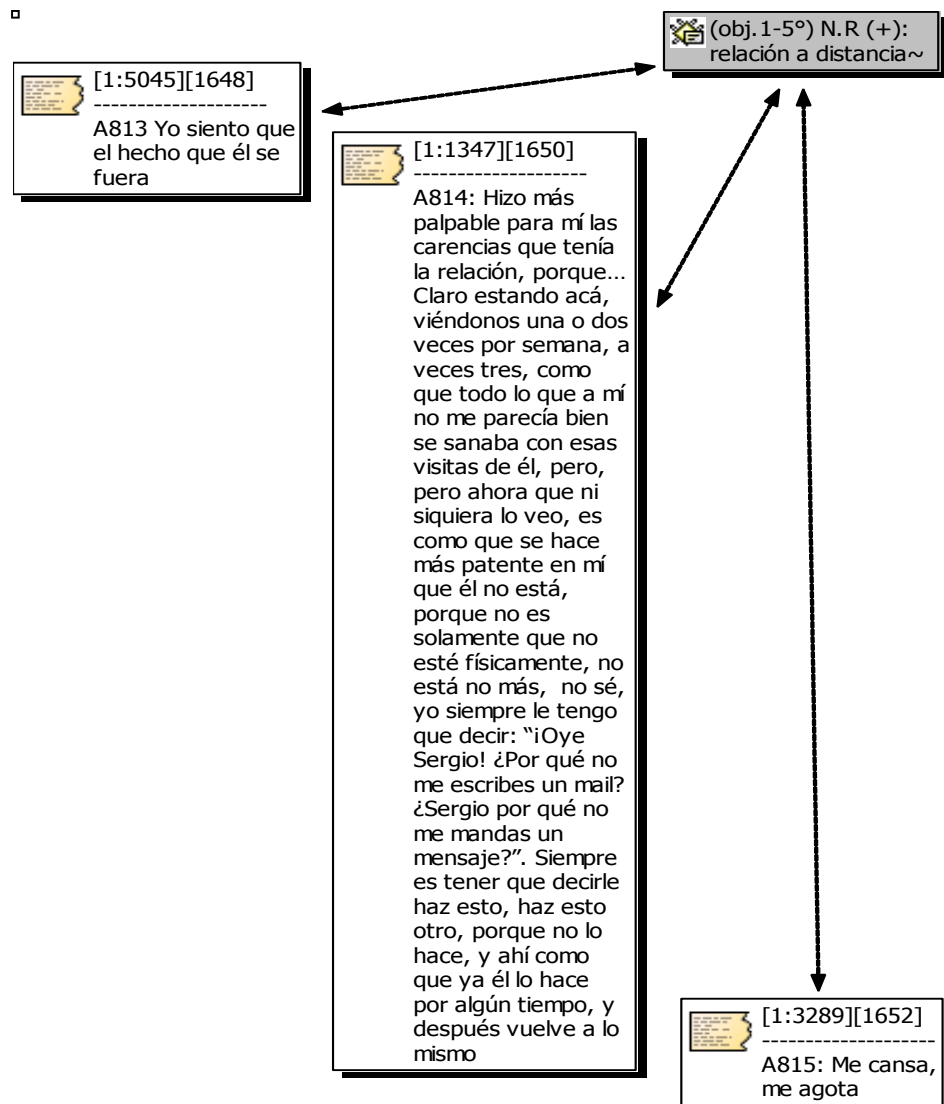
**(+):** El signo es positivo. Indica que el dominio está siendo procesado adecuadamente.

**Definición:** narrativa interna y reflexiva que alude a elaboración de significado de lo que ocurrió.

**Cuandose aplica:** Se aplica en el contexto de al menos dos turnos en que el paciente exprese elaboración (temática y causal) y reflexión de información acorde a la definición de Narrativa Reflexiva.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido de los turnos no cumplen con la definición.

Se representan tres citas asociadas al código **(obj.1-5°) N.R (+) relación a distancia**.



## ANEXO II: CÓDIGOS EN CASO NO EXITOSO

Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** *Caso no exitoso.*

**Nombre de código:** *(obj.1-6°) S/Tnf: permanece sentido de sí mismo constrictivo en lugares cerrados.*

**Tipo de código:** Dominio de primer orden.

**(obj.1-6°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 6ª.

**S/TnF:** Sentido de sí mismo y tiempo no fluido.

**(n):** La cualidad es negativa (S/TnF) ya que indica que el dominio está siendo procesado inadecuadamente.

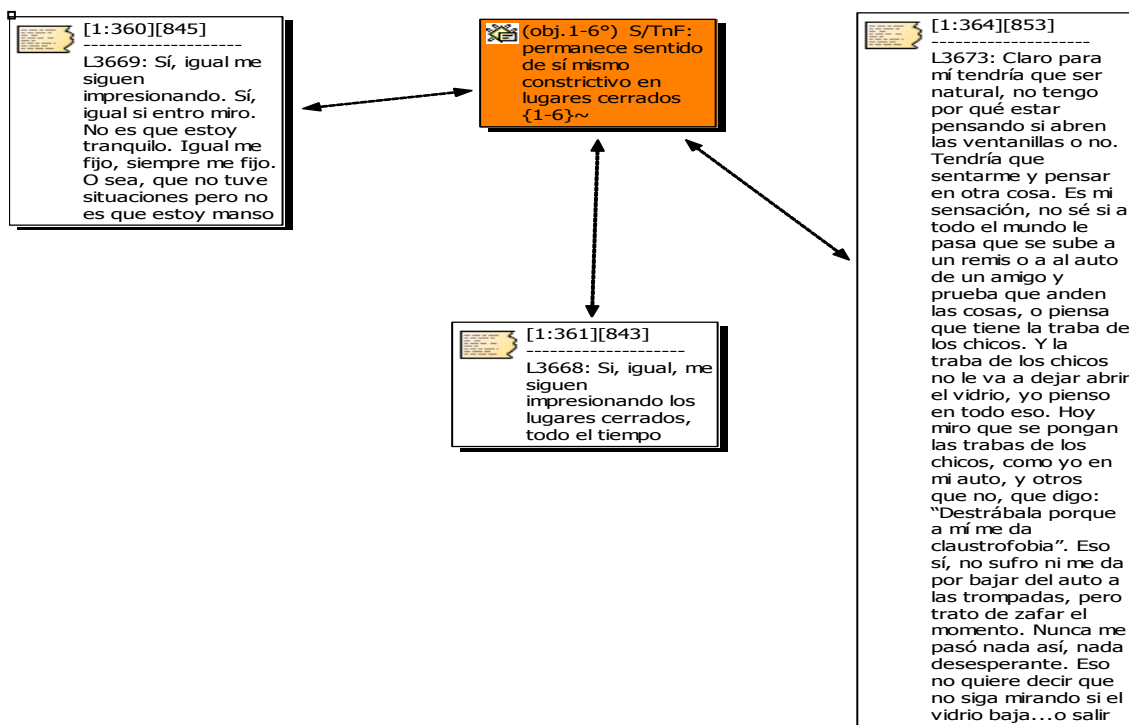
**Definición:** El cliente (paciente) describe y valora su sensación de sí mismo en relación al foco problemático. En el turno tabulado se observa que su autovaloración es sólo desde una mirada negativa en relación al estado de su relación con su pareja en el momento presente.

**Cuando se aplica:** Se aplica al turno de habla del paciente en que se observe que expresa información sobre su sentido de sí mismo en un contexto temporal.

Se representan tres citas asociadas al código (obj.1-6°) S/Tnf: permanece sentido de sí mismo constrictivo en lugares cerrados.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno (s) no cumplen con la definición.

Se representan tres citas asociadas al código **(obj.1-6°) S/TnF: permanece sentido de sí mismo constrictivo en lugares cerrados.**



Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** Caso no exitoso.

**Nombre de código:** (obj.1-5°) Af (-): evitativo: no pudo bajar en ascensor.

**Tipo de código:** Dominio de segundo orden.

**(obj.1-5°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 5ª.

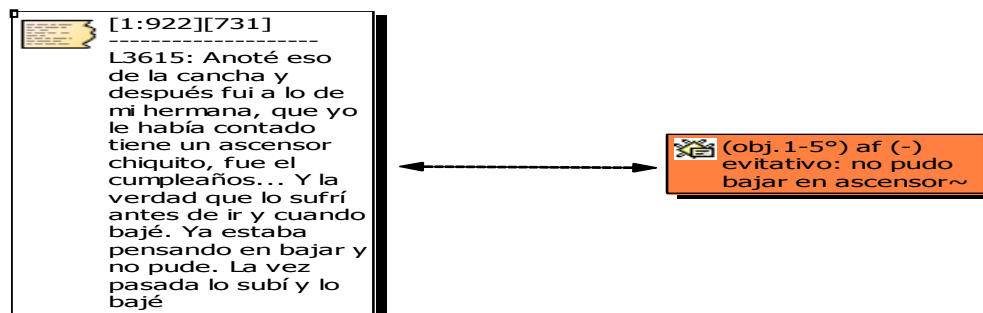
**af:** afrontamiento.

**(-):** El signo es negativo. Cualidad que indica que el dominio está siendo procesado inadecuadamente.

**Definición:** Por afrontamiento se entiende: "Es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no" (Lazarus, 1994, p.197). En este caso se aprecia un afrontamiento disfuncional porque es evitativo.

**Cuando se aplica:** Se aplica al turno en que el paciente expresa información rememorada de una experiencia vivida y evaluada como afrontamiento disfuncional desde el punto de vista del observador (analista).

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición.



Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** Caso no exitoso.

**Nombre de código:** Obj.1-6°) P.M\_p: jerarquiza situaciones malestar psicológico.

**Tipo de código:** Dominio de primer orden.

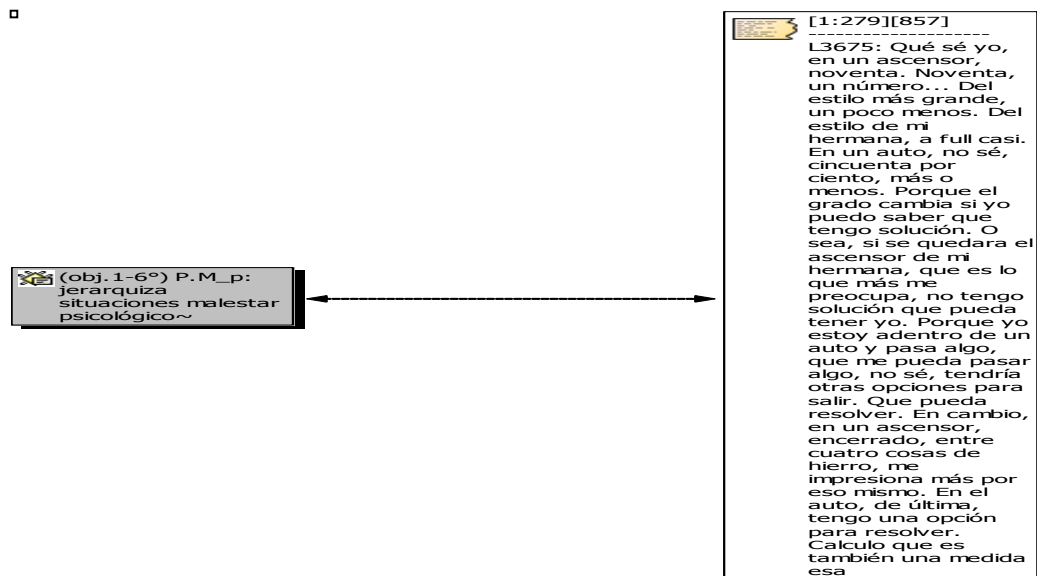
**(obj.1-6°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 6ª.

**P.M\_p:** El signo "p" alude a problemático. Indica que el paciente mentaliza inadecuadamente.

**Definición:** Los procesos de mentalización aluden a una adecuada atención a los estados mentales propios y a los de otros. En este caso se observa un proceso de mentalización problemático ya que se aprecia una deficiencia en la capacidad de percepción del estado emocional, puesto que no le permite decodificar y entender su sentido de constricción.

**Cuando se aplica:** Se aplica a un turno en que se observe mentalización no saludable.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido del turno no cumple con la definición.



Descripción:

**Código aplicado al Paciente:** *Caso no exitoso.*

**Nombre de Código:** *(obj.1-3°) N.R (-) "situaciones de constricción".*

**Tipo de código:** Dominio de primer orden.

**(obj.1-5°):** Pertenece al objetivo 1. Ubicación: Sesión 5ª.

**N.R:** Narrativa reflexiva.

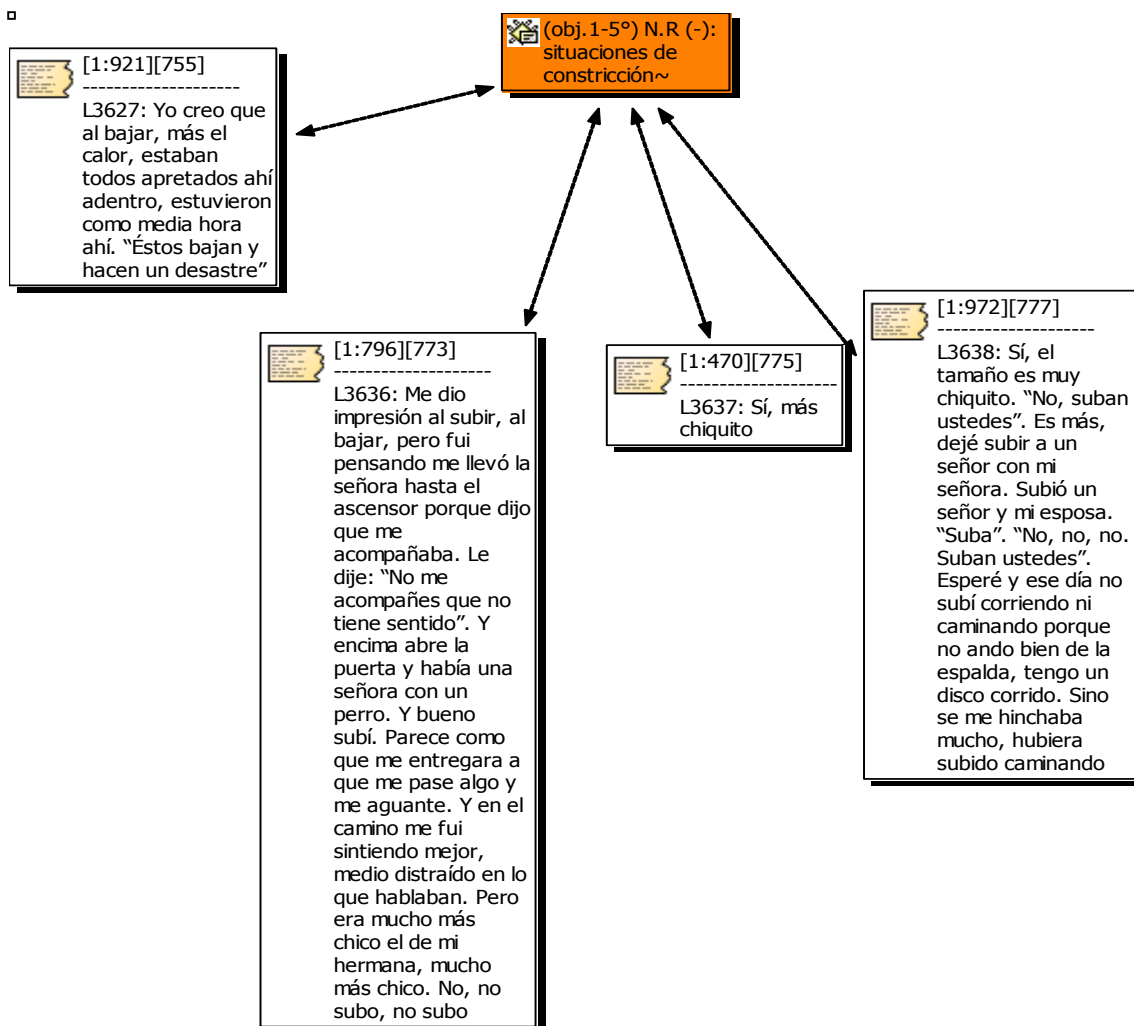
(-): El signo es negativo. La cualidad indica que la la narrativa es reflexiva pero tiene la cualidad que es negativa.

**Definición:** narrativa interna y reflexiva que alude a una elaboración de significado negativo de lo que ocurrió y que no es adaptativo.

**Cuando se aplica:** Se aplica a más de un turno del paciente, en que se observe, que expresa elaboración de información con cualidad negativa.

**Cuando no se aplica:** En el caso en que el contenido de los turnos no cumplen con la definición.

Se representan cuatro citas asociadas al código **(obj.1-5°) N.R (-) situaciones de constricción.**



**ANEXO 3:**

**PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO [RMPS]**

©Álvaro Quiñones Bergeret

Nombre:..... Fecha:.....

Sesión N ° : .....

Identificar objetivo (s) terapéutico a tratar en sesión: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I. DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

**TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO(T/P):**

Tema: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contenidos en el relato: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Narrativas descriptivas: (ND-p: ) versus (ND-s: ): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

Narrativas Reflexivas: (NR-p: ) versus (NR-s: ): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente:  Ausente:

**Procesos (PM-PA):**

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p: ) versus (PM-s: ):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p: ) versus (PA-s: ): \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

SENTIDO DE SÍ MISMO Y PERCEPCIÓN DE TIEMPO (S/T):

Sentido de sí mismo (S-p: ) versus (S-s: ): \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

Percepción de tiempo (TnF: ) versus (TF: ): \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

## II. DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

DOMINIO AFECTIVO (da): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

EXPECTATIVA Y RETROALIMENTACIÓN (e/r): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:



AGENCIA (ag) : \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

ESPIRITUALIDAD Y TRASCENDENCIA (e/t): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): \_\_\_\_\_

Orden de aparición del dominio: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta:  Media:  Baja:  Nula:

Información novedosa: Presente:  Ausente:

### III. ASPECTOS DE LA SESIÓN

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica: \_\_\_\_\_

Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo:  negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo:  negativo:

QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: \_\_\_\_\_

Dominios de 2º orden: \_\_\_\_\_

Perfil identificado: \_\_\_\_\_

VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en la sesión le ha sido de ayuda?

Nada:

Poco:

Mucho:

b) ¿En qué le ha sido de ayuda la presente sesión? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

## ANEXO 4:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO [CLIENTE]\*

Yo, \_\_\_\_\_ he sido invitado (a) por mi psicoterapeuta a participar en la investigación "INVESTIGACIÓN DE PROCESOS DE PSICOTERAPIA", cuyo investigador responsable es el psicólogo Sr. Álvaro Quiñones Bergeret. Y se me ha informado que es un proyecto de investigación científica en el ámbito de psicoterapia que cuenta con el apoyo de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo, Chile.

Entiendo que en esta investigación se estudiará varios procesos terapéuticos y los resultados serán publicados en revistas científicas. En cada uno de dichos procesos se estudiarán momentos de cambios terapéuticos pesquisados en la conversación de distintas sesiones de psicoterapia. También entiendo que la información registrada será confidencial y sólo conocida por el equipo investigador. Además mi identidad será conocida solamente por mi terapeuta y por el investigador responsable, ya que mis datos serán registrados con un pseudónimo. También entiendo que todos los nombres y referencias que permitan identificarme serán cambiados de manera que no se me pueda identificar mis respuestas.

Sí, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\* Consentimiento utilizado en la investigación expuesta en el artículo: Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXI(3), 247-254.

## MODIFICAZIONE DEL SIGNIFICATO PERSONALE UTILIZZANDO IL MODELLO DI RICOSTRUZIONE DEL MALESSERE PSICOLOGICO (RMPS)

Álvaro T. Quiñones Bergeret\*

*Gruppo  
Internazionale  
di Ricerca  
in Psicoterapia  
(G.I.P.),  
Professore  
di Psicoterapia  
Cognitiva,  
Universidad  
del Desarrollo,  
Cile. E-mail:  
aquinone@udd.cl,  
Facultad de  
Psicología,  
Universidad  
del Desarrollo.  
Av. Plaza 700.  
San Carlos de  
Apoquindo.  
Las Condes,  
Santiago. Chile*

**I**l presente articolo descrive le caratteristiche del modello di ricostruzione del malessere psicologico (RMPS rivisto). Si descrive la sua utilità per orientare il terapeuta nella comprensione di un significato disfunzionale in termini di domini e per definire le strategie di intervento. Infine, si mostra un esempio di uso del RMPS in un caso clinico.

**Parole chiave:** Organizzazione di Significato Personale, Self, perturbazione strategica, identità narrativa, schema.

*Summary. The following article describes the characteristics of the psychological distress reconstruction pattern (RMPS revised). This article describes their utility in guiding the therapist to understand a dysfunctional meaning in terms of domains and designing intervention strategies. Finally, it exemplifies the use of RMPS in one clinical case.*

*Key words: Personal Meaning Organization, Self, strategically disturb, narrative identity, scheme.*

### 1. Introduzione

Cli esseri umani costruiscono nel corso della propria vita una teoria di se stessi e del mondo a partire dalle interazioni sociali che si ripercuotono in modo diverso sui diversi domini dell'esperienza. Questa informazione si manifesta in un senso crescente e complesso di identità narrativa (meta narrazione). In questo contesto assumiamo che ogni differenziazione dei propri limiti percepiti implica una comprensione ontologica (Guidano, 1992, 2001, 2007) che si osserva nella dialettica "conoscenza evolutiva e conoscenza

esistenziale” che permette il linguaggio umano (Quiñones, 2008b). Le possibilità interpretative e meta-cognitive che conferiscono la capacità simbolica del linguaggio facilitano una “cornice narrativa dell’esperienza” (si veda: Bruner, 2004, 1986; Bruner & Kalmar, 1998; Guidano, 2001; Lewis, 1994; McAdams & Janis, 2004; Nelson, 1996; Quiñones, 2000, 2002, 2003a, 2003b; Spence, 1984) perché permette di trasformare l’informazione contingente dell’immediatezza dell’esperienza in informazione con gradi di stabilità (Dewart, 1989; Guidano, 2001) che gradualmente sfociano in temi di vita. Inoltre, la cornice narrativa dell’esperienza, facilita e contribuisce a far sì che i processi di coping siano regolatori del significato ed efficaci in caso di risoluzione dei problemi. La costruzione di se stessi come un processo di crescente conoscenza ci permette di concepire gli esseri umani come teorie del loro ambiente (Weimer, 1977) dato che c’è un aumento di informazione esistenziale nel ciclo di vita. Informazione che da una parte si organizza in diverse *organizzazioni di significato personale* (OSP, Guidano, 1991, 1992, 2001), e dall’altra ci segnala possibili percorsi evolutivi di coerenza di comunicazione individuale: OSP depressiva, OSP fobica, OSP da disordine alimentare, OSP ossessiva, e altre organizzazioni di significato personale (Quiñones, 2003a, 2003b). La comprensione nella pratica clinica della costruzione di se stessi come un processo dialettico (sentire/raccontare/far fronte a) nella generazione di narrazioni multiple (flussi di narrazioni che includono diversi domini di esperienza personale) che confluiscono in un’identità narrativa, è utile per approssimarci a come generare tipi di cambiamento possibili in diversi significati disadattativi, in quanto ci permette di osservare nei quadri clinici le dinamiche di significato psicologico che generano e mantengono il malessere psicologico.

## **2. Perturbazione strategicamente orientata e modifica graduale del significato**

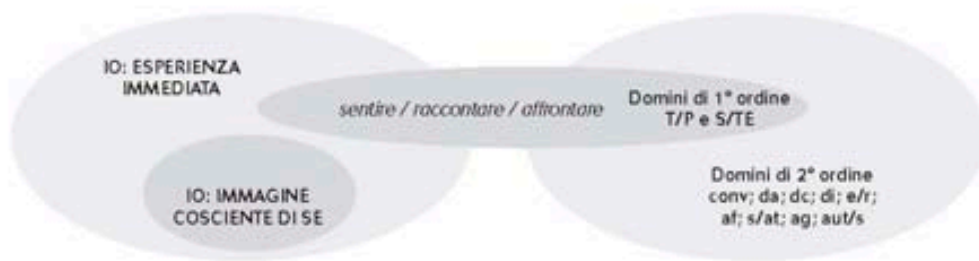
Un possibile modo per modificare un significato problematico è la perturbazione orientata strategicamente. Implica, in primo luogo, l’aiutare il paziente a prestare attenzione alla dialettica della sua esperienza immediata (Io) e all’immagine cosciente di sé stesso (Me), e in secondo luogo, facilitare il riconoscimento dei flussi di informazione o “domini esperienziali” deficitari nel caso di domini di primo ordine e/o deficitari o assenti nei domini di secondo ordine (si veda: Domini nell’RMPS). L’obiettivo generale sarebbe quello di produrre nuova informazione fondata nell’esperienza e di attivare i processi psicologici di assimilazione e accomodamen-

to che facilitino una nuova verità narrativa che manifesti una ri-articolazione del significato personale ottimale, e inoltre, includa la generazione di nuove ed efficaci strategie di risoluzione dei problemi. Per fare questo, il terapeuta deve usare la perturbazione strategica in funzione degli obiettivi strategici definiti di comune accordo e attraverso i compiti dati durante le sessioni, rispettando la coerenza del significato del paziente nella relazione terapeutica, in modo da poter fomentare "sequenze di esperienze correttive" che trasformino l'elaborazione deficitaria e/o assente in informazione che ri-articoli il senso d'identità narrativa e, pertanto, abbia come conseguenza il "dissolvere" il *tema processuale di significato disadattativo*. Teoricamente per questo obiettivo ("dissolvere") è necessario aumentare la complessità della rete di schemi coinvolti e migliorare i processi di mentalizzazione deficitari se necessario.

Da un punto di vista didattico, è di aiuto ai terapeuti iniziare la ricostruzione della comprensione tematica del paziente rispondendo alle seguenti domande: "Quali domini sono presenti nel racconto e nell'espressione corporea?" e "Quali processi di mentalizzazione potrebbero condizionare la coerenza di significato personale?".

La strategia terapeutica basata sull'auto-osservazione ricerca la comprensione della dinamica della coerenza di significato regolato in modo deficitario. La regolazione deficitaria si evidenzia nella qualità della coerenza del *sentire - raccontare - far fronte a* nel momento in cui il paziente presenta il problema clinico. Questo comporta l'analizzare insieme al paziente "il cosa" (tipi di informazione, domini di esperienza) e "il come" (organizzazione dell'informazione) costruisce la sua verità narrativa cosciente per l'azione (fig. 1). Con questa logica, le perturbazioni orientate strategicamente cercano di generare nuova informazione del dominio esperienziale o domini esperienziali coinvolti in modo da riuscire ad ottenere una qualità dell'informazione ottimale per essere incorporata successivamente nella verità narrativa (Spence, 1984) attraverso l'assimilazione e l'accomodamento.

**Figura 1**  
Ricostruzione  
clinica  
qualitativa  
utilizzando RMPS





Da un punto di vista della tecnica psicoterapeutica, l'auto-osservazione didatticamente può essere di due tipi: riflessiva o guidata (Quiñones, 2008a). Il tipo *riflessivo* è basato sulla ri-memorizzazione da parte del paziente di episodi di malessere psicologico. Il secondo tipo è chiamata *guidata ed* è basata su compiti di esecuzione di comportamenti esplorativi, che implicano malessere e che il paziente osserva sulla base di registrazioni standard o seguendo precise indicazioni del terapeuta.

La graduale comprensione della dinamica dello squilibrio del significato personale del paziente da parte del terapeuta si focalizza da una parte sulle caratteristiche dell'informazione inserita all'interno della sintomatologia del paziente e nel qui e ora; e dall'altra parte, nel come questa informazione si è generata e organizzata all'interno di una coerenza temporale. Questa graduale comprensione per essere utile al paziente, si deve organizzare in un contesto di sintonia affettiva/tacita del terapeuta verso il paziente, essa permette al paziente l'auto-esplorazione dei differenti domini esperienziali.

La conoscenza tacita nella pratica della psicoterapia è la sintonia immediata che si sperimenta, cioè che si sente e percepisce parzialmente nell'osservazione partecipativa che ha luogo nella ricostruzione clinica dei temi, ma che non si "esplica totalmente" in maniera esplicita. Esempio di un frammento di conversazione in psicoterapia che mostra la sintonia affettiva/tacita:

TERAPEUTA: *Adesso che la ascolto ed osservo come sta seduto, mi siedo con lei... .. (2 secondi) non lo so bene, ma un attimo fa ho avuto una sensazione... forse, una sensazione di fragilità che ho provato quando parlava di suo padre...*

PAZIENTE: *uhmm (3 secondi)*

TERAPEUTA: *Adesso che le dico questo "come si sente lei?"...*

PAZIENTE: *uhmm... (10 secondi in silenzio)*

TERAPEUTA: *Le procura qualche sensazione quello che le dico: "che provo una certa fragilità" nell'ascoltarla parlare del suo tema ed in particolare di suo padre?*

PAZIENTE: *Sì... Non so come dirlo con precisione, ma un momento fa mi sentivo con il corpo strano... adesso mi sento pesante... senza voglia di muovermi...*

Un modo per comprendere questo tipo di conoscenza complessa che i terapeuti usano in psicoterapia è utilizzare analogie e/o metafore che devono sempre essere verificate con il paziente con do-

mande del tipo: "Pensa che abbia un senso (per lei) quello che dico?". Con gli studenti a me piace utilizzare l'analogia con il ballo per spiegare cos'è la sintonia. Quando una persona balla con un'altra, deve ballare ascoltando la stessa melodia e seguire un ritmo simile perché ci sia complementarietà e differenza. Si immagina il lettore una donna che balla il tango mentre l'uomo balla il rock. Un osservatore vedrebbe due persone assieme in uno spazio, con assoluta carenza di ritmo e mancanza di sintonia. La conoscenza tacita nella pratica clinica si riferisce ad una sintonia analogica che si esprime nel "sentirsi con l'altro" in una sorta di "condivisione di un come" però orientato senza sapere bene "che cosa". Tanto il paziente quanto il terapeuta si percepiscono come un'équipe di ricerca che ha la caratteristica di essere focalizzata sulle sole necessità del significato del paziente.

A livello terapeutico possiamo approssimare il significato personale tacito/esplicito da un punto di vista teorico e qualitativo alle *tematiche temporali di identità che si sviluppano nel ciclo di vita*.

Queste tematiche sono schemi percettivi/emozionali taciti che si sviluppano nell'interazione, che guidano l'elaborazione dell'informazione e si esprimono parzialmente nella verità narrativa attraverso la conoscenza personale sotto forma dei seguenti due domini: tema processuale del significato disadattivo (T/P) e percezione di sé stesso e temporalità del problema (P/TE).

Adesso possiamo sostenere con maggior precisione che perturbazione orientata strategicamente significa guidare l'auto-osservazione del paziente sui propri flussi di informazione (domini di primo e secondo ordine), sui processi di mentalizzazione coinvolti nella costruzione del significato narrativo e sulla retro-alimentazione percettiva dei tipi di coping messi in atto. Il terapeuta deve applicare perturbazioni orientate strategicamente attraverso tecniche (Es. Moviola, Focusing, Piena Coscienza, EMDR, etc.) per facilitare l'inserimento di sequenze di informazioni correttive.

Insieme a quanto appena descritto, deve facilitare la presa di coscienza da parte del paziente dei processi di mentalizzazione deficitari o assenti che utilizza nella costruzione del proprio significato disfunzionale (Dimaggio & Semerari, 2003; Liotti & Intrecciagli, 1998; Fonagy, 1991; Nelson & Narens, 1990). Quindi l'obiettivo delle perturbazioni orientate strategicamente è quello di generare la conoscenza dei flussi di informazione personale per regolare la dialettica dei contenuti di coscienza e dei processi di mentalizzazione coinvolti nel significato personale.

In questo senso, le perturbazioni orientate strategicamente che ottengono un buon esito implicano il conseguimento di narrazioni alternative di benessere psicologico che contengono un aumento dell'informazione (domini di primo e secondo ordine del RMPS) e una qualità ottimale che si esprime in una coerenza nella verità narrativa che facilita delle strategie adeguate e una percezione di efficacia.

### 3. Descrizione del modello di ricostruzione del malessere psicologico

*Il modello di ricostruzione del malessere psicologico* (RMPS rivisto, 2009) nasce dall'analisi qualitativa delle trascrizioni di processi completi di psicoterapia con esito positivo e non. Il metodo deriva dalla micro-analisi di sequenze tematiche dei momenti di malessere osservati attraverso l'analisi qualitativa della conversazione terapeutica utilizzando il programma Atlas.TI, programma per processare dati testuali (Quiñones, 2007; 2008; 2009).

Il RMPS è costituito da 11 domini che sono gerarchizzati in: domini di primo ordine (Tavola I) e domini di secondo ordine (Tavola II). In relazione alla codificazione qualitativa dell'informazione in ciascun dominio ci sono cinque distinzioni che si applicano in funzione del profilo che presenta ogni singolo paziente:

- a) il segno "(+)" : indica che i domini di primo ordine sono adattivi
- b) il segno "<" : indica che il dominio è processato inadeguatamente
- c) il segno ">" : indica che il dominio è processato adeguatamente
- d) il segno "< >" : indica che il dominio è processato in maniera adeguata e inadeguata nello stesso tempo
- e) il segno "(-)" : indica l'assenza del dominio nell'elaborazione dell'informazione.

#### TAVOLA I: DEFINIZIONE DEI DOMINI DI PRIMO ORDINE

**L1 TEMA PROCESSUALE DEL SIGNIFICATO DISADATTIVO (T/P):** *sono i problemi personali che ci "informano sul dolore psicologico riflesso in una matrice di schemi e processi di mentalizzazione coinvolti" che prendono forma all'interno di una verità narrativa. Ha due componenti:*

TEMA (T): si riferisce ai contenuti coinvolti nel malessere psicologico. Quali sono nel qui e ora i principali contenuti che comunica il paziente? Quando non ci sono indicatori alla base del problema di vita, o ce ne



sono pochi, è utile utilizzare i sogni come "via di accesso" al nucleo del significato disfunzionale. I sogni si possono vedere in termini tematici. Per esempio: Come gradirebbe che si concludesse il sogno? Come non le piacerebbe che si concludesse il sogno? Etc...

*PROCESSI (P): si riferisce ai processi di mentalizzazione. Si evidenzia che i processi di mentalizzazione si correggono fondamentalmente all'interno della relazione terapeutica che deve essere sentita e valorizzata come sicura da parte del paziente. Questo risulta più facile in un contesto terapeutico emozionale/cognitivo di sintonia con il paziente, in cui gli obiettivi terapeutici sono stabiliti di comune accordo e i compiti vengono assegnati tra le sessioni rispettando la motivazione e la coerenza del significato del paziente.*

*Quali processi di mentalizzazione sono coinvolti nel tema? È presente la capacità di identificare stati mentali e ragionare su di essi? Riconosce gli stati mentali degli altri? Che qualità presentano la regolazione, il decentramento e il monitoraggio? Il paziente comprende gli stati mentali altrui? Cosa pensa dei propri pensieri ed emozioni? Descrive in modo adeguato quello che pensa, sente o immagina nelle situazioni che racconta? Etc...*

## **L2 PERCEZIONE DI SÉ STESSO E TEMPORALITÀ DEL PROBLEMA (P/TE):**

**PERCEZIONE DI SÉ STESSO (P):** *Che influenza ha il riconoscimento del problema sulla percezione di sé stesso? Che sensazioni di sé stesso percepisce quando prova il malessere?*

**TEMPORALITÀ DEL PROBLEMA (TE):** *Che effetto ha la percezione temporale del problema sull'identità narrativa? Che effetto hanno le attribuzioni temporali del problema sul suo senso di identità narrativa? Nel racconto è presente una cronologia adeguata? Come varia l'intensità del malessere in funzione dell'attribuzione temporale del problema (o problemi) nel presente, nel passato e nel futuro? È presente un'alterazione della percezione della temporalità soggettiva? Se è necessario, un aspetto da considerare è l'impatto della dimensione spirituale nella percezione del problema.*

I domini di prim'ordine sono: "tema processuale del significato disadattivo" e "percezione di sé stesso e temporalità del problema". Entrambi i domini principali guidano il terapeuta nella ricostruzione del significato problematico che il paziente presenta e, a sua volta, ci indicano *tematiche temporali d'identità* che operano a livello tacito/esplicito e che si manifestano come tendenze di elaborazione dell'informazione che prendono forma all'interno dei temi. Dall'altra parte, i domini di second'ordine sono presenti a seconda delle differenze individuali nell'elaborazione dell'informazione, nella verità narrativa che ogni soggetto costruisce in maniera per-

sonale. I domini di prim'ordine sono sempre presenti all'interno della disfunzionalità e si "nutrono" dei domini di second'ordine coinvolti.

## TAVOLA II: DEFINIZIONE DEI DOMINI DI SECONDO ORDINE

- II.1 PROCESSI NARRATIVI CONVERSAZIONALI (conv):** *Identificare i dialoghi interni coscienti e la frequenza con cui avvengono. Valutare se è presente una struttura narrativa (inizio, sviluppo e senso di risoluzione).*
- II.2 DOMINIO AFFETTIVO (da):** *Emozioni sgradevoli (mantengono o aumentano il malessere), affetti dissociati, intensità delle emozioni riconosciute, ampiezza delle emozioni, emozioni provate (valenze opposte, es. orgoglio-vergogna), stati e cambiamenti di umore problematici, sentimenti dolorosi ricorrenti. Si deve anche valutare la presenza di emozioni positive e il riconoscimento delle stesse quando sono coinvolte nel nucleo disfunzionale.*
- II.3 DOMINIO COGNITIVO (dc):** *penzieri automatici, pensieri che non aiutano a risolvere i problemi, importanza attribuita alla risoluzione del problema, propositi ed obiettivi implicati, "doctri" implicati. La persona come spiega il suo problema? Le spiegazioni che menziona hanno una gerarchia? Il suo modello causale è cambiato durante il periodo del suo malessere?*
- II.4 DOMINIO IMMAGINATIVO (di):** *immagini o sequenza di immagini. Valutare se è presente una sequenza nell'elaborazione immaginativa (es: fantasia) che conduca alla risoluzione dei problemi. Per esempio valutare se ci sono dialoghi immaginari con persone non presenti.*
- II.5 ASPETTATIVA E FEEDBACK (dr):** *valutare come funziona la capacità di feedback del paziente: Corregge in tempo ciò che considera errori e discrepanze? Le sue ipotesi personali sono adeguate (per il fine che si propone)? Apprende in funzione dell'intensità del malessere?*
- II.6 STRATEGIE DI SOLUZIONE DEL PROBLEMA PERCEPITO (af):** *Cosa fa la persona quando prova malessere? Utilizza una strategia centrata sul problema o sulle emozioni? Percepisce che usa delle strategie per diminuire e/o far scomparire il malessere? Quali risposte disadattive perpetuano il malessere?*
- II.7 SENSORIALITÀ E ATTRIBUZIONE (dat):** *valorizzare le sensazioni sgradevoli e/o estranee e le qualità delle attribuzioni (locus of control). Come rappresenta il paziente le sensazioni? Com'è la coerenza tra le sensazioni somatiche e il significato narrativo? Come spiega il proprio vissuto? (es. Cosa dice di me il dolore di stomaco? Come posso relazionare il dolore di stomaco con le mie decisioni prese nell'ultima settimana?)*
- II.8 AGENZIA (ag):** *valutare il livello di percezione di conduzione della propria vita in momenti di disforia.*
- II.9 AUTO-CURA E SALUTE (aut/s):** *Come si prende cura di sé il paziente? Come si prende cura di sé il paziente nei momenti di malessere? Valutare la percezione dello stato di salute (Es: dieta, esercizio, qualità del sonno, qualità del riposo, presenza o assenza di meditazione, assunzione di droghe legali e/o illegali). Si evidenzia uno stile di vita non adattivo?*

Per i terapeuti una possibilità di perturbazione orientata strategicamente in psicoterapia può essere realizzata in due fasi secondo l'analisi qualitativa delle tematiche nei processi terapeutici con esito positivo e non (Quiñones, 2007, 2008a, 2008b). In primo luogo, aiutare il paziente a identificare all'interno dei propri flussi d'informazione i domini di primo e second'ordine come indica il modello della ricostruzione del malessere psicologico (allegato 1). In secondo luogo aiutare a produrre e sequenzializzare gradualmente la "esperienza informazionale che inizia ad essere decodificata in un contesto di significato personale" in modo che possa generare assimilazione ed accomodamento per creare una nuova narrativa personale.

Di seguito si riportano due modalità di utilizzo dell'RMPS in psicoterapia:

I. – *Prima forma*: utilizzo del RMPS come linea guida e al momento di remissione dei sintomi dello stesso paziente. RMPS applicato ad un paziente con significato personale di tipo ansioso:

I.a) Linea base all'inizio della psicoterapia: domini di primo ordine: T/P (< decentramento), S/TE(<). È presente una sequenza di sei domini di secondo ordine all'inizio della psicoterapia, sono i seguenti: di (<), dc (<), da (<), af (<), aut/s (>), ag (<). Domini assenti: e/r (-); conv (-); s/at (-).

I.b) Remissione dei sintomi del paziente: La remissione dei sintomi del paziente mostra una sequenza di domini che si conclude con un totale di sette domini di second'ordine nell'elaborazione dell'informazione. Si è aggiunto un dominio di second'ordine nell'elaborazione dell'informazione cosciente nella verità narrativa (s/at). I segni positivi (+) in "T/P" e "S/TE" ci indicano un'elaborazione adeguata dei domini di prim'ordine. Nei domini di second'ordine si osserva un aumento della qualità dell'elaborazione dei domini con segno ">". Il RMPS del paziente alla fine del processo terapeutico si mostra nel seguente modo: T/P (Decentramento +), S/TE (+), di (>), dc (>), da (>), af (>), aut/s (>), s/at (>), ag (>).

II. – *Seconda forma*: utilizzo del RMPS come riassunto di vari momenti di disforia. Mostra i domini coinvolti in un nucleo di impulsività e di regolazione emozionale in diversi momenti di disforia di un paziente che presenta una bipolarità tipo I.

Esempio:

II. – DOMINI DI PRIMO ORDINE:

T/P (<) TEMA PROCESSUALE DEL SIGNIFICATO DISADATTIVO:

T: "Passo il tempo cercando il piacere. Non sono mai soddisfatto del tutto".

P: Deficit di regolazione degli stati emozionali e deficit di decentramento. Sottolinea l'incapacità di prescindere dal pensiero egocentrico.

P/TE (<) PERCEZIONE DI SE STESSO E TEMPORALITA' DEL PROBLEMA:

P: "Sempre su".

TE: "Da quando mi ricordo è stato così". Cronologia inadeguata.

II. – DOMINI DI SECONDO ORDINE. Si evidenzia il seguente profilo di otto domini:

Conv (<) PROCESSI NARRATIVI CONVERSAZIONALI: "Sono la migliore in tutto quello che mi propongo di fare". Frequente.

da (<) DOMINIO AFFETTIVO: Si osservano rabbia, ansia e orgoglio intensi. L'orgoglio ha una predominanza nel profilo emozionale. Frequente.

dc (<) DOMINIO COGNITIVO: "Devo dominare gli altri e non essere fragile". Frequente.

di (-) DOMINIO IMMAGINATIVO: *Non si osserva.*

e/r (<) ASPETTATIVA E RETROALIMENTAZIONE: "Voglio sentirmi bene ogni volta che faccio attività". Non visualizza le conseguenze degli eccessi. Frequente.

af (<) STRATEGIE DI SOLUZIONE DEL PROBLEMA PERCEPITO: si osserva una strategia disorganizzata di soluzione del problema. Frequente.

s/at (<) SENSORIALITÀ E ATTRIBUZIONE: Nell'episodio maniaco: si osserva energia intensa e sensazione di forza. Frequente.

ag (<) AGENZIA: "Non governo in modo sufficiente la mia vita, mi vedo dipendente dalla cose che mi piacciono e che mi attraggono". Frequente.

aut/s (<) AUTO-CURA E SALUTE: Si osserva abuso di alcool e insonnia. Frequente.

#### 4. Conclusioni

La psicoterapia centrata sul significato personale consiste in un riapprendimento che avviene sulla base dell'auto-osservazione dei domini dell'esperienza e grazie all'esposizione che è necessaria per



generare reali esperienze correttive. In questo senso, fare psicoterapia consiste in un permanente processo di ricostruzione dei momenti vissuti che non sono stati decodificati sufficientemente all'interno di una verità narrativa. Pertanto, contare su un modello che aiuti il terapeuta a guidare e a porre l'attenzione del paziente sui domini coinvolti nei "momenti di malessere psicologico" è un modo per potenziare una decodificazione dell'informazione e una nuova riarticolazione di significato funzionale.

Il RMPS è utile per i terapeuti poiché orienta l'osservazione partecipante e facilita la generazione di ipotesi sulla "mappa di domini di esperienza" che usa il paziente per costruire la sua verità narrativa e per affrontare la sua situazione interpersonale. Nello specifico aiuta il terapeuta a scoprire nel significato problematico del paziente: quale informazione non è presente? Quale informazione riconosce? Quale informazione omette parzialmente? Quale informazione distorce? Quale informazione utilizza per la soluzione del problema? Quali processi di mentalizzazione sono deficitari? Pertanto, facilita un maggiore cambiamento nel significato del paziente con un livello di coscienza basso.

#### Bibliografia

- Bruner J. (2004). *The narrative creation of self*. In L. Angus & J. Meleod (Eds.), *The Handbook of narrative and Psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 3-14). California: Sage.
- Bruner J., Kalmar D. (1998). *Narrative and metanarrative in the construction of Self*. In M. Ferrari, R. Sternberg (Eds.), *Self-awareness* (pp. 303-331). New York: Guilford Press.
- Bruner J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Dimaggio G., Semerari A. (a cura di) (2003). *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Editori Gius Laterza & Figli Spa.
- Fonagy P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations concerning the treatment of borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Guidano V.F. (2001). *Psicoterapia Cognitiva Post-razionalista: Una ricognizione della teoria alla clinica*. (con note e commenti al testo di Quiñones Bergeret A.T.), Tr. It., Milano: Franco Angeli, 2007.
- Guidano V.F. (1999). Psicoterapia: Aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva post-razionalista. *Revista de Psicoterapia*, 37, 95-105.

- Guidano V.F. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano V.F. (1991). *Affective change events in a cognitive therapy system approach*. En J. Safran & L. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change* (pp. 50-82). New York: Guilford Press.
- Hayek F. (1969). The primacy of the abstract. In A. Koestle & J. Smythies (Eds.), *Beyond reduction*. New York: Mc Millan.
- Hayek F. (1952). *The sensory order*. Chicago: University of Chicago Press.
- Horvath A., Bedi R. (2002). The Alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Kazantzis N., L'Abate L. (Eds) (2007). *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice and prevention*. New York: Springer.
- Lewis M. (1994). Myself and Me. In S. Taylor Parker, R.W. Mitchell and M.L. Boccia (Eds). *Self Awareness in animals and Human*. New York: Guilford Press, Second Editions.
- Liotti G., Intreccialagli B. (1998). Metacognition and motivational systems in psychotherapy: A cognitive evolutionary approach to the treatment of difficult patients. In C. Perris & P.D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice* (pp. 333-349). New York: John Wiley.
- Mcadams D., Jans L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. In L. Angus & J. Mcleod (Eds), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 3-14). California: Sage.
- Nelson K. (1996). *Language in Cognitive Development*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Nelson T., Narens L. (1990). Metamemory: A theoretical framework and new findings. En G.H. Brower (Ed.), *The Psychology of learning and motivation*, vol. 26 (pp. 125-141). New York: Academic Press.
- Quiñones A.T. (2009). *Revisión de la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS)*. Documento de investigación no publicado.
- Quiñones A.T. (2008a). Perturbación estratégica gradual: formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS). *Revista de Psicoterapia*, N° 74/75, 35-42.

- Quiñones A.T. (2008b). *Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 17 (1), 37-47.
- Quiñones A.T. (2007). Perturbación estratégica: utilización del RMPS en psicoterapia. VIII Congreso Chileno de Psicoterapia (Society for Psychotherapy Research). *Convergencias y singularidades en psicoterapia*. Reñaca, Viña del Mar, 9,10, 11 y 12 de agosto del 2007.
- Quiñones A.T. (2002). De la dinámica afectiva- cognitiva a la emergencia de significado narrativo: Análisis de un proceso psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 50/51, 195 - 220. Barcelona.
- Quiñones A.T. (2000). Organización de significado personal: una estructura hermenéutica global. *Revista de Psicoterapia*, 41, 11-33. Barcelona.
- Spence D.P. (1984). *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton.
- Weimer W. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motors theories of the mind. In R. Schaw & J. Brandford (Eds), *Perceiving, acting and knowing*. Hillsdale, NJ: LEA, 267-311.
- Westra H., Dozois D., Marcus M. (2007). *Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 363-373.

La traduzione dallo spagnolo è stata curata da Alessia Plantulli e Manuel Villegas.

**ALLEGATO 1:**

MODELLO DI RICOSTRUZIONE DEL MALESSERE PSICOLOGICO (RMPS)  
© Álvaro T. Quiñones Bergeret

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Seduta N°: \_\_\_\_\_

Obiettivo terapeutico da trattare nella sessione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I. - DOMINI DI PRIMO ORDINE:**

TEMA PROCESSUALE DEL SIGNIFICATO DISADATTIVO (T/P):

T:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (-) ; (>) ; (<>); (-)]

P:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (-) ; (>) ; (<>); (-)]

PERCEZIONE DI SE STESSO E TEMPORALITA' DEL PROBLEMA (P/TE):

P:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (-) ; (>) ; (<>); (-)]

TE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (-) ; (>) ; (<>); (-)]



**II.- DOMINI DI SECONDO ORDINE:**

PROCESSI NARRATIVI CONVERSAZIONALI (Conv):

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (◁) ; (▷) ; (↔); (-)]  
 Frequenza (settimanale): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Bassa

DOMINIO AFFETTIVO (da):

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (◁) ; (▷) ; (↔); (-)]  
 Frequenza (settimanale): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Bassa

DOMINIO COGNITIVO (dc):

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (◁) ; (▷) ; (↔); (-)]  
 Frequenza (settimanale): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Bassa

DOMINIO IMMAGINATIVO (di):

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (◁) ; (▷) ; (↔); (-)]  
 Frequenza (settimanale): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Bassa

ASPETTATIVA E FEEDBACK (a/f):

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (◁) ; (▷) ; (↔); (-)]  
 Frequenza (settimanale): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Bassa

STRATEGIE DI SOLUZIONE DEL PROBLEMA PERCEPITO (af):

Codifica qualitativa: \_\_\_\_ [(+) ; (◁) ; (▷) ; (↔); (-)]  
 Frequenza (settimanale): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Bassa

SENSORIALITÀ E ATTRIBUZIONE (s/at):

---



---

Codifica qualitativa: \_\_\_ [(+) ; (-) ; (>) ; (<>) ; (-)]  
 Frequenza (settimanale): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Bassa

AGENZIA (ag):

---



---

Codifica qualitativa: \_\_\_ [(+) ; (-) ; (>) ; (<>) ; (-)]  
 Frequenza (settimanale): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Bassa

AUTO-CURA E SALUTE (aut/s):

---



---

Codifica qualitativa: \_\_\_ [(+) ; (-) ; (>) ; (<>) ; (-)]  
 Frequenza (settimanale): \_\_ Alta \_\_ Media \_\_ Bassa

**.-TÉCNICA DI INTERVENTO UTILIZZATA:**

---

**.- CHIEDERE AL PAZIENTE:**

a) Sente che il lavoro che abbiamo fatto nella seduta di oggi le è stato di aiuto? (Segnare con una croce)

\_\_\_ : Per niente      \_\_\_ : Poco      \_\_\_ : Molto

b) Se la risposta precedente è stata per niente o poco, chiedere: In che cosa le è stata da aiuto la seduta?

---



---

OSSERVAZIONI:

---



---



---



---



---