



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

EVALUACIÓN DEL MODELO DE FORMULACIÓN DE CASO DE LA TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN

Autor: **Ciro Caro García**
Director: **Rafael Jódar Anchía**

Madrid
Julio 2017

AGRADECIMIENTOS

Gracias a quienes me han ayudado, animado y acompañado durante el largo tiempo de gestación de este trabajo: Al Prof. Carlos Alemany, sj, maestro e inspirador, por su generosidad y deseo siempre vivo de compartir todo lo recibido; a mi Director de Tesis, el Prof. Rafael Jódar, amigo y compañero, por saber esperarme y ayudarme con todo aquello de lo que yo no era capaz por mí mismo; al Prof. Vicente Hernández, primero mentor y luego amigo y compañero, por su fe en mí; y por supuesto a mis colegas de la Universidad (Dpto. de Psicología, Dpto. de Educación y UNINPSI en particular), por su apoyo entre pasillos o por la ayuda en la logística para recoger datos y procesarlos; a los alumnos de Grado y Máster que también colaboraron en la Tesis, y en especial a aquellos que, junto con amigos de amigos y otros profesionales de la psicología madrileña, también participaron en la parte empírica del trabajo. Mención especial para Esther Martín, Teresa Hornillos y Carlota Martín, por su más que generosa implicación.

Mi agradecimiento al Prof. Leslie S. Greenberg su apoyo y orientación en el viaje de asimilar el vasto territorio de la TFE, y por haber compartido su pasión por combinar creativamente clínica, investigación y formación. Todo ello, dejándose ver como maestro de maestros en la Universidad de York (Toronto, Canadá) y como persona cercana y curiosa en el trato personal. Un agradecimiento que, últimamente, se hace extensivo a los amigos y colegas de la International Society for Emotion-Focused Therapy.

Gracias también al Prof. Óscar F. Gonçalves, otro maestro de maestros y persona por encima de todo, quien me acogió y tuteló en Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi) de la Universidade do Minho (Braga, Portugal) para que pudiera realizar mi estancia pre-doctoral.

Gracias a mis compañeros del Grupo de TFE de la UNINPSI, por ser foro de crecimiento y reflexión (Rafa, Tere, Yuri, Carlota, Carlos y Almudena), y a los amigos y compañeros de trabajo clínico y académico con los que más estrechamente debato y comparto (Juan Pedro, Carlos, y Mentxu entre otros).

Y gracias especiales a quienes, estando más cerca, habéis sabido disculpar mi ausencia y me habéis transmitido vuestra fe en que era posible y merecía la pena: A mi Familia (Mamá, Papá, Belén, Dyana, Antonio, Leyre, Joel y Mara) y Amigos (Dani, Marta, Juan Luis, Inma, Fran, Millly, Luis y Bea) por haber compartido vuestro tiempo, vuestras vacaciones y celebraciones, con el tiempo de esta Tesis. Gracias por acompañaros sin dejar de animar. Sabed que, por hacer sitio a "lo mío", este trabajo es también vuestro. Y gracias a ti, Iciar, por ponerle ruedas a la parte final del viaje.

Son muchos los nombres que me rondan en este momento de cierre y balance, y como han sido tantos años y tanta gente, estoy seguro de que si intentara hacer una lista exhaustiva, cometería la injusticia de dejarme fuera a más de uno. Así que me conformaré con nombrar los que a vuelapluma soy capaz de escribir, sabiendo que cada uno de vosotros representa al resto: Luis Ángel y Angelines y demás amigos de ASEPCO; Alicia e Inés; Isabel; Fran, David, Cristina, Lucía y Pepe; Sonsoles, Lucía y María; Tere, Marga, Macarena y Neva; Valentín† y Tere, Teresa, Daniel, Luis, Juani y demás compañeros de la FEC; Olga; Paz; Josep y los viejos amigos del Instituto Español de Focusing...

Más que todo lo hecho, dedico lo aprendido -sobre el tema y sobre mí mismo-, a quienes inspiraron e impulsaron la realización de esta Tesis, a quienes en la Universidad o fuera de ella, me regalan la oportunidad "enseñarles" algo, y a todos los pacientes de psicoterapia que, exponiendo su emoción y sus vidas, me conceden a mí el don de aprenderlo primero.

RESUMEN

El propósito de este trabajo es evaluar el modelo de Formulación de Caso (FC) de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) (Goldman y Greenberg, 2015) a través de cuatro trabajos complementarios: (1) La especificación del modelo de proceso de la Formulación de Caso Focalizada en la Emoción (FCFE) sobre la base del cuerpo de conocimientos generado por los fundadores del mismo (Leslie S. Greenberg y cols.), y su encuadre en el marco más amplio de la FC en Psicoterapia; (2) la generación de un discurso crítico acerca del status epistemológico de los procedimientos de FCFE dentro del campo de la Psicoterapia, a partir del concepto de "intenciones epistemológicas" en FC; (3) el análisis empírico de la calidad, fiabilidad y validez de las FCFE en una muestra de terapeutas con diferentes niveles de experiencia, y en relación con otras variables del terapeuta (la inteligencia emocional (IE), los aspectos cognitivos y afectivos de la empatía autopercebida del terapeuta, las expectativas de autoeficacia hacia la FC y la experiencia clínica); y (4) el desarrollo de un modelo y un procedimiento sistemático de generación y evaluación de FC globales *a posteriori*, que cubra un hueco en la tecnología y en la bibliografía sobre FC en TFE.

El tercer trabajo (Estudio 1) es un estudio empírico en dos fases, en el que se evalúa el modelo de FC de la TFE según las dimensiones de *proceso* (formulación en proceso o momento a momento), y de *producto* (formulaciones de foco), a fin de contrastar las correspondientes hipótesis relativas a su fiabilidad, entendida como "integridad del modelo". El cual, dada su complejidad e identificación con la intervención, no es susceptible de ser evaluado en términos puramente psicométricos. Para ello se creó una tarea de formulación basada en el vídeo de una sesión de TFE (caso Dion), a partir de la cual se elaboró una *benchmark* correspondiente a la secuencia de formulación ideal para los fragmentos de sesión seleccionados, los cuales constituían una muestra de momentos de formulación en proceso. En la primera fase, 133 psicólogos con diferentes grados de formación y experiencia realizaron la tarea, y sus desempeños fueron puestos en relación con sus puntuaciones en el test MSCEIT de IE y en el test TECA de empatía autopercebida, así como con diversos datos relativos a la experiencia personal y formativa en psicoterapia, y con una escala de Autoeficacia en FC construida al efecto, basada en el modelo general de FC de Eells (Eells, 2015; Eells, Kendjelic y Lucas, 1998). En la segunda fase, se evaluó el grado de adecuación clínica de las formulaciones de foco (FF) elaboradas por 20 participantes en el estudio, seleccionados primero por sus puntuaciones extremas en IE (altos y bajos), y después por sus resultados extremos en la tarea de formulación en proceso, que quedaron distribuidos en cuatro grupos de acuerdo con el cruce de ambas variables. La primera fase del Estudio 1 mostró la práctica independencia de los resultados de formulación en proceso respecto a las subescalas de empatía autopercebida, una escasa relación con las dimensiones de IE del modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997), y una estrecha

conexión con la expectativas de Autoeficacia hacia a las tareas generales de la FC. Los análisis de regresión realizados permitieron predecir los resultados en la competencia global de formulación en proceso mediante la combinación del conocimiento previo de la TFE y la autoeficacia. Además, la subcompetencia de razonamiento abductivo fue predicha por las expectativas de autoeficacia en solitario, mientras que la subcompetencia de diagnóstico de emoción fue predicha por el conocimiento previo de la TFE en combinación con la subescala de adopción de perspectivas del TECA. Por último, la subcompetencia para identificar un marcador de tarea fue predicha por el conocimiento previo de la TFE junto con las puntuaciones en la rama de comprensión emocional del MSCEIT. Por su parte, los resultados de la segunda fase del Estudio 1 permitieron explorar el modo en que los terapeutas participantes se apoyan en sus recursos psicológicos (IE y/o competencia de formulación en proceso) para generar las narrativas de las FF. Dichos resultados fueron interpretados en favor de la integridad del modelo de FC en TFE, como indicador de fiabilidad.

En el cuarto trabajo (Estudio 2), se realiza un estudio cualitativo (Teoría Fundamentada) de una serie de FC tomadas del volumen sobre estudios de caso en TFE para la depresión (Watson, Goldman y Greenberg, 2008), a partir del cual se creó un modelo y un sistema de elaboración y evaluación de FC globales *a posteriori* en TFE. El modelo y el sistema o herramienta de formulación, el *Formato Guía* (FG), fue evaluado después, mediante un estudio de caso múltiple en el que dos terapeutas se enfrentaron a la tarea de crear significado clínico a partir de los datos de un caso (el proceso terapéutico del protagonista de la película "El indomable Will Hunting"). Sus producciones fueron comparadas con una *benchmark* de la aplicación del FG a la formulación del proceso de Will, y luego valoradas en términos de validez de contenido mediante una escala de similitud creada con tal fin, y en términos de calidad mediante una rúbrica también creada para la ocasión. Los resultados mostraron que el FG es una herramienta útil, que permite generar textos de calidad y clínicamente válidos, si bien requiere un buen conocimiento de la teoría y de la práctica clínica para poder aprovechar su potencialidades.

ABSTRACT

The aim of this work is to assess the Emotion-Focused Therapy (EFT) Case Formulation (CF) model (Goldman & Greenberg, 2015) through four complementary works: (1) The specification of a process model corresponding to the Emotion-Focused Case Formulation (EFCF) based on the body of knowledge generated by its founders (Leslie S. Greenberg e al.), as well as its framing within the wider framework of Psychotherapy CF; (2) the articulation of a critical discourse about the epistemological status of the EFCF procedures within the Psychotherapy field, departing from the concept of 'epistemological intentions' in CF; (3) the empirical analysis of the EFCF performed by a sample of psychotherapists with different levels of experience in terms quality, reliability, and validity and in relation to other therapist's variables (such as emotional intelligence (EI), the affective and cognitive aspects of the therapist's self-informed empathy, his or her self efficacy expectations toward CF, and clinical experience); and (4) the development of a model and a systematic procedure for global a posteriori generation and assessment of CF, aimed at filling the existing space in the EFT technology and scientific literature in relation with this topic.

The third work (Study 1) is a two phases empirical study in which the EFT model of CF is assessed in terms of its *process* dimension (on-process or moment-by-moment formulation) and also in terms of its product dimension (focus formulations), in order to test the corresponding hypothesis related its reliability, when it is understood in terms of the 'model's integrity'. A model that, given its complexity and equation to intervention, is not easily amenable to psychometric evaluation. For that end, a formulation task -based on an EFT demonstration video recorded therapy session (Dion's case)- was devised, and a benchmark formulation was created to compare the participants' performances. Such benchmark reflected the ideal sequence of formulation for the selected sample of moments of on-process formulation. During the first phase, 133 psychologists with different degrees of experience and training completed the task, and their performances were related to their scores in the MSCEIT test of EI, and in the TECA test of self-informed empathy, as well as to several data about their personal and training experience in psychotherapy, and to a self-efficacy to CF scale (developed *ad hoc* for this study, on the basis of the Eells' general model of CF (Eells, 2015; Eells, Kendjelic y Lucas, 1998)). In the second phase, the degree of clinical adequateness of the focus formulations (FF) performed by 20 participants was also assessed. The subjects composing the subsample were selected from those with extreme EI scores (high and low), and then reallocated to four groups resulting from their EI scores and their outcomes in the on-process formulation task. The first phase of the study shown the almost complete independence between the levels of performance in the on-process formulation task, and the subscales comprised in the self-informed measure of empathy. It was also observed a slight relation between the performances in the task and

the dimensions of the Mayer & Salovey's four branches model of EI, and a close connection between the task and self efficacy toward CF expectancies. In addition, the regression analysis allowed to predict the on-process formulation general competence scores, through the combination of the previous EFT knowledge and the self efficacy expectations. The abductive reasoning subcompetence was predicted by the efficacy expectations alone, while the emotion diagnosis subcompetence was predicted by the previous EFT knowledge in combination with the TECA's perspective taking subscale. Finally, the subcompetence for task marker identification predicted by the previous EFT knowledge in combination with the scores in the MSCEIT's branch of emotional understanding. Results of the second phase of the Study 1 allowed to explore the way in which the participant therapists lean on their preferred psychological resources (EI and/or competence for on-process formulation) to generate the FF narratives. These results were interpreted in favour of the integrity of the EFT model of CF, as an indicator of its reliability.

In the fourth work (Study 2), a qualitative study (Grounded Theory) of a series of EFT CF was conducted. Such CF belonged to the volume on case studies of EFT of depression (Watson, Goldman & Greenberg, 2008), and their analysis and categorization produced a model and a system for global a posteriori CF elaboration and assessment in EFT. The model and its formulation tool, the *Guiding Format* (GF), was then assessed recurring to a multiple case study, in which two therapists addressed the task of creating clinical meaning from a clinical case's data (the therapeutic process of the main character of the 'Good Will Hunting' film). Their performances were compared with a benchmark that was the result of applying the GF to Will's process, and then assessed in terms of content validity by means of similarity scale created for that end. and in terms of quality by means of a rubric also created for the occasion. Outcomes shown that the GF is a useful tool, that allows to generate texts with quality and clinically valid, although it requires a good knowledge of both the theory and the clinical practice to take advantage of its potentialities.

ÍNDICE

I. Índice de tablas	iv
II. Índice de figuras	viii
III. Índice de gráficos	ix
1. Introducción	01
1. Propósito y metas de la investigación	01
2. Estructura del trabajo	03
2. Marco conceptual-epistemológico	05
2.1. Concepto de Formulación de Caso en psicoterapia	05
2.2. La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE)	09
2.3. El modelo de Formulación de Caso de la TFE	14
2.3.1. Principios guía de la formulación de caso en TFE	15
2.3.2. Emoción y narrativa: Dos pistas interactivas en la formulación de caso en TFE	19
2.3.3. El proceso de formulación de caso en TFE	20
2.3.4. Aspectos epistemológicos y teóricos de la formulación de caso en TFE	27
2.3.5. Conclusiones: El modelo de FC de la TFE y sus singularidades	30
2.4. Intenciones epistemológicas en Formulación de Caso en Psicoterapia	36
2.4.1. Formulation as decision making in a complex scenario	36
2.4.2. Epistemological frameworks for Case Formulation	38
2.4.3. Narrative spaces and basic types of narrative in Case Formulation	42
2.4.4. Four epistemological intentions in Case Formulation	55
2.4.5. Views of the self and further implications	62
3. Estado de la cuestión	65
3.1. La Formulación de Caso como práctica profesional	65
3.1.1. Aproximaciones conceptuales a la FC en Psicoterapia	66
3.1.2. La FC como alternativa al diagnóstico psiquiátrico	69
3.1.3. FC y Práctica Basada en la Evidencia (PBE)	74
3.1.4. FC y Evidencia Basada en la Práctica (EBP)	78
3.1.5. FC e investigación clínica	80
3.1.6. FC, supervisión y desarrollo de la pericia profesional	81
3.2. Investigación sobre Formulación de Caso en Psicoterapia	85
3.2.1. Investigación sobre la fiabilidad de las FC	86
3.2.2. Investigación sobre la validez de las FC	88
3.2.3. Investigación sobre la calidad de las FC	92
3.2.4. Investigación sobre la formación en FC (relevancia y evidencia)	97
3.2.5. Investigación sobre la utilidad clínica de las FC y la experiencia de los clientes	101
3.2.6. Investigación sobre el proceso de construcción de FC y su relación con otras variables (empatía del terapeuta, inteligencia emocional y autoeficacia)	105

5. Estudio 1: Evaluación del modelo de FC procesual de la TFE	121
5.1. Objetivos, hipótesis y preguntas de investigación	121
5.2. Fase 1: Estudio del rendimiento en una tarea de formulación en proceso	125
5.2.1. Estrategia y fundamentos metodológicos	125
5.2.2. Método	131
5.2.3. Resultados	136
5.2.4. Discusión y conclusiones	151
5.4. Valoración de la adecuación de las Formulaciones de Foco en Terapia Focalizada en la Emoción: Estudio exploratorio	155
5.4.1. Marco conceptual	155
5.4.2. Criterios de adecuación de las Formulaciones de Foco (FF)	158
5.4.3. Desarrollo de la <i>Rúbrica de evaluación de la adecuación de las FF</i>	162
5.4.4. Estudio de las Formulaciones de Foco y su relación con otras variables	168
6. Estudio 2: Producción y evaluación de Formulaciones de Caso Globales en TFE	185
6.1. Justificación y objetivos	185
6.2. Estrategia de investigación y metodología	186
6.3. Elaboración del mapa de categorías clínicas conceptuales de las FCG en TFE	187
6.3.1. Encuadre metodológico: la opción por la Teoría Fundamentada	187
6.3.2. Procedimiento	188
6.3.3. Resultados y conclusiones	193
6.4. Desarrollo y uso del <i>Formato Guía</i> para la construcción de FCG en TFE	197
6.4.1. Concepto y aplicaciones del <i>Formato Guía</i>	197
6.4.2. Estructura y pasos de creación de significado clínico del <i>Formato Guía</i>	202
6.4.3. Utilización del <i>Formato Guía</i> : Manual de uso	232
6.5. Desarrollo de la <i>Escala de Similitud</i> entre formulaciones	232
6.5.1. Introducción	232
6.5.2. Método	234
6.5.3. Resultados	237
6.5.4. Discusión y conclusiones	243
6.6. Evaluación de la calidad de las FCG en TFE	244
6.6.1. Planteamiento teórico-conceptual	244
6.6.2. Un modelo multidimensional de calidad de las FCG	247
6.6.3. La <i>Rúbrica de evaluación de la calidad de las FCG</i> en TFE	259
6.6.4. Conclusiones y pasos congruentes	266
6.7. Estudio de caso piloto sobre el uso del <i>Formato Guía</i>	267
6.7.1. Marco metodológico-conceptual	267
6.7.2. Preguntas de investigación	273
6.7.3. Proposiciones del estudio	273

6.7.4. Diseño	274
6.7.5. Resultados y conclusiones	278
7. Conclusiones	289
8. Referencias	293
9. Apéndices	315
I. Consentimiento informado	317
II. Formulario de datos socio-demográficos	319
III. Ejercicio de formulación para producir la Secuencia de Formulación Multipista	321
IV. <i>Benchmark</i> de la SFMP para el ejercicio de formulación en proceso	329
V. <i>Benchmark</i> del MENSIT de la tarea de formulación	337
VI. Escala de Expectativas de Autoeficacia frente a la FC (EA-FC)	339
VII. <i>Rúbrica de Evaluación de la Adecuación de las FF</i> en TFE (REA-FF)	343
VIII. <i>Formato Guía</i> para la elaboración de Formulaciones de Caso Globales en TFE	349
IX. Manual de uso del <i>Formato Guía</i> para la elaboración de Formulaciones de Caso Globales en TFE	363
X. <i>Escala de Similitud</i> de Formulaciones de Caso Globales en TFE	367
XI. Ejercicio de comparación entre Formulaciones de Caso Globales para la validación de la <i>Escala de Similitud</i>	369
XII. Instrucciones del ejercicio de prueba de la <i>Rúbrica de Calidad de Formulaciones de Caso Globales</i>	385
XIII. <i>Rúbrica de evaluación de la calidad de las Formulaciones de Caso Globales en TFE</i>	387
XIV. Materiales clínicos para el ejercicio de aplicación del FG en el estudio de casos exploratorio (Caso Will Hunting)	391
XV. Formulación <i>benchmark</i> del Caso de Will Hunting	403
XVI. Documentación de los mini-casos del estudio de casos piloto	409
XVII. Cuestionario post-formulación del <i>Formato Guía</i> para FCG en TFE	417
XVIII. Instrucciones breves sobre el uso del FG y sobre el tipo de texto que se considera "una buena FCG"	419

I. Índice de tablas

- Tabla 1:** Tensiones inherentes a la Formulación de Caso en Psicoterapia según Eells (2007a).
- Tabla 2:** Tabla resumen de los modelos de formulación de caso estructurados, revisados por Eells (1997, 2007) en su manual de Formulación de Caso.
- Tabla 3:** Tareas procesual-experienciales: Marcadores e intervenciones (adaptado a partir de Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).
- Tabla 4:** Fase 1: Desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del cliente.
- Tabla 5:** Fase 2: Co-crear un foco e identificar la emoción nuclear (Identificar los elementos del MENSIT).
- Tabla 6:** Fase 3: Atender a los marcadores de proceso y a los nuevos significados.
- Tabla 7:** Órdenes de formulación de acuerdo con las intenciones y el consecuente grado de liquidez-solidez de los reportes narrativos.
- Table 8:** The five dimensions of the therapy process (Elliott, 1991) as levels and strategies of data management and theory articulation embedded in the different approaches to Case Formulation
- Tabla 9:** Critical review of Naturalism's major assumptions in individual psychotherapy (Elaborated upon Slife (2004)).
- Tabla 10:** Approaches to case study in psychotherapy research as strategies to generate narratives ('solid' or 'liquid'). Elaborated as an analysis of McLeod's (2010) classification of case studies in Counselling and Psychotherapy.
- Tabla 11:** Contraste entre los efectos del diagnóstico psiquiátrico y la formulación psicológica (adaptado a partir de Johnstone y Dallos (2014)).
- Tabla 12:** Diferencias en el curso de una intervención en un dispositivo de salud mental con y sin formulación (Johnstone, 2014).
- Tabla 13:** Clasificación de tipos de evidencia en Formulación de Caso en Psicoterapia (elaborado a partir de la noción de "continuo de evidencia" propuesto por Eells (2011)).
- Tabla 14:** Comparación entre los enfoques Cognitivo-Conductual y Psicodinámico en el estudio de la validez de las FC (elaborado a partir del trabajo de Mumma, 2011).
- Tabla 15:** Propuesta de un enfoque para el estudio de la validez de las FC en TFE.
- Tabla 16:** Enfoques de evaluación de la calidad de las FC.
- Tabla 17:** Resumen de la investigación sobre formación en la habilidad de FC (extractado de Sung (2013) y ampliado).
- Tabla 18:** Proceso de formulación continua, reflexiva y empáticamente sintonizada de la TFE
- Tabla 19:** Tipos de procesamiento cognitivo estudiado en la investigación sobre la conceptualización de los clientes (extractado a partir de la revisión de Tate y Amatea (2010))
- Tabla 20:** Una muestra de las diferentes pistas de empatía y sus correspondientes intenciones vivenciales y modos de respuesta empática en TFE (extractado a partir de Elliott, et al., 2004)
- Tabla 21:** Instrumentos de evaluación de autoeficacia en counselling y psicoterapia.
- Tabla 22:** Ejercicios de formulación de la SFMP agrupados por competencias de formulación.
- Tabla 23:** Ítem de evaluación de la experiencia de terapia personal en términos emocionales.
- Tabla 24:** Distribución de frecuencias en la variable *Conocimiento previo de la TFE*.
- Tabla 25:** Distribución de frecuencias en la variable *Impacto emocional de la experiencia terapéutica personal*.
- Tabla 26:** Correlaciones entre las subescalas de la prueba de Inteligencia Emocional MSCEIT y la edad.
- Tabla 27:** Correlaciones entre las subescalas de la prueba de Inteligencia Emocional MSCEIT y *Años de experiencia terapéutica, Conocimiento previo de TFE e Impacto emocional de la experiencia terapéutica personal*.

- Tabla 28:** Diferencias de medias por sexo en las medidas de empatía autopercibida del TECA (global y subescalas).
- Tabla 29:** Correlaciones entre las puntuaciones de empatía autopercibida en el TECA (subescalas y global).
- Tabla 30:** Correlaciones entre Empatía medida con el TECA (global y subescalas) e Inteligencia Emocional evaluada con el MSCEIT (global, áreas y ramas).
- Tabla 31:** Descriptivos de los 16 ítems en la *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso* (AE-FC).
- Tabla 32:** Correlaciones entre la puntuación en la *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso* (AE-FC) y Años de experiencia terapéutica, Conocimiento previo en TFE, e Impacto emocional fruto de la terapia personal.
- Tabla 33:** Correlaciones entre la puntuación en la *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso* (AE-FC) y Empatía autopercibida evaluada con el TECA (subescalas y global).
- Tabla 34:** Correlaciones entre la puntuación en la *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso* (AE-FC) e Inteligencia Emocional evaluada con el MSCEIT (áreas, ramas y global).
- Tabla 35:** Medias de rendimiento de los participantes en la tarea de formulación evaluada en la Secuencia de Formulación Multipista (según las dos opciones de corrección).
- Tabla 36:** Correlaciones entre las competencias de formulación en proceso evaluadas por los ejercicios de formulación de la SFMP.
- Tabla 37:** Correlaciones entre las competencias de formulación en proceso evaluadas por los ejercicios de formulación de la SFMP y la Inteligencia Emocional evaluada con el MSCEIT (global, áreas y ramas).
- Tabla 38:** Correlaciones entre las competencias de formulación en proceso evaluadas por los ejercicios de formulación de la SFMP y la Empatía autopercibida evaluada con el TECA (global y subescalas).
- Tabla 39:** Correlaciones entre la Autoeficacia en FC evaluada mediante la EA-FC y las competencias de formulación de la SFMP.
- Tabla 40:** Correlaciones entre la Autoeficacia en FC evaluada mediante la EA-FC y las competencias de formulación de la SFMP.
- Tabla 41:** La Formación de la Alianza como una tarea terapéutica espacio natural de la formulación de foco (fase 3) (traducido de Elliott et al., 2004).
- Tabla 42:** Aspectos funcionales de la adecuación de la FF - (A).
- Tabla 43:** Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (I): Estructura y coherencia (B.1.).
- Tabla 44:** Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (II): Proceso y complejidad (B.2.).
- Tabla 45:** Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (III): Contenido - Multiplicidad (B.3.).
- Tabla 46:** Hoja resumen de la Rúbrica *de Evaluación de la Adecuación de las FF* en TFE (REA-FF).
- Tabla 47:** Relación teórica entre las áreas y ramas de IE del MSCEIT y el proceso de producir Formulaciones de Foco con un alto grado de adecuación.
- Tabla 48:** Grupos de comparación de FF de acuerdo con Inteligencia Emocional (CIE) y rendimiento en la SFMP.
- Tabla 49:** Reorganización de ítems de la REA-FF en términos del autoanálisis de las respuestas del evaluador
- Tabla 50:** Diferencias en los promedios de los grupos en adecuación de la FF: global, por bloques y en el ítem A1.
- Tabla 51:** Diferencias en los promedios de los grupos en los factores de la rúbrica reconstruida.
- Tabla 52:** Correlaciones significativas entre ítems de la REA-FF.
- Tabla 53:** Fragmentos de diversas FF que condujeron a puntuaciones diversas en el ítem A1.
- Tabla 54:** Fragmentos de diversas FF en relación con las valoraciones de los ítems del F1 (Capacidad de explicación clínica del caso) para los grupos 1, 2, 3 y 4.
- Tabla 55:** Ejemplo de FF en el Grupo 3, en el que la recreación del mundo personal del cliente (F2) parece compensar un desarrollo menor del MENSIT.

- Tabla 56:** Bloque de formulación por pistas y sus correspondientes sub-temas.
- Tabla 57:** Pistas temáticas del *Formato Guía* de Formulación de caso global en TFE.
- Tabla 58:** Bloque 1: HERIDA CLAVE (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 59:** Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Debilidades (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 60:** Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Fortalezas (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 61:** Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Hechos biográficos (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 62:** Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Recursos psicológicos preferidos (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 63:** Bloque 3: FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 64:** Bloque 4: FUNCIONAMIENTO SOCIAL (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 65:** Bloque 5: ESTILO DE RELACIÓN CON EL TERAPEUTA (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 66:** Bloque 6: DIFICULTADES EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 67:** Bloque 7: PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL Y EMOCIONAL / Estilo de procesamiento experiencial (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 68:** Modos de implicación del cliente (Elliott, 2002) (utilizables en la formulación FC 10: *Estilo de procesamiento experiencial*).
- Tabla 69:** Factores teóricos de la *Escala de dificultades en la regulación emocional* (DERS) (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008) para la formulación FC 11.2: *Dificultades de regulación emocional*).
- Tabla 70:** Grupos de estrategias de regulación de la emoción descritos en la *Escala de complejidad de la regulación emocional* (CERS) (Pascual-Leone, Gillespie, Orr y Harrington, 2016) para la formulación FC 11.2: *Dificultades de regulación emocional*).
- Tabla 71:** Distinciones establecidas en el *Cuestionario abierto de evaluación de la consciencia emocional-motivacional en psicoterapia* (CACEM-5) (Caro, Jódar, Pitillas y Núñez, 2007) para la formulación FC 11.3: *Grado de consciencia emocional*).
- Tabla 72:** Niveles de la *Escala de conciencia emocional* (LEAS) de Lane et al . (1990) para la formulación FC 11.3: *Grado de consciencia emocional*).
- Tabla 73:** Niveles de la *Escala Experiencial* (Alemany, 1997; Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., 1969) para la formulación FC 10.4: *Estilo de procesamiento experiencial*).
- Tabla 74:** Niveles en el proceso de asimilación (a partir de Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999) para la formulación FC 11.6: *Otros indicadores experienciales*).
- Tabla 75:** Bloque 7: PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL Y EMOCIONAL / Reacciones clave dentro de la sesión (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 76:** Bloque 8: TAREAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS / Aprendizaje terapéutico (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 77:** Bloque 8: TAREAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS / Formulación de foco y evolución del tratamiento (*Formato Guía* para construir FCG en TFE).
- Tabla 78:** Items de la *Escala de Similitud* de FCG (ES-FCG) de acuerdo con su agrupación por pistas.
- Tabla 79:** Matriz de componentes rotados de las respuestas en la *Escala de Similitud* (ES-FCG).
- Tabla 80:** Fiabilidad de la *Escala de Similitud* (ES-FCG).
- Tabla 81:** Rangos, medias y DE por items de la *Escala de Similitud* en cada condición de comparación.
- Tabla 82:** Medias y desviaciones estándar de la *Escala de Similitud* global en cada condición de comparación, y comparación de la media en las cuatro pistas de formulación con el ítem de similitud global (20SG).
- Tabla 83:** Medias y desviaciones estándar de la *Escala de Similitud* por pistas en cada condición de comparación.
- Tabla 84:** Items y criterios de validez aparente como dimensión de calidad evaluable en las FCG.

Tabla 85: Estudios sobre competencia escritora y calidad del texto, en relación con los determinantes de la calidad de las FCG en TFE.

Tabla 86: Rúbrica de evaluación de la calidad formal de las FCG.

Tabla 87: Rúbrica de evaluación de la calidad formal de las FCG.

Tabla 88: Medias y desviaciones estándar de las dimensiones de calidad de la *Rúbrica de calidad de las FCG en TFE*: general, por grupos y por sexos.

Tabla 89: Rangos, medias y desviaciones estándar por items de la *Rúbrica de calidad de las FCG en TFE*.

Tabla 90: Protocolo de evaluación de las FCG en el equipo de investigación de consenso.

Tabla 91: Valoraciones en la *Escala de Similitud de las FCG* dadas por los miembros del equipo.

Tabla 92: Valoraciones en la *Rúbrica de evaluación de calidad de las FCG* dadas por los miembros del equipo.

Tabla 93: Comparativa de las respuestas de los formuladores A y B en el *Cuestionario post-formulación del FG*.

II. Índice de figuras

Figura 1: Elementos de la narrativa del foco terapéutico en formulación de caso en TFE.

Figura 2: Representation of the Existential Space as a result of the intersection between the Consciousness Axis and the Action Axis, when reflection on existence-experience is carried forward through the person's narrative activity.

Figura 3: Epistemological intentions in Case Formulation (resulting from the intersection between the two epistemological frameworks and the two narrative spaces).

Figura 4: Ejemplo de una *Secuencia de Formulación Multipista* (SFMP).

Figura 5: Transiciones productivas entre modos narrativos, asociadas a resultado exitoso (Angus et al., 2004; Angus y Greenberg, 2011).

Figura 6: Modelo dimensional de la calidad de las Formulaciones de Caso Globales en TFE.

Figura 7: Características de los modelos de situación de las FCG como textos mixtos.

Figura 8: Modelo de calidad del texto de las FCG: Cohesión-Coherencia-Asimilación.

III. Índice de gráficos

- Gráfico 1:** Distribución de frecuencias en la variable *Conocimiento previo de la TFE*.
- Gráfico 2:** Distribución de porcentajes en la variable *Impacto emocional de la experiencia terapéutica personal*.
- Gráfico 3:** Diferencias por grupos respecto a los cuatro bloques de adecuación de las FF evaluados con la rúbrica.
- Gráfico 4:** Gráficos de resultados por ítems de cada bloque de la REA-FF y por grupos.
- Gráfico 5:** Diferencias en el Bloque A (Aspectos de adecuación funcional) y en el ítem A1 (Grado la FF incorpora todos los elementos del MENSIT) por grupos.
- Gráfico 6:** Puntuaciones por grupos para cada factor teórico de la rúbrica reconstruida
- Gráfico 7:** Gráfico de sedimentación del EFE de la *Escala de Similitud* (ES-FCG).
- Gráfico 8:** Medias en la *Escala de Similitud* (ES-FCG) en las tres condiciones de comparación.
- Gráfico 9:** Medias de la *Escala de Similitud* por pistas en cada condición de comparación.
- Gráfico 10:** Media global y medias en las dimensiones de la *Rúbrica de calidad de las FCG en TFE* para el grupo general y para los diferentes subgrupos (Alumnos vs. profesionales y por sexos).
- Gráfico 11:** Medias de los ítems de la *Rúbrica de calidad de las FCG en TFE*.
- Gráfico 12:** Comparativa de los casos A y B en la *Rúbrica de evaluación de calidad de las FCG*: Global y dimensiones.
- Gráfico 13:** Comparativa de los casos A y B en la *Rúbrica de evaluación de calidad de las FCG* por ítems.

1. Introducción

1.1. Propósito y metas de la investigación

El propósito de esta investigación es evaluar el modelo de Formulación de Caso (FC) de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) (Elliott y Greenberg, 2017; Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Greenberg y Goldman, 2007; Greenberg, 2011; Goldman y Greenberg, 2015) a través de cuatro trabajos complementarios:

1. La **especificación de un modelo de proceso de la Formulación de Caso Focalizada en la Emoción (FCFE)** sobre la base del cuerpo de conocimientos generado por los fundadores del mismo (Leslie S. Greenberg y cols.), y su encuadre en el marco más amplio de la FC en Psicoterapia;
2. la **generación de un discurso crítico acerca del status epistemológico de los procedimientos de FCFE**, dentro del campo de la Psicoterapia, que sirva, a su vez, como un puente conceptual entre el paradigma de la práctica basada en la evidencia (PBE) (APA, 2006; Goodheart, 2006) y el paradigma emergente de la evidencia basada en la práctica (EBP) (la recolección de datos en colaboración con los clientes a fin de monitorizar tanto los beneficios como el ajuste de los servicios de psicoterapia) (Margison et al., 2000; Green & Latcford, 2012); y
3. el **análisis empírico de la calidad, fiabilidad y validez de las FCFE en una muestra de terapeutas con diferentes niveles de experiencia, y en relación con otras variables del terapeuta** como: a) la Autoeficacia (Bandura, 1977) y la competencia percibida para la FC; b) la Inteligencia Emocional (IE) (Mayer y Salovey, 1997) y los aspectos cognitivos y afectivos de la empatía del terapeuta (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008), y c) la experiencia clínica,
4. el **desarrollo de un modelo y un procedimiento sistemático de generación y evaluación de FC globales *a posteriori***, que cubra un hueco en la tecnología y en la bibliografía sobre FC en TFE. Este modelo se concreta en una herramienta de formulación de casos clínicos con una estructura homogénea y firmemente basados tanto en la teoría, como en las evidencias de investigación de la TFE. Además, este desarrollo es considerado como algo que contribuiría a incrementar la compatibilidad de las presentaciones de casos hechas en el marco de la TFE,

con los estándares en el campo de los estudios de caso (Fishman, 2013; McLeod, 2010) y con la FC en general (Eells, 2015) .

Todos estos objetivos se consideran relevantes, dado que hasta la fecha no existe ningún trabajo empírico sobre el tema. Además, la TFE se encuentra en un momento de expansión y consolidación como modelo humanista-experiencial de referencia. Tanto para los terapeutas que se reconocen en esta orientación, como para aquellos que, desde una perspectiva integradora, valoran las posibilidades de trabajar con la experiencia emocional en el nivel de proceso. Además, la FC como competencia profesional en psicología clínica y psicoterapia está cobrando actualidad (Caro y Montesano, 2016), de modo que la investigación y el desarrollo dentro y desde cada modelo terapéutico, adquiere un valor y una actualidad sin precedentes.

2.1. Estructura del trabajo

A fin de dar respuesta a los objetivos planteados anteriormente, queremos informar previamente de la estructura del trabajo, el cual, se divide en cuatro partes principales, paralelas a dichos objetivos.

La **primera** de ellas está dedicada a la elaboración de un marco conceptual y epistemológico para la FC en psicoterapia. En ella:

- se introduce el concepto,
- se presenta la TFE como enfoque psicoterapéutico,
- se desarrolla de modo extenso el modelo de FC en TFE, y
- se concluye con un aporte original al análisis de la cuestión en términos epistemológicos, desarrollando el concepto de "intenciones epistemológicas" en FC como herramienta de análisis crítico.

En la **segunda** parte se aborda el estado de la cuestión, desde una doble perspectiva:

- la FC como práctica profesional (apartado en el que se analizan sus fundamentos, se presentan las tendencias y controversias actuales y se extraen implicaciones), y
- la investigación empírica sobre FC (apartado en el que se revisa críticamente la evidencia disponible, a la vez que se obtienen conclusiones y criterios para abordar la investigación sobre FC en TFE).

La **tercera** parte (Estudio 1), es un estudio empírico en **dos fases**, en el que se evalúa el modelo de FC de la TFE según las dimensiones de *proceso* (formulación momento a momento), y de *producto* (formulaciones de foco como co-construcciones sobre los determinantes del malestar subyacente de la persona, en términos experienciales y emocionales). En dicho estudio, el modelo es valorado en términos de:

- las ejecuciones de una muestra de formuladores, que han de aplicar los criterios y competencias de FC en TFE a una tarea de formulación diseñada al efecto, y
- las diferencias entre formuladores atribuibles a variables clave, que, *a priori*, guardan relación con los fundamentos teóricos de la TFE, y que potencialmente pueden estar asociadas al rendimiento en FC.

La primera fase (estudio de la "formulación en proceso") supone un análisis de datos de tipo cuantitativo, basado en el estudio de correlaciones entre variables y en la aplicación de modelos de regresión, mientras que la segunda fase (estudio de las formulaciones de foco) se basa en un procedimiento analítico de tipo mixto (cualitativo-cuantitativo). Para la conducción de ambas fases ha sido necesario desarrollar instrumentos propios, que han sido tratados de diferente modo respecto a su validación.

La **cuarta** parte del trabajo (Estudio 2), es un desarrollo y una contribución original al modelo de FC en TFE y a la tecnología de formulación disponible, centrado esta vez en la formulación de casos globales *a posteriori*. Mediante procedimientos de investigación cualitativa (Teoría Fundamentada), se genera un modelo y una herramienta de formulación que integran las categorías clínicas conceptuales de la TFE, y que permiten la producción asistida de textos sobre casos clínicos. Dicho modelo es sometido a prueba mediante un estudio piloto, basado en un pequeño estudio de caso múltiple sobre el trabajo con la herramienta generada.

Esta parte posee una unidad propia en el conjunto de la Tesis, por varias razones. En primer lugar, por su especificidad y novedad, dado que apenas existe teoría previa a la que referirse en el marco de la TFE, de modo que el trabajo empírico ha sido a su vez fuente de teoría. Esto ha supuesto combinar dos estrategias de investigación en el proyecto: una más clásica (orientada a la confirmación), pero también otra denominada en la literatura como investigación orientada al descubrimiento (*discovery-oriented research*) (Mahrer, 1988; Mahrer y Boulet, 1999). Esta última responde más a la necesidad de generar categorías y distinciones en un campo de investigación, mientras que la primera responde a la lógica de la "ciencia normal" en el marco de un paradigma (Kuhn, 2004). Y en segundo lugar, porque la cuarta parte, pese a aparecer bajo el epígrafe de Estudio 2, es en realidad el compendio de varios trabajos empíricos cuya razón de ser es la que acabamos de exponer.

Entendemos que esta opción pueda ser discutible, y nos adelantamos a pedir disculpas al lector por anticipado, por el relativo solapamiento entre la parte teórica y la parte empírica del trabajo.

Finalmente, se realiza un revisión global del texto, y en ella se resumen los hallazgos principales, se contrapesan con las limitaciones metodológicas, se revisan las contribuciones al área y se proponen nuevas líneas de investigación.

2. Marco conceptual-epistemológico

2.1. Concepto de Formulación de Caso en psicoterapia y encuadre de la FC en la TFE

Desde una perspectiva transteórica, la FC en psicoterapia ha sido definida como "[...] una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona" (Eells, 2007a, p.4). Esto implica un proceso iterativo de recogida de información e inferencia, cuyo propósito es explicar los síntomas y problemas de la persona, a fin de: 1) aportar una estructura y organizar la información, 2) aportar una plantilla o soporte que funcione como guía para el tratamiento, 3) servir como referencia para evaluar cambios, y 4) ayudar al terapeuta a entender al paciente y a mostrar la empatía necesaria para que la relación terapéutica resulte exitosa (Eells, 2007b). Hay, no obstante, un número relativamente amplio de definiciones de FC que han sido revisadas por Eells (2007a) y Eells y Lombart (2011): algunas de ellas enfatizan la dimensión de colaboración entre terapeuta y paciente en la descripción de sus problemas, mientras que otras se centran en la idea de refinar y testar la hipótesis clínica acerca del malestar de la persona, y otras se hallan más orientadas hacia la *elicitación* (obtención) de la información adecuada y la consiguiente integración de la teoría ante un problema clínico específico. Sin embargo, esta pluralidad de concepciones no hace sino poner de manifiesto las tensiones que según Eells (2007a) son inherentes a la FC en psicoterapia (Tabla 1), en tanto cada modelo teórico trata de manejar las variables que considera relevantes, ya sea en los momentos de observación, de inferencia o de propuesta de intervención. Por otra parte, la multiplicidad de modelos no es la única fuente de variación respecto a cómo se realizan las FC, pues a ello hay que añadir los diferentes grados de asimilación, entrenamiento e integración que hacen los terapeutas en la práctica clínica habitual, en la que ponen de manifiesto muy diferentes formas de juicio clínico (Hallam, 2013).

De cualquier modo, las formulaciones son empleadas para informar el tratamiento, y por una variedad de razones, la FC es considerada una destreza clínica esencial (Eells, 2007a; Eells y Lombart, 2011) que: a) aporta una estructura que permite aplicar el conocimiento nomotético a un contexto ideográfico; b) completa el espacio entre diagnóstico e intervención; c) orienta en la selección del tratamiento, y d) adapta éste a las circunstancias particulares de cada caso (especialmente cuando la complejidad de algunos casos o la comorbilidad hacen que las guías de los tratamientos apoyados empíricamente, o los pasos de los tratamientos manualizados resulten insuficientes). Por otra parte,

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

Sin embargo, aun cuando la FCFE está basada en una larga tradición sobre procesos dentro de la sesión informados por la investigación, los cuales constituyen el núcleo de la actividad terapéutica (Rogers, 1951; Rice y Greenberg, 1984; Rennie, 1992; Greenberg, Elliott, y Lietaer, 1994; Greenberg, 1986, 2007; Elliott y James, 1989; Hendricks, 2006; Klein y Elliott, 2006; Elliott, 2010; o Timulak, 2007 entre otros), no hay investigación directa sobre el modelo de FC en TFE como tal.

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

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

Dentro del amplio rango de modelos de FC estructurada que Eells (2007a) somete a revisión en su manual de referencia *Handbook of psychotherapy case formulation* (con 14 modelos presentados por sus defensores principales entre la primera y la segunda edición, resumidos en la Tabla 2) y entre los ocho abordajes descritos por Berman (2010) en su completo volumen sobre el tema, la FC en TFE aparece como un modelo cualitativamente diferente, cuyas singularidades reclaman una investigación sustantiva a fin de dotarle de apoyo empírico específico, a la vez que

reflejan las tensiones de la FC en psicoterapia como práctica profesional y científica. Por este motivo, el modelo de FC de la TFE –sintetizado por Greenberg y Goldman (2007) en el manual de Eells, y desarrollado posteriormente por Goldman y Greenberg (2015)-, debe ser entendido dentro de su propio contexto teórico.

Tabla 2

Tabla resumen de los modelos de formulación de caso estructurados, revisados por Eells (1997, 2007) en su manual de Formulación de Caso

Modelos de FC estructurados	Marco conceptual
Modelo psicoanalítico tradicional S. B. Messer & D. L. Wolitzky	Psicodinámico (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Focalizado en las re-actuaciones repetitivas de los conflictos inconscientes nucleares y de las fantasías del paciente, sus aspectos evolutivos, adaptativos y defensivos, y su influencia en los estilos caracteriales y en las relaciones de objeto.
Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) L. Luborsky & M. Barrett	Psicodinámico (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Consistente con una perspectiva de relaciones objetales. Identificación de patrones de relación interpersonales desadaptativos a través del CCRT (Tema Central de Conflicto Relacional).
Análisis Configuracional (estados mentales y esquemas) M. J. Horowitz & T. D. Eells	Psicodinámico (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Representaciones internas del sí mismo y de los otros, y de sus interacciones (modelos de rol relacional). Consistente con una perspectiva de relaciones objetales. Esquematisaciones del sí mismo y de los ciclos cognitivos.
Patrones desadaptativos cíclicos en Terapia Dinámica de Tiempo Limitado H. Levenson & H. Strupp	Psicodinámico (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Los patrones de relación desadaptativos son aprendidos en el pasado, y aquellos que son disfuncionales se mantienen en el presente a través de relaciones de reciprocidad y de creencias patológicas. El terapeuta se interna en la relación, y maneja y ofrece su ‘contratransferencia interpersonal’ al cliente. Paciente y terapeuta se centran en el patrón principal, a fin de generar nueva comprensión y nueva experiencia.
Método de Formulación del Plan J. T. Curtis & G. Silberschatz	Psicodinámico (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Motivo primario: Rechazar una creencia patológica. Esquematisaciones del sí mismo y de ciclos cognitivos.
Formulación Ideográfica del Conflicto J. C. Perry	Psicodinámico (1997 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Consistente con una perspectiva de psicología del ego. Ve la perspectiva de las relaciones de objeto como integradas en motivaciones. Análisis del sistema de motivos de la persona y de los conflictos que afectan a la conducta y a las relaciones.
Formulación en Terapia Interpersonal de la Depresión J. C. Markowitz & H. A. Swartz	Pragmático ateorico (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Modelo medico de enfermedad psiquiátrica (conexión bidireccional entre los sucesos vitales y el estado de ánimo). Identificación de patrones relacionales desadaptativos en relación con las interacciones actuales del cliente. La FC aporta una conexión entre un suceso vital y los síntomas depresivos, que el paciente encuentra creible, y plantea una serie de estrategias de escape.
Formulación interpersonal basada en el Análisis Estructural de la Conducta Social (SASB) W. P. Henry	Interpersonal-Psicodinámico (1997 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico basado en la conducta y las necesidades interpersonales (Circumplejo Interpersonal). El SASB (Análisis Estructural de la Conducta Social) describe los procesos interpersonales en marcha entre los individuos, y codifica el contenido interpersonal del diálogo. Permite identificar los mecanismos que forman un puente entre las experiencias tempranas y la conducta del adulto (“procesos de copia”), así como los patrones interpersonales que estos producen.
Método de Análisis de Planes F. Caspar	Integrador-instrumental (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Focalizado en la emoción desde una postura instrumental, en la cual un conjunto jerarquizado de “planes” describe un conjunto de motivaciones y medios para lograr una meta. Identificación de planes motivacionales no conscientes de regulación de la conducta. Deconstrucción de la función instrumental de los trastornos.
Formulación de caso en Terapia Cognitivo-Analítica A. Ryle & D. Bennett	Psicodinámico -Cognitivo (1997 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Consistente con una perspectiva de relaciones objetales. Identificación de procesos circulares y de patrones de anticipación e inducción de respuestas recíprocas en los otros, y su posterior confirmación que mantiene la patología.
Formulación de la Terapia Cognitivo-Conductual J. B. Persons & M. A. Tompkins	Cognitivo-Conductual (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> La FC como parte de un proceso de contraste empírico de hipótesis. La FC adapta evidencias de investigación al individuo particular que está siendo tratado*. Las creencias nucleares son sostenidas en un contexto interpersonal.
Formulación en Terapia Dialéctico-Conductual para el TLP M. Linehan & K. Koerner	Cognitivo-Conductual / Integracionista (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> La FC añade una teoría biosocial de las causas y del mantenimiento de los TLP y una orientación dialéctica hacia el cambio. Los patrones de aprendizaje social son vistos como cadenas conductuales que implican interacciones con los otros y creencias nucleares.
Formulación en la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en la solución de problemas A. M. Nezu, C. Maguth, & T. A. Cos	Cognitivo-Conductual (1997, 2007 Ed.) <ul style="list-style-type: none"> Estrategias relacionales de solución de problemas, planteadas en relación con el estilo de orientación hacia los problemas particular de cada paciente. La FC adapta las evidencias de investigación al individuo específico que está siendo tratado*.

*Estudios acerca de los mecanismos básicos subyacentes en los síntomas o trastornos, hallazgos epidemiológicos, y estudios aleatorizados.

Por otra parte, el modelo de FC en TFE no se encuentra representado en la revisión que Johnstone y Dallos (2014) realizan sobre la FC en psicología y psicoterapia desde la perspectiva de la psicología crítica. Sin embargo, como enfoque humanista-experiencial, la TFE sí que supone una contribución coherente con esta línea, y que atiende a los criterios sobre práctica reflexiva humanista tal y como es descrita por Cushway (2009).

Finalmente, Eells (2007a) tomando como referencia la fundación en 2004 de la revista online *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, advierte de la creciente atención que los aspectos científicos de la FC están recibiendo. Dicha revista pretende aportar conocimiento innovador, cualitativo y cuantitativo acerca de los procesos de psicoterapia y de sus resultados, con base en una metodología de formulación de caso (Fishman, 2005), y en una estrategia a largo plazo: la creación de una gran base de datos de estudios de caso con los mismos epígrafes, uno de los cuales se destina a la formulación que el terapeuta hace del cliente. Hasta el momento, este proyecto se ha mostrado como una alternativa viva y dinámica para la generación y generalización del conocimiento sobre la psicoterapia, basada en la comparación entre casos –en lugar de en la comparación entre grupos o entre grupos e individuos (Eells, 2007b).

2.2. La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE)

La TFE fue desarrollada como un enfoque de psicoterapia neo-humanista y experiencial, informado por la investigación, fundamentado en las teorías contemporáneas sobre la emoción y de la construcción dialéctica de significado (Elliott y Greenberg, 2017; Greenberg, Rice y Elliott, 1993; Greenberg, 2002; Elliott, et al., 2004; Greenberg, 2011). Ha llegado a ser reconocido como un tratamiento basado en la evidencia para la depresión y el malestar en la pareja, y parece ser a su vez un tratamiento prometedor para el trauma, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de ansiedad y los problemas interpersonales. Por otra parte, la TFE ha generado más investigación sobre el proceso de cambio que ningún otro enfoque psicoterapéutico, y ha demostrado una relación entre resultados y empatía, alianza, profundidad experiencial, activación emocional, creación de significado a partir de la emoción activada, procesamiento productivo de la emoción y secuencias de emociones específicas (Elliott, Greenberg y Lietaer, 2004; Pascual-Leone y Greenberg, 2007).

Las emociones son vistas como algo fundamental en la construcción del sí mismo, y como un determinante clave de los procesos de auto-organización e identidad. Son sistemas de procesamiento de la información adaptativos, resultado de la evolución, que informan a las personas acerca de que una meta, una necesidad o un valor importantes pueden ser satisfechos o realizados, o bien pueden resultar perjudicados en una situación dada. A la vez, se considera que las memorias o recuerdos emocionales de la experiencia vivida, están conformados por esquemas de emoción a través de los cuales las personas reaccionan automáticamente (bien ante señales heredadas, o ante situaciones interpersonales aprendidas complejas). En tanto los esquemas de emoción son unidades de respuesta y también de producción de experiencia -formando redes de memoria-, el procesamiento esquemático de la emoción constituye la principal fuente de experiencia emocional, y son por ello el principal objetivo de intervención y cambio en TFE. No obstante, es más probable que el cambio en las estructuras de memoria esquemática suceda durante el proceso de reconsolidación de memoria: "[...] cada vez que una memoria es recuperada, el rastro de memoria subyacente es de nuevo lábil y frágil, y requiere otro periodo de consolidación, llamado de reconsolidación" (Greenberg, 2010, p. 33), el cual ofrece una oportunidad para perturbar (terapéuticamente) una memoria esquemática problemática, bloqueando la reconsolidación. Por ello los terapeutas en TFE ayudan a sus clientes a generar experiencias nuevas y alternativas, o dialécticamente opuestas -a la vez que personalmente congruentes y significativas. Más que simplemente tener emociones, las personas viven en un proceso constante de dar sentido a sus emociones, y esta integración de razón y afecto es lograda a través de un proceso continuo de crear significado a partir de la experiencia, simbolizando sensaciones sentidas corporalmente, y articulándolas en el lenguaje, y a partir de ahí,

construyendo nueva experiencia (Greenberg y Pascual-Leone, 1995). Por lo tanto, las intervenciones en TFE necesitan focalizarse tanto en la emoción como en el significado.

De acuerdo con las explicaciones precedentes, la intervención en TFE está basada en dos principios fundamentales del tratamiento: la provisión de una relación terapéutica, y la facilitación diferencial del trabajo terapéutico. El estilo relacional es el centrado en la persona (el terapeuta se adentra en el marco de referencia interno del cliente y sigue su experiencia empáticamente), y esto se combina con un estilo gestáltico más directivo (el terapeuta ayuda al cliente a implicarse en experimentos para profundizar en la experiencia). Este segundo aspecto de la intervención en TFE ha conducido a la investigación de una serie de tareas terapéuticas que ayudan a los clientes y al terapeuta a trabajar de modo diferente en diferentes momentos, de acuerdo con los marcadores de los estados internos actuales del cliente y de sus problemas afectivo/cognitivos dentro de la sesión. Estos marcadores son señales que indican cuál es el tipo de intervención potencialmente más apropiada, y también informan acerca de la disposición actual del cliente para trabajar en los problemas inferidos a partir de un marcador de tarea, y que están causando su estado interno problemático en el momento. Los terapeutas en TFE son entrenados para identificar esos marcadores y para intervenir en los modos que mejor encajen con esos problemas en tiempo real. La Tabla 3 muestra una colección de marcadores investigados, y sus correspondientes tareas terapéuticas, cuya diferenciación es parte de las habilidades de FC en TFE.

Tabla 3

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

Marcador de tarea	Intervención	Estado final
TAREAS BASADAS EN LA EMPATÍA		
Experiencia relevante relativa al problema (p. e. interesante, problemática, intensa, desconcertante)	Exploración empática	Marcador claro o nuevo significado explicado
Vulnerabilidad (emoción dolorosa relacionada con el sí mismo)	Afirmación empática	Auto-afirmación (sentirse entendido, esperanzado, más fuerte)
TAREAS RELACIONALES		
Comienzo de la terapia	Formación de la alianza	Ambiente de trabajo productivo
Queja sobre la terapia o dificultad por retraimiento (cuestionamiento de las metas o de las tareas, evitación persistente de la relación o del trabajo)	Diálogo sobre la alianza	Reparación de la alianza (vínculo terapéutico fortalecido o entrega a la terapia, mayor auto-comprensión)

Continúa en en la pág. siguiente

TAREAS DE EXPERIENCIACIÓN

Dificultad en el foco de atención (p. e. confuso, abrumado, en blanco)	Despejar un espacio	Establecimiento de un foco de trabajo terapéutico, habilidad para trabajar productivamente con el proceso experiencial (distancia de trabajo)
Sentimiento poco claro (vago, externo o abstracto)	Enfoque experiencial (Focusing)	Simbolización de la sensación sentida, sensación de relajación (cambio sentido), preparación para aplicar nueva consciencia fuera de la terapia (llevar adelante)
Dificultades expresando sentimientos (evitación de sentimientos, dificultad para responder a preguntas sobre sentimientos, descripciones pre-fabricadas)	Permitir y expresar la emoción (también enfoque, despliegue o trabajo con sillas)	Expresión apropiada o exitosa de emociones hacia el terapeuta o hacia otros

TAREAS DE REPROCESAMIENTO

Marcador narrativo (presión interna para contar historias vitales difíciles, tales como un trauma)	Re-narración del trauma	Alivio, restauración de los vacíos narrativos
Protesta o queja relativa al sentido	Elaboración de sentido	Revisión de una creencia valiosa personalmente
Punto de reacción problemática (reacción desconcertante frente a una situación específica)	Despliegue evocador sistemático	Una nueva visión sobre uno-mismo-en-el-mundo entra en funcionamiento

Marcador de tarea

Intervención

Estado final

TAREAS ENACTIVAS

Escisión autoevaluativa (auto-crítica, sentimientos de estar dividido)	Diálogo de las dos sillas	Autoaceptación, integración
Escisión auto-interruptora (sentí-mientos bloqueados, estado de resignación)	Representación con las dos sillas	Autoexpresión, empoderamiento
Asuntos inacabados (malos sentimientos duraderos hacia un otro significativo)	Trabajo con la silla vacía	Sensación de dejar ir al resentimiento o a las necesidades no satisfechas en relación con el otro, autoafirmación, comprensión del otro o afirmación de su responsabilidad
Dolor agudo imposible de regular	Auto-consuelo compasivo	Emoción regulada que hace que el dolor sea soportable y la persona pueda continuar con la exploración

Junto a la sintonización empática de los estados cambiantes del cliente en el aquí y ahora, los terapeutas necesitan conducir algún tipo de evaluación o diagnóstico emocional. Así, distinguen entre *emociones primarias* (las reacciones iniciales más fundamentales de la persona frente a una situación (i.e., sentir tristeza ante la pérdida), y las *emociones secundarias* (que son respuestas hacia

los propios pensamientos o sentimientos, más que a una situación, como sentirse enfadado en respuesta a sentirse herido). Y también establecen diferencias entre *emociones primarias adaptativas* (a las que se accede porque contienen información útil), y *emociones primarias desadaptativas* (sentimientos que a la persona le resultan viejos y familiares, y que son resistentes al cambio mediante el mero razonamiento o desconfirmación). Es necesario regular y acceder a las emociones desadaptativas a fin de transformarlas, mientras que las emociones secundarias deben ser utilizadas tan solo para obtener acceso a sus generadores más primarios.

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

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

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

través de la generación de nuevas emociones y la reflexión sobre la emoción activada para crear nuevo significado narrativo.

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

Como modelo psicoterapéutico, la TFE se apoya en una larga historia de investigación sobre procesos de cambio en la sesión (Angus, Watson, Elliott, Schneider y Timulak, 2015; Elliott, 2010; Elliott, Greenberg y Lietaer, 2004) y en una base de evidencia empírica creciente, respecto a su utilidad en poblaciones y cuadros psicopatológicos específicos, como por ejemplo terapia de pareja (Greenberg y Goldman, 2008), depresión (Greenberg y Watson, 2005; Watson, Goldman y Greenberg, 2008), trastornos de la alimentación (Dolhanty y Greenberg, 2007, 2009; Lafrance Robinson, Dolhanty y Greenberg, 2013), o ansiedad (Watson y Greenberg, 2017).

2.3. El modelo de Formulación de Caso en TFE¹

A lo largo del proceso de terapia, los terapeutas se ven constantemente en la necesidad de tomar decisiones complejas, a fin de responder a las necesidades de procesamiento de los clientes y llegar así a resultados favorables, que contribuyan al cambio terapéutico. Estas tomas de decisión se basan en diferentes tipos de información, suceden en diversas escalas temporales, e implican una variedad de procesos cognitivo-afectivos del terapeuta. Y es en función de diversas combinaciones de estas macro-variables, que unos modelos de formulación de caso (FC) se diferencian entre sí. Como veremos más adelante, en el modelo de FC de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) (Goldman y Greenberg, 2015; Goldman, Greenberg y Caro, 2016), la principal fuente de información con la que trabaja el terapeuta proviene de los estados emocionales del cliente en el aquí y ahora de la sesión, los cuales se manifiestan conductualmente a través de marcadores y micro-marcadores correspondientes a diferentes estados y necesidades de procesamiento. Tales estados son valorados y formulados en el nivel de proceso, en términos de los estados experienciales que la persona atraviesa momento a momento, mientras trata de "llevar adelante" su experiencia. Es decir, cuando trata de auto-organizarse emocionalmente para responder de un modo personal a su circunstancia. En el contexto de la sesión de terapia, esto informa acerca de cuáles son sus dificultades y necesidades de procesamiento emocional activas en el instante. Para lidiar con estas dos actividades (identificar marcadores de estado y necesidades de procesamiento por una parte, y formular ambos por otra), el terapeuta se implica en una actividad compleja basada en la empatía, que combina el juicio clínico, la inferencia, el manejo de la teoría y de la evidencia empírica, así como su propia capacidad imaginativa, a fin de representarse mentalmente –de la mejor manera posible–, cuál es el estado interno del cliente, cómo puede ser facilitado terapéuticamente, y a través de qué respuesta en este mismo momento.

De ese modo, tanto la perspectiva centrada en la persona y experiencial, como la orientación a la facilitación del proceso que presiden las intenciones terapéuticas en TFE, quedan integradas en el modo de conducir la FC en TFE. El cual, no se rige por una secuencia de pasos a aplicar, ni se apoya en una plantilla para seleccionar y organizar la información clínica al nivel de caso, ni tampoco genera una formulación a partir de la cual proponer un tratamiento. No obstante, cuando el proceso terapéutico avanza, y tras las primeras sesiones,

¹ Este apartado se basará ampliamente en el trabajo realizado por el autor en colaboración con L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Goldman, Greenberg y Caro, 2016).

cliente y terapeuta son capaces de desarrollar un conocimiento reflexivo acerca de las dificultades de la persona, que sirve para establecer un foco terapéutico. Dicho foco es, por una parte, una co-construcción acerca de los procesos que característicamente están causando el malestar de la persona, así como sus dificultades para responder adaptativa y creativamente a su vida. Y es, por otra, un acuerdo tentativo acerca del tipo de actividades y experiencias de cambio emocional -tareas terapéuticas-, en las que ambos probablemente habrán de implicarse en sesiones venideras, a fin de lograr el cambio deseado, y en general a fin de promover el auto-dominio o maestría emocional de la persona, la consiguiente recuperación de su sentimiento de agencia, y el restablecimiento de una posición de autoría en su existencia.

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

2.3.1. Principios guía de la formulación de caso en TFE

El modelo actual de FC en TFE ha sido sintetizado como una evolución de la teoría (Goldman y Greenberg, 2015; Greenberg y Goldman, 2007), que aporta a los terapeutas tres elementos para trabajar eficazmente con la experiencia y con el afecto en psicoterapia: Un medio para entender la fuente emocional de los problemas que presenta el cliente; una guía

para que el clínico pueda desarrollar un foco con la ayuda del cliente, y un conjunto de mapas para guiar de modo diferencial la formulación en el nivel de proceso. No obstante, antes de describir el proceso de FC en TFE, puede resultar clarificador establecer una serie de principios guía, que actúan de modo transversal en las diversas actividades de la FC en este modelo.

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

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

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

necesidades específicas de creación de puentes de significado entre experiencia y consciencia a través del lenguaje (y otras formas expresivas), y la conceptualización de múltiples procesos en términos de las posibilidades y necesidades de diálogo entre diversas partes o aspectos del sí mismo.

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

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

Ofrecer presencia, evitar la evitación y seguir la brújula del dolor para y activar esquemas de emoción clave en la sesión.- En este trabajo, el terapeuta trata de sintonizar momento a momento con la experiencia del cliente, escuchando y poniendo el oído en aquello que resulta más doloroso, vivo o ambiguo, y mostrándose presente y emocionalmente disponible. Para ello utiliza un dispositivo metafórico de formulación, que denominamos “brújula del dolor”. Cuando el terapeuta formula siguiendo el lugar al que apunta la brújula vivencial del dolor del cliente en el instante –y no la teoría u otras conceptualizaciones sobre lo que es doloroso o patogénico-, y logra responder empáticamente a lo que sucede, le ayuda a evitar la evitación y le ayuda a simbolizar la experiencia en la consciencia. Así, junto con cierta regulación emocional implícita, se produce la diferenciación de las respuestas emocionales del

cliente y la aparición -como figura- de nuevas experiencias que deben ser formuladas, y con las que es posible trabajar en terapia (i.e., los distintos tipos de emoción y los marcadores de tarea, de los que nos ocuparemos en secciones posteriores). De este modo, la FC en TFE permite que el dolor crónico y duradero del cliente se haga presente, sea accesible y funcione como puerta de entrada a sus problemas nucleares, expresados en clave de los esquemas de emoción a partir de los cuales se auto-organiza el sí mismo. Todo ello, en lugar de conceptualizar dichos problemas como un tipo de personalidad, una serie de dinamismos del carácter, un estilo relacional, o un patrón de respuesta persistente a través de las diversas situaciones, a partir de los cuales acceder después a la experiencia dolorosa.

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

La formulación es guiada por marcadores.- Tanto el trabajo de sintonización empática momento a momento y la exploración, como la focalización en la experiencia dolorosa emergente y el trabajo con tareas terapéuticas, son guiados por marcadores. Como dijimos anteriormente, estos son señales que permiten al terapeuta identificar estados internos particulares asociados a necesidades de procesamiento emocional específicas, y son los elementos que guían al terapeuta en la formulación procesual. Para ello, el terapeuta ha de desarrollar una serie de habilidades perceptuales (Greenberg, 2014), que le permitan distinguirlos en varios niveles:

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

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

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

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

Además, Greenberg y Angus (2004) y Angus y Greenberg (2011) han abordado las relaciones entre TFE y procesos narrativos extensamente, e incluso han identificado una serie de marcadores narrativos, que dan cuenta de la interacción entre experiencia sentida, dificultades o bloqueos narrativos, y sus correspondientes oportunidades de procesamiento en la sesión.

2.3.3. El proceso de formulación de caso en TFE

El proceso de FC en TFE se mueve atrás y adelante, deteniéndose más o menos, en una de estas tres actividades: (1) El compromiso del terapeuta con atender y observar los estados emocionales de la persona, (2) la intención de formar un marco conceptual para comprenderlos, y (3) el uso interactivo esa información, para guiar la creación de propuestas activas en la sesión, que permitan resolver las dificultades emocionales que están creando los problemas del cliente. A su vez, la FC discurre en una secuencia de tres fases, en la que este proceso interactivo que acabamos de describir, toma diferentes formas y sucede a diferentes niveles. Cada fase se concreta en una serie de pasos, si bien estos no deben ser entendidos de una manera absolutamente lineal ni prescriptiva, sino como un listado de procesos y competencias de formulación, que son coherentes con las necesidades que típicamente presenta un cliente en TFE, cuando se relaciona con un terapeuta que aplica de modo efectivo los principios terapéuticos de este modelo. A continuación presentamos las tres fases en términos del proceso clave al que contribuyen, la actividad principal del terapeuta en esa fase, y los objetivos que persiguen -los cuales pueden ser entendidos también como resultados de la terapia. Además, referenciamos sucintamente los pasos de cada fase en las Tablas 4, 5 y 6, junto con un breve ejemplo ilustrativo, y remitimos al lector al trabajo de Goldman y Greenberg (2015) para entrar en detalle en cada uno de ellos.

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

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

1. Lograr una comprensión del modo en que el cliente da significado a los sucesos de su vida, y a los impactos emocionales generados por estos.
2. Facilitar que los asuntos clave o los temas focales de la narrativa vayan emergiendo, de modo que se produzca una primera aproximación a la causa de los problemas actuales de la persona, los cuales, en general, pueden ser conceptualizados según una de estas cuatro categorías: (1) Falta de conciencia emocional, por la cual la persona no accede a la emoción (i.e., a causa de un bloqueo o interrupción, o debido a que no ha aprendido a dirigir la atención a su experiencia), de modo que le resulta imposible orientarse y crear significado; (2) desregulación emocional (ya sea

por exceso o por defecto), de modo que el contacto con la emoción resulta improductivo o problemático; (3) crisis de significación emocional, que suele suponer algún tipo de falla en la capacidad de la persona para crear significado existencial a partir de un suceso traumático, o un cambio radical y desconfirmador en su existencia; y (4) procesamiento emocional desadaptativo, por el cual la estructura emocional esquemática que sirve a la persona para auto-organizarse, resulta problemática en algún sentido (bien por su rigidez o por su carácter desadaptativo) como resultado del aprendizaje emocional (i.e., como sucede en el aprendizaje traumático, en las vivencias que propiciaron un desarrollo condicionado de la identidad, o en el establecimiento de determinadas formas de apego).

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

Tabla 4

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

1. **Escuchar los problemas que presenta el cliente** (dificultades relacionales, emocionales o conductuales).
Ejemplo: Problemas de imagen corporal.
 2. **Escuchar e identificar la experiencia emocional más dolorosa y/o conmovedora.** Supone atender y responder al aspecto más doloroso, vivo o conmovedor del relato del cliente.
Ejemplo: *Mi madre solía decirme que estaba demasiado gordo (...). De adolescente me atrajo mucho la idea de participar en algún deporte de equipo, pero mi madre me decía "Cariño, ¿pero cómo te vas a apuntar? ¡Eres demasiado lento!" Ahora que tengo 35, cuando me miro en el espejo, me veo feo. Mi mujer me dice que soy guapo... pero no puedo creerla).*
 3. **Observar la naturaleza del estilo de procesamiento emocional del cliente** a fin de ser responsivo e incrementar su productividad. Para ello, el terapeuta tiene en cuenta diversas variables.
Ejemplos: Cualidad vocal, activación emocional, regulación emocional, etc..
 4. **Ayudar al cliente a desplegar la narrativa del problema y/o la historia vital en la que se encuadra.** Supone escuchar e identificar cooperativamente cuál es la historia que está detrás del relato del cliente (temas de apego e identidad fundamentalmente).
Ejemplo: Un vínculo con una figura parental invalidadora.
-

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

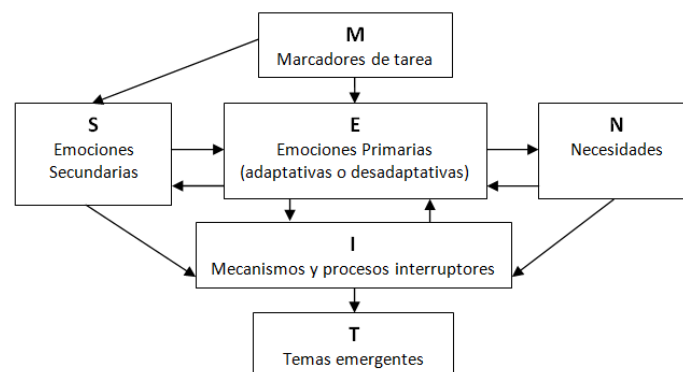
El proceso clave en la Fase 2 es la identificación de los esquemas de emoción nucleares y sus auto-organizaciones asociadas, que actúan como determinantes principales de las dificultades del cliente, junto con la co-construcción de los temas emergentes relativos a esos esquemas. La actividad del terapeuta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

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

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

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

Figura 1:
Elementos de la narrativa del foco terapéutico en formulación de caso en TFE



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

Tabla 5

Fase 2: Co-crear un foco e identificar la emoción nuclear (Identificar los elementos del MENSIT)

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

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

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

Ejemplo: Dolor/vergüenza (auto-desprecio).

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

Ejemplo: Autoestima y valoración.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Producir cambios en los esquemas de emoción nucleares a través de las tareas terapéuticas.
2. Reintegrar el nuevo significado emocional y la nueva experiencia del sí mismo y el mundo -resultante de la resolución exitosa de las tareas terapéuticas-, en la narrativa de identidad de la persona.
3. Facilitar el desarrollo de alternativas saludables y explorar las dificultades de su puesta en práctica en la vida del cliente.
4. Trabajar con nuevos marcadores relativos a tareas emergentes, que pueden ser consecuencia del acceso a dificultades que habían permanecido en un segundo plano y que requerirán la formulación de un nuevo foco, o bien pueden ser simplemente el resultado de que el cliente empieza a afrontar nuevos retos existenciales y relacionales, que aún requieren acompañamiento –si bien la persona cuenta ya con un mayor dominio de sus procesos experienciales y de sus competencias de inteligencia emocional.

La Tabla 6 cierra la enumeración e ilustración de los pasos del proceso de FC en TFE, y aporta ejemplos sobre el tipo de procesos de la Fase 3, asociados a los pasos 12 a 14.

Tabla 6

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

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

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

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

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

A su vez, una vez se produce la implicación en una tarea, el terapeuta atiende a los micro-marcadores internos de esa tarea.

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

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

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

2.3.4. Aspectos epistemológicos y teóricos de la formulación de caso en TFE

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

Si bien la tradición Humanista en psicoterapia, y particularmente la Terapia Centrada en la Persona (TCP) han sido críticas con los asuntos relativos al diagnóstico y la formulación, en realidad la noción de formulación de proceso ha estado en el núcleo mismo de sus teorías. Ya sea porque el terapeuta debía utilizar la empatía para captar el mundo interno de la persona desde su propio marco de referencia, o porque la propia teoría rogersiana en sus diferentes fases ofreció conceptualizaciones de las fuentes de disfunción o malestar (i.e., el modelo de congruencia-incongruencia entre experiencia y auto-concepto), o por ambos motivos, la FC entendida como un proceso que permite llevar la terapia adelante de un modo dialógico, ha estado desde el principio en el centro del trabajo humanista. La terapia Gestalt y Fritz Perls por otra parte, ofrecieron conceptualizaciones complementarias a las de la TCP (i.e., el ciclo de satisfacción de necesidades o las polaridades), y aportaron técnicas psicodramáticas que integraban mapas de proceso implícitos, los cuales servían a los terapeutas para formular momento a momento qué era necesario hacer durante su aplicación, y ayudar así al cliente a resolver conflictos entre aspectos del sí mismo o con otros. Por otra parte, la conceptualización experiencial del sí mismo aportada por Eugene Gendlin en su modelo de Terapia Experiencial y Focusing, es en sí misma una formulación de las dificultades psicológicas en términos de cómo la persona puede estar en relación con su flujo experiencial sentido corporalmente, o en su lugar, relacionarse con y a través de conceptos u otras abstracciones. Así pues, la justificada preocupación de Carl Rogers por los desequilibrios y abusos de poder que el diagnóstico psicológico podría suponer cuando el terapeuta utiliza etiquetas diagnósticas o impone interpretaciones a la experiencia de la persona, se diluye cuando entendemos la FC como un trabajo colaborativo en el que la teoría y la tecnología de la terapia se ponen al servicio de la relación, y las formulaciones se someten a la validación última por parte del cliente. En ese sentido, podemos afirmar que la FC en TFE ha evolucionado para aportar a los clínicos un marco explicativo, que les ayude a comprender los problemas de sus clientes en términos de sus determinantes emocionales

subyacentes, pero que no sustituye la tarea de conocerlos como personas globales y de encontrarse con ellos.

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

Por otra parte, el modelo de FC que acabamos de presentar ha ido evolucionando con la teoría general de la TFE, y es consistente con un enfoque hermenéutico-cualitativo de investigación, que es parte de esa evolución. Este enfoque -que engloba metodologías como la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) (Glaser y Strauss, 1967)- propicia la construcción de estructuras de abajo a arriba a partir del cotejo de datos más básicos, entre los que es posible percibir relaciones o afinidades que generan unidades de significado superiores. Análogamente, la FC en TFE supone la construcción de estructuras que surgen del proceso mismo de la terapia, cuando es mirado por las mentes activas y en interacción del cliente y del terapeuta. Como consecuencia, la FC en TFE pasa a ser un proceso interactivo dinámico, que pese a poder ser sintetizado en fases y pasos prototípicos, se parece poco a la aplicación de un plan fijo o estructurado. Además, la FC crece orgánicamente a partir del proceso y se ve constantemente alterada por la nueva información que procede del proceso mismo y del cliente. De esa manera, aunque la información emergente se organiza en el marco de comprensión que se forma desde las etapas tempranas de la terapia, cuando la nueva información es discrepante con ese marco, la formulación cambia.

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

mecanismos en busca de descripciones que pueda usar para generar hipótesis científicas, mientras que el segundo hace lo mismo pero con una intención más limitada: Generar una hipótesis pragmática, que le permita responder al experienciar del cliente en el momento.

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

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

oportunidades y necesidades de procesamiento actuales del cliente, cuando al formular un fenómeno clínico que la teoría identifica como un marcador de tarea específico, el terapeuta genera la que considera como la mejor explicación posible para lo que está observando, y a partir de ahí, toma decisiones como por ejemplo proponer al cliente imaginar a una parte del sí mismo en una silla y hablar con ella.

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

Por último, queremos dejar constancia de que el desarrollo de la FC en TFE es un tema abierto y en evolución. Otros autores en este marco teórico están realizando propuestas que, si bien se engranan en el modelo general desarrollado en estas páginas, ponen el énfasis en aspectos diversos. Por ejemplo, Timulak y Pascual-Leone (2014) enfatizan el uso de los hallazgos recientes sobre los procesos de transformación de la emoción en TFE, para que el terapeuta pueda trabajar directamente con los esquemas de emoción y las auto-organizaciones del cliente que causan el dolor emocional, así como con las formas de auto-tratamiento de la persona, que contribuyen a este mismo dolor. O también Pascual-Leone y Kramer (2016), quienes han propuesto un método para el desarrollo de formulaciones de caso basadas en la emoción, recurriendo a procesos emocionales bien investigados, los cuales pueden aparecer transversalmente en el trabajo con múltiples modelos de psicoterapia. Y en línea con la propuesta de Johnstone (2014) de formulación en equipos, Clarke (2015) y Araci y Clarke (2016) han presentado una adaptación del modelo de FC de la TFE a esta dinámica, con la que vienen trabajando desde 2004 en las unidades de agudos de los servicios de salud mental del NHS Southampton (Reino Unido).

2.3.5. Conclusiones: El modelo de FC de la TFE y sus singularidades

Para concluir la presentación del modelo de FC en TFE, añadiremos una serie de observaciones acerca de sus singularidades, y trataremos de distinguir algunas implicaciones. La Formulación de Caso focalizada en la emoción (FCFE) no asumen la racionalidad médica implícita en el resto de modelos. Por ello no pretende generar formulaciones *a priori*, no establece prescripciones

ni un plan de tratamiento predeterminado, y sitúa la actividad de formulación del terapeuta en el entorno inmediato del proceso experiencial del cliente, como una actividad progresiva de comprender y de proponer modos de implicación diferenciales en el "aquí y ahora" (en lugar de buscar primariamente la comprensión global del caso). Modos de implicación destinados a promover la consciencia vivencial de la persona y su simbolización, la activación de esquemas de emoción relevantes y su transformación a través de la acción -la cual genera nueva experiencia emocional-, y de la reflexión –que facilita la recodificación narrativa de la experiencia a diferentes niveles. Este planteamiento restringe los procesos de inferencia que realiza el terapeuta a lo que en TFE se denomina "diagnóstico de proceso" (Rice y Greenberg, 1984; Greenberg, 1986; Greenberg y Johnson, 1986; Greenberg, Rice, y Elliott, 1993; Elliott et al., 2004), es decir, a la evaluación inmediata de los estados y procesos emocionales del cliente momento a momento, lo que en última instancia da lugar a formulaciones individuales, tentativas y de carácter temporal, más que formulaciones generales relativas al caso o a un tipo particular de trastorno. Estas singularidades implican un estilo muy particular de FC, que la hace equivalente hasta cierto punto a la intervención terapéutica, lo cual sitúa el modelo de modo coherente con la crítica de Rogers acerca del efecto *desempoderizante* del diagnóstico (Rogers, 1951) por una parte, y por otra, en línea con la visión de la Terapia Gestalt acerca del diagnóstico como una mera herramienta de cambio, integrada dinámicamente y momento a momento en el 'aquí y ahora' de la relación terapéutica (Melnick y Nevis, 1992). Esto implica un proceso sutil de evaluación momento a momento de la experiencia del cliente, con una base altamente experiencial, que a la vez ayuda a la persona a dirigir la atención, simbolizar, diferenciar, transformar e integrar esa experiencia (Greenberg, Rice y Elliott, 1993; Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Y también por ello, la FCFE demanda una investigación específica, que contribuya a su establecimiento como una práctica apoyada empíricamente, dentro del conjunto de las competencias clínicas de la TFE, y como una integración de gran parte de éstas.

El núcleo de la FCFE es la formulación negociada de un foco entre cliente y terapeuta en la fase temprana de la terapia (Elliott et al., 2004; Goldman y Greenberg, 2015; Greenberg y Goldman, 2007), entendido como una narrativa co-construida que explica el malestar del cliente y la relaciona con los consecuentes procesos de cambio potenciales. Este foco no acostumbra a ser escrito, y funciona como una narrativa de referencia para la implicación del cliente en la exploración venidera, así como para la eventual implicación en nuevas tareas terapéuticas cuando aparezcan marcadores de tarea relevantes. El foco también ofrece un soporte para la alianza terapéutica, en tanto se logra a través de la cooperación y la comprensión empática, de modo que Elliott et al. (2004, pp. 146-17) sitúan su formación en el Estadio 3 de la *Tarea de formación de la alianza*. La investigación en TFE ha mostrado que el desarrollo temprano de un foco y una buena alianza predicen el resultado (Greenberg y Paivio, 1997; Watson y Greenberg, 1996), y por ello la FC aparece como una

competencia crítica en la formación en TFE. No obstante, el modelo de FC en TFE no reduce el asunto a la formulación de un foco, sino que insiste en la naturaleza virtualmente interminable del proceso de formulación, concebido como la integración del proceso terapéutico en una 'secuencia de comprensión', que evoluciona a través del seguimiento de las señales de lo que llaman la 'brújula del dolor' (Goldman y Greenberg. 2015; Greenberg y Goldman, 2007). Tal 'brújula del dolor' -como se adelantaba en el apartado 2.2. de este trabajo, en el que se presenta el modelo general de la TFE-, está formada por las experiencias más dolorosas del cliente, que crean respuestas desadaptativas y sufrimiento, y por sus esquemas de emoción subyacentes. En consecuencia, no existe un procedimiento único para generar la secuencia de comprensión que conduce hasta el desarrollo del foco, y la FCFE se asienta en tres grandes macro-habilidades terapéuticas: 1) el 'diagnóstico de proceso' (Greenberg et al. 1993; Elliott et al, 2004; Elliott y Goldman, 2007), que es la adecuada 'lectura' de los marcadores del cliente -los cuales señalan que la persona se halla implicada actualmente en una experiencia emocional problemática a diferentes niveles; 2) la respuesta diferencial basada en la sintonización empática y en el diagnóstico de proceso, y 3) la reflexión sobre la nueva experiencia que emerge dentro de la relación, cuya narrativización permite el logro de algún tipo de auto-explicación personal -a niveles 'micro', como cuando el cliente vincula una necesidad con la explicación de la propia conducta), o a niveles 'macro' (cuando el cliente elabora aspectos de la propia 'identidad narrativa' (Whelton y Greenberg, 2001; Greenberg y Angus, 2004; Greenberg y Angus, 2011).

Por todas estas razones, lo que podría ser llamado 'formulación secuencial' es más parecida a un proceso complejo de interacción experiencial-emocional multinivel con el cliente y con sus necesidades de procesamiento cognitivo-afectivo momento a momento, por el cual el terapeuta le ayuda a relacionarse con esas necesidades de maneras productivas (simbolización, creación de significado, expresión y transformación de la emoción, y proyección de alternativas). Coherentemente con esto, no existe una FC per se para cada cliente, sino un proceso dialógico que sólo podría ser 'capturado' u objetivado preguntando a los terapeutas acerca de los procesos internos en los que están implicados en cada momento relevante, determinado por la presencia de un marcador específico (micro-marcadores o marcadores de tarea, de acuerdo con la distinción de Elliott et al. (2004, pp. 68-69)), y pidiéndoles una formulación de: a) lo que está sucediendo en el cliente a diferentes niveles (sensaciones corporalmente sentidas, emociones, pensamientos y evaluaciones, o necesidades y tendencias a la acción), y b) qué necesitaría la persona para llevar su proceso experiencial y su vida adelante. De ese modo, la principal preocupación del terapeuta es seguir el proceso del cliente e identificar el dolor nuclear de la persona, así como los marcadores relacionados con las dificultades emocionales del momento, más que desarrollar un retrato de la personalidad del cliente, de las dinámicas de su carácter, o de sus patrones relacionales nucleares.

Distinguir entre respuestas emocionales primarias, secundarias e instrumentales también es esencial en la FCFE (Greenberg y Safran, 1987; Greenberg, Rice y Elliott, 1993). Las emociones primarias de los clientes revelan sus necesidades nucleares, y más aún, su experiencia sentida en el presente es lo que indica cuál es la dificultad y si los determinantes subyacentes del problema se encuentran accesibles actualmente. Lo que permite desarrollar un foco colaborativo y un tema coherente, es el enfoque sobre la experiencia vivida en el momento y la exploración subsecuente de las experiencias particulares del cliente hasta sus límites de consciencia -al igual que sus experiencias vitales-, a fin de acceder a las emociones primarias, y no tanto -como es propio en el resto de modelos- la exploración de patrones de experiencia y conducta que se repiten a través de situaciones. Identificar y articular los esquemas emocionales subyacentes -que están generando la experiencia sintomática- es un esfuerzo colaborativo llevado a cabo entre el cliente y el terapeuta, que siempre incorpora el dolor crónico nuclear de la persona. Los 14 pasos de formulación que se han sido explicados e ilustrados previamente, suponen por tanto el desarrollo progresivo, interactivo y orientado al descubrimiento de la secuencia de comprensión del caso, que es única en cada ocasión. Los pasos guían al clínico en su revisión del proceso, pero su lógica interna procede de la naturaleza de la interacción colaborativa y focalizada en la emoción propia de la TFE.

Esta naturaleza secuencial hace que la FCFE, cuando tiene lugar en ambientes terapéuticos naturales, tenga el aspecto de lo que podríamos llamar "narrativas líquidas" (Caro, 2013) (ver apartado 2.4. más adelante). O lo que es lo mismo, las FCFE son narrativas fluidas y abiertas debido a su naturaleza provisional, y a su valor exclusivamente temporal, siempre dependiente de la confirmación del cliente en el aquí y ahora de la relación terapéutica en evolución. Tales narrativas líquidas, cuyas intenciones no son las de *explicar* el caso -ni tampoco un proceso disfuncional clave-, sino generar una hipótesis parcial acerca del estado afectivo-cognitivo actual del cliente -que debe ser validado o no por éste-, son formuladas a fin de guiar las respuestas de facilitación experiencial inmediatas del terapeuta (orientadas al sostenimiento de la relación, orientadas a la profundización en la experiencia, u orientadas a la implicación en tareas terapéuticas específicas).

No obstante, la "cualidad líquida" de las formulaciones momento-a-momento que ayudan al terapeuta a ser adecuadamente empático y responsivo en el instante, no es igual que la de las formulaciones correspondientes a los momentos en los que el cliente parece estar preparado para implicarse en una tarea terapéutica específica; y supuesto ambas son menos "sólidas" que las narrativas que constituyen las formulaciones de foco. Complementariamente, la formación y la investigación en TFE han exigido la elaboración de algún tipo de formulaciones de caso globales *a posteriori*, que ayuden a los terapeutas a interpretar el material del caso y los registros relativos a casos ya concluidos, y que son más rígidas lógicamente. De acuerdo con las observaciones anteriores,

y aunque no han sido especificados aún en la literatura sobre TFE, cuatro diferentes órdenes de formulación pueden ser distinguidos, atendiendo a las intenciones -y a la cualidad de liquidez-solidez subsecuente- de cada una de las posibles FCFE. Estos órdenes de formulación, que se describen brevemente a continuación, pueden ser emplazados sobre un continuo en el que observar los diferentes tipos de inferencia que generan (Tabla 7):

- Las **Formulaciones de primer orden** son aquellas llevadas a cabo en el nivel de *proceso*. Incluye las formulaciones basadas en micro-marcadores y relacionadas con las necesidades de procesamiento de los clientes durante la exploración empática (o más específicamente mientras éstos se encuentran implicados en la *Tarea de exploración empática general* (Elliott, et al., 2004)).
- Las **Formulaciones de segundo orden** son aquellas que están basadas en marcadores de tarea específicos (los que informan acerca de las posibilidades de un cliente para implicarse en una tarea terapéutica particular), e integran formulaciones parciales y temporales, relacionadas con la calidad de la implicación del cliente en la tarea terapéutica que está siendo trabajada en el momento (incluyen apreciaciones agregadas acerca de la profundidad experiencial del cliente, del grado de activación emocional o de la cualidad vocal, y valoraciones acerca de la posición actual del cliente en el modelo de resolución de la tarea).
- Las **Formulaciones de tercer orden** son aquellas implicadas en la formación de un foco terapéutico y en la negociación de éste con el cliente. Este orden incluye formulaciones basadas en marcadores del estilo característico de los clientes (en términos de su estilo de relación con la experiencia), y más fundamentalmente marcadores temáticos (p. e. relativos al abandono o al abuso), que emergen como "indicadores de foco para el tratamiento" (Elliott et al., 2004, pp. 53-71).
- Las **Formulaciones de cuarto orden** son aquellas relacionadas con el caso en su conjunto como proceso completado (o eventualmente como un proceso en marcha pero en revisión). Constituyen formulaciones hechas *a posteriori*, cuya utilidad cae fuera de la relación terapéutica, pero poseen relevancia y significado como reportes de la terapia en otros dominios profesionales como la formación o la investigación.

Finalmente, las formulaciones específicas correspondientes a cada orden de formulación, pueden ser objetivadas o materializadas en términos de pensamientos comunicables, y pueden ser también simbolizadas (verbalizadas o escritas) como narrativas. Y tales narrativas pueden ser

entonces comparadas entre formuladores -en relación con el mismo caso de terapia-, y valoradas en términos de su similitud, o de su validez clínica vinculada a una teoría.

Tabla 7

Órdenes de formulación de acuerdo con las intenciones y el consecuente grado de liquidez-solidez de los reportes narrativos

	Formulaciones secuenciales			FC Globales <i>a posteriori</i>
<p>ÓRDENES DE FORMULACIÓN</p> <p>Sólida ↑ Solidez de la narrativa ↓ Líquida</p>	<p>Formulaciones de 1^{er} Orden</p> <p>Formulaciones de 2^o Orden</p> <p>Formulaciones de 3^{er} Orden</p>			<p>Formulaciones de 4^o Orden</p>
<p>INFERENCIAS</p>	<p>¿Cuál es el estado interno del cliente?</p> <p>¿Cuál es la dificultad emocional/experiencial actual del cliente?</p> <p>¿Qué necesita la persona para profundizar en su experiencia y diferenciarla?</p>	<p>Marcadores de tarea</p> <p>¿En qué tipo de modo de implicación diferentes y en qué procesos diferenciales (tareas) está la persona preparada para implicarse?</p> <p>¿En qué paso del proceso de resolución de una tarea se encuentra la persona actualmente?</p>	<p>¿Cuál es la relación entre las dificultades que presenta el cliente y su dolor nuclear?</p> <p>¿Cómo está eso afectando a su vida?</p> <p>¿Cuáles son los temas relativos a la dificultad de la persona?</p> <p>¿Sobre qué tendría sentido trabajar para transformar el dolor nuclear?</p>	<p>¿Qué es lo que ha llevado al cliente desde los problemas presentados inicialmente hasta los resultados finales de la terapia?</p> <p>¿Cómo tuvo lugar el cambio?</p> <p>¿Cómo trabajaron juntos cliente y terapeuta?</p> <p>¿Qué esquemas emocionales fueron transformados a través de qué tareas terapéuticas?</p> <p>¿Cuáles son las evidencias del caso que dan lugar a este tipo de explicaciones?</p>
<p>INTENCIONES</p>	<p>Facilitación del proceso experiencial</p> <p>Creación de la relación como encuentro colaborativo entrado en la experiencia del cliente</p>	<p>Implicación en la tarea</p> <p>Completamiento de la tarea</p> <p>Cambio de tarea</p>	<p>Formulación de foco</p> <p>Formación de la alianza</p> <p>Compromiso con las metas de la terapia</p>	<p>Explicación del caso</p> <p>Establecimiento de relaciones entre teoría, eventos terapéuticos y resultados</p>

2.4. Intenciones epistemológicas en Formulación de Caso

Este apartado es un desarrollo del autor de la Tesis Doctoral, como contribución teórica al tema desde la perspectiva epistemológica. Ha sido redactado en inglés a partir de una comunicación presentada en la 29ª Conferencia Anual de la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) (Caro y Jódar, 2013). Constituye, no obstante, un aporte original y clarificador como herramienta de análisis crítico de las prácticas de psicoterapia, y particularmente de los procesos de FC (J. McLeod, comunicación personal, 8 de Junio, 2013), a partir de la definición del concepto de "intenciones epistemológicas" y de la distinción sistemática de varias de ellas.

In this section we develop the notion of *epistemological intentions* (those purposes that guide the process of creating useful and shareable knowledge when formulating a psychotherapy case) as a conceptual tool, that creates a mental territory for the coexistence of four modes of formulate, which result from working from two opposed *epistemological frameworks* (mechanistic and dialogical), and from explaining what happens in therapy within two separate *narrative spaces* (the aprioristic appraisals' space, that leads to perform 'solid narratives', and the existential space, that leads to perform 'liquid narratives').

We elaborate on how each theoretical approach to psychotherapy and to CF rests on a particular epistemological intention, and considers as adequate different sources of information and diverse operations with them. We also argue that, since mainstream psychology tends to prize practices based on certain epistemological intentions, and to marginalize others, this conceptual tool may throw light on what gets lost, when reductionist postures guide practice, by constraining the array of 'legal' epistemological intentions.

Later on, and given the current tendency to equate evidence-based practice and evidence-based treatments, we propose this tool as a map of intentions, with different regions, in which a variety of sources of evidence, may be rightfully used in CF: At different levels (from the case to the process), with different degrees of nearness to experience, and with varied degrees of openness to reformulation. Finally, some implications for psychotherapy practice and CF are addressed.

2.4.1. Formulation as decision making in a complex scenario

Case Formulation (CF) has evolved as a tool for decision making in clinical practice, and also for training, research and theory development along the short but intense history of Psychotherapy (Eells, 2007a). And as a consequence of that and because Psychotherapy and Psychology are multi-paradigmatic disciplines (Caparrós, 1978; Stenberg & Grigorenko, 2001), CF models reveal a variety

of epistemological intentions sometimes complementary and sometimes controversial. Or as we define them each CF model reveals a series of purposes that guide the process of creating useful and shareable knowledge when formulating a psychotherapy case. This is to say that CF as an activity of 'knowledge management' (Caro, 2010, October) reflects -or can be based on- a multiplicity of aims related to the way a clinician manages raw data and tacit knowledge, and transforms them into information and explicit knowledge over time. For Eells (2007a, p.4), it means that "a CF helps organize information about a person, particularly when that information contains contradictions or inconsistencies [...]" and [...] "contains structures that permit the therapist to understand these contradictions and to categorize important classes of information within a sufficiently encompassing view of the client". At a different level, researchers conducting task analysis of relevant therapeutic processes and tasks, may also make explicit their view about a prototypical problem through what has been called a 'thought experiment', consisting of an attempt to capture the essence of a resolution performance (Greenberg, 1984, 2007; Pascual-Leone, Greenberg & Pascual-Leone, 2009). In doing so, they ask themselves "What essential performance steps must the client go through to resolve this problem?", and conduct a series of clinical knowledge management operations to formulate a rational hypothetic model of the client's performance, and the adequate facilitative therapist responses or interventions.

Decision making means to get a clear, accurate and rich knowledge about the determinants underlying dysfunction in a particular case, and use them as criteria for selecting goals, proposing therapeutic interventions, choosing and setting some kind of treatment plan, etc, that are based on some sort of working clinical hypothesis. One implication of this is that we can make formulations at different levels running from the present moment and the actual process, to the case level, with several degrees of complexity. In relation to this variety of levels of formulation, it can be useful to consider Elliott's proposal (1991) about the five dimensions of the therapy process, and the units in which psychotherapy research may be conducted (see Table 8). When it is applied to the analysis of the dimensions at which the different psychotherapy research strategies are developed (Rennie & Toukmanian, 1992), such distinctions become considered as levels and strategies of data management and theory articulation at different scales. There, the process hypothesis sustaining research and the methods selected to address them, work like formulations within an investigative environment, that contain implicit strategies of empirical observation and apprehension of the phenomena. Nonetheless, independently of the scale we recur to, the fundamental issue in relation to CF is not to take for granted that the level in which our 'favorite theory' uses to work (or was generated or even founded on research) is the only possible way for achieving an account of the client's problem and needs. And consequently, that CF will demand different working hypothesis at

different levels of observation, decision making and intervention in a complex scenario, that represent or reflect dissimilar epistemological.

Table 8

The five dimensions of the therapy process (Elliott, 1991) as levels and strategies of data management and theory articulation embedded in the different approaches to Case Formulation (reproduced with permission)

- I. *Perspective of Observation*: What is the point of view of the person providing the data on the therapy process?
 - A. Client
 - B. Therapist
 - C. Researcher
 - II. *Person/Focus*: Which element of the therapeutic system is studied?
 - A. Client(s)
 - B. Therapist(s)
 - C. Dyad/System (emergent properties of system; e.g., alliance)
 - III. *Aspect of Process*: What kind of communication variable is studied?
 - A. Content: What is said or meant (kinds of propositions, themes)
 - B. Action: What is done by what is said (speech act, intention, task, response mode)
 - C. Style/State: How it is done or said, and what that reveals about the speaker's feelings or attitudes (paralinguistic and nonverbal behavior, vocal quality, mood, feelings about the other)
 - D. Quality: How well it is done or said (therapist skillfulness, client working)
 - IV. *Unit level*: At what level or "resolution" is the therapy process studied?
 - A. Sentence (idea unit): A single expressed or implied idea.
 - B. Speaking turn (interaction unit): A response by one speaker, surrounded by utterances of the other speaker
 - C. Episode (topic/task unit): A series of speaking turns organized by a common task or topic
 - D. Session (occasion unit): A time-limited situation in which client meet to work on therapeutic tasks
 - E. Stage (treatment phase unit): A series of sessions marked by temporal breaks or shifts in salient goals
 - F. Treatment (relationship unit): The entire course of a treatment relation
 - V. *Sequential Phase*: What temporal orientation or purpose in studying a unit of therapy process (i.e., towards what happened before, during and after the unit)
 - A. Context: What has lead up to a unit of process? (e.g., previous episodes, sessions)
 - B. Process: The process variable (perspective/person/aspect) which is targeted for study at a given level (unit).
 - C. Impact/Outcome: The sequelae of a unit of process (e.g., immediately following turns, treatment outcome)
-

2.4.2. Epistemological frameworks for Case Formulation

But despite the level of formulation in which a case is addressed, there is another key distinction that must not be disregarded in order to arrive to a classification of the epistemological intentions underneath the use of CF in clinical practice, training and research. That distinction has to do with the epistemological framework within which theory is developed, research is legitimated and ultimately psychotherapy is conducted. Two big epistemological frameworks can be defined, and in both of them 'good CF' can be carried out –but working from two singular anthropological approaches:

- a) **A mechanistic framework**: Characterized by the idea that the issues tackled by psychotherapy and psychotherapists are singular elements or particular examples of other discrete elements that exist in nature –from behaviors to patterns of interaction- (atomism), and that they can be manipulated, or modified technically from an external

perspective or even removed. This mechanistic framework feeds the mainstream psychology and is a facet of the more general bias imposed by naturalism as a philosophical stance as it has been explained by Slife (2004), who described the role of five of naturalism's major assumptions in individual psychotherapy (as well as each assumption's problems and alternatives): objectivism, materialism, hedonism, atomism, and universalism (Table 9).

Table 9

Critical review of Naturalism's major assumptions in individual psychotherapy (Elaborated upon Slife (2004))

OBJECTIVISM

Objectivism assumes that scientific methods and techniques of therapy -as part of the psychological science- are relatively free of systematic biases and values. Consequently, research on therapy outcome is conducted and reported as if the logics of method were not affecting the outcome.

Since the subject matter of natural science is other than subjectivity (e.g., feelings, meanings, or values) but the object's objectivity, some methods and certain therapies are privileged because of the implicit imposition of the naturalistic methods and their own values (rationalism and empiricism) embedded in their particular system of justification.

In addition, the objectivist approach that avoids any value imposition and claim to eliminate values in therapy, leads to manualized and protocolized forms of therapy, that are at odds with the value-laden problems and situations that clients bring to therapy. Neglecting them by redefining clients' problems in objective terms could be not only a form of values imposition or a reductionism -since people are supposed to be more than mere objects-, but a more dangerous thread: when techniques are protocolized, some themes or conversations are moved away from the room, leaving the client exposed and armless to deal with the issues of their personal subjectivity.

MATERIALISM

Materialism assumes that most psychological issues (including diagnosable disorders) can be observed in terms of their biological bases. This assumption is tied to the empiricist stance by which only sensory experiences can be known, and so, only tangible materials can be objects of knowledge. This, in turn, favors the biologization of psychology (neuroscience, neurochemistry, genetics, etc.) and promotes a confusion between what are just correlates of some psychological processes or their necessary but not sufficient conditions, and the intentional causes.

This assumption puts into question the personality theories and their derived psychotherapeutic interventions, as if they were immature explanations, waiting for an adequate biological rationale.

For Case Formulation practices, the objectivist and the materialist assumptions condition the therapist activities of knowledge management by which the clinical meaning is made: A CF must refer exclusively to observable or measurable variables, and always on a standardized manner, if it is to capture anything 'scientifically' valuable. On the contrary, issues concerning personal meanings as well as all experiential and bodily-felt processes fall out of the field of the 'scientific' scope.

HEDONISM

Hedonism assumptions are based on the organism's natural tendency to avoid pain and approach well-being states -or at least, states in which survival is more likely. At one level of discussion, the altruism problem and the possibility of a real concern for others, directs the attention to the forms of therapy that deal with the personal attitudes towards others and towards suffering. And in terms of CF practices this demands a not simplistic symptom reduction oriented consideration of the client's therapeutic goals.

At other level, if hedonism is fully assumed, those forms of therapy consisting in some sort of self-confrontation journey, or those based on the exploration of painful experience (as it occurs in Emotion-Focused Therapy), would be discarded (because one must feel worst before feeling better), and replaced by other forms of therapy, more oriented to self-control, explicit or external emotion regulation, or solution-focused.

ATOMISM

Atomism assumes that the natural world is formed by diverse self-contained 'atoms' (from the molecule to the individual), each one with its own properties. Therefore, persons qualities are contained within themselves, which in psychological terms means *within* the self. Its primary consequence is that individual therapy is perceived as the more adequate intervention -like in medicine-, and that there not exist any interindividual relevant realities or processes that could be addressed by a treatment (family, couple, or group)

UNIVERSALISM

The universalist assumptions emphasize the therapy issues that are presumed to be unchangeable (if they are scientifically true), and discard every approach to the therapy processes and experiences that do not involve: (a) generalization, (b) the possibility of matching a datum with an universally pre-existing category, and (c) the application of a manualized, valid and reliable technique or intervention, whose effectiveness has been statistically tested in a specific population (or for a specific disorder).

The resultant anthropological approach means tackling therapy issues as ‘things’ or objects, presupposing the possibility to find pre-existing structures in the life order as the major guide to predict and to technically operate in Nature’s phenomena and living organisms, with a high degree of confidence in knowing the final result. Then, scientific knowledge and the psychotherapeutic technology become structured around how to use predictability and how to work on a deterministic world over the basis of a closed agenda (‘what happened’) that is embedded in the theoretical explanations.

b) **A dialogical framework:** Permeated by notions as interconnectedness, interdependence and dialectical co-construction of the experience during interaction. Within this frame, therapeutic operations are part of ‘wise’ and tentative disruptive interactions that promote changes in the person’s potentials for dynamic self-organization and creative adaptation; and people are seen as complex, evolving and meaning-making cognitive-affective systems within interpersonal-intersubjective fields. Based on Alan Fogel’s theorization and research about human development through dialogue and ‘dialogical frames’ (Fogel, 1993, 2001, 2008), the dialogical framework allows for an open configuration of CF that can be synthesized as follows:

- a. Since frames are patterns of emotion communication, and emotions are self-organizing patterns that emerge through dialogue with others, psychotherapy CF is a process of eliciting, fostering and nurturing clinically meaningful dialogues about an emotional experience.
- b. To self-organize is “to form intricate patterns from interactions among simpler parts, without prespecified blueprints” (Liable & Thompson, 2000 cited by Garvey & Fogel, 2007, p. 58). Thereby, CF as an emotionally based dialogue is a process of conscientious co-exploration of different self-organizations, that revolves around the client’s problems, complaints or symptoms in real time.
- c. In interpersonal contexts, frames are segments of co-action that have a coherent theme, that take place in a specific location, and that involve particular forms of mutual co-orientation between participants. Hence, psychotherapy CF may be seen as a larger real time process, composed by the succession of a series of frames –segments of co-action- with a clinical theme, that takes place in the here and now of the therapeutic relationship, and involves the client and therapist’s co-action through some kind of conversational skills, and therapeutic tasks or techniques.

- d. Dialogical frames may be rigid or creative: creative frames enhance self-development and “During participation in creative frames, the self is not an experience of being but an experience of becoming, a process of improvisational co-activity with potentially infinite possibilities for self discovery” (Fogel, de Koeve, Bellagamba, F. & Bell, H., 2002). Thereby, psychotherapy CF within a dialogical framework is an open and creative activity that goes beyond the mechanics of the mutual coordination of communication (that produces nothing new but what was expected to be found when one looks at the person’s pathology), and rather focuses on the “dynamics of creativity required to ‘keep up’ or ‘stay in’ the dialogue that is continually unfolding” (Fogel et al., 2002, p. 193).

As well as the mechanistic epistemological framework involves a characteristic anthropological approach to knowledge and psychotherapeutic intervention, the dialogical approach involves a particular one. One in which psychological action, observation, formulation and explanation, make contact with the psychotherapeutic issues as personal and unique processes over the basis of a complex and sophisticated biological conception of Psychology. In their claim against the 'Empirically Supported Treatments' (EST) monopoly in psychotherapy, Slife, Wiggins & Graham (2005) advocate for a real pluralism of methods and philosophies in Psychology, both based on what they call "practical objectivism", by which the right values to adopt any epistemology when addressing psychological human issues are "those that best illuminate the object for the purpose of investigation" (p. 94). According to this critical point of view, a non biologizing view of Psychology (Slife, Burchfield & Hedges, 2010; Williams, 2001) and a non reductionist empiricist epistemology -prompted by a Jamesian pragmatic turn in psychology (Wendt & Slife, 2009)- should create room for non-observable and non directly operationalized processes (Slife, Wiggins & Graham (2005), and consequently for a more diverse and really sophisticated Evidence-Based Practice (Wendt, & Slife, 2007) as well as for a real methodological pluralism in psychotherapy research (Bohart, O'Hara & Leitner, 1998; Slife & Gantt, 1999).

Such conception of Psychology integrates and encompasses culture, affect and experience, symbolic capacities, time perception, self-consciousness, subjectivity, possibilities for self-determination, will, goal planning, agency, wishes, meaning, creativity, relatedness, alterity, etc, and a relevant role for the notions of freedom, affective–embodied processes of choosing, and *narrativity* and story-telling as specific

human abilities, as well as a human needs for personal and social self-explanation. This anthropological approach has much to do with the tradition of Humanistic Psychology and Constructivism, and finds representative developments in recent contributions like the Self-Determination Theory (Ryan & Deci, 2000; Ryan, Lynch, Vansteenkiste & Deci, 2011), the Emotion Focused Therapy (EFT) account for the notion of 'Growth Tendency' (Greenberg, Rice and Elliott, 1993), or the cotemporary elaborations on narrative and subjectivity (Bruner, 2004; Gonçalves, 1999, 2002; Greenberg & Angus, 2011; Sarbin, 1986) among others. Moreover, this conception of Psychology considers pre-existing structures in life order as constraints that give a basic shape to the living processes and organisms, as well as potential factors for the development of new forms when interaction is provided in an adequate environment (nurturing, safe but open, warm and protective but stimulating, etc.). This allows the organismic implicit grow tendencies to be followed (Greenberg et al., 1993).

Then, from this dialogical anthropological approach to therapy issues, scientific knowledge and psychotherapeutic technology are oriented to deal with uncertainty, indetermination, and the otherness' unpredictability (or at least his or hers limited predictability) that calls for the therapist is attunement or even openness to some kind of personal 'encounter' (Buber, 1923/1970). A conjoint of demands that shape a particular form of CF, and as it will be seen later, result in a differentiated set of epistemological intentions.

2.4.3. Narrative spaces and basic types of narrative in Case Formulation

CF can be displayed over two different narrative spaces that determine the scenarios in which formulation operations are done, and the audiences (McLeod, 2003) for whom they are put in words and other kind of signs that constitute 'meaning bridges' (Stiles, 1999) between the client's experiences and the world, and between the therapist's appraisals and his or her listeners (the client, other colleagues, the scientific community, etc.). Or in other words, two spaces where the elements, agents, interactions and evolving experiences are symbolized compounding some kind of narrative that works as communicative account for the clients' concerns, or an 'explanation' (Rennie & Toukmanian, 1992) about the difficulties that brought them into therapy:

- a) **The *aprioristic appraisals' space***: This is the space of 'what is written down' (on paper) before and after and it happens. It compresses all kinds of symbolizations or translations of observations into words and numbers that in CF help to objectify therapeutic

components, variables, processes, experiences, etc. In terms of case work for research, a number of strategies of data representation and integration have been developed across different research paradigms and traditions, but what they all have in common is their capacity to generate what we call here 'solid narratives' within the *aprioristic appraisals' space*.

'Solid narratives' are descriptions and explanations formulated through the comparison of data with concepts or theories (Stiles, 2003, 2007), that contain explicit or implicit predictions about an object; they tend to be perceived as materially true and reliable, and are valid for a scientific community within a given paradigm (Kuhn, 2004); and they also are aimed to be stable and useful for being employed by their authors to deal with phenomena as objects or predictable processes. Of course the degree of solidness may change between narratives depending on many variables but most fundamentally, depending on the epistemological framework within which they are generated, as we will see later (*mechanistic or dialogical*).

Working within the *aprioristic appraisals' space* means to observe -recurring to some type of category- and to say 'this is X', 'X is so', and 'if you do Y on X, then Z occurs'. The solidness of the narrative generated within this space derives from two sources: (1) the empirical observation and measurement of the elements and variables compounding the therapy process (i.e., treatment as the independent variable, and symptoms as the dependent one), and (b) the confidence in a causal relationship between those variables -which in turn generates a text that speaks about the predictable course of the case, once a coherent treatment plan is devised and implemented, and the treatment itself is delivered. All this view relies on the assumptions that have favored what Stiles & Shapiro (1989) called the 'drug metaphor', and are those that led Bohart (2000), Bohart et al. (1998), Messer (2001) and Slife, Wiggins & Graham (2005) to criticize it as the result of the exclusive use of Empiricism, as the Psychology's philosophy of science.

Thinking about the research strategies based on case work, in order to generate any kind of solid narrative within the *aprioristic appraisals' space*, in one extreme we find the 'N=1' designs that run according to the experimental logics (McLeod, 2010), where it is assumed that one has the experimental control of the variables involved; and in the other extreme we can find Daniel Fishman's proposal of creating a large database of good case descriptions that can be managed with pragmatic objectives (Fishman, 2000) - what information coming from a pool of detailed case studies can be used by practitioners when treating a new client. CF at each of the extremes of this continuum

should work differently: it should generate more closed and aprioristic explanations in form of deductive conclusions at the 'experimental extreme' (higher solidness), and more open and case-based explanations in form of rich descriptions at the pragmatic one. Both models are among the five big approaches to case study in psychotherapy research distinguished by McLeod (2010), and both can throw light over the different strategies that researchers have actually used to transform real and empiric cases of therapy into 'written down' material in the form of some kind of solid narratives. A brief review of these strategies in relation to the notion of 'narratives' solidness' can be found in Table 10, in which other approaches to case study distinguished in McLeod's volume are also considered, this time in relation to de notion of 'narrative's liquidness'.

Table 10

Approaches to case study in psychotherapy research as strategies to generate narratives ('solid' or 'liquid'). Elaborated as an analysis of McLeod's (2010) classification of case studies in *Counselling and Psychotherapy*

	Solidness	Strategy	Type of account
<i>N=1 Time Series Case Studies</i>	VERY HIGH *****	Experimental design and time series analyses in order to check whether there has been change and its significance	Outcome measures in relation to a baseline
<i>Pragmatic Case Studies</i>	HIGH ****	Creation of a database of good outcome cases Documenting each case and using it as an evidence-based guide for similar cases	Rich descriptions of cases following standardized for-mats
<i>Theory Building Case Studies</i>	MEDIUM ***	Systematic comparison between data an theory for theory refinement.	Theory based observations
<i>The Hermeneutic Single Case Efficacy Design (HSCED)</i>	LOW **	Using multiple judges in evaluating the effectiveness of therapy (finding out whether there has been change, and what has produced the change).	Rich case record including qualitative and quantitative outcome and process data
<i>Narrative case research</i>	ABSENT *	Make sense of the actors' experience of the therapy process.	Personal narratives (in first person); meanings

Although 'case studies' are not equivalent to 'case formulations', since psychotherapy research has informed the current structured approaches to CF (Eells, 2007a), their analysis may be relevant. We can consider CF as a 'clinical meaning-making process' by which a therapist (as a clinician or as a researcher) transforms primary clinical data into more elaborated descriptions and explanations. These texts, as scientific

narratives, are usually constituted by working “hypothesis about the causes, precipitants, and maintaining influences of a person’s psychological, interpersonal, and behavioral problems.” -in terms of Eells' (2007a, p. 4) general definition of psychotherapy CF. Hence, CF activities within the *aprioristic appraisals' space* lead to solid explanative narratives that claim to be a stable knowledge about reality, and at the same time, such narratives impose their own logical structures and social meanings to what is going on inside the therapy room, and in the client’s life. In that sense, to ‘explain’ is to practice a particular form of power -namely on behalf of science-, and then, a reasonable question is whether counting on the client’s voice or not. And if so, how and to what extent, particularly if one thinks that a CF is a ‘scientific hypothesis’ that a qualified observer may state after a protocol of observation, analysis, and deduction.

It looks reasonable that the more coherent –or comfortable- epistemological framework for this narrative space is the *mechanistic* one, where the authorized voice belongs to that one who is able to ‘scientifically interpret the facts of a therapy case - obviously reducing them to objects or things, and the relationships between them to causal links, not open to the novelty that could come from the client's intentionality, freedom, creativity, or sense of duty or purpose-, as it was argued before. This way of generating narratives in psychotherapy CF adopts a 'representationalist' stance, by which it is assumed that "there is (or can be) a determinant (fixed or intrinsic) relationship between words and world" (Gergen, 1994, p.12, cited by Schneider, 2001). So, language in those CF conducted within the *aprioristic appraisals' space* plays the role of representing 'reality', and all other possible functions -i.e., evoke- are perceived as noise or as an inconvenient source of subjectivity or error. Then, within the *dialogical framework* language is separated from meaning as a process (meaning-making of own experience), and meaning is reduced to a series of linear perception-based conventions (the 'sense of a word' instead of the sense of an experience, which in turn should come from idiosyncratic symbolization). Questions related to the diversity of personal meanings as a result of each person's efforts to organize his or her experience and life -as personal narratives (Bruner, 2004; McAdams & Janis, 2004; Sarbin, 1986), or as personal constructs systems (Kelly, 1955/1991; Feixas, 2001)- are left aside. And the same thing happens with those questions related to 'living' or 'existing' as continuous processes of meaning making in relation to the person's embodied emotional experience (Gendlin, 1997a; Greenberg & Angus, 2004; Greenberg & Pascual-Leone, 1995, 1997, 2001; Greenberg et al., 1993). In both cases, language is at the service of the processing of experience and its intentional, propositive, and potentially creative articulation in the

process-of-being-oneself-in-the-world, which is never aprioristic in nature. A process that can only be addressed within *the existential space*.

However, relatively solid narratives can also be generated within the *dialogical framework*. Inside it, texts poses some degree of solidness but their strength does not come from a representationalist use of language and does not rely on an experimental argumentation of causality. Instead, their solidness comes from an intersubjective use of language that uses conversation as a form of getting to temporary and often evocative agreements between client and therapist, and relies on a pragmatic notion of causality. Such notion is based on the perceived utility of the co-constructed explanations about the client's difficulties, and on the meaningfulness of the agreed means to address them, that is achieved by client and therapist when they reflect on the experiences of the first therapy sessions. This is precisely what happens in EFT when arriving to a focus formulation, as it will be explained in more detail later on, when each one of the four epistemological intentions resulting from the intersection of the two epistemological frameworks and the two narrative spaces is addressed.

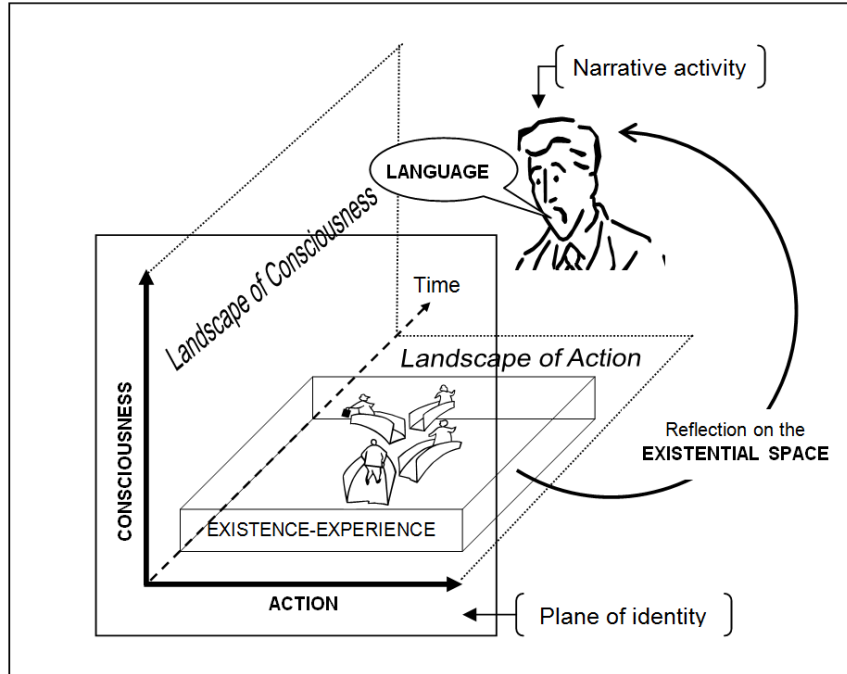
- b) **The *existential space*:** In its purer form, this is the space of interaction, reading (as interpretation) and conversation, where personal issues come alive as interactive processes (whether intra- or interpersonal) and evolve. Here, the emergent themes and experiences use to be a result of the unfolding of something implicit in the intricacy of an organism's experiencing (Gendlin, 1997a). Therefore, in this space the signs through which observable experience is symbolized can become part of the experience itself, and not only an isolated representation of what happens. So, the more congruent epistemological framework for this space is the dialogical framework. The existential space is appraised by the narratives that intersect space, time, action, body, consciousness and the acts of speech of the persons in relation to themselves or to others, by which they try to give meaning to their experience or understand their lives (Angus & McLeod, 2004). These narratives are 'liquid' in that they convey a momentary, tentative, open and idiosyncratic explanation of something that is being observed or attended to intentionally, and that uses to evolve and be transformed by the same activities of focusing on it and narrating it. At a moment-to-moment level, these storied symbolizations constitute projective self-explanations based on a series of 'strong-evaluations' of the person's needs (Taylor, 1989), that sometimes demand a global re-adjustment, corresponding to the moments in which a person tries to actualize his or her

'narrative identity' ('the integration of accumulated experience and of various self-representations into some sort of coherent story or narrative' (Greenberg & Angus, 2004, p. 345)). For that reason, the existential space is like a subtle and evanescent '3D' space (Figure 2) where it is impossible to return -except in terms of autobiographic memory, understood as "transitory dynamic mental constructions generated from an underlying knowledge base" (Conway & Pleydell-Pearce, 2000, p. 261)-, but at the same time it is the only space where non alienated human beings really live-in, live-from, or live through. Better known as 'existence', and in psychological terms as 'experiencing' (Gendlin, 1966, 1997a), this space can be object of attention and reflection by the therapist's or the client's conscious mind, or even by the researchers' mind acting as empathic constructive observers.

All of them can symbolize, explain or narrate what is going on in the present moment at different levels (the client or the relationship), and pack the explanations in segments of different sizes, complexities, and distances to the felt experience (for instance, a word used by the client as a 'handle' to label a bodily sensation, an empathic reflection given by the therapist, a co-constructed description of a client's felt need that started with an empathic conjecture offered by the therapist, or an evocative image that formulates metaphorically how a client is making him/herself to feel bad). So, all of them can generate what we have called 'liquid narratives', whose first virtue is to help persons to communicate with themselves or with others over the evolving meaningful interactions in which they get involved, and to help them to carry forward what is being experienced in the 'here and know' (displaying its meaning and following its implicit steps) (Gendlin, 1996). For example, when a person says *'It is hard for me to forgive you... but at the same time, when I think in that possibility something inside me, beating at my stomach says 'Go ahead! Don't lose this opportunity!'*, forgiveness is yet being carried forward, and the person's narrative is more than a simple description but a moment of personal existence. The evolving experience changes and things are felt differently. And as experience changes, the narrative is readjusted through reflection and symbolization, or in other words, gets disorganized and reorganized as a liquid's shape changes, when the contour of the recipient changes.

Figure 2

Representation of the Existential Space as a result of the intersection between the Consciousness Axis and the Action Axis, when reflection on existence-experience is carried forward through the person's narrative activity



A more hermeneutic stance could be adopted in the argumentation about this space, in which the person acts as a critical reader of his or her experience, but the experiential paradigm of meaning-making (Gendlin, 1997a; Greenberg & Pascual-Leone, 1995, 1997, 2001) does not stress the idea of distance between the text (the organism's experiencing) and the reader (the conscious mind that symbolizes and interpret). On the contrary, this paradigm describes (a) how the adjustment between an experience and a word -over the basis of their tacit and idiosyncratic equivalence, and in the context of a particular experiential-emotional process- modifies the experience and organizes the organism for relational action congruently with its needs, and (b) how living or existing are more similar to playing music by reading a sheet music that is continuously and progressively written. In addition, some narrative practices in psychotherapy (i.e., García-Martínez, 2012) promote storytelling and writing as a way of generating a set of liquid narratives, that can be considered as a text to reflect on. Then, some sort of interpretation can arise as a second level narrative in an iterative process, because the reading of that second level narrative may eventually generate new experience not still symbolized (i.e., like when one revisits a personal log or reviews an old picture).

Within the *existential space*, the self emerges as a *project* in the sense that it does not get reduced to an *object*, nor simply elevated to a *subject*. According to Gonçalves (1995), the constructivist paradigm in psychology transcends the tension between the material world of objectivity (represented by the behaviorism), and the mental world of subjectivity (represented by the cognitivism). The notion of projection allows then, to understand the human beings as projects or personified metaphors whose main task is to exist through understanding, and to understand through existence. Living in this space means to continually narrate/symbolize own experience, creating meaning at different levels (effect, needs, life goals, self-understanding, relationships and intimacy, personal identity, or social and cultural participation). Or recurring to Rollo May's (1967/2000) perspective on existence and consciousness -that embodies the background of the existential philosophy-, the person as a free agent appears when one faces what he calls the 'human dilemma': the person's capacity to feel as object and subject at the same time. The resolution of this dilemma cannot be just living freely as a pure object, nor as a mere immaterial subject, but to oscillate between them in a dialectical movement that expands consciousness. When this movement is situated in a unique existence, persons create their life by symbolizing the dialectics between *object* and *subject* through language, and by opening to the world through responsible choices and actions, that are person's answers to life.

This consideration of the *existential space* necessarily brings to consideration the concept of *authorship*. White & Epston (1993), set "a sense of authorship and re-authorship of one's life and relationships in the telling and retelling of one's story" (p. 94), as one of the goals of a narrative focused therapy. And it posits the question about the nature of CF as 'constructions of the self' or 'constructions of the pathology', as well as the question about who constructs or creates such narratives -whether the client as a reflective agent, or the therapist as an external observer.

CF within the *existential space* means a narrative activity that generates 'liquid narratives' -plenty adjectivations- with an idiosyncratic and temporary validity, whose main value is self-understanding for proximal problem solving or for the generation of the immediate individual's responses to life challenges and existence at different scales: the moment or the instant (i.e., pushing away a hurting person), the action planning perspective (i.e., when a person evaluates what to do after a breakdown), or the life balance and decision making about personal commitment (i.e., when one reflects on his or her vocation for marriage. In EFT, attending to the affective processing problems

underlying distress through empathic attunement and validation means to facilitate the client experiential process. Then, all that can be said is an attempt to empathically (not realistically) formulate the client's experience, and what is produced is some sort of liquid narrative. So, in this mode of process-oriented CF, the formulations generated about an activated and evolving problematic experience, serve primarily to convey empathic understanding, which in turn generates new and deeper experience, and allows the subsequent emotional schemes activation and exploration (Greenberg & Goldman, 2007; Elliott et al., 2004; Goldman & Greenberg, 2015).

In terms of Rennie & Toukmanian's (1992) analysis of psychotherapy process research, 'liquid narratives' would be narrative explanations characterized by their inductive, hermeneutical, qualitative, and constructive nature. So, these 'liquid narratives' do not seek for scientific value in terms of a general true, although at a second moment one could do different things with them in order to achieve some type of generalization. For example one could put together a number of selected client narratives obtained over a treatment course, and check how well do they support a given theory's explanation of therapeutic change -as in theory building case studies (Stiles, 2003, 2007; McLeod, 2010), or one could test to what extent such narratives describe -or not- how the client assimilates a problematic experience (Stiles, 2002). Moreover, one could aggregate a series of significant events (Timulak, 2010), or a series of related therapy cases looking for some kind of regularities between cases -like when good and poor outcome cases are compared (i.e., Watson, Goldman & Greenberg, 2008)- or between events -like in the research strategies based on task analysis (Pascual-Leone, Greenberg & Pascual-Leone, 2009), that allowed to specify different task markers and their specific facilitation processes in Emotion-Focused Therapy (i.e., Greenberg, 1984).

Within the *existential space* the therapist helps the client to symbolize his or her in-session experience, and who guides or trains the client to become proficient in that. This way, process-oriented CF becomes a collaborative activity at the experiential level, not separable from intervention, as it occurs in EFT (Greenberg & Goldman, 2007; Elliott et al. 2004; Goldman & Greenberg, 2015). However, the fluid condition of narratives is also present, in some way, in the hypothetical nature of general CF as a clinical activity, which is always subject to a potential revision "as new information emerges, as tests of the working hypothesis indicate, and as a clinician views the patient through the lens of an alternate theoretical framework." (Eells, 2007a, p. 5). Thus, in its less intensional definition, the *existential space* is also the space of the temporal appraisals about what is

going on right now in a therapy process, let's say by labeling it as a 'theme', or identifying something like a treatment phase. In that sense, what is at stake then is not the formulation's personal meaning and its potential contribution to the client's experiential processing, but the possibility of rationally (and sometimes collaboratively) review (a) how the treatment is fulfilling an expected course (according to a treatment plan or to a model of change based on a prescriptive or manualized intervention), and (b) if the expected outcomes are being achieved or not, at the proper step of the treatment being delivered.

When not, the therapist has three possibilities: The first one is to increase the amount or intensity of the treatment's ingredients (similarly to what a physician would do with a drug), to make corrections in the initial hypothesis; the second one is to make corrections in the initial hypothesis, and the third one is to generate new hypothesis and develop new strategies for addressing the client problems formulated *ad hoc* for the current moment. There, client's voice is fundamentally a source of information that the therapist skillfully uses to identify what a given theoretical model considers to be the relevant data. Even though being performed from a mechanistic perspective, clinicians in these cases are less worried about the 'real' or the scientific truth of their formulations, and tacitly accept them as liquid narratives, at least if they want to (a) take care of the therapeutic alliance, and (b) to be able to adapt their behavior to the promotion of the 'real (therapeutic) process' of their clients. We refer here to the 'real process', as the series of changes that would have taken place, if the initial CF would have been completely right, and it would have allowed a perfect therapist to implement the theoretically adequate therapeutic operations -comprising the prescriptive treatment elements for client's problems.

Such 'real process' -not necessarily the 'actual process', which consists of what actually happens in an imperfect *world*, when humans cope with a perfect or predictable *universe*-, is a virtual conception, based in the supposedly known nature of things. This effort to adapt CF to what actually happens means that uncertainty and the difficulties of prediction in psychotherapy come exclusively from the human limitations, or from the limitations inherent to the current state of the art in the therapeutic techniques development. Both options in form of errors (of measurement or observation, of reasoning, or in the skillful transformation of technical procedures in actions), or in form of not manageable changes in the client's contingencies, that exceed the scope or the psychotherapeutic intervention).

Actually, and from our critical perspective, it is all about *existence* (as the open experience of being-oneself-in-the world), or at least, using a lay language, it is all about 'life as it happens and as ones acts in it' (not just about behaviors), although at an ingenuous positivistic scientific level, it may seem just a complex mechanical structure, whose management requires an intense training (based on scientific evidence), and sometimes may require some trial and error based learning. An consequently, within that oversimplified story about the world, CF narratives generated to deal with each particular moment of a therapy case (or with the complexity of a mechanical universe, that exceeds the limited processing capacities of a particular therapist), are to be liquid, especially if one wants to persevere in the goal of successfully applying a (more or less) manualized treatment.

In our view, the *existential space* is literally inescapable, and every effort to deny it has been considered a form of inauthentic existence in the existentialist tradition, and a source of alienation (see i.e., Cooper's (2003) review of the same issue). So, living beyond this condition could be considered a fantasy, but working in psychotherapy neglecting it systematically could be something worst. Moreover, it should make us reflect on what the artistic-philosophical tradition has warned of in relation to the risks of all rationality based utopias (i.e., in the technocratic dystopias produced by the XX century literature, like George Orwell's *1984*, or Ray Bradbury's *Fahrenheit 451*), or in relation to what History has shown about the totalitarian regimes when power and the individual's subjectivity have been abandoned in the hand of others who supposedly were in possession of some type of scientific truth (materialistic like in the communist republics, or genetic like in the Nazi Germany). However, this paragraph is not an alarmist warning that coarsely wants to influence any reader, but actually is a thoughtful and critical reflection on the risks of oversimplification in psychotherapy, that is affecting the availability of those treatments that work within the *existential space*. Actually, we recognize the existence of effective practices in which therapists work as if uncertainty were just a question of human technical limitations, an as if (a) a psychological treatment could work as a drug, (2) the therapist were just a technician that administers a treatment's elements, and (3) the client were not an agent (with his or her own intentions, and his or her own resources for self-direction, self-healing and personal growth beyond the therapist's actions). Conducting CF and psychotherapy from a rationalist and mechanistic stance within a relational space (where the client's existence is shown to the therapist although the existential issues are not specifically or deliberately tackled by the therapist interventions) is not only possible, but probably the

more frequent form of delivering psychotherapy services. And while the formal proponents of these treatments claim the virtue of being empirically supported and boast of being able to make aprioristic appraisals -about diagnosis, adequate interventions, treatment plans, and expected outcomes-, their practitioners assume some procedural flexibility in routine clinical practice. And in case formulation, when dealing with the complexities of a not fully controllable life, those same practitioners generate and manage liquid narratives, in order to keep beside the client.

Nonetheless, a second level evidence-based policy in psychology and psychotherapy may be starting to take shape: that related to the potential effects of the lack of choices for client's free election of evidence-based (but not necessarily 'empirically supported') treatments. Particularly the lack of choice for those potential clients who could prefer a form of psychotherapy operating within the *existential space*. A noticeable example of this might be change undertaken by the Swedish National Board of Health and Welfare (*Socialstyrelsen*) in its policies of psychotherapeutic services from 2012 in advance, that formerly had led to fund exclusively Cognitive Behavioral Therapy (CBT) trainings and services. The reasons of this change were on the one hand, as in was summarized by Miller (2012), that 'The widespread adoption of the method [CBT] with no other eligible option has had no effect whatsoever on the outcome of people disabled by depression and anxiety. Moreover, a significant number of people that were not disabled at the time they were treated with CBT became disabled.' And on the other hand, the findings of Prof. Rolf Holmqvist (Linköping University), published in *Socionomen* (the journal for social workers in Sweden), confirming once again the famous 'Dodo Bird verdict' in psychotherapy. As a consequence, the *Socialstyrelsen* decided to end the CBT monopoly and modify its policies. And as Miller (2012) concluded his analysis about this change, 'The experiment had failed. To be helped, people must have a choice'.

Curiously, as far as the late 90's Bohart et al. (1998) already postulated an alternative policy for the delivery of psychotherapeutic services, by which a depressed client could be invited to choice between a therapist A who will apply an EST, and a therapist B, who will work with a strong base on evidence, although not applying a specific treatment for a specific disorder, because the goal is not to cure depression but to promote self-healing through a process of personal growth. Or in other words, a policy that gives the same status to different therapeutic approaches, some of them claiming to work within the *aprioristic appraisals' space*, and others claiming to work within the *existential space*.

Finally, and thinking again about the research strategies based on case work, this time in order to meaningfully organize a conjoint of liquid narratives generated within the existential space, we can take two of them into consideration (Table 10). The first one is the so called Hermeneutic Single-Case Efficacy Design (HSCED) (Elliott, 2001; McLeod, 2010). The purpose of this method is analogous to that of the N=1 single case design approach (to check whether the client changed as a result of the therapy), this time recurring to a hermeneutic or interpretive analysis of the case record, that includes qualitative and quantitative data. The researcher adopts two consecutive stances (*affirmative* and *skeptical*), and may count on the assistance of a group of independent judges. Although this approach to case study research posits simple questions on an empiricist fashion (*Did the client improve? Was it due to the therapy? and What therapy elements seem to be responsible of the change?*), the way of arriving to the answers integrates 'proofs' based on liquid narratives coming from the client (as reflective self explanations), as well as coming from the therapist (as interpretive formulations about the data and evidences conforming the case record). All these liquid accounts are complemented by a series of data based on nomothetic measures -that are also part of the case records-, whose logic belongs to the empiricist-naturalist epistemology. So, narratives composing the text of these case studies are essentially liquid, and even those resulting from measurement are subordinated to the whole process of case interpretation, in which the client's voice about his or her experience of therapy is a primary source.

The second approach to case study research reviewed by McLeod (2010) that we want to put in relation to the issues of the *existential space*, comprises the different possibilities by which Narrative Case Studies address the question about 'what was the meaning of therapy'. This type of case studies are committed to the recounting of the client's experience of therapy, and sometimes also the therapist's one. In order to create a rich case record, a variety of strategies may be used to answer the preceding question, and all of them are ways of evoking experience and then reflecting on it, or in other words, all of them are means to generate and organize high liquid narratives.

It seems evident that CF conducted in therapeutic models that are informed by these two approaches to case study research cannot be aprioristic, and are necessarily related to the process level (in opposition to the case level). The only exception for this conclusion are '*a posteriori*' CF based on a comprehensive and systematic integration of a series of liquid narratives, that are relevant for the case and meaningful for the client.

These CF could be thought at the case level, but never would claim for generalizability - although as in Theory Building Case Studies (Stiles, 2007; McLeod, 2010) they could generate some type of 'transferable' meaning. Theory Building Case Studies could be placed in the middle between a 'continuous of solidness-liquidness' (Table 9), interconnecting the aprioristic appraisals' spaces, in that (a) theory (or theories) claim to have 'captured' some regularities present in Nature -as a virtue of the representationalist use of language-, and allow to make predictions and to develop techniques, and (b) some theories are open to integrate -as essential elements- the clients'/persons' reflections coming from their self-interpretive processes. Those humanistic theories are about the existential human condition, encompass subjectivity and indetermination, are comfortable reducing their power of prediction, and tend to be normative about what does it mean to be human (i.e., in Existentialism although human freedom is valued, authentic forms of existence are seen as desirable for a good life, and conversely, inauthentic ones -that could be freely chosen- are understood as a source of alienation and anxiety; or similarly, human loneliness is recognized as a radical fact of the human condition, but although its embracement is valued positively or even considered an important 'therapy outcome', opening to the other and personal encounter as personal choices are prized too).

2.4.4. Four epistemological intentions in Case Formulation

Just on the intersection between the two epistemological frameworks -and their corresponding anthropological approaches- mentioned before, and the narrative spaces -and their corresponding types of narrative-, what emerges are four types of 'epistemological intentions' in CF (Figure 3):

The Paradigmatic Clinical Intention (PCI)

Generating theoretically based hypothesis about the case, that work as paradigmatic clinical explanations, departing from observable data or from any sort of assessment.

The PVI is the result of the intersection of the *mechanistic framework* and the *aprioristic appraisals' space*, when a clinician tries to explain the case through a solid narrative. Such understanding is expressed by a working hypothesis that explains the causes and dynamisms of the disturbance, and its technical implications in form of treatment plans or prescriptions as well.

The PCI may be found in those CF in which diagnosis consists of a rationale about the case, that recurs to the concepts and tenets of a particular theory to select and understand objective or

measurable clinical data. This way, the narrative becomes a naturalistic discourse by which client's symptoms and maladaptive modes of functioning are examples of clinical categories, that are understandable within a particular explanatory theory. Then, when guided by this intention, a CF is a global narrative performed and written down at the case level, and is expected to constitute "an example of a problem" theoretically explained -more than an "a singular person's problem"- that could be systematically aggregated to another analogous or quasi identical problems, or to which a given common treatment could be linearly applied. PCIs in CF generate highly solid narratives supported by some kind of diagnosis, and such diagnosis may be a nosological category linked to a series of interventions that have demonstrated their efficacy in alleviating client's symptoms in a meaningful number of randomized control trials (RCT). In those cases, theory remains at the background of change explanation in the CF, and the case narrative is reduced to the logic matching between a standardized problem description, and a series of client's relevant symptoms (measured through nomothetic means, as the dependent variable) on one hand, and some sort of manualized intervention "that works" (the treatment, as the independent variable) on the other one.

CF supported by a PCI are conducted at the case level, convey a sense of control based on predictability, and are aimed at transforming the case into a scientific scenario, where techniques are delivered in an objective and values-free fashion. Then, therapy issues (clinical actions and clients' experiences) are seen as things that can be technically manipulated, according to their underlying nature.

The Narrative Clinical Intention (NCI)

Generating rich and motivating descriptions of the case as it is globally understood and co-constructed by therapist and client, when they explore the client's experience in the search for a focus.

The NCI As a conjugation of a *dialogical framework* (that moves therapist and client to explore and make understandable the person's experience as a form of self-understanding), and the *aprioristic appraisals' space*, where such understanding becomes available to the clinician -or to a third party- in form of a solid narrative. This narrative may be composed by the client's self-narrative, the features of his or her personal style of processing experience, or his or her more persistent relationship patterns (social, interpersonal, and intrapersonal), etc. All of them organized in a plausible and not necessarily objectivist explanation of the causes and dynamics of the client's distress, and logically connected to an individualized set of therapeutic goals. In CF conducted from this intention, immediate and atheoretical data are selected according to their poignancy and significance in the client's experience. And such experience is explored and unfolded on the base of a particular personality theory that works as a compass. So, CF are aprioristic appraisals resulting of a

non-aprioristically driven relationship (a dialogue between two intelligent human beings in an egalitarian relationship, or in other words, between two mutually legitimating 'logoi').

The key feature of the solid narrative that constitutes the CF performed under a NCI is its motivational and evocative power. The arrival point is a personally meaningful and emotionally relevant formulation for the clients' difficulties, that allows them to understand not just their problems but themselves and also their problems-in-context (their circumstances), and then to set an idiosyncratic goal, that works as a referent in the process of personal problems progressive exploration. For instance, in EFT focus formulations are seen as co-constructions achieved by client and therapist in order to understand client's experience and difficulties. It means to identify the core emotion schemes and the accompanying self-organizations, as well as to make evident the core needs at the center of the scheme, the secondary emotions that obscure the core emotion scheme, and the client's interruptive processes that impede access to the usually painful emotions, that must be addressed in the therapy session (Greenberg & Goldman, 2007; Goldman & Greenberg, 2015). In addition, arriving to a co-constructed focus formulation involves the clarification and increasing solidification of a series of emotion-based narratives, that tend to cluster around four typical themes: experiential difficulties, self-self relationships, self-other relationships, and existential issues or a combination of some of them. Achieving a co-constructed focus formulation through the progressive exploration of the here-and-now client's experience over the first therapy sessions -by which painful emotions and problematic self-organizations tend to emerge-, allows clients to understand how certain events trigger core emotion schemes. And consequently, how the repetition of those reactions over time has contributed to their presenting problems. A focus formulation, as a formulation guided by a NCI is a "narrative offered to the client to help organize what is being done in therapy and is further jointly developed in dialogue with the client." and "[...] serves to organize the client's experience into a coherent account that acts as a type of anchor for self-understanding.", which in turn "helps to clarify goals and more particularly the relevance of the tasks on one is working in therapy." (Goldman & Greenberg, 2015, p. 97).

As it has been exemplified by the previous description of the focus formulations in EFT, a case formulation guided by a NCI seeks for a narrative solid enough to be handled in a collaborative conversation between client and therapist -or even between a therapist and a supervisor-, but liquid enough to be abandoned when they start to explore the immediate client's experience -by which new experience can contribute to the narrative reformulation or refinement. So, this kind of intention allows to focus the therapy work and to keep client-centered at the same time. And although the texts or narratives generated in case formulations guided by a NCI cannot be automatically aggregated or generalized, some commonalities between cases can be identified. Thus,

Goldman & Greenberg (2015) in their volume on EFT Case Formulation, provide a series of "case formulation application charts" -each one corresponding to a case example representing a major diagnostic category (depression, anxiety, social phobia, complex trauma, and eating disorders)-, that include the corresponding focus formulation -linking the client's presenting difficulties to triggering events and core emotion schemes.

However, for the therapist, being able to work in therapy with this epistemological intention means to renounce to some amount of 'power'. And complementary, it fosters the client's agency and responsibility in relation to his or her own process. Furthermore, it means to renounce to a scientific certainty for the sake of a greater good: The integration of the client's subjectivity in a solid but open explanation.

These kind of formulations are conducted at the case level as a reflection on the case, and as a negotiation about the means to cope with the person's difficulties and needs, that encompasses the client's intentions, meanings and purposes as unique human processes and experiences. When a NCI guides a formulation, the therapist's research-informed and evidenced-based knowledge about human beings is used to enter in dialogue with the client. Then, both 'logoi' -the therapist's one as the 'scientific logoi', and the client's one as the 'personal and idiosyncratic logoi'- are equally valid: The therapist's logoi acts as an expert in human regularities, that is ready to facilitate the unique and personal to emerge, and to be a witness of the other; and the client's logoi acts as an expert in his or her own experience, and as a competent agent that uses the therapist's proposals to evolve within his or her zone of proximal development (Holzman, 2013; Leiman & Stiles, 2001).

The Process Monitoring Intention (PMI)

Making eventual control-assessments at certain points of the therapeutic process, that allow the therapist to check the client's accomplishment of goals or his or her adherence to treatment, and adjust the initial paradigmatic hypothesis about the case, and its derived prescriptions.

This intention in CF appears as a conjugation between the *mechanistic epistemological framework* (that seeks for paradigmatic explanations) -and its anthropological approach to the change process as a question of operating and handling things inside or around the person- in one hand, and the *existential narrative space* of what is going on with the client at different time-scales. The result is a dense but still liquid narrative, because it may involve a reformulation of the original paradigmatic explanation, and because of its temporal validity: the formulation is "true" (1) just until the client arrives to a different phase of the treatment, (2) while no other better explanation is available, or (3) until new data emerge and need to be formulated and integrated in the case explanation. That liquid narrative works as a feed-back device for guiding the treatment, and as a source of information for therapists' self-monitoring, especially when they work under a protocol or

according to a manualized treatment. However, monitoring progress is an important aspect in evidence-based psychology (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), and research shows that this kind of control affects positively to treatment outcomes and reduces treatment failure (Lambert, 2010).

CF performed from a PMI are intermediate formulations generated at the process level, and are the 'lesser evil that a 'scientifically-driven' therapist has to manage, in order to deal with the human complexity. Something that, from an existentially perspective informing human science (Giorgi, 1970, 1992, 2000; Guba & Lincoln, 1990), just means the inevitable adjustments that a 'scientifically-sounded' therapist is urged to make, when dealing with human issues -which since they are not things or mechanical processes, are neither predictable. In an interesting research, Silberschatz (2005) measured clients' depth of experiencing after the therapist made interventions, some of them compatible with each client's CF and others incompatible. Results showed that compatible formulations increased depth of experiencing and treatment outcomes as well. So, receiving feedback about the client's level of experiencing as a way of monitoring the process should be useful in order to keep formulation in-process and alive. Process monitoring systems are fundamentally based on post-session questionnaires like the CORE system (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation*) (Barkham, Mellor-Clark, Connell & Cahill, 2006; Feixas et al., 2012), and constitute the cornerstone of the Practice-Based Evidence model (see the section 3.1.4. Evidencia Basada en la Práctica (EBP) in this work).

However, and for mainstream psychology, CF based on the PMI are aimed at inform therapists about the clients' steps in the fulfillment of the hypothesis that served to create the treatment plan. As a feedback system, allow them to reorient or to adjust their interventions. Sometimes are used to inform clients about their progress over a previously established -and hopefully negotiated- therapeutic plan, and promote clients involvement shared and discussed with them. Finally, these formulations can become dangerous when they foreclose the emergence or recognition of new self experiences, especially if the therapist is more worried of remaining loyal to the treatment plan than to the case novelties, which could lead to a case reformulation.

Process Facilitation Intention (PFI)

Generating momentary micro-explanations about client's emotional-experiential processes at a particular instant, that work as tentative hypothesis in guiding the immediate therapist's process-proposals.

This is the characteristic intention at the core of EFT (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2002; Greenberg et al., 1993) because of three reasons: (1) its dependence on therapist's empathic attunement; (2) its internal logic based on markers identification, tasks structuring, client's

involvement in therapeutic tasks, and tasks resolution; and (3) EFT practice is primarily focused on moment-by-moment emotional validation and empathic understanding, and on the dialogical promotion of client's emotional self-awareness, self-exploration, and self-determination. So, a PFI allows the therapist to: (1) abduce the client's current internal state, (2) assess his or her immediate needs of emotional processing that could help him or her to carry the experiencing forward, and (3) make momentary decisions about what process the client is ready to get involved in (Goldman & Greenberg, 2015). This means to generate continuous micro-explanations in form of liquid narratives, that vanish as soon as the client disconfirms them, or just when a new experiential step has been taken. Such liquid narratives are generated in the intersection between the dialogical framework –and its anthropological approach to therapy issues as personal and unique processes and phenomena-, and the existential space, and, as formulations, do not lead to categorical assessments about the client's problems, patterns or internal dysfunctional structures. Instead, they are twofold formulations about:

- a) What is just going on inside the person's subjectivity at the present moment in emotional-experiential terms (what and how is the client experiencing or about to experience, or how the process is being interrupted), and as a self-organizing process); and
- b) about what could be the appropriate client's immediate processes –and the corresponding therapist's facilitative responses-, that could facilitate a deeper, more differentiated, and more complete experiencing,

both in order to transform the person's potentials for self-organizing in more adaptive ways, by transforming and restructuring the schematic emotional codification of his or her experience (situational, bodily, perceptual, motivational, cognitive, and narrative).

However, not all the liquid narratives generated from the PFI are necessarily emotion-focused or experiential formulations. They may belong to other process-oriented and more or less person-centered approaches to the therapeutic work, and they may be formulated at different time-scales other than the task markers and micro-markers scale. For example a general rationale for this kind of intention could point out to all formulations that describe any theoretically relevant variable at a particular moment over the therapy session, and that could be used by the therapist to understand the person at the present moment or to make a decision about how to intervene in relation to that, and not in relation to a diagnosis or to a treatment plan. For example, constructivist therapists in general, may shift between techniques on a responsive manner: if a client looks blocked when trying to fill a repertory grid, the therapist may generate a formulation with a process facilitative intention, and then suggest the client to focus on his or her body, and breath before returning to the grid (Fransella, Bell & Bannister, 2004).

Responsiveness -as described by Stiles, Honos-Webb & Surko (1998) and Stiles (2009), is a key variable that appears at the core of the PFI in CF. So CF supported by this epistemological intention demand a strong commitment to the process, and a weaker commitment to the therapist's conception of therapy, to a given theoretical model, or to a particular disorder formulation.

Although closely linked to how the therapeutic process is carried forward (technical aspects), the PFI is more deeply and determinately concerned with the kind and nature of the changes that clients experience. In general -or from a non humanistic or growth-oriented framework-, therapeutic changes are expected to be related to symptoms reduction, or to the achievement of pre-set treatment goals. This means to equate 'changes' and 'outcomes', but the transformative experiences underlying such outcomes, must not be confounded with them. For example, the emotional restructuring at the emotional schemes level pursued in Emotion-Focused Therapy, are more than simple schematic modifications that produce a cessation in symptomatic behavior. They use to be deep transformations, that, when considering the whole person as a self-in process confronted with a limited life, speak about:

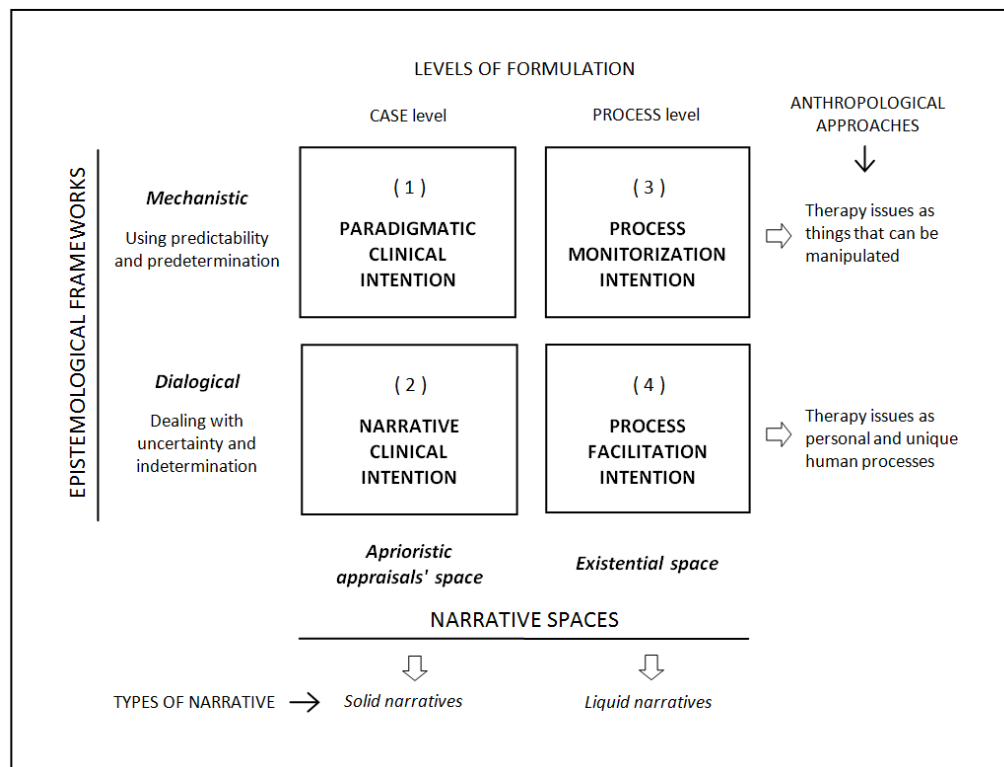
- a) how life is bodily felt, and then the own singular existence is experienced beyond any psychological structure (Gendlin, 1966), and a sense of selfhood as bigger than one's problems is developed (Gendlin, 1996);
- b) the transformations of the person's core ordering processes, that affect how he or she self-referentially constructs the experience in the present gives meaning to the situation, and gets intersubjectively involved in his or her environment (Mahoney, 2003);
- c) the 'personal revolutions' that follow a personal crisis, when previous categories are not adequate to symbolize or manage the actual experience (Mahoney, 1980);
- d) the evolution of the person's identity as "an integrative configuration of self-in-the-adult-world" (McAdams & Janis, 2004. p. 160);
- e) the reconstruction and growth of the client's narrative identity, understood as "the integration of accumulated experience and of various self-representations into some sort of coherent story or narrative" (Greenberg & Angus, 2004);
- f) the transformation of bad scenes into good outcomes throughout 'redemption sequences' over the therapy journey, by which people develop commitment stories, and recover their capacity for generativity, as a developmental achievement that allows men and women to care for the next generation, as well as to realize efforts to generate products that outlive the self (McAdams & Janis, 2004); and

g) the caring response to life -based on self-transcendence-, in which the individual finds meaning (Frankl, 2000) after having decentered from him or herself, by processing emotionally the issues or givens of his or her life (Schneider, 1998).

All these high order changes exceed those that can be conceptualized in naturalist terms, but belong to what may happen in a psychotherapy process (which may be more than just 'receiving a psychotherapeutic treatment'). So, formulating a case -and what happens in it- not obliterating the former changes, means to select and to combine different epistemological intentions at different moments, perhaps expanding the therapist views of the self.

Figure 3

Epistemological intentions in Case Formulation (resulting from the intersection between the two epistemological frameworks and the two narrative spaces)



2.4.5. Views of the self and further implications

Each of the former epistemological intentions in CF is rooted on a peculiar view of the self. Not only the client's self (as a wounded, in conflict, maladapted, stuck, isolated, distorting, or mistaken one), but also the therapist's one, and consequently on a particular view of the relationship. So, following Gonçalves' (1995) work on the evolution of the notions of 'self' in cognitive-behavioral psychotherapy, we can figure out some clarifying ideas about how CF works, depending on to what extent we consider the self as an *object*, a *subject* or a *project*:

- Clinicians and researchers that consider the self as an *object*, may feel more comfortable with PCI, from which they will tend to look at the case in terms of 'a disorder' or a condition, and occasionally may work from a PMI if needed (e.g., when the initial information about the case was incomplete) or just to check the treatment progress. They will generate CF as solid narratives, mainly at the case level, and will tend to implement those empirically supported and manualized treatments available in some list, in which some actions are done over certain aspects of the person.
- Those more familiar to a view of the self as a *subject*, will probably prefer to formulate the case from a NCI. They will look at the case in terms of the idiosyncratic thoughts that configure a particular mindset or a mental structure, whose change requires the client's critical self-reflection, and some kind exposure to better models or examples that provide more adaptive solutions. PMI will appear in CF when the treatment need to be refocused or just in order to manage the potential difficulties that could arise when facing each new learning. They will generate liquid narratives about the case as a whole, and will tend to implement empirically supported procedures to help the person manage his or her thoughts and behaviors and to learn new ones.
- Finally, the clinicians and researchers that consider the self as a *project*, will feel adequate to work from a series of PFI, from which they will tend to look at the case in terms of an open encounter between two mutually influencing subjectivities. They will generate liquid narratives about momentary states, and will try empirically supported interactions and techniques to foster new and unique experiences. PMI will appear in CF each time a proposal is checked against the client's sense of opportunity ("Does it fit if...?"), and PCI will be used to co-construct a tentative focus formulation, to frame and give direction to the therapist and client's conjoint effort, but not to fulfill any treatment plan.

Recognizing and showing up this four epistemological intentions in CF, and their corresponding views of the self must have a series of implications that we develop shortly in the next paragraphs:

1. As stated before, distinguishing between PCI, NCI, PMI, and PFI may help to differentiate a wide range of ways for practicing evidence-based psychology. Each epistemological intention creates a specific space for knowledge management, in which different sources of evidence may be rightfully used.
2. Models of therapy and CF that relay on PFI require first person experiences to be carried out with proficiency. This means that experiential training must be recognized and supported to achieve therapeutic competence and expertise. Elaborating on the

expertise question, Tracey, Wampold, Lichtenberg & Goodyear (2014) place the recognition of personal biases and their effects as one of the recommended procedures for enhancing clinical decision making and practice. And Hill et al. (2017) recommend personal therapy, to enhance the therapist's capacity to build empathy with the clients, as well as to gain self-awareness and self-insight, in order to manage countertransference. Since PFI feed the more subtle therapeutic decision making processes and therapeutic actions, their learning requires the proper means. And those means must be professionally recognized if one wants PFI to remain as reasonable and ethically transformed into actions.

3. The DSM crises that we address in the following section (3.1. La Formulación de Caso como práctica profesional), calls for alternative reconceptualizations of the human psychopathology. In overcoming the fallacy of the 'psychological disorders' as diseases, CF practices appear as determinant, but not any form of CF. Or in other words, not any epistemological intention: PFI and NCI must be reinforced in order to promote ways of conceptualizing psychological suffering in post-structuralist manners (Caro & Montesano, 2016; Johnstone, 2014).
4. The territory of the epistemological intentions may also be a fine tool in the pursue of psychotherapy integration. Once mapped and its four regions differentiated and depicted, it may be used to argue how different practices of knowledge management in CF can become rationally and complementary intertwined -particularly, if one wants to include responsiveness as a key variable in explaining change (Stiles, 1999; Stiles, et al., 1998). The close relationship between CF and psychotherapy integration has been addressed by Eells (2015). He gives three reasons to approach CF integratively: (1) most therapists recognize themselves as integrative; (2) a case-formulation guided approach allows the clinician to tailor the treatment to a particular combination of problems for which an only theory would not be enough; (3) taking in account the evidence relative to the common factors research, it seems reasonable to move to work integratively. However, what we are proposing here is to approach psychotherapy integration from CF, by making explicit the implicit in relation to the epistemological intentions that may guide formulation.

3. Estado de la cuestión

3.1. La Formulación de Caso como práctica profesional

A continuación nos ocupamos de revisar el estado del arte respecto a la FC en psicoterapia como práctica profesional. Para ello nos apoyaremos extensamente en el trabajo del autor de la Tesis Doctoral realizado en colaboración con el Prof. Adrián Montesano, de la Universidad de Barcelona (Caro y Montesano, 2016), si bien se incluirán algunas derivadas y añadidos.

La práctica inexistencia de asignaturas específicas sobre Formulación de Caso (FC), en los programas de grado y de postgrado de psicología y psicoterapia en las universidades de nuestro entorno (Caro, en revisión), supone que los nuevos profesionales no cuenten con un modelo específico de formulación, respecto al cual puedan juzgarse a sí mismos como clínicamente competentes, y que tampoco puedan utilizar las bondades de esta herramienta.

Este panorama quizás no cambiaría mucho si la pregunta es hecha a los profesionales de la psicoterapia y de la intervención psicológica más experimentados, probablemente debido a tres problemas:

1. La práctica inexistencia de textos de referencia en español (principalmente vinculados al modelo conductual, junto con algunos capítulos traducidos de manuales generados en otros contextos culturales) a excepción hecha de la reciente traducción del volumen de Johnstone y Dallos (2014) sobre FC en psicología y psicoterapia (Johnstone y Dallos, 2017).
2. La ausencia histórica de este tema en la mayor parte de los programas formativos tanto en los programas de grado como de postgrado a la que nos referíamos antes.
3. El uso escaso e irregular de la formulación en la práctica clínica cotidiana, que tiende a ser individualista, y en la que los tiempos de reflexión formal sobre el caso de acuerdo con algún tipo de plantilla no son percibidos como claramente beneficiosos.

Esto no quiere decir que ya sea en contextos públicos o privados no se practique algún tipo de formulación o de conceptualización de caso, sino que las prácticas que la constituyen son sumamente variadas, posiblemente erráticas, y presumiblemente más vinculadas a la etapa de transición a la vida profesional que a una práctica explícita y sistemática de FC. En esa etapa de

transición, el profesional trata de hacer un cambio entre el modo de trabajo centrado en un *conocimiento declarativo* (reportar lo que sé sobre un paciente y lo que sé sobre un trastorno), y el modo de trabajo centrado en un *conocimiento aplicado* (utilización de los constructos teóricos para manejar datos clínicos en una relación real), y es ahí cuando encuentra de especial utilidad el recurso a un modelo de formulación.

Por otra parte, es justo afirmar que los modelos cognitivo-conductuales vienen haciendo de la conceptualización de los casos el marco óptimo para encuadrar los análisis funcionales eficaces (aquellos que contienen la información relevante y que ayudan en la construcción de la alianza terapéutica). Y dado que estos modelos constituyen la formación dominante en los programas de Psicología, este marco de formulación sí se encuentra presente en el acervo de la mayor parte de quienes se inician en el mundo de la terapia psicológica, aunque no siempre se refieran a ella usando el término FC. Igualmente, el entrenamiento en los modelos de terapia cognitivos clásicos (i.e., Beck o Ellis) también dota a los terapeutas con plantillas o procedimientos de conceptualización que son en sí mismos herramientas de formulación. Las cuales, son utilizados por los estudiantes para interponer una estructura análisis y reducción de datos entre el cliente y sus problemas, así como para ofrecer una intervención coherente teóricamente.

Últimamente, la aparición de modelos manualizados en el marco de los *tratamientos de tercera generación* o contextuales, ha enriquecido el número de de estrategias de formulación populares. Así sucede por ejemplo con los protocolos utilizados en EMDR (i.e., Leeds, 2013), con los procedimientos de conceptualización en Terapia de Aceptación y Compromiso (i.e., Páez-Blarrina y Gutiérrez-Martínez, (2012); con las formulaciones de las distintas dificultades que ofrece el tratamiento basado en Mindfulness (i.e., Didonna, 2011), o con los pasos de formulación en Terapia Centrada en la Compasión (Gilbert, 2015). Del mismo modo, otras formas manualizadas de tratamiento emergentes en el marco constructivista, ofrecen estructuras y estrategias que si bien no se nombran explícitamente como de FC, sí que sirven a este propósito vinculando teoría y práctica de modo directo, como sucede con la Terapia Centrada en Dilemas para la depresión (Feixas y Compañ, 2015).

No obstante, el mapa completo de modelos y teoría psicoterapéuticas sobrepasa ampliamente los límites del territorio cognitivo-conductual (y hoy en día contextual), de manera que la revisión de la FC como práctica profesional requiere, ampliar el foco e incluir modelos de formulación con múltiples bases teóricas.

3.1.1. Aproximaciones conceptuales a la Formulación de Caso en Psicoterapia

Existe una confusión relativa entre lo que es una FC y lo que constituye la presentación de un caso de terapia con fines didácticos, o incluso entre ambas y un estudio de caso. Las tres se solapan en la medida en que tratan de organizar información clínica sobre la base de una hipótesis

explicativa, sin embargo, la formulación es la única que sucede en un contexto de práctica, y es la única cuya orientación principal es la intervención. Por otra parte, tanto la presentación de un caso *a posteriori* como el estudio de caso, pueden -y deberían- incluir una formulación.

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

Más recientemente, Johnstone y Dallos (2014) han definido la FC como "un proceso recursivo de sugerencia, discusión, reflexión, retroalimentación y revisión que es parte del proceso de terapia momento a momento" (p. 4), por el cual el terapeuta aplica una teoría general a un cliente individual y a sus dificultades, e implica a la persona (usuario del servicio) en el desarrollo de la formulación. No es una diferencia trivial la que se da entre la visión anterior y ésta, pues la formulación pasa de ser una hipótesis técnica, a convertirse en una *producción compartida* y co-construida, focalizada en los *significados personales* de la persona.

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

Cuando tomamos la formulación como un proceso, se da un espacio clave al rol proactivo del usuario o cliente en la propia formulación. Esta aproximación quizás sea más cercana a lo que usualmente acontece en los contextos psicoterapéuticos con menor presión asistencial y más basados en una relación personal, donde la formulación evoluciona dentro de un proceso recursivo de construcción y revisión. La formulación entendida como proceso, hace referencia a lo que Harper y Moss (2003, p. 8) consideran "un proceso de creación de significado colaborativo en curso", que a través de una serie de interacciones guiadas por la teoría pero centradas en el cliente y en sus

significados personales, progresivamente alcanza un cierto grado de objetivación. A su vez, tal objetivación se expresa en términos de lo que Corrie y Lane (2010, p. 24) denominan la "co-construcción de una narrativa que aporta un foco específico para un viaje de aprendizaje", o de lo que Goldman y Greenberg (2015) consideran que ha de ser una formulación de foco en Terapia Focalizada en la Emoción: Una narrativa co-construida con el cliente, que integra una serie de elementos clave y los vincula con las dificultades de la persona en el mundo, y que sirve como un marco de referencia para la terapia.

Sea como sea, la dicotomía proceso-objeto no hace sino representar la complejidad real del asunto, y nos permite atender a la cuestión desde una doble perspectiva, que ha de ser tenida en cuenta a la hora de considerar las diferentes definiciones de FC que aparecen en la literatura. Eells (2007a), Eells y Lombart (2011) y Johnstone y Dallos (2014) revisan varias de ellas y de sus revisiones concluimos que mientras algunas enfatizan la dimensión de colaboración entre terapeuta y cliente en la descripción de sus problemas, otras se centran en la idea de refinar y testar la hipótesis clínica acerca del malestar de la persona, y otras se hallan más orientadas hacia la *elicitación* (obtención) de la información adecuada y la consiguiente integración de la teoría ante un problema clínico específico. En nuestra opinión, esta pluralidad de concepciones no hace sino poner de manifiesto las tensiones que según Eells (2007a) son inherentes a la FC en psicoterapia y a las que nos referíamos en el apartado 2.1. de este trabajo (ver la Tabla 1). Cada modelo teórico maneja las variables que considera relevantes, ya sea en los momentos de observación, de inferencia o de propuesta de intervención, y esto genera maneras de formular muy diferentes no sólo en términos de contenido, sino de proceso y de participación.

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

De cualquier modo y sea cual sea la definición general a la que cada terapeuta se adscriba, no hay que perder de vista que el principal y más importante objetivo cualquier formulación consiste en guiar el tratamiento. En este sentido, la FC es considerada una destreza clínica esencial, que para Eells (2007a) y Eells y Lombart (2011): a) Aporta una estructura que permite aplicar el conocimiento nomotético a un contexto ideográfico; b) completa el espacio entre diagnóstico e intervención; c) orienta en la selección del tratamiento, y d) adapta éste a las circunstancias particulares de cada caso, especialmente cuando la complejidad de algunos casos o la comorbilidad hacen que las guías de los tratamientos apoyados empíricamente, o los pasos de los tratamientos manualizados resulten insuficientes. Además, como habilidad del terapeuta, la FC es considerada una competencia profesional que empieza a ser recogida en documentos de referencia como la guía de buenas

prácticas para el uso de la formulación psicológica de la División de Psicología Clínica de la British Psychological Society (DCP, 2011).

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

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

3.1.2. La formulación psicológica: una alternativa radical al diagnóstico psiquiátrico

La publicación de la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – DSM-5 ha sido el desencadenante de una reacción crítica histórica, respecto al modo de entender el diagnóstico en salud mental, y las relaciones de poder en este marco profesional y social. Antes de su publicación, se pusieron en evidencia los graves conflictos de interés entre sus editores y las industrias farmacéuticas, y hasta el día de hoy las críticas a la falta de validez y rigurosidad del DSM 5 han proliferado hasta convertirse en un debate de interés público (ver por ejemplo el resumen publicado en *Infocop* por de Vicente y Berdullas (2013)).

La cuestión produjo reacciones de gran calado en instituciones y grupos de presión internacionales. El Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, anunció que dejaría de hacer uso del DSM 5 (dejando de financiar estudios basados en él) a tan sólo unos días de su publicación por la Asociación Americana de Psiquiatría. Esta institución, no obstante, apostó por incrementar la línea de desarrollo de un sistema basado en biomarcadores fiables. Por su parte, la División de Psicología

Clínica de la Asociación Británica de Psicología (BPS, por sus siglas en inglés), otra de las instituciones de referencia en el campo de la salud mental y la psicología clínica, hizo una declaración pública sobre su oposición a los sistemas de diagnóstico (tanto del DSM 5 como el de biomarcadores prodigado por el Instituto de Salud Mental). En esa declaración, titulada *Declaración de Posicionamiento sobre la clasificación de la conducta y la experiencia en relación con los diagnósticos psiquiátricos funcionales – Es el momento de un cambio de paradigma (Classification of Behaviour and Experience in relation to Functional Psychiatric Diagnoses - Time for a Paradigm Shift. DCP Position Statement)* (DCP, 2013), la BPS marca un hito sin precedentes: en ella, hace un serio llamamiento internacional, al abandono definitivo del modelo de diagnóstico basado en la enfermedad y la patologización de la conducta.

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

Muchos otros grupos y asociaciones se han hecho eco de las críticas y contrapropuestas al diagnóstico psiquiátrico DSM 5. Véase por ejemplo el fenómeno en internet de la publicación *Mad in America* (www.madinamerica.com) que cuenta con versiones en inglés y en español, y cuya declaración de principios habla de repensar los cuidados psiquiátricos, en tanto el modelo basado en medicamentos ha fallado a la sociedad. Algo que, por otra parte, ha contribuido a lo que se ha dado en llamar la "medicalización de la miseria" (Rapley, Moncrieff y Dillon, 2011) o de la pobreza, por la cual, la psicopatología asociada a las desigualdades sociales ha sido considerada directamente como un asunto médico. El malestar de las clases depauperadas viene siendo "gestionado" o controlado mediante la administración de psicofármacos sin mediación de formulación alguna, perpetuando de ese modo las posiciones pasivas de quienes aparecen como "enfermos", y que pronto pasan a ser beneficiarios de los sistemas de "protección" social, cuando no objeto de las críticas que los tildan de "gorrones del sistema" (McClelland, 2014).

Sea como sea, esta rebelión ha logrado poner de acuerdo a psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas de diferentes orientaciones teóricas con un discurso de compromiso con la voz de los usuarios y de sensibilidad hacia los factores contextuales de la experiencia humana, que no obstante había estado presente -como discurso alternativo-, desde hace mucho tiempo (i.e., en la antipsiquiatría, en la perspectiva humanista centrada en la persona, o en el giro constructivista de la psicoterapia). Sin embargo, es ahora, a la luz de los acontecimientos comentados y en el contexto de una sociedad interconectada, cuando parece que es momento de dar respuestas más globales, que vayan más allá del debate intelectual y se traduzcan en políticas y prácticas reales, que modifiquen los cimientos sobre los que se sustenta la salud mental.

La formulación psicológica se presenta como una de las alternativas (no la única) radicales al gobierno en solitario del DSM 5. Tal y como comentaba Johnstone (2014, agosto) en la cumbre global para alternativas al diagnóstico psiquiátrico -celebrada en Washington bajo los auspicios de la División de Psicología Humanista de la APA, Div. 32-, la FC no solo es una alternativa sino un antídoto a los diagnósticos psiquiátricos y sus efectos. Si una de las perores consecuencias de los diagnósticos es que silencian las voces de quien los reciben, la formulación trata de escucharlas sensiblemente. El enfoque de formulación parte del supuesto de que siempre se puede buscar sentido al sufrimiento humano, cualquiera que sea la forma que este adopte, y de que la tarea central de los profesionales de la salud mental es ayudar a los usuarios a crear significados a partir de su malestar y sufrimiento. Y así es como reza el subtítulo del volumen editado junto a R. Dallos en 2014 y traducido al español este mismo año (Johnstone y Dallos, 2017), del que antes nos hacíamos hecho eco anteriormente: *Dando sentido a los problemas de la gente*.

Como ilustración de todo esto, en la Tabla 11 puede visualizarse el contraste que Johnstone y Dallos (2014) establecen entre una práctica basada en la formulación y los efectos perjudiciales del diagnóstico psiquiátrico.

Tabla 11

Contraste entre los efectos del diagnóstico psiquiátrico y la formulación psicológica (adaptado a partir de Johnstone y Dallos, 2014)

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

Así pues, y de acuerdo con lo argumentado, la FC puede ser considerada como una alternativa radical al diagnóstico psiquiátrico en tanto que permite:

- a) Dar voz directa a los usuarios de los servicios de salud mental;
- b) la posibilidad de formular en equipo, a fin de facilitar en los profesionales que atienden a una persona, el desarrollo de una comprensión compartida acerca de sus dificultades (véase el número especial de *Clinical Psychology Forum* de Noviembre de 2015), y
- c) generar alternativas a las categorías del DSM basadas en constructos y formulaciones sobre procesos psicopatológicos, que permitan dar sentido a un síntoma en el conjunto de la personalidad y de la historia vital de una persona. Por ejemplo, la conceptualización "oír voces como una respuesta a un trauma no procesado" sería una formulación psicológica, mientras que la expresión "Esquizofrenia desencadenada por el estrés de comenzar en la universidad" sería una formulación psiquiátrica.

Como aplicación práctica de esto, presentamos un pequeño ejercicio didáctico utilizado Lucy Johnstone en sus presentaciones sobre el tema, que reproducimos adaptado (con permiso de la autora) en la Tabla 12. A través de él, se ilustra la diferencia entre "formular" y "no formular" en el momento oportuno, y lo que esta diferencia puede suponer en la experiencia de los clientes y de los equipos de tratamiento. En la primera diapositiva se describe, con aire rutinario, el recorrido característico de Ana, usuaria de un servicio de salud mental, cuando se relaciona con los profesionales en términos de sus necesidades y procesos psicopatológicos y sin embargo es atendido con buena voluntad pero "mecánicamente", en función del grado de comprensión y de las posibilidades de articular una relación terapéutica, que ofrece una mera etiqueta diagnóstica. Inmediatamente, la presentación pasa a la segunda diapositiva, que si bien parece relatar la misma historia, es interrumpida sorpresivamente con un expresivo "¡Formular ahora!" Lo cual pone de manifiesto de un modo muy gráfico e intuitivo, las enormes posibilidades que esta práctica aporta. No hacen lo mismo -aun partiendo de la misma información inicial- los dos equipos que se presentan en paralelo en la ilustración, es decir, realizan una gestión del conocimiento diferente.

Así pues, la FC es un proceso de gestión del conocimiento clave en psicoterapia (Caro, Octubre 2010), que como tal permite transformar datos brutos en información con significado. En el ejemplo de Johnstone, la actitud demandante de Ana refleja una necesidad de afecto seguro, al igual que una expectativa de decepción, y no basta con saber que este tipo de emparejamientos entre necesidad y expectativa son propios de organizaciones límite de la personalidad. Gestionar el conocimiento es también aplicar reglas y criterios para transformar esa información en ideas acerca de cómo usar lo que se sabe para resolver problemas. Siguiendo con el ejemplo, cuando las dificultades de Ana ponen

en peligro la viabilidad de la relación terapéutica, el equipo podría optar por atender al significado emocional de su conducta, emplazándolo en la existencia de la persona y en su historia vital, y permitiendo que tanto sus necesidades de amor y seguridad como sus anticipaciones negativas acerca de los que los profesionales de la salud mental le van a ofrecer, formen parte de la conversación.

Tabla 12

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

Diapositiva 1	Diapositiva 2
<p>Ana es usuaria de un servicio de salud mental. Sufre necesidades de apego que no se han visto satisfechas, así como traumas no resueltos procedentes de etapas tempranas.</p> <p>Ana trata de responder a estas necesidades a través de los servicios psiquiátricos pero fracasa, en tanto que estos servicios no han sido pensados para servir a esta función.</p> <p>Aún necesitada, pero incapaz de conseguir por sí mismo la suficiente seguridad emocional como para seguir adelante, Ana termina comerciando con sus "síntomas" en todo servicio de cuidado psiquiátrico que se ofrezca a ello.</p> <p>Los profesionales que le atienden inicialmente se muestran comprensivos pero comienzan a verse progresivamente frustrados con la falta de progreso de Ana.</p> <p>La dinámica resultante puede terminar repitiendo entonces las experiencias tempranas de negligencia, rechazo o abuso de Ana.</p> <p>Ambas partes se encuentran estancadas, frustradas y desmoralizadas en este círculo vicioso.</p>	<p>Ana es usuaria de un servicio de salud mental. Sufre necesidades de apego que no se han visto satisfechas, así como traumas no resueltos procedentes de etapas tempranas.</p> <p>Ana trata de responder a estas necesidades a través de los servicios psiquiátricos pero fracasa...</p> <p>!!!Formular ahora!!!</p>

Además, y de un modo consecuente con esto, Johnstone (2014, 2015) lleva años trabajando en la introducción sistemática de la FC en los contextos en los que los equipos profesionales han de gestionar el conocimiento psicológico y psicoterapéutico, para resolver problemas complejos y acompañar a las personas en este tipo de trances. De ese modo, por medio de la formulación en equipos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y otros agentes pueden compartir actitudes, valores, esquemas, reglas y habilidades, que permiten la creación de un significado clínicamente útil no sólo a partir de los datos de la persona, sino fundamentalmente a través del diálogo con ella.

3.1.3. Formulación de caso y Práctica Basada en la Evidencia (PBE)

Desde nuestro punto de vista, la práctica de la FC no es neutra ni puramente accidental, sino que "construye la realidad". O más bien, dado que los distintos modelos de FC estructurada privilegian o validan un tipo de datos frente a otros, y determinan un tipo de operaciones cognitivas sobre ellos, construyen diferentes realidades. Y dependiendo de su calidad -expresada en términos de validez de constructo y de fiabilidad como instrumento de observación y procesamiento de información-, potencialmente construyen tantas realidades, como formuladores los usen. Todo ello porque el modelo y sus "aparatos" constriñen o determinan la observación, la acción relacional del clínico y las hipótesis que éste llega a generar.

Si es así, necesitamos modelos y procesos de formulación de los que, dicho coloquialmente, nos podamos fiar, y que permitan: (a) Reducir las discrepancias inter-formuladores, y (b) realizar formulaciones a partir de constructos y variables que la comunidad científica reconozca como relevantes y como probados en términos de utilidad y eficacia terapéutica. Una de las formas en que la psicología ha tratado de desarrollar esa base de confianza es la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), que implica el recurso a acciones y procedimientos apoyados en la mejor evidencia científica disponible en cada momento (APA, 2006). Por otra parte, si el usuario de esa evidencia aceptara ingenuamente una equivalencia funcional entre psicoterapia y un estándar de funcionamiento médico, eso requeriría que, en el supuesto de pretender trabajar con base en la evidencia, dicho usuario recurriera al que en ese momento fuera considerado el *tratamiento de elección*: un tratamiento auto-definido, neutro personalmente, manualizado, y que actuara como un proyectil lanzado sobre un blanco (postura "balística"). Pero la psicoterapia y sus dinámicas no son necesariamente lineales ni mecánicas, por lo que la intervención psicoterapéutica no se ajusta bien al modelo médico o a la noción de medicamento (Stiles y Shapiro, 1989). Ya hace tiempo que este problema quedó definido en términos del concepto de *responsividad*, que Stiles (2009) y Stiles, Honos-Webb y Surko (1998) definen como la afectación de la conducta del terapeuta por un contexto que no es dado ni previsible, sino que va emergiendo bidireccionalmente en la relación terapéutica momento a momento, a medida que avanza el proceso. En virtud de esta idea, el recurso a la evidencia no equivale simplemente al "recurso a un tratamiento evidenciado como eficaz", sino a toda práctica que ha demostrado su utilidad en el manejo del proceso recursivo y no lineal de co-participar (cliente y terapeuta), en un proceso de psicoterapia. Lo contrario, sería asumir un reduccionismo naturalista (Slife, 2004), parejo al reduccionismo tratado más arriba al abordar los problemas del diagnóstico psiquiátrico, que no toda la Psicología está dispuesta a aceptar, sin por ello dejar de abordar la cuestión del manejo de la evidencia en FC.

Por ello merece la pena subrayar las relaciones entre FC y evidencia empírica, y hacerlo de un modo profundo y detallado. Eells (2011/2016) ha tratado de dar una respuesta a este problema desde dentro del campo de la FC, proponiendo una serie de criterios que permiten conducir Formulaciones de Caso Basadas en la Evidencia, sin confundirlas o limitarlas al tipo de prácticas que sólo se consideran válidas cuando se apoyan en estudios controlados aleatorizados sobre la eficacia de un tratamiento para una condición concreta. Dichos criterios son:

1. La FC debe apoyarse en una teoría que posea un fuerte apoyo empírico.
2. En la medida en que el juicio clínico está implicado en la formulación, tal juicio debería permanecer atento a las trampas de los procesos humanos de toma de decisiones.
3. El proceso de formulación de caso deberá ser sistemático y estructurado.

Cuando estos criterios se cumplen, el terapeuta puede afirmar que ha desarrollado una formulación sólida y empíricamente justificable, que aún así es más un proceso que un producto, de modo que la formulación es reconsiderada continuamente, y modificada a medida que nueva evidencia se encuentre disponible.

Igualmente, (Eells, 2011/2016) ha identificado un continuo de fuentes de evidencia con diferente fortaleza, sobre el que se pueden situar las acciones de gestión del conocimiento de los diferentes modelos de FC que han sido apoyadas firmemente por la investigación (i.e., marcadores de estados internos del cliente asociados a tareas terapéuticas específicas y a cambio en la sesión en Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg, 2011)) (Tabla 13).

Tabla 13:

Clasificación de tipos de evidencia en Formulación de Caso en Psicoterapia (elaborado a partir de la noción de "continuo de evidencia" propuesto por Eells (2011))

Formas MÁS FUERTES de evidencia	⇐⇐⇐ ⇐⇐ ⇐⇐⇐ ⇐⇐ ⇐⇐⇐	Formas MENOS FUERTES de evidencia
<ul style="list-style-type: none"> • resultados relevantes de los tratamientos apoyados empíricamente • mecanismos generales y bien demostrados, subyacentes en las diversas formas de psicopatología • datos epidemiológicos potentemente predictivos • hallazgos replicados y bien documentados 	<ul style="list-style-type: none"> • ejemplos evocados de casos similares • la narrativa de un paciente acerca de un episodio relacional • el reporte de un sueño • un registro de pensamiento • el reporte de un pensamiento automático del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • hallazgos de los tests psicológicos • resultados de las escalas de evaluación • una afirmación hecha por el paciente o por el terapeuta, acerca de que un pensamiento es una creencia nuclear • la intuición o la corazonada de un terapeuta (pueden ofrecer percepciones intuitivas valiosas que podrían ser testados, pero que en sí mismas podrían no ser descritas como basadas en la evidencia por parte de una mayoría de los observadores)

CRITERIOS SUGERIDOS PARA EMPLAZAR LAS EVIDENCIAS SOBRE EL CONTINUO

- ✓ *Consistencia con estudios de proceso y de resultado bien establecidos*
- ✓ *Consistencia con el conocimiento bien establecido en psicopatología, desarrollo de la personalidad y cognición*
- ✓ *Plausibilidad en términos del conocimiento general sobre el tema*
- ✓ *Consistencia interna, parsimonia y comprehensividad*

Más recientemente, Eells (2013) ha insistido en su compromiso con esta propuesta, afirmando que incrementa la libertad de los clínicos para elegir su modo particular de pensar acerca de sus clientes, y que promueve la flexibilidad en el tratamiento, al considerar como fuentes de evidencia válidas, hallazgos clínicos recientes que pueden ser incorporados en las hipótesis explicativas de partida. Un ejemplo de esto puede ser encontrado en el trabajo de Pascual-Leone y Kramer (2016), en el que proponen un método informado por la investigación, orientado al desarrollo de formulaciones de caso basadas en la emoción, compatibles *a priori* con una variedad de enfoques terapéuticos.

En cualquier caso, si la FC alcanza un lugar legítimo en la práctica de la psicoterapia y en la intervención en salud mental, no ha de ser sólo porque argumentemos racionalmente los beneficios que esperamos de ella, sino porque existen pruebas de que es así. Es decir, porque cuenta con apoyo empírico. Sin embargo, el marco conceptual en el que inicialmente se desarrolló el modelo de los *tratamientos apoyados empíricamente* (o considerados como "tratamientos eficaces" en algún tipo de guía), impone una serie de restricciones que podrían entrar en colisión con diversas formas de realizar psicoterapia desde enfoques terapéuticos que no asumen sus premisas. Por ejemplo, pueden no asumir la existencia de "trastornos" como unidades discretas para los que, en consecuencia, existan tratamientos homogéneos y manualizables. Por contra, algunos modelos terapéuticos pueden centrarse en la persona como unidad, o bien llevar la atención a procesos transversales clave, y ser eficaces, sin que existan evidencias de investigación basadas en la lógica del modelo médico (emparejamiento de una dificultad y una intervención como se hace con una enfermedad y un fármaco) (Elkins, 2009). Las restricciones que esta manera de entender el valor de la evidencia científica pueden imponer a la práctica de la psicoterapia son en ocasiones de carácter metapsicológico (no se basan sólo en la argumentación acerca del poder explicativo de un modelo frente a otro) o metacientífico (es decir, responden más a causas más políticas o economicistas que científicas por ejemplo). Autores como Slife, Wiggins y Graham (2005) se han ocupado de este tema abogando por el pluralismo metodológico. Otros como Bohart, O'Hara y Leitner (1998) han venido denunciado desde hace casi dos décadas la deslegitimación que este tipo de restricciones supone para los modelos de terapia humanistas, psicodinámicos, constructivistas y sistémicos, y particularmente las consecuencias que este recorte de opciones suponen para los clientes. Y si bien la crisis del DSM 5 -de la que nos hemos ocupado antes- apunta hacia un cambio de mentalidades, las listas de "tratamientos eficaces" como referente para la formación de los psicólogos en las universidades españolas sigue vigente, y podría decirse que confunde el panorama, al asociar las nociones de eficacia/validez a un tipo de investigación en exclusiva (véase por ejemplo Crespo et al., 2012).

En su revisión de las limitaciones y retos de futuro de las terapias psicológicas basadas en la evidencia, Echeburúa, Salaberría y de Corral (2010) se ocupan de las dificultades propias de los estudios sobre eficacia terapéutica y de las investigaciones clínicas. En ese punto, comparten con el lector la distinción entre *eficacia* (entendida como el logro de resultados favorables de una intervención en el contexto de una investigación, en la que se han homogeneizado y controlado variables), *efectividad* (relativa al logro de resultados de esa intervención cuando es llevada a cabo en la práctica clínica habitual), y *eficiencia* (relativa al logro de los mejores resultados posibles al menor coste). Ahora bien, siendo la *eficacia* -siguiendo a estos autores- el producto de averiguar si los cambios observados en la variable dependiente son atribuibles al tratamiento y no a otras circunstancias (i.e., paso del tiempo), y siendo la *efectividad* la consecuencia de que los resultados obtenidos en la investigación -sometida a riguroso control y en condiciones óptimas- se puedan generalizar a las situaciones clínicas reales (¡en las que las condiciones cambian! y por tanto las variables no son las mismas), cabe preguntarse: ¿Cuál es la "verdad"? Es decir, ¿cuál es verdaderamente la variable independiente? Y más aún, ¿hay una variable independiente homogénea que pudiéramos denominar "tratamiento", y que contiene algún tipo de "principio activo", o hay más bien un conjunto de operaciones que el clínico realiza en su ambiente de trabajo y que bien directamente o por interacción con el "tratamiento", son la verdadera explicación del cambio y de los resultados terapéuticos?

La respuesta a estos interrogantes ha venido dada desde varias perspectivas, principalmente desde el paradigma de análisis de los factores comunes en psicoterapia (Lambert, 1992), que trata de discriminar el peso en la varianza de los resultados correspondiente a cada factor, y que deja un porcentaje relativamente pequeño a las técnicas específicas. Así, los cuatro grandes reconocidos en la literatura serían: (1) Los factores del cliente o extraterapéuticos (40% de la varianza), (2) los factores de la relación con el terapeuta (30%), (3) el placebo, la esperanza depositada en el tratamiento y en general las expectativas positivas (15%), y (4) los factores del modelo o de la técnica (15%). Actualmente, el Modelo Contextual propuesto por Wampold (2015), que constituye la evolución de esta perspectiva, propone que la psicoterapia no posee una influencia unitaria sobre los pacientes. Al contrario, afirma que funciona a través de varios mecanismos, subyacentes a tres vías de influencia principales: Una relación real, la creación de expectativas a través de la explicación del trastorno y del tratamiento que esta explicación implica, y la realización de acciones promotoras de la salud (en las cuales se integrarían los ingredientes específicos de cada modelo). De ese modo, la psicoterapia no es otra cosa que "un caso especial de práctica sanadora social" entre otras, en la que se habrían de integrar una serie de factores como la alianza, la empatía (y otros constructos relacionados), la adaptación cultural de los tratamientos basados en la evidencia, o los efectos del terapeuta. Estrechamente vinculado a este último factor se encuentra otra de las formas de

responder a las preguntas que lanzábamos antes: La evaluación del estilo personal del terapeuta (EPT) (Castañeiras, Ledesma, García, F. y Fernández-Álvarez, 2008), tanto en lo que se refiere al ajuste clínico-técnica como al ajuste clínico-paciente (Corbella, 2002). Este modelo propone que el EPT es un constructo multidimensional presente en todo proceso terapéutico, y que determina un grupo de funciones integradas que, en la práctica, expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en juego en su ejercicio profesional. De ese modo, el EPT modula el alcance del modelo teórico utilizado por el clínico, así como la efectividad de las técnicas específicas que aplica en cada tratamiento, si bien esto sucede en diferente grado, según la patología, las características del cliente, y el contexto específico de aplicación.

Sea como sea, y esto es lo que nos interesa resaltar en este punto, la FC como herramienta de gestión del conocimiento-clínico-en-situación, aparece como un conjunto sistematizado de procedimientos de evaluación y toma de decisiones (no necesariamente sistemáticos ni lineales), que nos distancia del reduccionismo mecanicista de la ecuación trastorno-tratamiento, y que nos permite responder en la práctica a tres problemas: (1) el salto de la *eficacia* demostrada a la *efectividad* contrastada; (2) la mejora de la efectividad en términos de *eficiencia* en la aplicación de las terapias; y (3) las limitaciones más gruesas a las que según Echeburúa el al. (2010) se halla sometida la psicología clínica basada en la evidencia (la disparidad en el rendimiento de los terapeutas con una misma terapia, la variación de la gravedad de los pacientes con un mismo diagnóstico, la comorbilidad (no hay diagnósticos puros), y el hecho de que distintos tratamientos pueden ser igual de efectivos ante un mismo problema, aunque para perfiles de pacientes dispares). De esto es de lo que se ocupa la propuesta de Eells (2010/2016) a la que nos referíamos al comienzo de este apartado, y que supone determinar los criterios que hacen de un modelo de FC un modelo basado en la evidencia -sin confundirlo con su supeditación a un determinado tratamiento basado en la evidencia, e incluido en una "lista de tratamientos eficaces" o en una "guía de práctica clínica", que asocian mecánicamente un trastorno con una intervención.

En conclusión, la FC como práctica basada en la evidencia responde a un uso inteligente y disciplinado del conocimiento psicoterapéutico validado, que permite ofrecer la mejor interacción terapeuta-cliente en cada momento y en diferentes escalas temporales o de acción.

3.1.4. Formulación de Caso y Evidencia Basada en la Práctica (EBP)

El paradigma emergente de la Evidencia Basada en la Práctica (EBP) (Green y Latchford, 2012; Margison et al., 2000), promueve un giro en el uso de la evidencia, de modo que es el propio terapeuta (o los equipos) quien observa y mide su propio ejercicio para aumentar tanto su efectividad como su eficiencia. La pujanza de este movimiento viene determinada por tres hechos:

(1) La psicoterapia es en general efectiva y produce mejoras a entre un 60 y un 80 % de los clientes - dependiendo del estudio y de la definición de mejora-; (2) la mayor parte de los clínicos afirman utilizar algún enfoque basado en la evidencia (al menos en el sentido de apoyarse en uno de los modelos que en general se reconocen como eficaces), y (3) los resultados en el "mundo real" son consistentemente inferiores a los resultados de los ensayos de investigación, y la diferencia puede no deberse sólo a los criterios de inclusión en los estudios o a la motivación de los equipos, sino a muchos otros factores, como el dato de que en el mundo real, muchos pacientes abandonan, otros permanecen en procesos de terapia no efectivos, y algunos interrumpen el tratamiento tras recibir solo una parte de los beneficios posibles. Wampold e Imel (2015) han analizado críticamente los datos relativos a estos tres hechos, arrojando luz -desde su perspectiva contextual, a la que nos referíamos antes-, sobre cómo la psicoterapia "cura", más allá de las coordenadas del modelo médico. Y al igual que antes emplazábamos la FC como medio para gestionar los recursos del terapeuta a la hora de establecer una relación real, de despertar expectativas positivas (a través de la construcción con el paciente de explicaciones sobre sus problemas y su relación con la intervención), y de poner en marcha acciones que promueven el cambio y la salud, ahora enriquecemos la perspectiva al proponer la FC como una herramienta de reflexión sistemática sobre la práctica.

Una práctica psicoterapéutica efectiva será aquella que integre las herramientas más adecuadas para ayudar a los terapeutas a mejorar sus tasas de abandono, así como a maximizar el efecto de sus intervenciones. Y para ello, los diversos modelos de FC constituyen una solución a la problemática de la efectividad en la práctica rutinaria, al fomentar y fundamentar la responsividad del terapeuta en múltiples niveles (desde el instante en el aquí y ahora hasta el nivel de caso) y en relación con diferentes aspectos (desde el género hasta los determinantes socio-económicos).

En la última década, la literatura sobre EBP ha enfatizado tres estrategias (Barkham, Hardy y Mellor-Clark, 2010):

- La implantación de sistemas de evaluación rutinaria de resultados -ya sea a nivel individual o institucional- que ofrezcan retroalimentación al terapeuta en variables como la alianza o las expectativas del cliente, y que permitan detectar prematuramente los abandonos o los casos de mala respuesta al tratamiento (Lambert, 2010);
- la creación de perfiles de terapeutas excelentes ("superterapeutas"), que permitan la auto-comparación y la reorientación profesional en busca del desarrollo de nuevas habilidades que son evidencia de una práctica mejor;

- y el establecimiento de redes de investigación práctica, en las que un conjunto amplio de clínicos colaboran para generar bases de datos que apoyen su práctica cotidiana, y faciliten la toma de decisiones.

La FC posee un alto potencial para contribuir en cada una de estas tres estrategias. Como apuntábamos antes, su carácter procesual y su apertura a la reformulación, la convierten en una fuente de retroalimentación sensible a las particularidades del caso. A su vez, los reportes de FC como productos, en el contexto de un estudio de caso, son un modelo de lo que hacen los 'buenos terapeutas' en casos análogos, así como un medio para compartir información clínicamente significativa en red.

3.1.5. Formulación de Caso e investigación clínica

La preocupación por la FC como competencia clínica y como práctica profesional puede no limitarse al ejercicio terapéutico o al trabajo en salud mental cotidiano, sino que se extiende a su relevancia en la conducción de investigación clínicamente significativa. Es decir, aquella en la que se abordan los casos de psicoterapia tal cual suceden en el "mundo real" (en el que la manualización del tratamiento no tiene por objeto homogeneizar una variable independiente sino hacer accesible el aprendizaje de la técnica, y en el que no hay opción a la selección de participantes). Este tipo de investigación es necesaria no sólo para superar los límites de validez ecológica de los estudios controlados aleatorizados, sino también para remediar la brecha que se da entre producción científica y uso que los clínicos hacen de los resultados de la investigación (Talley, Strupp y Butler, 1994; Teachman et al., 2012).

A concluir el punto anterior hacíamos referencia al establecimiento de redes de investigación práctica. En ellas, un grupo de clínicos, trabajando en sus entornos naturales, colaboran reportando datos sobre casos relacionados por un tema común, que es el que da cuerpo y sentido a la investigación. Bajo este formato es más plausible investigar asuntos y problemas conceptualizados en el nivel de complejidad en el que aparecen en la clínica, y despertar el interés de los terapeutas, quienes, participando en la red, son parte activa de la investigación y posteriormente consumidores de sus resultados. Un buen ejemplo de esta filosofía es el trabajo del grupo de Castonguay y cols. en EEUU (Adelman, Castonguay, Kraus & Zack, 2015; Koerner y Castonguay, 2015; McAleavey, et al., 2015), quienes han revitalizado y dado proyección al modelo de Investigación Orientada a la Práctica" (*Practice Oriented Research, POR*) (Castonguay y Muran, 2015; Castonguay et al., 2015).

En el Reino Unido, este tipo de redes vienen desarrollándose bajo el epígrafe de Investigación Basada en la Práctica (PBR por sus siglas en inglés), con un carácter marcadamente local, que implica e informa no sólo a los investigadores y a los clínicos, sino también a los usuarios y a los responsables

en la toma de decisiones desde las administraciones sanitarias (Henton, 2012). Estas redes suponen tanto una alternativa como un complemento a la investigación experimental, y suelen adoptar enfoques metodológicos como los estudios de caso, el análisis de procesos de cambio en la sesión, o los estudios de eficiencia (que se ocupan de cuestiones de resultado, que en los estudios de eficacia normalmente no se pueden valorar al no ser realizados en ambientes naturales).

Finalmente, y como una derivada de ambas aproximaciones a la constitución de redes de investigación significativa en contextos clínicos, desde sus inicios surgió el interés por la identificación de las funciones de las clínicas universitarias de psicología, como centros de formación y de referencia (Borkovec, 2004). Y con ese fin comenzó a desarrollarse un marco conceptual y metodológico para el entrenamiento en la investigación basada en la práctica (*Practice-Based Research Training*, PBRT) (Henton, 2012). Tal es el caso paradigmático de la clínica de psicología de la Penn State University (Universidad Estatal de Pensilvania), donde trabaja el equipo de Castonguay.

Hecha esta breve presentación, cabe preguntarse por el rol actual o potencial de los modelos de FC estructurados en la investigación en este tipo de redes. Por una parte, en los estudios de caso, la inclusión de FC es una cuestión obvia y una práctica consolidada (Fishman, 2005; McLeod, 2010). En los estudios sobre procesos de cambio -que pueden incluir análisis de procesos de asimilación de experiencias problemáticas, el análisis de tareas, la descripción fenomenológica de experiencias de profundidad relacional, el estudio de eventos significativos, etc.-, la FC puede aportar el contexto en el que estos procesos poseen significado, si bien hasta la fecha no hemos encontrado literatura que especifique estas cuestiones. De modo análogo podemos considerar las investigaciones sobre eficiencia, en las que la FC aportaría las claves para entender en qué sentido un resultado terapéutico es significativo, no sólo en términos cuantitativos sino cualitativos y/o estratégicos. No obstante, la falta de literatura sobre esta aplicación hace que de momento este uso pueda ser referido tan solo como posibilidad. A juicio de L. Castonguay, se trataría de una novedad atractiva en este campo (comunicación personal por correo-e, 6 de abril, 2017), en el que hasta la fecha sólo se ha explorado la capacidad de los clínicos para predecir qué técnicas terapéuticas llegarían a emplear en los casos que estuvieran tratando, en función claro está, de la conceptualización inicial de cada caso (Castonguay et al., 2017).

3.1.6. Formulación de Caso, supervisión y desarrollo de la pericia profesional

La importancia de la FC como herramienta de supervisión para el desarrollo profesional de los psicoterapeutas, ha sido descrita en términos de su utilidad para generar presentaciones de los casos que hagan disponible la información importante, integren las explicaciones sobre lo que

sucede generadas por el terapeuta, desarrollen una justificación de las intervenciones futuras, incluyan la reflexión sobre los obstáculos que puedan surgir en el camino, y permitan utilizar todos estos elementos para contrastar la evolución del cliente (Sperry, 2010). Esta visión ha sido puesta de manifiesto en todos los modelos revisados. Así por ejemplo, en el manual editado por Eells (2007a), con frecuencia los autores de cada capítulo hacen referencias tanto al uso de la FC para ayudar a los terapeutas noveles a ordenar la información de los casos y para apoyar el juicio clínico y la propuesta de intervención, como para generar material de supervisión. Sin embargo, la relación que percibimos como lógica entre FC y supervisión, no empieza a ser evidente en la literatura sobre la formación y supervisión de terapeutas hasta fechas recientes (González-Brignardello, 2016; Liese y Esterline, 2015). En una revisión de 25 manuales y textos especializados en supervisión en psicoterapia, psicología clínica y *counselling* publicados entre 1997 y 2017 realizada para este trabajo, no se han encontrado apenas referencias a la FC ni a su utilidad en los procesos de supervisión y de desarrollo de psicoterapeutas. Por ejemplo, resulta llamativa la ausencia de este tema en el *International Handbook of Clinical Supervision* (Watkins y Milne, 2014), no ya como capítulo, sino como tema a abordar por ninguno de los colaboradores en la obra. En sólo tres de los volúmenes revisados, hallamos referencias tangenciales a la formulación o conceptualización de las dificultades del cliente, en algunos de los apartados en los que típicamente se organizan estos textos (roles y responsabilidades, la relación de supervisión, modelos de supervisión, temas éticos y legales, evaluación de la supervisión, desarrollo de supervisores y temas de sensibilidad cultural y de género). Finalmente, hemos encontrado referencias a la FC algo más extensas pero escasamente desarrolladas, en tres de los textos revisados: En el volumen sobre el diseño del practicum y de la residencia en *counselling* y psicoterapia de Scott, Boylan y Jungers (2014); en un capítulo sobre diferencias de poder en supervisión (especialmente las relativas a la cultura y al racismo) (Patel, 2011); y en un capítulo dedicado a enfoques creativos en supervisión, en el que se explica el uso que los terapeutas pueden hacer de los dibujos, a la hora de representar las dificultades del cliente (Scaife, 2008). No obstante, estas tres referencias, pese a su interés, tan solo constituyen, a nuestro juicio, un conocimiento anecdótico.

En el sentido inverso de la comparación, las referencias al empleo de la formulación como herramienta en supervisión son frecuentes en los manuales sobre FC, si bien en ninguno de los que hemos manejado se desarrolla la cuestión (Berman, 2010; Eells, 2007; Hallam, 2013; Ingram, 2006; Johnstone y Dallos, 2014; Sturmey y McMurrin, 2011). No obstante, una nueva generación de textos sobre supervisión comienza a integrar la FC en los modelos que proponen. Por ejemplo, en la reciente serie sobre *Essentials in Supervision* de la American Psychological Association, el volumen de Greenberg y Tomescu (2017) dedica un espacio relevante a la FC como parte del trabajo supervisado, así como objeto de supervisión en la formación de terapeutas en TFE. Por otra parte, y desde una

perspectiva pedagógica, Liese y Esterline (2015) se han ocupado de cómo la organización del conocimiento clínico en FC puede apoyarse en mapas conceptuales en el marco de la supervisión. Así, han propuesto un modelo de cuatro fases: 1) Durante la primera sesión de terapia el cliente y el terapeuta novel generan la información que permite completar una rejilla sobre los problemas que afectan a la persona; 2) el terapeuta toma como "trabajo para casa" la elaboración de un mapa conceptual a partir de la rejilla, utilizando para ello una serie de orientaciones relativas sobre todo a cómo organizar dinámicamente la información, lo cual a su vez le permite ir generando hipótesis transteóricas acerca del caso; 3) terapeuta y supervisor se reúnen para revisar el mapa conceptual, momento en el cual el supervisor valora los procesos de pensamiento del terapeuta en formación, le ayuda a fortalecer sus habilidades de conceptualización, y eventualmente utiliza esta oportunidad para enseñarle nuevas habilidades, consistentes con su propio enfoque; y 4) finalmente el terapeuta revisa el mapa en colaboración con su cliente, a fin de perfeccionarlo y de contribuir al desarrollo de la alianza. Este tipo de propuestas han sido revisadas y puestas en valor recientemente por González-Brignardello (2016), quien ha trabajado en la relación entre el desarrollo de formulaciones apoyadas en mapas conceptuales y la negociación de significados clínicos entre el terapeuta experto y el novel durante la supervisión. Esta actividad "genera un proceso de análisis colaborativo de la información que, al elaborarse en representación gráfica provoca la expresión de contenidos tanto del supervisado como del supervisor que forman un todo comprensivo [...]" (p.116), quienes de ese modo producen un modelo de conocimiento del paciente que es en sí, una formulación de orden superior. Además, dado que los mapas conceptuales pueden integrar varios niveles y se hallan estructurados por nodos, su empleo como herramientas de FC en supervisión, permite "hacer zoom" sobre aspectos que resultan clave en determinados momentos.

Esa visión del trabajo colaborativo, desarrollado a partir de la información del caso -esta vez representada en los mapas conceptuales-, ha sido entendida por Bob (1999), desde una perspectiva constructivista narrativa, como un diálogo entre el supervisor y el supervisado, acerca de la historia del cliente. Cada uno desarrolla una historia, y al ser puestas en relación, surge una nueva formulación que integra los significados de las tres partes de un modo empático y cooperativo.

También en clave pedagógica, es preciso reseñar el trabajo de Page, Stritzke y McLean (2008) sobre cómo la supervisión puede facilitar la integración la FC informada por la investigación, en la formación de alumnos de Psicología. Con este fin, desarrollaron una serie de viñetas sobre casos con datos diagnósticos, identificaron una serie de campos de formulación para cada una de ellas (i.e., lista de problemas, factores mantenedores, etc.) y a esto añadieron un sistema de puntuación de conceptualizaciones acorde con varios niveles de pericia. Así, crearon un conjunto estandarizado de vídeos de entrevistas con clientes (afectados por diversos tipos de problema y en grados de

severidad diferentes), y sus correspondientes formulaciones de referencia o *benchmarks*, que podían ser utilizadas en el entrenamiento y en la supervisión.

La supervisión es no obstante un proceso continuo que no termina necesariamente con algún tipo de acreditación, ni que se limite sólo a las fases iniciales de la formación. Se trata más bien de una actividad que conduce hacia lo que viene denominándose "conocimiento experto" o al desarrollo de la pericia en psicoterapia (*psychotherapy expertise*). Esta cuestión ha abierto un avivado debate en los últimos años (Hill et al., 2017; Tracey, Wampold, Goodyear y Lichtenberg, 2015; Tracey, Wampold, Lichtenberg y Goodyear, 2014), que, entre uno de sus efectos, resitúa -a nuestro parecer- las relaciones entre FC y desarrollo profesional (con o sin supervisión explícita), y genera nuevas preguntas de investigación. Eells (2015, p. 50) resume la cuestión afirmando que para el desarrollo de la pericia y la condición de experto, no basta con la experiencia, sino que es necesaria la práctica deliberada, la cual exige niveles sostenidos de reflexión y esfuerzo, ejercicios formativos que permiten aislar componentes de las tareas que se desea entrenar, así como retroalimentación detallada por parte de un maestro o *coach*. Y apunta a continuación, que la FC en psicoterapia agrupa un dominio de tareas que facilitan esa práctica deliberada. Complementariamente, Hill et al. (2017) reconocen que dado que la competencia en FC permite el desarrollo de estructuras de conocimiento más integradas, profundas y complejas, ésta puede ser utilizada como criterio de pericia terapéutica, sin que esto niegue, por el momento, la observación de Tracey, Wampold, Lichtenberg y Goodyear, (2014), de que los terapeutas, hoy por hoy, aún no terminen de aprovechar esta oportunidad.

3.2. Investigación sobre Formulación de Caso en Psicoterapia

Siguiendo a Eells (2007a), la investigación sobre FC se ha ocupado de tres temas principales: (1) Su fiabilidad y su validez bajo una perspectiva psicométrica, estrechamente relacionada con la investigación sobre entrenamiento en las competencias de formulación; (2) la calidad de las FC; y (3) el proceso de construcción de las formulaciones y las diferencias entre terapeutas. Además, cabe añadir un cuarto dominio de investigación, consistente en el estudio de la utilidad clínica de la FC, es decir de su eficacia.

La investigación de las propiedades psicométricas y de la calidad de las FC se basa en la consideración de una FC como un producto completo, el cual es una hipótesis acerca de la disfunción o de las dificultades del cliente, o bien un conjunto de frases que reflejan una serie de sub-hipótesis. Esto ha permitido a los investigadores valorar el acuerdo entre evaluadores a la hora de formular un caso, la contribución del proceso de FC al resultado de la terapia, y el valor de las FC como modelos explicativos de procesos psicológicos específicos (i.e., la formación de síntomas).

En el terreno concreto de la TFE, siendo cierto que no se aboga por considerar las formulaciones como productos completos que funcionan como objetos -en detrimento de la unicidad de la persona como un agente en evolución en el contexto de una relación auténtica e irrepetible (Greenberg y Goldman, 2007)-, también es cierto que la investigación ha conducido a formulaciones diferenciales para diversos procesos problemáticos. Por ejemplo, se han desarrollado formulaciones sobre la *depresión* (Watson y Greenberg, 1996; Greenberg y Watson, 2005; Watson, Goldman y Greenberg, 2008), la *ansiedad* (Greenberg y Watson, 2005; Watson y Greenberg, 2017), la *ansiedad social* (McLeod, Elliott y Rodgers, 2011; Shahar, 2013), el *trauma complejo* (Paivio y Pacual-Leone, 2010), y los *trastornos de la alimentación* (Greenberg y Dolhanty, 2007; Lafrance Robinson, Dolhanty y Greenberg, 2013). Para los terapeutas focalizados en la emoción, estas formulaciones diferenciales funcionan como "mapas" que deben ser continuamente contrastados con la experiencia en evolución del cliente (el "territorio"), y nunca sirven para invocar prescripciones acerca de qué hacer cuando se tiene a un cliente delante, ni tampoco para animar a los terapeutas a etiquetar a sus clientes en términos de ninguna entidad nosológica (y como mucho se refieren a los problemas de sus clientes en términos de procesos depresivos, ansiosos, etc.). Sin embargo, hasta el punto en que se trata de formulaciones cuyo manejo diestro se ha mostrado eficaz para incrementar la responsividad de los terapeutas (Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998; Stiles, 2009), así como la diferenciación entre casos con "resultados pobres" y casos con "buenos resultados" (Watson,

Goldman y Greenberg, 2007), se puede presumir que la investigación en el modelo de FCFE tiene sentido a la hora de hacer avanzar este campo, prestando atención a la habilidades de los terapeutas para generar formulaciones tentativas basadas en dificultades como productos completos, al menos al nivel de formulación de un foco de trabajo.

3.2.1. Investigación sobre la fiabilidad de las FC

Dada la variabilidad de contenido que puede manifestarse en las FC en psicoterapia, la investigación ha tratado de determinar su grado de fiabilidad: En qué medida distintos terapeutas, bajo una misma orientación, producen formulaciones análogas ante el mismo material clínico. Por otra parte, es importante señalar que el hecho de que una formulación sea o no el resultado de un procedimiento fiable, no implica nada directamente, acerca de su validez de contenido ni de su utilidad para los clientes.

Los resultados hasta la fecha, siguiendo la revisión de Flinn, Braham y Nair (2015) parecen poco alentadores, indicando, en el mejor de los casos, un nivel de fiabilidad modesto. Estos autores redujeron una muestra inicial de 4237 trabajos a tan solo 18 (publicados entre 1983 y 2010), aplicando una serie de criterios de inclusión/exclusión, que permitían acceder a artículos que realmente se ocuparan de evaluar la fiabilidad intra- e interjueces (hecha la salvedad de que debían estar escritos en inglés). En el caso de la fiabilidad interjueces, los hallazgos mostraron valores que variaban entre baja (.1-4) y substancial (.81-1.0). Algunos de los estudios mostraron que la formación y la experiencia acumulada producían niveles de acuerdo mayores. Además, observaron diferencias por modelos (cognitivo, conductual, psicodinámico e integrativo), que sin embargo quedaban oscurecidas por cuestiones de método (i.e., en algunos trabajos, la puesta en común entre jueces, aunque tenía sentido en su contexto, inflaba la fiabilidad). Por todo ello, consideramos que para abordar el tema de la fiabilidad de las FC no nos basta con un estudio sistemático de la literatura para responder a *cómo de fiables son las FC* como hacen Flinn, Braham y Nair (2015), sino que es necesario describir las metodologías, a fin de obtener criterios que puedan ser aplicados en este trabajo.

En su revisión de este tópico, Mumma (2011) considera la fiabilidad en términos de la capacidad de los formuladores que trabajan con el mismo material clínico, para identificar de modo consistente los elementos de una formulación para un caso específico o para una serie de casos. La estrategia general para calcular la fiabilidad entre formuladores es que dos o más clínicos ven el mismo material (viñetas de caso, registros de terapia o sesiones grabadas), después de algún tipo de entrenamiento en los criterios de observación y en el uso de las plantillas basadas en un

determinado modelo, que sirven para generar la FC. La fiabilidad entre formuladores para la observación de conductas es calculada utilizando el porcentaje de acuerdo entre codificadores, o un estadístico de acuerdo como el coeficiente *Kappa* de Cohen. Y la fiabilidad entre formuladores para valoraciones numéricas es calculada habitualmente recurriendo al coeficiente de correlación intraclase (que puede ser utilizado para estimar la fiabilidad de un único juez, de un juez "promedio", o de cierto número de jueces).

La investigación sobre este tema se ha centrado en las FC cognitivo-conductuales y psicodinámicas. En relación con las primeras, los revisores llegan a las mismas conclusiones generales (Eells, 2007a; Haarhoff, 2008; Mumma, 2011): a) El entrenamiento básico dado a los participantes en los estudios, fue suficiente para generar FC razonablemente fiables en relación con las categorías más evidentes, recogidas en el "Método de Codificación del Contenido de las Formulación de Caso" de Eells (*Case Formulation Content Coding Method*) (Eells, Kendjelic y Lucas, 1998) (Síntomas y problemas, Sucesos o estresores precipitantes, y Estresores y sucesos vitales predisponentes), así como para los datos demográficos; y b) tal entrenamiento no permitió obtener niveles de fiabilidad igualmente adecuados para las categorías de formulación que requerían procesos de inferencia (i.e., las variables que están disparando y manteniendo las conductas problema). Por su parte, los revisores de la fiabilidad de las FC de tipo psicodinámico (Eells, 2007a; Mumma, 2011), hallaron niveles más altos de acuerdo entre formuladores para varios modelos estructurados de FC (el Método de Formulación del Plan y el análisis del CCRT, entre otros), si bien estos modelos han recibido algunas críticas relacionadas con las características de los instrumentos mediacionales que proponen (i.e., plantillas), los cuales tienden a incrementar o sobreestimar la fiabilidad, debido a la preselección del material clínico que es necesario para su uso (Mumma, 2011).

Sea como sea, en este terreno se percibe una tensión entre formulación como proceso "científico" (con toda su formalidad metodológica y estadística), y formulación como "arte" (Flinn, Braham y Nair, 2015, p. 3), que introduciría una gran variabilidad de apreciaciones, muchas de ellas con alto potencial terapéutico pero no fácilmente cuantificable, la cual nos hace mover el foco en la dirección de nuevas preguntas como las siguientes: ¿Son válidas las FC diferentes? ¿qué distingue su calidad? ¿en qué grado son útiles? A ellas nos aproximaremos en los siguientes apartados, también con el ánimo de obtener criterios e inspiración para desarrollar nuestro trabajo sobre la FC en TFE.

El problema de la fiabilidad de las FC es en realidad el problema de la fiabilidad de los métodos y procedimientos de formulación, en cuanto instrumentos de observación, codificación, juicio y toma de decisiones. Pero si bien la investigación precedente en FC se basa fundamentalmente en el uso de plantillas o conjuntos de preguntas agrupadas por temas, como acabamos de ilustrar, encontramos que en el marco de la TFE no nos enfrentamos al mismo

problema técnico. La característica central de la FC en TFE es su carácter procesual y secuencial, por el cual, aunque cabe preguntarse si varios formuladores ven lo mismo en un momento dado y en varios momentos que componen una secuencia, la tarea no se realiza en función de la aplicación de una plantilla o un sistema más o menos fiable de cuestionamiento, sino de: 1) La aplicación consistente y (más o menos) experta del grueso de la teoría de la terapia, y 2) la realización de una serie de operaciones cognitivo-afectivas en tiempo real, que modulan el modo de estar presente personalmente en la relación, y que incluyen tanto los aspectos de la formulación como "proceso científico" como los aspectos de la formulación como "arte", a los que se refieren Flinn et al. (2015).

Por todo ello, si bien una aproximación clásica (de corte psicométrico) a la cuestión de la FC en TFE puede captar algunos de sus aspectos, este tipo de procesos exceden lo que se puede hacer mediante la aplicación de una plantilla. En ese sentido, entendemos que la fiabilidad de los procedimientos de FC en TFE puede expresarse mejor en una suposición sobre la integridad y coherencia de esos mismos procedimientos, que a su vez permite que sean enseñados, aprendidos y puestos en práctica con resultados similares, matizados por las diferencias individuales de quienes los aplican.

3.2.2. Investigación sobre la validez de las FC

En su revisión de la literatura sobre FC, orientada a obtener conclusiones con las que dar soporte a su implantación en los servicios de salud mental, Rainforth y Laurenson (2014), tropezaron con la "maraña" de datos contradictorios, que parecen venir explicados por la complejidad del asunto, y la imposibilidad de reducirlo a una mera aplicación de reglas o al uso de una plantilla. A este respecto, Kuyken, Fothergill, Musa, y Chadwick (2005) sugieren que la validez depende tanto del método de formulación, como de la intervención en la que se traduzca ésta, y del impacto real en los pacientes. Y que esto a su vez viene mediado por los procesos de razonamiento de los formuladores y por su experiencia. Si bien esta argumentación es razonable, tomada al pie de la letra eliminaría toda posibilidad de estudiar la validez de los modelos de FC, entendida al menos en términos de constructo, con independencia de que en su uso, una formulación u otra pueda ser más o menos válida clínicamente.

En relación con el tema de la validez, cada modelo de FC estructurada ha generado diferentes estrategias para lo que Mumma (2011) llama "explicación del constructo" (*construct explication*) (una descripción guiada por la teoría, tanto del contenido como de la estructura de un procedimiento de FC), y ha adaptado a ellas diferentes métodos de estudio de la validez de

constructo. A fin de encuadrar nuestro propio enfoque de la cuestión acerca de la validez de las FC en TFE hemos comenzado por elaborar la Tabla 14, en la que se hace una comparación entre las aproximaciones al tema de los modelos de FC cognitivo-conductuales, conductuales y psicodinámicos. Tal comparación es realizada en términos de tres categorías de información: 1) La estrategia del modelo para trabajar con su explicación del constructo, 2) lo que hemos denominado la "pregunta sobre la validez" (qué se pregunta el investigador para saber si una formulación es válida), y 3) el método de evaluación -que cada uno ha elegido- para testar la validez de contenido de las formulaciones, de acuerdo con el constructo explicado. Después, hemos extendido la comparación al marco de la TFE, para desarrollar el estudio de la validez de las FCFE siguiendo el mismo esquema: 1) estrategia de trabajo, 2) pregunta de validez y 3) método de evaluación (Tabla 15).

Tabla 14

Comparación entre los enfoques Cognitivo-Conductual y Psicodinámico en el estudio de la validez de las FC (elaborado a partir del trabajo de Mumma, 2011)

Estrategia de trabajo con la "explicación del constructo"	Pregunta sobre la validez	Métodos preferidos para la evaluación de la validez de contenido de las formulaciones
MODELOS PSICODINÁMICOS DE FORMULACIÓN DE CASO		
<i>Patrones de relación desadaptativos</i>		
<p>Diagramas que organizan esquemas de relaciones y patrones nucleares de conflicto entre el paciente y los otros.</p> <p>Una estructura compuesta por un deseo, una respuesta del otro, y una respuesta del sí mismo tal y como son reportados por el paciente en relación con interacciones particulares con los demás.</p>	<p><i>Tema Central del Conflicto Relacional (CCRT)</i> Luborsky & Crits-Christoph</p> <p><i>Análisis Configuracional</i> Horowitz y Eells</p> <p>¿Consigue la FC capturar los patrones o asuntos que suceden en las relaciones más importantes en la vida de una persona, en los dominios en los que la disfunción es particularmente problemática?</p>	<p><i>Método de casos desparejados</i></p> <p>Los jueces clínicos valoran la relevancia de los ítems que componen la información sobre un paciente diana, y comparan éstos con las valoraciones sobre ítems desarrollados para otros casos. Deben percibir los casos como diferentes.</p> <p>Curtis et al., 1994; Levine y Luborsky, 1981</p>
MODELOS COGNITIVO-CONDUCTUALES DE FORMULACIÓN DE CASO		
<i>Variables causales y conductas diana, y la relación causal entre ellas</i>		
<p>Algún tipo de plantilla desarrollada a través del estudio de datos agregados que permite identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un diagnóstico relevante (una formulación nomotética para un diagnóstico de referencia) (Persons & Tompkins, 2007), or • un tipo específico de problema conductual (Haynes, Kaholokula y Nelson, 1997; Haynes y O'Brien, 2000). 	<p>¿Logra la FC capturar las relaciones funcionales entre las variables causales y las conductas diana en este caso específico?</p>	<p><i>Método de ítems desparejados</i></p> <p>Valoración de la relevancia de ítems cognitivos (pensamientos y creencias) tomados del material clínico del paciente, e ítems tomados de otros casos. Deben ser percibidos como pertenecientes a casos diferentes.</p> <p>Mumma, 2004; Mumma y Mooney, 2007a; Muran, Samstag y Segal, 1998; Muran et al., 2001; Muran y Segal, 1992.</p> <p><i>Método de comparación de estándares (benchmarks)</i></p> <p>Valoración del grado de coincidencia entre la FC realizada por un individuo y una FC de referencia creada por un experto o un equipo de expertos (<i>benchmark</i>).</p> <p>Haarhoff, 2008; Kuyken, Fothergill, Musa, y Chadwick, 2005.</p>

Tabla 15

Propuesta de un enfoque para el estudio de la validez de las FC en TFE

Estrategia de trabajo con la "explicación del constructo"	Pregunta sobre la validez	Métodos propuestos para la evaluación de la validez de contenido de las formulaciones
FORMULACIONES DE CASO EN TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN		
Formulaciones secuenciales que componen una secuencia de formulación y comprensión: Facilitación del proceso momento a momento e implicación diferencial en tareas terapéuticas		
<p>Los terapeutas usan una serie de micromarcadores para responder empáticamente al cliente, en orden a facilitar la profundización en su experiencia emocional, su simbolización, diferenciación, apropiación o desapropiación, y su eventual transformación.</p> <p>Los terapeutas usan un repertorio de marcadores de tarea para tomar decisiones acerca de la dificultad emocional actual del cliente, el estado final deseable y el mejor proceso que podría conducir a la persona hasta ese estado (la tarea).</p>	<p>¿Reconoce adecuadamente el terapeuta y "lee" adecuadamente la presencia y el significado de los (micro)marcadores que aparecen a lo largo de una sesión de terapia?</p>	<p><i>Método de comparación con la benchmark secuencial</i></p> <p>Se pide a los terapeutas: 1) identificar una serie de micromarcadores y marcadores de tarea potenciales sobre una sesión de terapia grabada en vídeo, 2) hacer inferencias acerca del estado interno del cliente, del estado final deseable, de las necesidades de procesamiento actuales, y sobre las respuestas facilitadoras adecuadas, tomadas de un repertorio de respuestas e intervenciones de tarea propias de la TFE.</p>
Formulación de foco: Dolor nuclear clave que está causando las dificultades emocionales y los temas personales relevantes asociados		
<p><i>Fase 1:</i> Los terapeutas reflexionan sobre la experiencia del cliente de ser él/ella mismo/a, y sobre los momentos terapéuticamente relevantes vividos en las primeras sesiones de terapia, así como sobre los temas que emergieron.</p> <p><i>Fase 2:</i> Entonces generan una narrativa empática y evocadora compleja acerca del cliente, que sirve tanto para comprender a la persona (en términos de su dolor nuclear y su vida), como para ayudar a la persona a sentirse profundamente entendida, y a promover el compromiso del cliente con la terapia (en términos de la estructura tripartita de la alianza terapéutica).</p> <p><i>Fase 3:</i> La narrativa sobre el foco -que emergió progresivamente como una narrativa coconstruida- es compartida con el cliente y refinada o incluso reformulada.</p>	<p>¿Refleja la narrativa del foco el dolor nuclear de la persona y sus implicaciones para su vida y sus dificultades emocionales actuales?</p> <p>¿Articula congruentemente los problemas del cliente y las metas y medios adecuados?</p>	<p><i>Método de comparación con la benchmark del foco</i></p> <p>Los terapeutas son invitados a reflexionar sobre una sesión de terapia videograbada (y eventualmente sobre documentación complementaria acerca del caso), y después se les pide que elaboren la correspondiente formulación, utilizando una guía de reflexión basada en un heurístico para la formulación de foco.</p> <p>Después, cada formulación de foco es comparada con la <i>benchmark</i> en términos de similitud.</p>
Formulaciones de caso globales a posteriori en TFE		
<p>Los terapeutas reflexionan sobre el conjunto del caso y generan un reporte explicativo global de éste, por el cual informan acerca de cuáles eran los problemas que presentaba el cliente, sus necesidades de cambio emocional-experiencial, sus habilidades y dificultades en términos de la teoría de base, la estructuración histórica de su personalidad y su articulación con sus problemas intra/interpersonales o existenciales actuales, el dolor nuclear y los esquemas de emoción subyacentes en las categorías anteriores, las metas de la terapia que fueron negociadas, las principales tareas terapéuticas que fueron trabajadas, y los principales resultados terapéuticos obtenidos al final del tratamiento.</p>	<p>¿Explica suficientemente bien la FC qué es lo que sucedió en el caso, de acuerdo con la información disponible?</p>	<p><i>Método de comparación con la benchmark de la formulación global a posteriori</i></p> <p>Los terapeutas son invitados a reflexionar sobre una sesión de terapia videograbada (y sobre documentación complementaria acerca del caso), y después se les pide que elaboren la correspondiente formulación, utilizando un <i>Formato Guía</i> para la formulación de casos basado en un protocolo de gestión de la información clínica.</p> <p>Después, cada formulación de caso global es comparada con la <i>benchmark</i> en términos de similitud.</p>

En general, la "pregunta sobre la validez" se refiere al grado en que una FC dada -producida por un único terapeuta para un paciente en particular-, utiliza eficientemente la "explicación del constructo" del modelo de FC que es tomado como referencia. Y no obstante, la cuestión acerca de la validez de las FC en TFE no ha sido atendida hasta el momento. Aunque Mumma (2011) declara que "Para evaluar la validez de contenido, el método de los casos desparejados [*mismatched cases*] -comparar componentes de formulación del paciente diana y de otros casos [y ver si dos

jueces perciben que se trata de formulaciones correspondientes a casos diferentes]- [...] es la metodología de elección en este momento, para la investigación y la formación clínica o la práctica" (p. 37), tal método no se ajusta a las singularidades de la FCFE, y es necesario considerar metodologías alternativas, como se explica en las siguientes consideraciones:

- 1) Las Formulaciones de Primer y Segundo orden (revisar Tabla 7) son unidades muy pequeñas, que sólo tienen significado en el nivel de caso cuando son consideradas en el contexto de una secuencia más larga de formulación comprensión progresiva. Por tanto no se pueden emparejar o discriminar en términos de su pertenencia a un caso u otro.
- 2) Cuando el terapeuta realiza una formulación secuencial en un ambiente natural, es la validación (explícita o implícita) que recibe por parte del cliente, lo que determina su validez real, independientemente de su corrección teórica apriorística como explicaciones sobre el momento vivencial del cliente, y esto afecta a cuál es el proceso subsiguiente, en el que devienen nuevas formulaciones.
- 3) Cada formulación secuencial es un elemento único e irrepetible, perteneciente a una secuencia de formulación también única e irrepetible, y por eso es imposible agregar realmente y componer formulaciones secuenciales realizadas por diferentes terapeutas. Por ello, y en orden a evaluar la validez de una secuencia de formulaciones, es necesario crear algún tipo de tarea de formulación secuencial, a través de la cual una variedad de formuladores pueda trabajar con el mismo cliente y sin interferir el proceso dialógico e interactivo único de la FC en TFE. Esto, en última instancia supondría desarrollar una tarea, que creara una situación análoga a la terapia (Poch y Espada, 1998; Heppner, Wampold y Kivlighan, 2008).
- 4) La estrategia más adecuada para testar las ejecuciones correspondientes a una serie de formulaciones secuenciales sería compararlas con un estándar (una secuencia de formulaciones que funcionara como *benchmark*), creada por un equipo de expertos a partir de un proceso terapéutico real. Entonces, el criterio de validez para una formulación dada es su conformidad en relación con la *benchmark*. Si bien esto permite hacer una inferencia sobre la validez del modelo de FC de la TFE, más que sobre un procedimiento de formulación derivado de este modelo.
- 5) El método de los casos desemparejados podría ser adecuado para examinar la validez de contenido de las formulaciones de foco, ya que tales narrativas poseen suficiente consistencia como para caracterizar un caso particular por sí mismas, al estar compuestas por una serie de elementos interrelacionados (formulaciones parciales temáticamente

relevantes), que constituyen una explicación preliminar de un caso en términos de las dificultades emocionales de una persona y sus implicaciones, así como de las metas y los resultados terapéuticos congruentes. Sin embargo, este método resultaría demasiado simple si queremos valorar las ejecuciones de los formuladores acerca de un mismo caso. Por ello, la validez de contenido de una formulación de foco podría ser también valorada en términos de su similitud con una *benchmark*, como hacen Haarhoff (2008) y Kuyken, et al. (2005).

- 6) Por las mismas razones, la evaluación de la validez de contenido de las formulaciones globales *a posteriori* se podría beneficiar también del método de casos desemparejados, pero solo si se contara con una amplia muestra de casos formulados. Sin embargo, en un diseño en el que se valora la conformidad de las formulaciones de los participantes respecto a un único caso, resulta más adecuado recurrir de nuevo a la comparación con una *benchmark*.

3.2.3. Investigación sobre la calidad de las FC

La calidad de las formulaciones de caso apenas ha sido atendida y normalmente se ha asimilado a la cuestión sobre la habilidad de los formuladores para generar textos similares a las *benchmarks*, bajo la premisa de que si la formulación de referencia era de calidad, cuanto más similares a esta afuera las producciones de los terapeutas, mejor calidad tendrían (Kuyken, Forhergill y Chadwick, 2005). Sin embargo, estos estudios no se han ocupado de las propiedades intrínsecas que permitirían decir que una FC en particular es más o menos buena (i.e., su claridad conceptual o su capacidad para conectar la comprensión del problema y una intervención apropiada). No obstante, otros autores han desarrollado escalas para evaluar esta variable, las cuales serán revisadas brevemente, a fin de alcanzar algunas conclusiones que puedan ser utilizadas en esta investigación. Sung (2013) revisó tres modelos y sus correspondientes instrumentos de evaluación de la calidad de las FC, tomando como referente esta pregunta: "¿De qué manera resulta beneficioso para el proceso de *counselling* contar con una buena conceptualización de caso?":

- El primer modelo revisado por Sung proviene de la década de los 80, cuando Hollway y Walleat (1980) desarrollaron el *Clinical Assessment Questionnaire* (CAQ), el cual consistía en siete categorías sobre las que se puntuaba su presencia o ausencia, y en una evaluación global de calidad sobre una escala de 1 a 3.

- El siguiente modelo y su instrumento asociado es el *Case Formulation Content Coding Method* (CFCCM) de Eells (Eells, Kendjelic y Lucas, 1998). Este método de codificación contiene cuatro grandes categorías que organizan la información clínica (*Kappa* .86), y en él, la calidad de la conceptualización de caso es evaluada comprobando su presencia o ausencia, así como valorando una serie de aspectos cualitativos como la complejidad, la precisión del lenguaje y el grado de inferencia, sobre una escala de cinco puntos.
- El tercer modelo es el trabajo de Baer (2004) quien desarrolló el *Case Formulation Quality Rating Manual* (CFQRM) como parte de su tesis doctoral. Esta investigadora encontró que la calidad de la FC es un predictor de la respuesta en psicoterapia, especialmente para individuos diagnósticamente complejos. Baer llegó a tal conclusión a través de la valoración de un conjunto de FC escritas, de acuerdo con un modelo panteórico de calidad en FC, compuesto por cuatro aspectos: comprensividad, complejidad, coherencia y especificidad. La escala de calidad de FC incluida en el CFQRM reveló una elevada fiabilidad inter-observadores (.86), y unas fiabilidades en cada dimensión entre .56 y .76.

Las categorías correspondientes a esos modelos se encuentran resumidas en la Tabla 16, junto con un breve comentario acerca de sus limitaciones, y cuatro referencias más, provenientes de nuestra propia revisión, y que se abordan a continuación:

- Haarhoff, Flett y Gibson (2011) elaboraron un enfoque mixto de diagnóstico de la calidad en FC. Evaluaron el contenido y la calidad de las conceptualizaciones de caso producidas por un grupo de terapeutas cognitivo-conductuales noveles, quienes debían conceptualizar cuatro viñetas clínicas. Dicha evaluación incluía cuatro fuentes de información:
 - a) El *Case Formulation Content Coding Method* (CFCCM) (Eells, Kendjelic y Lucas, 1998).
 - b) La *Quality of Cognitive Therapy Case Formulation rating scale* (manuscrito no publicado de Fothergill y Kuyken (2002), citado por Haarhoff (2008)), que, influenciado por el CFCCM (Eells et al., 1998), evalúa los aspectos inferenciales de las conceptualizaciones de caso en Terapia Cognitivo-Conductual. Este instrumento considera una puntuación de calidad global (de 1 a 4), basada en la integración de información relevante, que sirva para aportar un reporte significativo de los problemas del paciente en términos cognitivo-conductuales.

Tabla 16
Enfoques de evaluación de la calidad de las FC

Modelo	Criterios de calidad de la Conceptualización o Formulación de Caso	Limitaciones o dificultades observadas
<i>Clinical Assessment Questionnaire (CAQ)</i> Hollway y Walleat (1980)	Elementos de comprensión del cliente Marcos temporales utilizados para la comprensión del cliente Categorías de información utilizadas para apoyar la conclusión Número de ejemplos utilizados para apoyar las conclusiones Categorías de información buscadas Número de preguntas divergentes Calidad global	El CAQ no evalúa la relevancia de las categorías de contenido de cara a las hipótesis del clínico, ni la precisión de las propias hipótesis La definición de cada categoría es algo confusa, y eso limita la fiabilidad de los criterios
<i>Case Formulation Content Coding Method (CFCCM)</i> Eells, Kendjelic y Lucas (1998)	Identificación de elementos en las secciones de: Síntomas y problemas, Estrés y sucesos precipitantes, Sucesos vitales y estresores predisponentes, Mecanismo explicativo Complejidad Precisión del lenguaje Grado de inferencia	Este método posee evidencias empíricas de fiabilidad, pero la validez está limitada a causa de la ausencia de evidencia de que la riqueza de información en las áreas de contenido de la FC, se relacionen realmente con los resultados del tratamiento
<i>Case Formulation Quality Rating Manual (CFQRM)</i> Baer (2004)	Comprensividad Coherencia Complejidad Especificidad	Se halló que la complejidad y la coherencia de las FC eran significativas en la predicción de resultados del tratamiento, mientras que esto no se probó para la dimensión de comprensividad
<i>Quality of Cognitive Therapy Case Formulation rating scale (QCTCF)</i> Fothergill y Kuyken (2002)	<i>La formulación hecha por el participante debería ser una globalidad coherente. Hay vínculos fuertes entre sus elementos. Parece que el participante ha incluido toda la información relevante en las secciones relevantes. El participante ha utilizado correctamente los datos en el apartado de "datos de la infancia relevantes", lo que le ha llevado a hacer inferencias precisas y apropiadas en las secciones de creencia nuclear, estrategias compensatorias y suposiciones condicionales. La formulación no es ni demasiado larga, ni demasiado corta.</i> (Haarhoff, Flett y Gibson, 2011, p. 113)	La utilización de viñetas podría ser vista como un método algo distante del encuentro natural en la consulta
<i>CBT Case Conceptualization rating scale (CBT CC)</i> Haarhoff, Flett y Gibson (2011)	Identificación de elementos en las secciones de: Lista de problemas, Diagnóstico, Hipótesis de trabajo, y Plan de tratamiento	Por tanto, la riqueza de la información obtenida a través de la entrevista clínica se perdió, lo cual probablemente comprometió la calidad hasta cierto punto
<i>Benchmark case conceptualization as a measure of quality</i> Haarhoff, Flett y Gibson (2011)	Identificación de elementos y coherencia entre ellos, en las secciones de: Datos de la infancia relevantes, Creencias nucleares, Suposiciones subyacentes, Conductas compensatorias, Plan de tratamiento e Implicaciones para la relación terapéutica	
<i>Collaborative Case Conceptualization Rating Scale and Coding Manual (CCCRS)</i> Padesky, Kuyken y Dudley (2010)	Niveles de conceptualización Colaboración Empiricismo Fortalezas y foco de resiliencia	Los evaluadores deben estar familiarizados con los temas y las categorías evaluadas. Se debe hacer un entrenamiento específico en el uso de la rúbrica para lograr resultados significativos y fiables
<i>Case Formulation Quality Checklist (CFQC)</i> McMurrán, Logan y Hart (2012)	Narrativa Coherencia externa Fundamentación factual Coherencia interna Amplitud explicativa	Diacronicidad Simplicidad Generatividad Orientación a la acción Calidad global
<i>Case Formulation Scale (CFS)</i> Abbas, Walton, Johnson y Chikoore (2012)	Pertinencia de la información Presencia o ausencia de la información Grado en que una variable del modelo se halla cubierta por las respuestas del formulador	Basado en un modelo esencialmente psiquiátrico, que no incluye explicaciones psicológicas (se basa en la historia médica)

- c) La *Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) rating scale*, que se ocupa de cuatro categorías, cada una de las cuales es evaluada sobre una escala de 10 puntos, y se basa holgadamente en la *Cognitive Therapy Scale* (Young y Beck, 1980 citado por Haarhoff et al., 2011).
- d) Una conceptualización de caso de referencia o *benchmark*, como medida de calidad basada en la ejecución de un experto, que incluía conceptualizaciones y formulaciones relativas a cuatro grandes áreas. La calidad de las conceptualizaciones de los participantes fue evaluada calculando el porcentaje de acuerdo para la información que encajaba con las categorías seleccionadas por el experto (Haarhoff et al., 2011).
- Padesky, Kuyken y Dudley (2010) elaboraron la *Collaborative Case Conceptualization Rating Scale* y su correspondiente *Manual de Codificación*, a fin de operacionalizar el modelo de conceptualización de caso previamente desarrollado por Kuyken, Padesky y Dudley (2009) dentro del marco cognitivo-conductual. La escala de evaluación se ocupa de cuatro dimensiones de la conceptualización de caso (Niveles de conceptualización, Colaboración, Epiricismo, y Fortalezas/Foco de resiliencia), y evalúa su calidad a través de varias preguntas acerca de diferentes aspectos en cada dimensión. La escala de evaluación constituye una rúbrica realmente compleja, que requiere un entrenamiento específico de los evaluadores, e incluye sugerencias para cada ítem.
- McMurrán, Logan y Hart (2012) desarrollaron la *Case Formulation Quality Checklist (CFQC)* en el campo de la FC forense. Este instrumento está basado en un trabajo anterior (Hart, Sturmey, Logan y McMurrán, 2011), en el que establecieron cómo debería ser una FC de "buena calidad":

"Una formulación de caso con buena calidad es consistente con la teoría, normalmente una teoría generalmente aceptada. La formulación de caso se vale de esta teoría para identificar hechos relevantes en el caso individual. La formulación está basada en información de buena calidad. Debería haber una cantidad suficiente de información para producir una formulación rica y válida. El argumento de la formulación debería estar libre de contradicciones internas. La formulación debería ser fácil de comprender, o sea que estará libre de detalles innecesarios, afirmaciones sin base y suposiciones. La formulación debería enlazar información acerca del pasado, el presente y el futuro del caso. La formulación cuenta con grandes probabilidades de ser entendida por otros profesionales, así como de obtener el acuerdo de estos. La formulación debería producir predicciones detalladas y testables, especialmente acerca de cuáles serán las estrategias más efectivas para tratar y manejar la conducta problema."

Teniendo esto en cuenta, su CFQC estaba compuesta por diez categorías de evaluación de la calidad (ver Tabla 16), que son evaluadas sobre una escala de 1 (*No cumple este criterio*) a 4 (*Cumple este criterio extraordinariamente bien*). Más tarde utilizaron la lista de comprobación para evaluar el entrenamiento en FC con oficiales de vigilancia de la libertad condicional y pusieron a prueba las propiedades psicométricas del instrumento con buenos resultados (Minoudis, Craissati, Shaw, McMurrin, Freestone, Chuan y Leonard, 2013).

- Abbas, Walton, Johnson y Chikoore (2012) elaboraron la *Case Formulation Scale* (CFS) para evaluar las FC realizadas con su propio modelo (*Integrated Case Formulation*, ICF), en comparación con las realizadas por formuladores que habían recibido la formación estándar. Está compuesta por 18 ítems (doce relativos al contenido y seis a la integración de la información) que puntúan de 0 a 2, según la claridad y relevancia del dato formulado.

Aunque todos estos esfuerzos e instrumentos pueden informar nuestra búsqueda de un método de evaluación de la calidad de las FCFE, tal meta debería ser perseguida sin olvidar sus especificidades, y quedará probablemente limitada a la evaluación de las narrativas más densas de las Formulaciones de Foco (formulaciones de 3er orden), y a las FC en TFE globales *a posteriori* (formulaciones de 4º orden), que son más estructuradas y generadas de modo sistemático.

De cualquier modo, y como resultado de esta revisión, se pueden extraer una lista de conclusiones que orientan la realización de este trabajo:

1. El CFCCM de Eells et al. (1998) parece ser especialmente útil para informar una estrategia orientada a evaluar la estructura y el grado de completamiento de las Formulaciones de Foco focalizadas en la emoción, así como de las Formulaciones globales *a posteriori*.
2. La CAQ de Holloway y Walleat (1980) resulta inspiradora en términos de las relaciones internas entre la información contenida en la FC por una parte, y su utilidad para entender al cliente así como para dar soporte a las conclusiones del clínico por otra.
3. El trabajo de Baer (2004) sugiere varias categorías asociadas a los aspectos narrativos de una FC, lo que debería suponer un mayor acceso a datos significativos y evocadores, algo coherente con los principios del enfoque experiencial.
4. El enfoque mixto de Haarhoff et al. (2011) es un ejemplo de cómo temas relevantes desde el punto de vista teórico en FC, pueden ser abordados a través de escalas en combinación con una *benchmark*.

5. La escala de evaluación de Padesky et al. (2010) muestra cómo la evaluación de la calidad de una FC puede ser conducida: a) Recurriendo a evaluadores entrenados, y b) utilizando una rúbrica compuesta por descripciones ricas y complejas, relacionadas con variables importantes y clínicamente significativas dentro de un marco teórico particular.
6. Finalmente McMurrin et al. (2012) profundizan en la descripción de qué puede ser considerada una FC de calidad, y crean una lista de comprobación estrechamente relacionada con cada uno de los aspectos que componen esa descripción. Y por consiguiente, nuevas listas de comprobación pueden ser desarrolladas en relación con otras descripciones, como aquellas correspondientes a una Formulación de Foco en TFE de alta calidad, o a una FC global a posteriori del proceso de un cliente tratado con TFE.

3.2.4. Investigación sobre la formación en FC (relevancia y evidencia)

Aunque la FC ha sido extensamente considerada como una de las competencias clínicas clave en Psicoterapia, ésta apenas aparece como uno de los contenidos en los programas de formación en psicoterapia, lo cual ha movido a diferentes autores a facilitar su aprendizaje a través de diferentes manuales y libros de texto (Eells, 1997, 2007; Berman, 2010; Ingram, 2012; Hallam, 2013). Sin embargo, nuevas necesidades de mejorar la formación en los procesos de FC provienen de los cambios que, durante las dos últimas décadas, están teniendo lugar en el campo de la Psicoterapia como una profesión apoyada empíricamente, e informada por la investigación.

Resulta llamativa, a la vez que evidente, la escasez de estudios cuyo foco principal sea la formación para el logro de competencia en FC. Más bien, esta cuestión permanece subordinada a la intención primaria de testar las propiedades psicométricas de cada modelo. La razón es probablemente que en este momento, los investigadores en este campo se encuentran más orientados al establecimiento de métodos válidos y fiables para cada modelo teórico de referencia. Más aún, en la medida en que la "competición por la eficacia" en Psicoterapia fue sobrepasada -o sustituida- por la competición por el mejor apoyo empírico, los métodos de FC ganaron interés como medios para generar reportes basados en la evidencia, acerca de procesos clínicamente relevantes. Margison et al. (2000), quienes consideran la medición como el fundamento de la práctica basada en la evidencia, analizaron los medios posibles y disponibles para integrar los procedimientos de medición en psicoterapia, y declararon que la FC es una "estrategia adecuada" de medición en el nivel de análisis de caso. Y cerca de diez años después, Eells y Lombart (2011) remarcaron que el informe del grupo de trabajo de la APA sobre práctica basada en la evidencia en Psicología (EBPP)

(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), otorga una alta prioridad a la FC en la EBPP. De cualquier modo, estos mismos autores señalan que los métodos de FC están por lo general basados en la teoría, razón por la cual es necesario desarrollar aún más el concepto de "FC basada en la evidencia", especialmente en tanto en cuanto la FC es considerada una forma de pericia clínica, y uno de los tres componentes principales de la EBPP. Por eso, en un trabajo más reciente, Eells (2013) argumenta en favor de la FC basada en la evidencia en psicoterapia, como un método intelectualmente desafiante para los clínicos, y como una herramienta flexible que es capaz de acomodar evidencia que incluye, pero no se limita a aquella proveniente de los ensayos controlados aleatorizados (RCT).

Complementariamente, los estudios de caso sistemáticos -que integran modelos estructurados de FC-, están surgiendo como herramienta a través de la cual superar la distancia tradicional entre investigadores y clínicos (Talley, Strupp y Butler, 1994; Teachman, Drabick, Hershenberg, Vivian, Wolfe y Goldfried, 2012), así como las limitaciones atribuidas a al paradigma de la práctica basada en la evidencia (EBPP) y de los tratamientos apoyados empíricamente (i.e., las diferencias entre los ambientes naturales en los cuales la terapia suele realizarse, y los ambientes controlados de los RCT; las diferencias entre la heterogeneidad de los pacientes en la práctica clínica cotidiana, y la homogeneidad de los pacientes en las condiciones controladas de los RCT; o la diferencia entre la libertad de los terapeutas para adaptar el tratamiento a los clientes en sus consultas, y la rigidez de los tratamientos manualizados en los RCT, en los cuales la integridad del tratamiento suele ser evaluada). En ese sentido, Dattilio, Edwards y Fishman (2010) proponen nuevos estándares científicos para la investigación sobre la evaluación de los tratamientos psicoterapéuticos, que incluyen la realización de estudios de caso sistemáticos, entre otros requerimientos. Y recientemente, Eells (2013), abogando por un enfoque de FC reformulado, que englobe el razonamiento basado en la evidencia, propone tres estrategias de investigación, una de las cuales consiste en la adición de recursos terapéuticos más allá del manual en los estudios sobre eficacia, por ejemplo mediante la inclusión de intervenciones basadas en la FC del cliente específico.

Por tanto, se puede decir que nos encontramos en los últimos momentos de una fase de consolidación de la FC, durante la cual la investigación sobre este tópico recurrió a entrenamientos llamativamente breves y simples (ver la Tabla 17 y la explicación debajo de estas líneas), suficientes para testar las propiedades psicométricas de los modelos, pero no lo suficientemente amplias como para comprender y mejorar los procesos de desarrollo de la competencia en FC. En un libro reciente sobre FC, Hallam (2013) se ocupa de este asunto y critica -como se dijo antes-, que "la mayor parte de los textos sobre práctica terapéutica dicen sorprendentemente poco acerca de los métodos que un terapeuta novel debe aprender para formular bien" (p. 28). Siguiendo el análisis de Hallam, se

suele suponer que las habilidades de FC se desarrollan como el resto de habilidades terapéuticas en el camino hacia la pericia profesional, a través de la acumulación de experiencia, y la progresiva automatización de procesos. Por eso Hallam (2013) citando a Sharpless y Barber (2009) observa una cierta falta de transparencia en la formación clínica, un problema que podría ser mejorado contando con buenos programas de formación en FC.

En relación con el tópico de la investigación empírica sobre la formación en FC, Sung (2013) encontró tan solo cuatro estudios, y los clasificó en tres categorías conceptuales:

- a) Estudios sobre herramientas de formación (que resultaron escasamente informativos).
- b) Investigación sobre la formación que instruye en estrategias y procesos cognitivos, en los cuales las principales conclusiones fueron congruentes con la literatura general sobre Psicología del Aprendizaje: Las autoinstrucciones son útiles, el entrenamiento afecta a la percepción de autoeficacia del clínico, y resulta mejor enseñar cómo encontrar información que enseñar qué información necesita ser buscada.
- c) Investigación en formación, que enfatiza el conocimiento y los contenidos de las FC.

En la Tabla 17 sintetizamos la revisión de Sung (2013) y la ampliamos con los trabajos de Kendjelic y Eells (2007) -quienes mostraron que enseñar los contenidos y los elementos de una FC en una sesión de dos horas, puede ser eficaz para producir mejores FC-, y de Abbas et al. (2012), quienes realizaron un ensayo controlado aleatorizado para testar su modelo de FC, para el cual obtuvieron el mismo tipo de resultados: el entrenamiento multiplica el aprendizaje. Por su parte, Lee y Tracey (2008, citado por Sung, 2013), mostraron que el incremento en la consciencia respecto a temas específicos -como los de tipo cultural-, resulta en una mayor competencia para integrarlos en las FC.

En conclusión, al menos dos consideraciones finales pueden ser delineadas a partir de esta revisión y en relación con los objetivos de esta investigación. Una es que debería ser fácil desarrollar un programa de entrenamiento en FC significativamente mejor que aquellos creados tan solo para testar los métodos estructurados de FC, o más específico y profundo que los revisados por Sung (2013). En cualquier caso se debe advertir que dada la complejidad de la FC en TFE como una habilidad integrada en la intervención, cualquier formación en FCFE debería tomar más tiempo que las formaciones análogas correspondientes a otros modelos estructurados de FC. Además, una formación en FCFE para los propósitos de esta investigación, debería ajustarse al desarrollo de cuatro destrezas: 1) las habilidades perceptuales de los terapeutas (Greenberg, 2014) -para las formulaciones de 1er y 2º orden-; 2) sus habilidades de razonamiento e inferencia -para las formulaciones de 1er, 2º y 3er (Foco) orden-; 3) las habilidades evocativas y narrativas basadas en la

emoción -para seleccionar determinadas intenciones vivenciales en la construcción de la respuesta empática, y para la Formulación de Foco-; y 4) sus capacidades de explicación del caso (para las formulaciones de 4º orden, o formulaciones globales *a posteriori*).

Tabla 17

Resumen de la investigación sobre formación en la habilidad de FC (Extractado de Sung (2013) y ampliado)

Estudio	Método	Participantes	Resultados significativos
Estudios sobre HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN			
Kliner (2005)	Comparación de un curso tradicional y una formación específica en la conceptualización de procesos de cambio	33 estudiantes de pre-practicum	Capacidad para la conceptualización del proceso de tratamiento en los terapeutas del grupo experimental. No se hallaron diferencias en la autoeficacia de los participantes sobre el proceso terapéutico.
Abbas et al. (2012)	RCT en el que se compara la eficacia del entrenamiento en un modelo de FC general	12 psiquiatras en el grupo control y 12 en el grupo de intervención	Los resultados en la escala de calidad de las FC utilizada para medir cambios en el aprendizaje, informaron de una mejoría cinco veces superior en el grupo de intervención frente al grupo de control, respecto a las medidas pre-test.
Estudios sobre FORMACIONES QUE INSTRUYEN EN ESTRATEGIAS Y PROCESOS COGNITIVOS			
Kurpius, Benjamin y Morran (1983)	Comparaciones de cuatro condiciones de formación para ver los efectos en las habilidades de formulación de hipótesis: Estrategia de autoinstrucción cognitiva, Conocimiento de la hipótesis clínica, Combinada (estrategia + conocimiento) y grupo placebo de control	32 estudiantes de practicum	Los participantes en la condición Estrategia mostraron puntuaciones significativamente más altas en su capacidad para generar pensamientos acerca del caso, que aquellos en la condición Conocimiento, en el post-test. En relación con la calidad de las hipótesis clínicas, las condiciones de Estrategia y Combinada lograron puntuaciones significativamente superiores a las de Conocimiento y Grupo de control.
Estudios sobre FORMACIONES QUE ENFATIZAN EL CONOCIMIENTO Y LOS CONTENIDOS DE LAS FC			
Kendjelic y Eells (2007)	Comparaciones de las evaluaciones de nuevos pacientes de 20 clínicos en el programa de formación de Formulación de Caso Genérica, y las de 23 clínicos en el grupo de control	43 clínicos	Aquellos en el grupo de formación genérico incluyeron en sus ejecuciones más de cuatro de los componentes de la Formulación de Caso Genérica; e igualmente mostraron puntuaciones más elevadas en complejidad, grado de inferencia y precisión del lenguaje.
Lee y Tracey (2008)	Correlación entre el número de cursos sobre counselling multicultural y las puntuaciones conceptualización en tres casos que incluían temas multiculturales relevantes	91 psicoterapeutas en formación	El nivel de entrenamiento clínico estuvo asociado con la habilidad para la formulación de caso (diferenciación, integración y pericia). La diferenciación multicultural en las formulaciones de los participantes se diferenciaba en función del entrenamiento multicultural y no por el entrenamiento general.

Una segunda conclusión es que el diseño del programa de formación debería estar claramente informado por la teoría de la TFE, a la vez que todas las operaciones de formulación posibles deben estar apoyadas en procesos informados por la investigación y apoyados empíricamente, y que tales operaciones deben ser estructuradas secuencialmente, en términos de las destrezas del terapeuta anteriormente mencionadas. La Tabla 18 muestra esto esquemáticamente, dividiendo el proceso de formulación continua, reflexiva y empáticamente sintonizada de la TFE, en tres momentos principales: 1) Percepción, 2) Inferencia (subdividido a su

vez en Resonancia empática y en Interpretación de la experiencia), y 3) Selección de la intención terapéutica.

Tabla 18

Proceso de formulación continua, reflexiva y empáticamente sintonizada de la TFE

Momento 1: PERCEPCIÓN Basado en las Habilidades Perceptuales de la TFE	Momento 2: INFERENCIA Basado en las Habilidades Experienciales y en las Habilidades de Diagnóstico de Proceso de la TFE		Momento 3: SELECCIÓN DE LA INTENCIÓN TERAPÉUTICA Basado en el Conocimiento Clínico informado por la investigación y basado en la evidencia, que informa y precede a la selección de un modo de respuesta específico, así como a su transformación en expresiones verbales concretas
	2.1. RESONANCIA EMPÁTICA	2.2. INTERPRETACIÓN DE LA EXPERIENCIA	

No obstante, en el marco de la investigación empírica por el que discurre este trabajo, asumiremos -como se verá más adelante- la limitación que supone trabajar con un entrenamiento mínimo y elemental en FC en TFE. Y justificaremos la suficiencia de esta opción -que no su idoneidad- en la evidencias reseñadas en este apartado acerca de que, entrenamientos básicos en FC ya producen aprendizaje -sin obviar por ello que probablemente, las formulaciones de los participantes en la investigación poseerán niveles no excesivamente altos de calidad, debido a la brevedad de su formación para ese cometido.

3.2.5. Investigación sobre la utilidad clínica de las FC y la experiencia de los clientes

La utilidad clínica de la FC puede ser entendida en términos de su efectividad como intervención en sí, o como parte integral de una intervención más amplia. A su vez, la experiencia de los clientes -en la medida en que son conscientes de la formulación utilizada por el clínico, y más aún si pueden participar activamente en ella-, puede informar tanto acerca de su satisfacción, como de algunos de los determinantes que hacen que la terapia funcione. Es decir, utilidad clínica y experiencia positiva de los clientes no son necesariamente lo mismo, pero la exploración de la experiencia de los clientes puede guiar y orientar la práctica de la FC para que resulte efectiva. Además, la investigación sobre la experiencia de los clientes permite vislumbrar algunos efectos del tratamiento, que se refieren a los resultados más allá de la mera reducción sintomática, cuando se considera la intervención desde una perspectiva no puramente médica (i.e., en el trabajo con

trastorno mental grave, la consciencia de enfermedad y la aceptación de la condición personal, así como la ampliación de la narrativa de sí mismo más allá de los temas de enfermedad que tienden a saturarla y a limitar la experiencia y las aspiraciones de la persona, es un proceso clave, independiente de lo puramente sintomático).

No obstante, los estudios sobre efectividad de la FC en la práctica clínica son escasos y fragmentarios. Ambos aspectos impiden distinguir con claridad la efectividad derivada de cómo la formulación ayuda a construir la relación terapéutica -en cuyo caso su poder podría explicarse en términos del paradigma de los factores comunes-, de la efectividad derivada de la identificación de los determinantes subyacentes del malestar, que permitiría focalizar la intervención, así como crear un espacio funcional y congruente para la técnica (en lugar de aplicar técnicas indiscriminadamente).

Aston (2009), exploró el tema en el marco cognitivo-conductual, sobre la base de tan solo dos estudios. El primero de ellos (Persons, Curtis y Silberschatz, 1991, citado por Aston, 2009) se basaba en un estudio de caso único en el que se comparaban dos formulaciones (cognitivo-conductual y psicodinámica), y sus autores llegaron a la conclusión de que la eficacia dependía más del proceso de formulación en sí mismo, que de las técnicas específicas. Aston (2009) subraya las limitaciones de generalización de estas conclusiones, no sólo entre pacientes sino entre modelos. El segundo estudio (Gabbay et al., 2003, citado por Aston, 2009), hipotetizaba que el acuerdo entre cliente y terapeuta debería conducir a un mejor resultado clínico, sin embargo, aunque el logro de este acuerdo pueda ser parte de la FC, se entiende mejor como una contribución al adecuado establecimiento de la alianza. En esta ocasión, la clave del estudio era que los pacientes aceptaran la naturaleza psicológica de sus dificultades, para poder implicarse en un tratamiento psicológico y no médico. En ese sentido, la formulación como proceso resultó útil -como no podría ser de otra manera, ya que se trataba de hacer psicoterapia y no de administrar medicamentos, por ejemplo-, al menos para los casos en que se logró el acuerdo entre clínico y paciente.

En su revisión de la literatura sobre FC para guiar la práctica clínica en salud mental, Rainforth y Laurenson (2014) tropezaron con las mismas dificultades relativas a la escasez y fragmentariedad de los trabajos empíricos. Ambas autoras analizaron el papel de la FC en la progresión del tratamiento y en los resultados, en las intervenciones cognitivo-conductuales con trastorno mental grave. Revisaron cinco estudios, en los que, de modo general, se concluía la utilidad de la FC para fortalecer la alianza, y en algunos casos se demostraba la superioridad de los tratamientos individualizados apoyados en la FC frente a los tratamiento estandarizados basados en el diagnóstico psiquiátrico y en la aplicación de un tratamiento basado en un manual.

Una reciente revisión realizada por Tsimopoulou (2016) pone de manifiesto el interés y el empuje que la FC está teniendo en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, muy influido por el

trabajo de Lucy Johnstone y sus colaboradores. Esta revisión confirma la escasez de estudios hasta la fecha, así como su progresiva multiplicación en el ámbito de los servicios públicos de salud mental. No obstante, aunque el título de su revisión se refiere a la efectividad de la FC como intervención, en los siete trabajos que considera, se entremezclan los temas de experiencia de los clientes, contribución de la FC a la alianza, y efectividad de la formulación propiamente dicha.

El tema queda por aclarar y mucha investigación resta aún por hacer, pero sobre todo una investigación mucho más diferenciada, en la que se pueda valorar por ejemplo:

- La contribución específica de la FC a la formación de la alianza terapéutica en cada modelo y en modelos de integración en psicoterapia;
- las diferencias entre la identificación o construcción experta vs. colaborativa del "mecanismo" explicativo de la disfunción o del malestar subyacente, sobre los resultados de la terapia;
- el impacto de las diferencias de los clínicos en su competencia para utilizar la FC en la selección y puesta en práctica de las intervenciones o planes de tratamiento; y
- el impacto del uso sistemático y con altos niveles de competencia de la FC en diferentes formatos de psicoterapia, en diferentes entornos y con diversas poblaciones.

Mientras tanto, aparte de la opinión de los expertos en este campo, basada la reflexión sobre su experiencia (véase como ejemplo anecdótico el ejercicio didáctico que propone L. Johnstone en sus presentaciones sobre FC, y que reproducíamos en la Tabla 12, en el apartado 3.1.2. de este trabajo), queda aún por tomar en consideración los estudios sobre la experiencia diferencial de clientes y clínicos respecto a la formulación.

Redhead, Johnstone y Nightingale (2015) han explorado la experiencia que tienen los clientes sobre la formulación. Para ello, condujeron un estudio cualitativo a partir de entrevistas semi-estructuradas, realizadas a diez pacientes después de un tratamiento cognitivo conductual para problemas de ansiedad y/o depresión. Hallaron que la FC era percibida como muy beneficiosa por los clientes, e identificaron cuatro temas relativos a cómo la formulación les ayudaba a superar sus dificultades: (1) La formulación me ayuda a entender mis problemas, (2) conduce a que me sienta entendido/a y aceptado/a, (3) la formulación me llevó a un cambio emocional, y (4) la formulación me posibilita avanzar. Según el estudio, para maximizar estos beneficios, el terapeuta debe adoptar una postura colaborativa y sensible a las posibles reacciones adversas que puedan mostrar los clientes hacia la FC durante el proceso (i.e., aumentar la consciencia sobre la naturaleza de las propias dificultades, las implicaciones que la formulación puede poseer para el propio sentido de identidad, o las ocasiones en que la formulación es percibida como imprecisa).

Otros estudios cualitativos, sin embargo, han mostrado que los clientes se muestran ambivalentes acerca de las formulaciones. Chadwick, Williams y Mackenzie (2003) observaron que, a la vez que útiles, alentadoras, esclarecedoras, o fortalecedoras de la relación terapéutica, los clientes pueden percibir las formulaciones como entristecedoras, abrumadoras, preocupantes, o incluso molestas. No obstante, sus hallazgos deben ser matizados por el hecho de que los clientes con los que trabajaron padecían psicosis, y la confrontación con el hecho existencial de "la enfermedad" no deja de tener un impacto negativo en las opiniones a corto plazo. Pain, Chadwick y Abba (2008) también estudiaron la experiencia de la FC cognitivo-conductual en individuos con psicosis, a través de entrevistas semi-estructuradas. Entre los temas que identificaron, el más importante fue "experimentar una reacción emocional frente a la formulación", la cual fue valorada como negativa en un 40% de los casos, frente a un 22.55% para las reacciones positivas. De cualquier modo, es preciso aclarar que la FC frente a la cual reaccionaban los pacientes consistía en una carta escrita y entregada por su terapeuta, y no por ejemplo en una conversación -más o menos apoyada en un texto o en un gráfico-, en la que la formulación se desarrollara colaborativamente. Sin duda, algo que parece ser clave para minimizar los efectos negativos frente a la formulación es el compromiso de los clínicos con dar voz a los clientes en el proceso (véase al respecto, cómo esta cuestión es abordada desde la perspectiva crítica recogida en el volumen de Johnstone y Dallos (2014), o cómo la plantean Chase Gray y Grant (2005) en el marco cognitivo conductual).

Fuera del campo de la psicosis, Kahlon, Neal y Patterson (2014) se interesaron por las experiencias acerca de la FC de los pacientes tratados con Terapia Cognitivo Conductual para la depresión. Partían de la premisa de que, siendo este modelo el principal tratamiento de elección para la mayor parte de dificultades de salud mental, poco se sabe sin embargo de la experiencia de los pacientes. Tras un análisis temático realizado a partir de las entrevistas a siete pacientes, identificaron cuatro temas clave, que reflejan la FC como proceso, y desbordan la concepción más restrictiva de la formulación como producto. A saber: (1) Sentirse atrapado o constreñido por la depresión; (2) el desarrollo de la formulación, llegando a mis propias conclusiones a partir de algo que desarrolló el terapeuta; (3) el paso de sentimientos negativos a una mezcla de emociones (reacciones emocionales a la formulación a lo largo del proceso); y (4) el inicio de un nuevo viaje (hacia la construcción de un nuevo sentido de uno mismo).

Por último, Brown (2008, citado por Kahlon et al., 2014) llevó a cabo una interesante investigación, en la que evaluó la experiencia de formulación de seis pacientes que presentaban diferentes dificultades de salud mental, y que habían recibido formulaciones desde diferentes orientaciones (dinámico/sistémica, integrativa, cognitivo-conductual/sistémica, y cognitivo-

analítica/integrativa). Después desarrolló un modelo lineal de las experiencias de los participantes, en el que identificó tres fases: *Duda inicial, asimilación y empoderamiento*.

3.2.6. Investigación sobre el proceso de construcción de FC y su relación con otras variables (empatía del terapeuta, inteligencia emocional y autoeficacia)

El proceso de construcción de las formulaciones

En relación con el proceso de construcción de las formulaciones como tema de investigación, Eells, Kendjelic y Lucas (1998), Mayfield, Kardash y Kivlighan (1999) y más tarde Eells y cols. (Eells y Lombart, 2003; Eells, Lombart, Kendjelic, Turner y Lucas, 2005) hallaron diferencias significativas entre expertos y noveles en términos de calidad de los modos de razonamiento. En general, los terapeutas expertos tendían a crear formulaciones más elaboradas y complejas, eran más rápidos, establecían más relaciones recíprocas entre categorías, y lo que es más importante, solían implicarse en procesos mixtos de razonamiento "hacia delante" y "hacia atrás" al estructurar la información del cliente. Por otra parte, los estudios sobre estrategias de entrenamiento asistidas por ordenador realizados por Caspar, Berger y Hautle (2004) y Lautherbagh y Newman (1999), trataron a su vez las posibilidades de mejorar los procesos de conceptualización de caso de los terapeutas en formación, manejando el *feedback* sobre sus juicios.

Tate y Amatea (2010) investigaron la literatura sobre el proceso de conceptualización en psicoterapia, con el ánimo de arrojar luz sobre cómo se aplicaba la teoría para comprender a los individuos, y sobre cómo tal comprensión era utilizada para crear un plan de intervención terapéutica. Ambos autores encontraron 15 trabajos de investigación que examinaban las dinámicas envueltas en la conceptualización de casos, e identificaron cuatro tipos de procesamiento cognitivo diferentes (Tabla 19): a) Complejidad integrativa, b) Procesamiento cognitivo basado en la diferenciación, c) Procesamiento basado en contenidos específicos, y d) Organización conceptual. En la medida en que la FCFE es esencialmente una interacción procesual y cooperativa entre el cliente y el terapeuta, que tiene más que ver con un encuentro reflexivo que con la elaboración de una conceptualización del caso o del cliente, estos tipos de procesamiento son relativamente poco informativos respecto a cómo funcionan los terapeutas focalizados en la emoción durante la intervención-formulación. Al mismo tiempo, esos tipos de procesamiento pertenecen al paradigma cognitivo, que es el marco epistemológico dominante en la investigación sobre conceptualización de caso en *counselling* y psicoterapia. Un paradigma que: 1) está basado en el punto de vista del procesamiento de la información, 2) considera la cognición como un proceso mental de percibir, reconocer, juzgar y razonar libre de afecto, y 3) ve a la persona como un "sujeto" (un observador)

que mira a su experiencia como un "objeto" (unos contenidos mentales) (Gonçalves, 1995). Y por esa razón, tales modos de procesamiento cognitivo no cubren los procesos clave de procesamiento afectivo-cognitivo integrado, en los cuales está basada la TFE, y por los cuales la persona es vista más bien como un "proyecto" (Gonçalves, 1995; May, 2000): un "proceso-de ser" a través de la conciencia reflexiva de la experiencia corporal (emocional, situada y en evolución) de estar en el mundo (Gendlin, 1961/1997a; Greenberg y Pascual-Leone, 1995); o un proceso de vivir a través del conocer, en el cual la cognición es tanto el resultado como el acto de interpretar la experiencia (Feixas, 2004).

Congruentemente con el análisis de este sesgo, Tate y Amatea (2010) advierten en su revisión acerca de tal desequilibrio, que la mayor parte de los textos para enseñar teoría a los terapeutas en formación enfatizan las relaciones entre la cognición y el afecto, pero sólo uno de los 15 estudios revisados por ellos considera este factor en el modo en que se forman las FC. Como ambos autores concluyen, "Dada esta disparidad entre las teorías terapéuticas y las teorías sobre conceptualización de caso, es seguro que ha de surgir un foco que desarrolle los marcos teóricos de la conceptualización, que tenga en cuenta otras facetas además de la de la cognición" (p. 16). Y esto es exactamente lo que de hecho significa investigar sobre el modelo de FC de la TFE.

Por eso, prestando atención a la observación anterior y a las conclusiones sobre la investigación sobre los procesos de construcción de las formulaciones de Tate y Amatea (2010) resumidas en la Tabla 19, se pueden delinear algunas ideas básicas, acerca de la FCFE en el contexto de este proyecto de investigación:

- 1) La FCFE y los procesos del terapeuta en los momentos de formulación singulares, pueden ser abordados recurriendo a un enfoque de análisis de tareas (Greenberg, 1984, 2007; Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone, 2009), de modo similar a como otros procesos psicoterapéuticos han sido abordados, esta vez poniendo el foco de atención en la pista del terapeuta. Esto supondría generar un modelo racional hipotético de las operaciones del terapeuta para crear significado clínico (Caro, 2013) a partir de la percepción y procesamiento empático de la experiencia del cliente. A lo cual se refieren Goldman y Greenberg (2015) esencialmente, cuando desarrollan la Fc en TFE como proceso de razonamiento abductivo (revisar apartado 2.3.4. de este trabajo).
- 2) La FCFE como tarea puede ser entonces considerada como un proceso de creación de significado clínico (Caro, 2013), apoyado en una serie de subprocesos experienciales, en los cuales la pericia psicoterapéutica se refleja en la integración de: a) El manejo que posee el terapeuta de la teoría general de la TFE y de las micro-teorías del cambio que las tareas terapéuticas son en sí mismas (Rice y Greenberg, 1984; Rice, 1992), como mapas que asisten a las formulaciones secuenciales; b) su capacidad para resonar

afectiva y empáticamente con la experiencia actual y en evolución del cliente (el territorio real) (Elliott et al., 2004, p. 116; Vanaerschot, 1997; Watson y Greenberg, 2009); c) su capacidad para acceder al conocimiento implícito (Polanyi, 2009; O'Hara, 2012) acerca de cómo interactuar adecuadamente con esa experiencia de una manera responsiva, y d) su capacidad para auto-organizarse como terapeuta que responde, sobre la base de las memorias procedimentales, formadas a través de la asimilación de estrategias terapéuticas informadas por la investigación (Greenberg, 1993), durante la formación.

Tabla 19

Tipos de procesamiento cognitivo estudiado en la investigación sobre la conceptualización de los clientes (extractado a partir de la revisión de Tate y Amatea (2010))

Tipo de procesamiento cognitivo	Definición	Criterios de calidad	Hallazgos de investigación
COMPLEJIDAD INTEGRATIVA	Combinación de dos procesos: Diferenciación (la habilidad para generar explicaciones alternativas sobre un fenómeno particular), e Integración (la habilidad para crear conexiones complejas entre las explicaciones alternativas de tal fenómeno)	Los altos niveles de conceptualización del cliente dependen de la habilidad del terapeuta para generar más explicaciones alternativas y para establecer más conexiones entre ellas	La experiencia del terapeuta está positivamente relacionada con la complejidad integrativa en la formulación de caso. Una empatía afectiva superior parece contribuir a una mayor complejidad integrativa
PROCESAMIENTO COGNITIVO BASADO EN LA DIFERENCIACIÓN	La habilidad de un terapeuta para generar conceptos y explicaciones alternativos para aquello que está sucediendo con un cliente dado	Los altos niveles en la destreza de conceptualización de caso se demuestran por el número de conceptos y explicaciones alternativos que se logran generar	El procesamiento cognitivo basado en la diferenciación está afectado positivamente por el entrenamiento específico
PROCESAMIENTO COGNITIVO BASADO EN EL CONTENIDO ESPECÍFICO	La habilidad de un terapeuta para diagnosticar un desorden específico o para usar tipos específicos de información en la conceptualización de caso	El uso correcto de los criterios adecuados dentro de un enfoque teórico en particular	La afiliación profesional, los años de experiencia, el método de recisión del caso, y el foco clínico sobre la etiología contribuyen a las diferencias en el éxito de los ejercicios de conceptualización
ORGANIZACIÓN CONCEPTUAL	La habilidad para generar diferentes ideas y para organizarlas en relación con el pensamiento de un terapeuta acerca de un cliente (en forma de un mapa conceptual)	Generación de un "mapa" acerca del cliente, rico y navegable	Los terapeutas experimentados poseen una organización de conceptos relacionados con cada cliente específico, más extensiva y más compleja Los terapeutas experimentados son más consistentes en su organización conceptual a través del conjunto de los mapas generales producidos Es más probable que los terapeutas experimentados usen conceptos interaccionales y sistémicos en relación con un cliente, y que pongan el foco en información relativa a un dominio específico (conocimiento "acerca de"), que en información procedimental (conocimiento sobre "cómo hacer") Los terapeutas noveles focalizan sobre los aspectos más superficiales del caso y tienden a organizar el texto en términos de afirmaciones sobre una escala temporal (por oposición a la estrategia que consiste en componer la formulación a partir de afirmaciones relevantes para el caso en su conjunto

3) Los criterios de calidad para los procesos implicados en las FC secuenciales en TFE son:

1) La ayuda efectiva a los clientes para profundizar en su proceso experiencial

(*experiencing*) actual (Bohart et al., 1996; Gendlin, 1997a; Hendriks, 2002), y 2) la correspondiente facilitación efectiva del proceso, cuando surge un (micro)marcador específico (Elliott, et al., 2004). Y ambos criterios dependen a su vez, de una serie de criterios supraordenados, tales como: 1) La validación inmediata de la respuesta del terapeuta por parte del cliente; 2) la corrección de contenido de esta respuesta (i.e., cuando se distingue un marcador de tarea específico o un micro-marcador de proceso, o cuando se diferencia entre una emoción secundaria y otra primaria); 3) el número de conceptos y/o de procesos del cliente relevantes en la teoría de la TFE que son observados, y consecuentemente la cantidad de momentos de formulación potenciales que son de hecho formulados, como señal de un terapeuta eficiente, implicado y responsivo, y 4) la riqueza cualitativa de las formulaciones, en términos de la precisión y del poder validador o bien evocador de las respuestas empáticas del terapeuta, y en términos del ajuste de sus propuestas de proceso y de sus explicaciones de proceso (las cuales, a niveles altos de ejecución, promueven la conciencia emocional, la activación emocional, y el acceso a la emoción y/o su regulación cuando es necesario).

- 4) Todos los procesos de FCFE son habilidades entrenables y enseñables, por lo que una investigación sobre la FCFE como un modelo estructurado de FC (Eells, 2007) no debería tratar sobre "cómo trabajan habitualmente los terapeutas", sino acerca de cómo llegan a integrar las habilidades de FCFE cuando enfrentan una tarea experimental de formulación, en la cual han sido entrenados previamente.

Además, estas conclusiones poseen al menos dos implicaciones metodológicas para la investigación en FCFE:

- a) Si la corrección del contenido es una característica de un buen proceso de formulación, así como la cantidad de elementos diferenciados que están a su vez bien formulados, entonces la comparación con una FC de referencia o *benchmark* (ya sea en forma de *benchmark* secuencial, o como una *benchmark* narrativa en el caso de las formulaciones de foco), puede ser un enfoque óptimo de evaluación de las ejecuciones de los participantes.
- b) Si la riqueza cualitativa de las formulaciones de foco está determinada por una parte por un número representativo de elementos (en relación con la *benchmark*), y por otro por una articulación compleja y personalmente significativa de estos (que otorgan poder empático y evocador a la formulación), entonces, la evaluación de calidad de las ejecuciones de los participantes a través de escalas de calidad, aparece como un método adecuado.

Finalmente, es necesario aclarar que no se ha realizado ninguna investigación explícita sobre el proceso de construcción de las formulaciones en TFE, más allá de sus raíces tradicionales en la investigación de procesos en psicoterapia (Greenberg, 1999; Elliott, 2008, 2010). De hecho, la teoría y la investigación en TFE tendrían mucho que decir acerca de cómo hacen los terapeutas para construir formulaciones a partir de datos experienciales y de la observación empática (*resonar*) (Elliott et al., 2004, p. 116; Vanaerschot, 1997; Watson y Greenberg, 2009), al menos cuando tienen éxito en ayudar a sus clientes a tratar momento a momento con su experiencia emocional en la sesión.

Por tanto, esto resulta también una razón motivadora para profundizar en el tema, y una invitación para describir las formulaciones secuenciales de un caso -o de una sesión-, bajo la luz de los procesos humanos de creación de significado específicos, descritos en la literatura humanista-experiencial (Bohart et al., 1996; Gendlin, 1997a), y revisados en términos del enfoque dialéctico-constructivista del cambio terapéutico propuesto por Greenberg y Pascual-Leone (1995): una serie de procesos intrincados, sofisticados, saludables y existencialmente significativos, formulados en un nivel atómico, esta vez en relación con la actividad del terapeuta momento a momento. Justamente, una serie de procesos que se solapan parcialmente con la actitud empática (Rogers, 1957, 1980), con las "destrezas de empatía activa" (Truax y Carkhuff, 1967) y con las respuestas empáticas que promueven la sintonización empática (Greenberg, Rice y Elliott, 1993; Greenberg y Rushanski-Rosenberg, 2002) por una parte, y también parcialmente con las habilidades y competencias del modelo de cuatro ramas de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey (Mayer y Salovey, 1997; Ciarrochi y Mayer, 2007; Mayer, Salovey y Caruso, 2008): 1) Percibir la emoción, 2) usar la emoción, 3) entender la emoción y 4) manejar la emoción.

Así, una investigación de la FCFE como un proceso secuencial y multidimensional de creación de significado clínico (Caro, 2013), que está informado por la investigación previa sobre los procesos terapéuticos experienciales, surge como una empresa oportuna.

Relaciones entre los niveles de empatía de los terapeutas y la calidad de las formulaciones

Las **relaciones entre los niveles de empatía de los terapeutas** (ya sea como destreza terapéutica o como rasgo de personalidad) **y la calidad de las FC** no ha sido estudiada cuidadosamente, si bien es en el contexto de la TFE donde esto tendría más sentido. No sólo porque una postura empática y no enjuiciadora sea esencial para el establecimiento de la alianza terapéutica, y para que tenga lugar un proceso de recogida de información adecuado y productivo -

ambos aspectos comunes de todos los modelos estructurados de FC-, sino porque el encuentro y la respuesta empáticos son los procesos esenciales de exploración y creación de significado en el núcleo de la TFE, y consecuentemente de la FCFE. Por eso, la empatía de los terapeutas -o cuando menos su empatía percibida- puede ser también una variable significativa en la comprensión de las diferencias entre terapeutas en FCFE.

En tanto la relación entre empatía del terapeuta y resultado de la psicoterapia ha sido estudiada intensivamente -ver el metaanálisis de Greenberg, Watson, Elliott y Bohart (2001)-, y en la medida en que la *empatía* ha sido conceptualizada como una de las "relaciones de terapia basadas en la evidencia" (Elliott, Bohart, Watson y Greenberg, 2011) propuestas por Norcross (2010, 2011), apenas se ha vuelto a poner atención sobre el tema. No obstante, la cuestión puede ser retomada dentro del dominio específico de la FC. Constantine (2001) exploró las contribuciones del entrenamiento previo en *counselling* multicultural, la orientación teórica del terapeuta y las actitudes de empatía afectiva y empatía cognitiva, en la predicción de la habilidad del terapeuta para conceptualizar cuestiones de salud mental de los clientes desde una perspectiva multicultural. Esta investigadora recurrió a las subescalas de Toma de Perspectiva y de Preocupación Empática del *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) (Davis, 1980), y halló que los terapeutas que lograban puntuaciones más altas en empatía afectiva, eran más capaces de evaluar diversos asuntos del estado mental de los clientes. La subescala de Toma de Perspectiva evalúa la tendencia disposicional de los individuos a considerar el punto de vista de los otros, y la subescala de Preocupación empática evalúa los sentimientos de preocupación, calidez y simpatía hacia otros de las personas que responden.

Desafortunadamente, esta línea de investigación no ha sido desarrollada más allá de este punto, y no contamos con muchas referencias, aunque sí podría servir para comprender algunas de las diferencias entre terapeutas, en relación con los procesos de formulación secuencial y de construcción de FC en TFE. Además, Tate y Amatea (2010), en su revisión de la literatura sobre el proceso de conceptualización -y a partir del análisis del trabajo de Constantine (2010)-, concluyeron que una mayor empatía afectiva parece estar relacionada con el estilo de procesamiento particular del terapeuta durante la FC, llamado "Complejidad integrativa". El cual, como se apuntaba más arriba, consiste en la combinación de dos procesos: Diferenciación (la habilidad para generar explicaciones alternativas sobre un fenómeno particular), e Integración (la habilidad para crear conexiones complejas entre las explicaciones alternativas de tal fenómeno).

En la medida en que durante los procesos de FCFE los terapeutas se implican en diferentes niveles de escucha, tienen que empatizar con diferentes pistas de experiencia de los clientes (Elliott, et al., 2004). Esto hace que los terapeutas puedan responder de diversos modos, que expresan una

variedad de intenciones experienciales (Greenberg et al., 1993), y tales intenciones están fundadas en micro-formulaciones momento a momento, que incluyen cierto grado de inferencia (Tabla 20). Por eso, la respuesta empática en TFE significa: 1) *presencia terapéutica empática* (Geller y Greenberg, 2012), luego 2) *percepción empática* a través de la aplicación de habilidades perceptuales (Greenberg, 2014), 3) *resonancia empática* (Elliott et al., 2004, p. 116; Vanaerschot, 1997; Watson y Greenberg, 2009) y finalmente sintonización empática efectiva (Greenberg et al., 1993) a través de 4) la *selección de intenciones vivenciales*, y su traducción en respuestas empáticas, en forma de lo que Rogers (1980) denominaba "empatía comunicada".

Dicho esto, resulta obvio que una adecuada sintonización empática requiere un entrenamiento intenso y específico en los aspectos vivenciales, técnicos e intencionales de lo que Rogers entendía por "ser empático" (Rogers, 1975, 1980), y que suponen el despliegue de la actitud empática a través de formas efectivas de demostrar la propia comprensión del mundo y de la experiencia de los clientes, a fin de que se sientan comprendidos (Watson, Goldman y Vanaerschot, 1997). Por su parte, Truax y Carkhuff (1967) desarrollaron un modelo de *counselling* multifásico centrado en la persona, acompañado de un conjunto de instrumentos para medir el nivel de las destrezas de empatía de los terapeutas, y para aportarles *feedback*. Dichos autores diferenciaron entre respuestas empáticas *subtractivas* (disociadas de la experiencia de los clientes), *intercambiables* (que reflejaban el discurso del cliente en términos emocionales y cognitivos), y *aditivas* (por las cuales, el terapeuta, tomando en cuenta la experiencia del cliente, es capaz de aportar una perspectiva complementaria). Estas últimas, constituyen la forma de empatía compleja, que no solo es posible evaluar fehacientemente en una tarea de empatía terapéutica propiamente dicha.

De modo similar, y profundizando en el enfoque Centrado en la Persona, Barrett-Lennard (1981) distinguió tres estadios diferentes implicados en la empatía durante la sesión (comprensión empática, empatía comunicada, y percepción de la empatía), y desarrolló el *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (Barrett-Lennard, 1962) para medirlos en la terapia, y para trazar la evolución de la ejecución empática del terapeuta. Y más recientemente, Pascual-Leone y Andreescu (2013) han revisado y testado las ventajas de utilizar medidas de proceso -provenientes del campo de la investigación en psicoterapia-, en el entrenamiento de los terapeutas. En cualquier caso, la evaluación de las diferencias en empatía de los terapeutas como un aspecto disposicional de su personalidad -y no como una habilidad terapéutica entrenable-, podría ayudar a comprender los niveles diferenciales de ejecución en FCFE, que no están directamente relacionados con el entrenamiento técnico en las habilidades de empatía. Tal esfuerzo significaría ir un poco más allá del análisis general de las destrezas del terapeuta para responder empáticamente, y de su relación con la

profundización del cliente en su experiencia y con los resultados, que presidió la investigación sobre procesos en los años 60 y se extendió hasta los 80 (i.e., Sachse, 1990). Y al mismo tiempo, significaría ser más concreto, y prestar atención al dominio más restringido de la FC. Enfocar en las capacidades de los terapeutas para abrirse al mundo de los clientes como un otro singular y único, significa acceder a algo que precede y alimenta a los procesos inferenciales de formulación, y que nutre la precisión y la adecuación de las intenciones y respuestas empáticas potenciales -temas que, a su vez, presidieron la investigación de procesos durante las décadas de los 80 y 90 (Greenberg y Elliott, 1997; Greenberg, Watson, Elliott Bohart, 2001; Mateu, Campillo, González y Gómez, 2010).

Tabla 20

Una muestra de las diferentes pistas de empatía y sus correspondientes intenciones vivenciales y modos de respuesta empática en TFE (extractado a partir de Elliott, et al., 2004)

Pistas de empatía	Intenciones empáticas
La cosa principal que el cliente está diciendo	<i>Comprensión empática</i>
Los sentimientos del cliente	<i>Reflejo evocador</i>
Lo que está siendo dicho en el filo del "darse cuenta" del cliente	<i>Exploración empática</i>
Cómo es ser el cliente, de un modo general	<i>Formulación empática</i>
El proceso o la manera en que el cliente se está comunicando	<i>Observación de proceso</i>
Lo que está implícito en el discurso del cliente	<i>Conjetura empática</i>
Lo que el cliente está evitando o minimizando	<i>Reencuadre empático</i>

De cualquier modo, las medidas de empatía autopercibida -como modo de ser y relacionarse o como disposición personal autoevaluada-, del tipo del IRI (Davis, 1983), han sido reemplazadas por otras -también basadas en autoinformes- que están construidas sobre una conceptualización más parsimoniosa de este constructo. Tal es el caso del *Test de Empatía Cognitivo-Afectiva* (TECA) (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008; Fernández-Pinto, I. López-Pérez, B. y Márquez, M., 2008). Este instrumento de autoinforme distingue entre los aspectos cognitivos y afectivos de la empatía, evalúa cuatro dimensiones (Adopción de Perspectivas, Comprensión Emocional, Estrés Empático y Alegría Empática), y es coherente con la concepción de Rogers (1965) acerca de la empatía en la que se apoya la TFE: "la habilidad para percibir con precisión los marcos de referencia internos de los otros, en términos de sus significados y de sus componentes emocionales". Una definición que considera la empatía como un proceso que es a la vez emocional y cognitivo. Así pues, tratándose de una medida psicométrica de la empatía auto-percibida que es congruente con el trasfondo centrado en la persona de la TFE (Greenberg et al., 1996; Greenberg, 2002; Elliott, et al. 2004; Greenberg, 2011), y que ha sido recientemente validada en población española, proponemos su uso en este proyecto de

investigación, conscientes de los déficits de las medidas de autoinforme a la hora de predecir la ejecución empática en interacciones complejas controladas experimentalmente. Algo que ha sido puesto en evidencia desde otros campos de la Psicología que se han hecho cargo del tema de la empatía, como es el caso del campo de la cognición social, y del que nos ocupamos a continuación brevemente.

El estudio de la empatía como capacidad humana en las interacciones sociales, ha motivado una larga serie de investigaciones sobre lo que constituye "ser empático" en términos de *agudeza* o *precisión empática*, así como sobre variables y situaciones moduladoras de la capacidad y la motivación para la empatía (en relaciones íntimas o no, ante la posibilidad de utilizar "atajos" más económicos en términos emocionales, o por diferencias de sexo, cultura o raza). Este amplio campo de investigación y conocimientos ha sido desarrollado durante los últimos 30 años por Ickes y colaboradores (Gesn y Ickes, 1999; Ickes, 1993, 2001, 2009; Ickes y Hodges, 2013; Hodges y Wegner, 1997; Marangoni, García, Ickes y Teng, 1995; Myers y Hodges, 2009), y en él nos apoyaremos a la hora de plantear la parte empírica de este trabajo, correspondiente al Estudio 2. En lo que respecta a la evaluación de la empatía, los investigadores de este grupo no solo aportan una metodología para desarrollar medidas de ejecución, sino que han hallado evidencias acerca de las grandes limitaciones de los cuestionarios de autoinforme de empatía para predecir la competencia de los participantes en situaciones de cognición social (Ickes, 2001, 2009).

Finalmente, queremos dejar anotado un dato de la investigación neurocientífica que Gonçalves (2015) sintetiza y pone relación con el trabajo de "ser empático de los terapeutas". Al parecer, existe un sistema denominado *red neuronal por defecto* (RND) (*default mode network*, DMN), compuesto por un conjunto de regiones del cerebro que colaboran entre sí a la hora de producir una gran parte de la actividad mental en reposo, es decir, cuando no se está realizando una tarea que requiera un foco atencional específico. Dicha red se activaría espontáneamente en ese tipo de situaciones, y serviría al individuo en la generación espontánea de ritmos y formas a la hora de crear significado a partir del flujo entre experiencia interna y externa. A esto se refiere Gonçalves (2015) como "mente errante" (*wandering mind*), y la sitúa como el fundamento del estado característico de los terapeutas cuando producen respuestas empáticas de tipo aditivo -según la clasificación de Truax y Carkhuff (1967) que mencionábamos antes. Para construirlas, el terapeuta debe ser capaz de hacer ese movimiento de dentro a afuera y de afuera adentro, por el cual es capaz de sentir lo que siente el otro y de mantener la condición de "como si" respecto a la experiencia del cliente, a la vez que desconecta de la tarea de responder y activa su RDN para "divagar" a partir de ella, y generar una nueva síntesis (la cual transforma una respuesta empática intercambiable en una respuesta de empatía aditiva). Esta explicación que combina neurociencia y neurofenomenología nos

informa respecto al soporte neural de la compleja actividad empática de los terapeutas, al menos cuando tratan de combinar el contacto con el otro y el contacto consigo mismos, así como el diagnóstico de proceso del cliente aquí y ahora (tarea que requiere una atención focalizada) y la selección de la intención empática adecuada (actividad que requiere "divagar" en pos de la formación de una respuesta congruente pero que añada ese "algo", que en el marco teórico experiencial permite llevar la experiencia adelante o producir el impacto experiencial que necesita el cliente en ese mismo instante).

Relación entre inteligencia emocional de los terapeutas y competencias de formulación

Otro tópico aún no desarrollado es la **relación entre la inteligencia emocional (IE) de los terapeutas y su capacidad para producir buenas FC** (ya sea como productos completos, o como narrativas líquidas que contribuyen al desarrollo de un foco a lo largo de una secuencia de comprensión, como es el caso del modelo de FC de la TFE. Greenberg (2002) considera que los procesos por los que los terapeutas acompañan activamente a los clientes a través de sus emociones (*coaching* emocional), son los elementos clave de la IE, entendida ampliamente como la capacidad para integrar "cabeza y corazón", o el pensar y el sentir (ya sea usando la empatía hacia los sentimientos de los otros, o hacia uno mismo, reevaluando situaciones, creando nuevos significados, y poniendo las cosas en una perspectiva más amplia, una vez que la emoción primaria adaptativa es activada y reconocida). Pero, aunque es a través de la terapia personal y de la formación como un terapeuta desarrolla su IE en esos términos (Greenberg, 2002), parece relevante evaluar la IE de los terapeutas en un momento dado, y ponerla en relación con su implicación en los procesos emocional-experienciales de creación de significado clínico, que constituyen la columna vertebral de la FCFE. Esta vez no exactamente en los términos de las operaciones de FCFE que hemos descrito en este texto, sino en los términos de las tareas emocionales evaluables que, de acuerdo con Mayer, Salovey y Caruso (2008), permiten a una persona percibir, facilitar, comprender y manejar emociones (propias y de otros).

Tan solo ha habido hasta la fecha dos estudios que aborden la IE de los terapeutas y su relación con los resultados de sus clientes: Kaplowitz, Safran y Muran (2011) y Rieck y Callahan (2013) adoptaron la perspectiva de la IE como habilidad, y recurrieron al MSCEIT (Mayer, Salovey y Caruso, 2002) para evaluar las capacidades de los participantes. Sus conclusiones fueron consistentes con la relación hipotetizada, aunque no tan clara o intensa como se esperaba, probablemente debido a limitaciones de la investigación (la comprensible escasa varianza en los niveles de IE de la muestra de terapeutas). Estos resultados relativamente desalentadores, y la falta de una investigación sobre la IE de los terapeutas más orientada a aspectos de proceso -tales como la relación entre su IE y su

capacidad para generar respuestas empáticas, para percibir procesos clave del cliente, o para producir FC parciales, i.e.- apunta hacia un campo abierto de investigación. Un campo que podría enriquecer nuestra comprensión de lo que Macran, Stiles y Smith (1999) llamaron "escuchar con el tercer oído", en referencia a uno de los dominios en los que la terapia personal había afectado a una muestra de terapeutas, haciéndoles más capaces de: 1) Separar los propios sentimientos de los del cliente, 2) trabajar a un nivel más profundo, y 3) juzgar o valorar el ritmo de la terapia.

Por su parte, Martin, Easton, Wilson, Takemoto y Sullivan (2004) concluyeron que la IE podría ser un constructo singular inherente a las personas que se están preparando para desarrollar su carrera como consejeros profesionales (*counselors*). En una segunda fase del trabajo anterior, Easton, Martin y Wilson (2008) evaluaron la IE de los participantes y sus implicaciones para la autoeficacia en la práctica del *counselling*, en una muestra de consejeros en formación y profesionales. Observaron correlaciones significativas entre dos de las escalas del *Emotional Judgment Inventory* (EJI) (Bedwell, 2003) (Identificación de la propia emoción e Identificación de las emociones de los otros), y cuatro de las cinco escalas del *Self Estimate Inventory* (COSE) (Larson, Suzuki, Gillespie, Potenza, Bechtel y Toulouse, 1992). Aunque estos hallazgos son apenas informativos o concluyentes en relación con este trabajo, al menos apuntan en la dirección esperada, y motivan para explorar más a fondo y sistemáticamente cuestiones relacionadas. En esta ocasión evaluando la IE de los terapeutas participantes a través del MSCEIT (Mayer, Salovey y Caruso, 2009), y relacionando sus competencias de IE con sus habilidades perceptuales, de resonancia empática e inferencia, y de narración evocadora y basada en la emoción, así como con sus habilidades para explicar el caso, que estructuran los diversos órdenes de FCFE.

Percepción de competencia y creencias de autoeficacia , y competencias de formulación

Finalmente, las diferencias entre terapeutas en términos de su **percepción de competencia para la FCFE**, podría afectar a sus ejecuciones reales. Por eso en este trabajo nos gustaría explorar esta variable, considerándola como un tipo particular de **creencias de autoeficacia** (Bandura, 1977, 1986, 1997). La autoeficacia percibida es definida por Bandura (1986) como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para lograr los tipos de ejecuciones designadas" (p. 301), y la FC es un subdominio de ejecución dentro del dominio complejo y más extenso de la Psicoterapia. De acuerdo con la Teoría Cognitivo-Social (TCS) de Bandura, los procesos cognitivos, vicarios, de auto-regulación y auto-reflexivos, juegan un papel central en el funcionamiento humano; y complementariamente, las relaciones triádicas recíprocas entre a) factores personales en forma de cogniciones, b) conducta, y c) influencias

medioambientales, determinan dicho funcionamiento (lo que en la TCS es denominado "determinismo triádico" (Bandura, 1986)). Por tanto, y en la medida en que la TCS enfatiza el rol crítico de la cognición en la capacidad de las personas para construir la realidad, para auto-regularse, y para almacenar información y codificar conductas, es razonable pensar que las creencias de autoeficacia de los terapeutas en relación con su trabajo y las competencias necesarias para realizarlo, deben tener una influencia significativa en su desarrollo, y en su posterior implantación en la práctica.

No obstante hay poco escrito e investigado en relación con la autoeficacia de los psicoterapeutas, aunque no sucede lo mismo en el campo más específico del *counselling* como profesión de la relación de ayuda, en el que hay una cierta cantidad de estudios -la mayor parte de ellos Tesis Doctorales y Tesis de Máster-, que se ocupan de diversos tópicos relativos de la autoeficacia de los *counselors*. Como se ilustra en la Tabla 21, los investigadores se ocuparon primero del tópico de de la evaluación de la autoeficacia general los consejeros (AEC/CSE: Counselors Self-Efficacy): la evaluación de las creencias de los profesionales acerca de su capacidad para ejecutar las conductas relativas al *counselling*, y de negociar situaciones particulares en su ejercicio (Larson y Daniels, 1998; Lent, Hill y Hoffman, 2003). Esto permitió considerar la AEC como una variable predictora en una serie de estudios: 1) la relación entre la AEC y los síntomas de *burnout* (i.e., Gündüz, 2012) o de ansiedad (i.e., Al-Darmaki, 2005) del consejero; 2) el efecto positivo de la AEC en las ejecuciones del profesional (i.e., Wan Marzuki et al., 2009); 3) la influencia de la AEC en las expectativas hacia la supervisión de los *counselors* en formación; (i.e., Friedlander y Snyder, 1983); 4) la influencia de la AEC en el tipo de micro-destrezas elegidas por los estudiantes de *counselling* en el practicum (i.e., Al-Darmaki, 2004); y 5) la relación entre la AEC y el bienestar del consejero (i.e., Curry, 2007). Más tarde se desarrollaron medidas específicas de AEC para poblaciones particulares (minorías étnicas, personas con temas relacionados con la orientación sexual, o personas afectadas por determinadas enfermedades) (i.e., Wendler, 2007), así como para especializaciones del *counselling* socialmente relevantes como la educación (i.e., Charlton, 2009) o la orientación profesional (i.e., O'Brien, Heppner, Flores y Bikos, 1997).

Si bien estos estudios relacionados con la evaluación de la AEC se enfocaron primariamente en la fase de formación de los consejeros, con el tiempo, el "desarrollo profesional" de estos comenzó a delinearse como un área particular de conocimiento, y las medidas de AEC comenzaron a ser empleadas como variables dependientes, dentro de cada uno de los modelos teóricos (i.e., analizando los efectos de los diferentes estilos de supervisión en *counselling* sobre la AEC (Hanson, 2006), o en relación con la formación y la supervisión (Lorenz, 2009).

Tabla 21
Instrumentos de evaluación de autoeficacia en counselling y psicoterapia

Autores	Instrumento	Aspectos de la AEC que son medidos
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA GENERAL DEL CONSEJERO		
Larson, Suzuki, Gillespie, Potenza, Bechtel y Toulouse (1992)	Counselling Self-Estimate Inventory (COSE)	Utilización de micro-destrezas Atender al proceso Manejar las conductas difíciles del cliente Manejarse de un modo culturalmente competente Ser consciente de los propios valores
Lent, Hill, y Hoffman (2003)	Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES)	Puesta en práctica de las destrezas de ayuda Manejo del proceso de counselling Manejo de situaciones desafiantes en counselling
Melchert, Hays, Wiljanen y Kolocek (1996)	Counselling Self-Efficacy Scale (CSES)	Sentimientos de competencia de los consejeros, respecto a sus conocimientos y destrezas de counselling
EJEMPLOS DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA ESPECÍFICA DEL CONSEJERO		
Sheu y Lent (2007)	Multicultural Counselling Self-Efficacy Scale (MCSES)	Factor de destrezas de ayuda generales Intervención Multicultural Evaluación Multicultural Manejo de la Sesión en Counselling Multicultural
Dilon y Worthington (2003)	Lesbian, Gay, and Bisexual Affirmative Counselling Self-Efficacy Inventory (LGB-CSI)	Aplicación del conocimiento sobre temas relativos a la orientación sexual y de las conductas de counselling, condicionadas al conocimiento previo de dichos temas Destrezas de defensa Conciencia acerca del desarrollo de la identidad sexual propia y de los otros Desarrollo de una relación terapéutica con un cliente con temas relativos a la orientación sexual Evaluación de los asuntos relevantes y los problemas de un cliente homosexual o bisexual
Wendler (2007)	Validation of the Addiction Counselling Self-Efficacy Scale (ACSES)	Destrezas de counselling específicas sobre problemas de adicción Destrezas de evaluación, planificación del tratamiento y derivación Destrezas para el manejo de comorbilidad Destrezas de counselling grupal Destrezas básicas de counselling
O'Brien, Heppner, Flores y Bikos (1997)	The Career Counselling Self-Efficiency Scale	Una serie de competencias más allá de las micro-destrezas simples que reflejan la complejidad de las conductas necesarias para el ejercicio del counselling de orientación profesional (i.e., identificar asuntos críticos subyacentes, que afectan al desarrollo de la carrera del cliente)
Charlton, A. L. (2009)	Counselor Self-Efficacy and Bullying Interventions Scale (CSBI)	Expectativas de eficacia, expectativas de resultados, y valores respecto a los resultados, de los consejeros escolares a la hora de llevar a cabo intervenciones sobre problemas de acoso

Aunque no se ocupa explícitamente de las actividades y competencias de la FC en psicoterapia, toda esta literatura de investigación manifiesta un aspecto importante de la TSC de Bandura: La *agencia humana*, por la cual se considera que los individuos están implicados proactivamente en su propio desarrollo, y pueden hacer que las cosas sucedan a través de sus acciones. Y es dentro de este contexto donde las creencias de autoeficacia ejercen una medida de control positiva o negativa sobre sus pensamientos, sentimientos y acciones (Pajares, 2002). Una cuestión diferente es cómo se forman las creencias de autoeficacia -en los casos anteriores, las creencias de autoeficacia de los consejeros-, que es también objeto de la TSC, pero no una de las preocupaciones de este trabajo. De cualquier modo, la perspectiva social-cognitiva nos ofrece un marco potente para comprender cuándo y cómo las creencias de autoeficacia afectan a la motivación

de los consejeros y terapeutas, así como a su disposición para aprender y ejecutar eficientemente operaciones de FC en su trabajo cotidiano, o bien en el contexto de una investigación empírica sobre FCFE.

La TCS de Bandura considera que los individuos poseen ciertas capacidades, las cuales definen qué es ser humano, y que no resultan muy distantes de aquellas proclamadas por los modelos humanistas-experienciales (Polkinghorne, 2001): La capacidad para simbolizar, para planear estrategias alternativas en relación con posibles consecuencias, la experiencia de aprendizaje vicario, o la autorregulación y la reflexión sobre uno mismo. Y siendo el "ser terapeuta focalizado en la emoción" un caso particular de esta humanidad, la configuración y el dinamismo de sus creencias de autoeficacia no han de estar sujetas a reglas diferentes. Así pues, Los terapeutas que participen en una investigación sobre las competencias de FCFE pueden diferenciarse en términos de su competencia real, pero también en términos de sus creencias de autoeficacia. Y lógicamente se podría esperar que un entrenamiento específico en FCFE incrementara la autoeficacia percibida de los terapeutas. De acuerdo con las orientaciones de la TCS respecto a la formación y el aprendizaje (Paris y Paris, 2001), tal formación debería cumplir una serie de características: 1) Debería estar basada tanto en el modelado como en la experiencia directa; 2) debería promover la reflexión sobre las operaciones de formulación, a fin de facilitar la simbolización de la experiencia, organizar cursos de acción planificados y contribuir a una adecuada codificación de la información necesaria para guiar futuras operaciones; 3) debería invitar a la reflexión sobre uno mismo, a fin de desarrollar el autoconcepto de los participantes como practicantes de la TFE -al menos dentro del subdominio de la FC-; y 4) debería aportar experiencias de FC exitosa, acompañadas por datos acerca de sus consecuencias en la capacidad terapéutica de los participantes, contribuyendo así a la formación de expectativas de consecuencias positivas, lo que a su vez podría promover la auto-dirección en la persecución de metas. En conclusión, esta formación debería ser diseñada eficientemente para que los terapeutas participantes desarrollaran juicios ricos, positivos y fundados en experiencias de logro acerca de sus capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción clave, requeridos para lograr mejores niveles de ejecución en FCFE.

Las creencias de autoeficacia son por sí mismas determinantes cruciales de cómo de bien se logran el conocimiento y las destrezas en cualquier dominio, y constituyen -de acuerdo con la TCS- el principal factor de autorregulación y motivación. Las personas tienden a preferir tareas y actividades en las que se sienten competentes y confiadas, y evitan aquellas en las que no; y una vez se encuentran implicadas en procesos de aprendizaje y formación para esas tareas o actividades, sus creencias de autoeficacia iniciales afectan su implicación real y el aprendizaje efectivo al final del proceso. Por ello, las creencias de autoeficacia en FCFE de los participantes pueden ser medidas antes y después de la formación en este modelo de FC, y los datos pueden ser relacionados más

tarde con la eficacia de la formación y con las diferencias en resultados de aprendizaje. Unos resultados que pueden ser evaluados en términos de: a) Similitud entre formulaciones (grado de fiabilidad), b) corrección de los contenidos de las formulaciones (validez de contenido), y 3) calidad de las formulaciones ejecutadas (cuya potencial variabilidad muestra las diferencias presumibles entre individuos). Bandura (1986) ha argumentado que "las medidas sobre auto-percepciones deben ser adaptadas al dominio de funcionamiento psicológico que esté siendo explorado" (p. 386), y ha propuesto una serie de orientaciones y recomendaciones relacionadas con el diseño de medidas de autoeficacia para temas específicos, que deberán ser seguidas en la construcción de una escala de autoeficacia en FCFE (Bandura, 1997, 2006). Dichas orientaciones serán tenidas en cuenta en la parte empírica de este trabajo.

5. Estudio 1: Evaluación del modelo de FC procesual de la TFE

5.1. Objetivos, hipótesis y preguntas de investigación

Como se anticipaba en la introducción, el Estudio 1 consta de dos fases: (1) Evaluación del modelo de FC de la TFE según la dimensión de *proceso* (formulación momento a momento), y (2) evaluación del aspecto de *producto* (formulaciones de foco) de este proceso. De acuerdo con esta distribución, procedemos ahora a plantear los objetivos y preguntas de investigación correspondientes a cada fase.

Fase 1: Estudio de la formulación "en proceso"

OBJETIVO: Evaluar el modelo de FC procesual de la TFE, en una muestra de terapeutas con diferentes grados de experiencia y formación, a fin de testar su fiabilidad y validez.

Este objetivo, se traduce en las siguientes HIPÓTESIS:

Hipótesis 1: Fiabilidad (el valor de la experiencia y el conocimiento previo): Resultados de diverso nivel en una intervención formativa breve en Formulación de Caso Focalizada en la Emoción (FCFE), expresados en un espectro de niveles de ejecución en una tarea experimental de formulación, significaría que el modelo es presumiblemente fiable, en tanto constituye un sistema homogéneo y enseñable de FC (de cuya enseñanza se benefician principalmente quienes poseen las bases necesarias). Dicha tarea pone a prueba la consistencia interna del modelo y su aplicabilidad como sistema teórico-práctico, que debe ser utilizado por el terapeuta para interactuar productivamente con el cliente (más allá, recordemos, del uso de una plantilla o de un sistema de preguntas en la gestión del conocimiento clínico en la sesión).

La investigación previa sobre enseñanza de modelos de formulación -como se especificó en los apartados de estado de la cuestión-, se divide entre aquellas investigaciones que confirman la eficacia de sesiones formativas breves basadas en una plantilla de formulación simple y no vinculada a un modelo terapéutico concreto, y aquellos que estudian modelos de formulación vinculados a modelos teóricos específicos, y que aún así aportan, como herramienta de mediación con los datos de un caso, una estructura de formulación más o menos compleja. Estos últimos cosechan resultados que amenazan la fiabilidad en las variables más teóricas y que requieren mayor grado de inferencia, pero aun así encuentran

que la formación o el entrenamiento -como era de esperar-, mejora la fiabilidad. En nuestro caso, la dimensión procesual de la FCFE no se acoge a ninguno de estos dos planteamientos, e introduce sus peculiaridades. Como se trata de una tarea compleja, conducida en el nivel de proceso, hipotetizamos que su ejecución tras un entrenamiento suficiente para entenderla pero (probablemente) insuficiente para dominarla, produzca el tipo de resultados que hemos descrito más arriba: Un aprendizaje diferencial, distribuido en un espectro de niveles de ejecución asociados a variables de los individuos, relativas a formación específica en el modelo y a experiencia terapéutica.

Hipótesis 2 (el valor de la auto-percepción de Empatía): El rango de niveles de ejecución en la tarea experimental de formulación NO estará asociado a la auto-percepción de Empatía de los participantes (evaluada con medidas de autoinforme).

De acuerdo con los estudios precedentes del grupo de Ickes (ver el apartado 3.2.6. en este trabajo), las medidas de empatía basadas en auto-informes no predicen la ejecución en tareas de precisión empática. Y puesto que consideramos que los ejercicios de formulación de primer y segundo orden en FC en TFE son procesos firmemente apoyados en la empatía, hipotetizamos que esta ausencia de relación se replicará en nuestro estudio. Lo cual no es relevante solo en términos de replicación de un hallazgo, sino, entre otras razones, de fundamentación de la formación de la FC en TFE en el entrenamiento en empatía, sin dar por sentada esta variable (puesto que si se pregunta a un terapeuta en formación si es empático o no, confirmará sin duda esta competencia como una característica propia).

Por otra parte, consideramos que esta hipótesis se refiere indirectamente a la cuestión sobre la fiabilidad del modelo de FC en TFE, entendida como el grado en que la coherencia entre conceptos y procesos del mismo -que es la que teóricamente conduce a resultados clínicamente válidos- se mantiene estable en diversas condiciones y cambia en otras. Así, la ejecución dependerá de variables coherentes con el modelo, y será a su vez independiente de otras como la empatía auto-percibida, que, aun pareciendo próximas conceptualmente, no participan realmente de su lógica interna.

Hipótesis 3 (el valor de la Inteligencia Emocional): El rango de niveles de ejecución en la tarea experimental de formulación, Sí estará asociado a la Inteligencia Emocional de los participantes.

Ésta sí que es considerada una variable que participa de la lógica de la formulación en proceso, pues entendemos que, en gran parte, junto con el entrenamiento específico, aporta

los "ladrillos" con los que se construyen los procesos de razonamiento abductivo (que es el modo de gestión del conocimiento y de creación de significado clínico momento a momento propio de la FC en TFE).

Hipótesis 4 (el valor de la las expectativas de Autoeficacia): El rango de niveles de ejecución en la tarea experimental de formulación, Sí estará asociado a las expectativas de autoeficacia respecto a la tarea de FC como actividad y competencia clínica profesional.

Creemos que las expectativas de autoeficacia generales respecto a la FC, aun entendida ésta en los términos de una conceptualización amplia y clásica (especificar las condiciones de un cliente en particular y las causas y precipitantes de sus síntomas, e identificar un "mecanismo" productor del malestar junto con una propuesta coherente de intervención), crean un escenario mental y disposicional, que, de acuerdo con la Teoría de la Autoeficacia propuesta por Bandura, puede afectar a los desempeños de las personas frente a tareas singulares, con independencia de que sean tan solo una parte del conjunto del trabajo terapéutico.

De nuevo, la coherencia interna (o concepto-proceso) del modelo de FC en TFE que conduce a los resultados de formulación en proceso, y que consideramos como rasgo de fiabilidad, predeciría una relación entre expectativas de autoeficacia y rendimiento.

Fase 2: Evaluación del aspecto de producto de la FC en TFE: Las formulaciones de foco

OBJETIVO: Estudiar la tarea de construir formulaciones de foco (FF) de acuerdo con el modelo teórico de la TFE, en una muestra de terapeutas con diferentes grados de experiencia y formación. Todo ello a fin de:

1. Testar la fiabilidad de la herramienta de formulación que este modelo aporta (el sistema MENSIT), tomando como criterio la validez de contenido de las formulaciones realizadas por los participantes, y explorando la influencia potencial de otras variables individuales en los resultados; y
2. explorar la calidad de las FF producidas por los participantes en términos de su *adecuación* al fin que deberían cumplir en un proceso terapéutico (construir y definir aspectos de la alianza terapéutica y movilizar emocionalmente al cliente), lo cual incluye la evaluación de elementos formales, narrativos y de contenido.

Este objetivo, se traduce en la siguiente PREGUNTA: *¿Cómo se comporta la herramienta de formulación de foco (el MENSIT) bajo diferentes condiciones, que, teóricamente afectan al desempeño, expresado éste en términos de la "adecuación" de las FF producidas por los participantes?* Dicha adecuación, habrá de ser definida como variable y los correspondiente modos de evaluarla deberán ser desarrollados.

El planteamiento inicial, al proyectar la investigación, fue estudiar el efecto de las variables individuales en el rendimiento de los participantes en la producción de formulaciones de tercer orden (las FF), en términos de su semejanza (como señal de fiabilidad del modelo), y de su validez de contenido de acuerdo con una *benchmark* o formulación de referencia. Sin embargo, este objetivo fue reajustado en función de los análisis preliminares de la relación entre las variables individuales y el rendimiento en la tarea de formulación en proceso.

La razón de este cambio fue doble. Primero por una razón práctica, consistente en la escasez de correlaciones significativas que, como se verá más adelante, justificaran análisis más detallados. Y segundo, una idea interesante y razonable: Que los rendimientos en la tarea de formulación en proceso (Estudio 1) podían ser predictores de algunos aspectos de la adecuación de las FF. Esto se fundamenta en que el uso de los elementos del MENSIT para formular un foco, viene precedido necesariamente por su correcta identificación en el trabajo exploratorio con el cliente, y por la articulación fundamentada entre dichos elementos.

Este planteamiento permitió evaluar las FF producidas por los participantes, tomando como referencia algunas de las medidas en las variables evaluadas y teóricamente relevantes (Inteligencia Emocional), y una nueva variable no considerada inicialmente: El rendimiento en la tarea de formulación en proceso a la que nos acabamos de referir. Y así es como se llegó a la pregunta de investigación que planteábamos más arriba, y que reformulamos a continuación en términos más específicos:

¿Cómo se comporta la herramienta de formulación de foco (el MENSIT) bajo las diferentes condiciones determinadas por el cruce entre la variable Inteligencia Emocional y la variable rendimiento en la tarea de formulación en proceso?

La HIPÓTESIS subyacente a esta pregunta se refiere a la presunción de que se podrán hallar diferencias entre sujetos, relativas al grado de adecuación de sus FF, en función del cruce entre las variables IE y rendimiento en la tarea de formulación en proceso.

5.2. Fase 1: Estudio del rendimiento en una tarea de formulación en proceso

5.2.1. Estrategia y fundamentos metodológicos

El desarrollo de la tarea de formulación en proceso

A fin de contrastar las hipótesis planteadas en el punto anterior para la Fase 1 de la investigación, nos propusimos realizar un estudio del rendimiento en una tarea de formulación en proceso. Para ello, optamos por una metodología que combinara la lógica de los diseños de análogos a la terapia (Poch y Espada, 1998; Heppner, Wampold y Kivlighan, 2008), con la metodología consolidada de los estudios de agudeza empática del grupo de Ickes en la Universidad de Texas en Arlington (Ickes, 2001, 2009).

En el paradigma de investigación de la agudeza/precisión empática, los perceptores infieren los pensamientos o sentimientos de una o más personas objetivo, a partir de una interacción social video-grabada en la que la persona observada participa. En la preparación del material, la persona objetivo revisa la grabación y es encuestada por un investigador para identificar sus pensamientos y sentimientos en puntos determinados de la interacción. Luego se pide a los perceptores que vean el vídeo, y en determinados "puntos de parada" previamente identificados, infieran el pensamiento o el sentimiento específicos que la persona objetivo reportó para ese preciso instante. Cuando se han recogido todos los datos, un grupo de evaluadores entrenados compara el contenido de cada pensamiento o sentimiento reportado por la persona objetivo, con el contenido de la correspondiente inferencia, y asignan a las respuestas una serie de "puntos de precisión", que luego son agregados para crear un índice global de precisión empática.

Este paradigma de investigación ha sido utilizado con tres variaciones principales: el *paradigma de interacción diádica no estructurada*, el *paradigma de estímulo estándar*, y el *paradigma estándar de entrevista*. De los tres, cuya descripción detallada se puede encontrar en Ickes (2001, 2009), el que nos resulta de particular utilidad es el *paradigma de estímulo estándar*, en el cual se pide a cada participante que vea una o más grabaciones de interacciones en las cuales él o ella no participaba. Se les sitúa como observadores externos de las interacciones entre las personas, que pueden ser un cliente y su terapeuta, una madre con su hijo o dos extraños que se encuentran por primera vez. La tarea de los participantes es, entonces, intentar inferir el contenido específico de cada uno de los pensamientos o sentimientos que fueron previamente reportados por la persona o personas objetivo. Puesto que todos los participantes siempre infieren los pensamientos o

sentimientos de la misma persona objetivo (esto es, la tarea es la misma para todos), resulta posible comparar la precisión empática entre participantes -algo que no sería posible en una situación no estructurada.

Ickes (2009) considera este paradigma particularmente útil en estudios en los que el foco se sitúa en las diferencias individuales en la precisión empática de los perceptores, como sucede en el trabajo de Marangoni et al. (1995), en el que esta metodología era llevada a la evaluación de la precisión empática de los terapeutas en una situación clínica. En ese estudio, los participantes, asignados a diversos grupos y bajo diversas condiciones relativas a los objetivos particulares de la investigación, en un momento dado debían ver vídeos de varias sesiones de terapia, que eran detenidos manualmente por el investigador en los puntos de parada previamente establecidos. Y en cada uno de ellos se les pedía que hicieran una inferencia relativa al estado interno de la persona (ya fuera pensamiento o sentimiento), su contenido específico, y la valencia (positiva o negativa del mismo).

Más allá de los objetivos del estudio de Marangoni et al. (1995), su planteamiento nos sirve como antecedente específico para crear nuestra tarea de formulación en proceso, en la que, no obstante, se dan una serie de diferencias y particularidades, que desglosamos a continuación:

1. Aunque la estructura esencial es la misma que en el paradigma de estímulo estándar, los participantes en la interacción (cliente y terapeuta), no son encuestados para crear la muestra de estímulos particulares sobre los que hacer inferencias. En nuestro caso, ese ejercicio fue realizado de forma vicaria por el investigador, a partir de una grabación de formación en TFE comercializada por la American Psychological Association (APA), consistente en la primera sesión de un caso de terapia facilitada por el Prof. Greenberg. Dicha grabación le resultaba familiar, primero por haber sido parte de su propio entrenamiento, y segundo por haberla venido utilizando como material formativo en su trabajo docente.
2. La selección de los puntos de parada se basó en el criterio de obtener un muestreo de situaciones que "dieran juego" para el trabajo de formulación en proceso, y que combinaran un grado de dificultad intermedio. Si bien este criterio no fue refrendado por un control externo (i.e., un grupo de jueces que puntuaran el grado de dificultad y la adecuación del contenido de cada punto de parada), consideramos que el conocimiento del material y de la materia fueron garantía suficiente, aunque en futuras investigaciones

apoyadas en esta metodología, este tipo de cautelas representarían un procedimiento óptimo en favor de la validez de los resultados.

3. La tarea de inferencia en cada punto de parada fue sustituida por tareas de formulación, que si bien incluían el trabajo de inferencia, introducían una complejidad mayor. Dichas tareas fueron de tres tipos:
 - a. Ejercicios de **razonamiento abductivo**, en los que se pedía a los participantes que (1) identificaran el estado interno de la persona en términos emocionales y de significado (lo que incluía pensamientos y sentimientos además de sensaciones corporales), (2) su dificultad o necesidad de procesamiento actual (en términos de procesamiento emocional), (3) el paso experiencial (de relación con su propio proceso emocional) que necesitaría dar para llevar su experiencia adelante (*carrying forward*) con la ayuda del terapeuta, y (4) la forma de respuesta verbalizada del terapeuta que sería óptima para ayudar al cliente en ese preciso momento.
 - b. Ejercicios de **diagnóstico de emoción**, consistentes no sólo en identificar y etiquetar la emoción específica del cliente en ese instante, sino también si se trataba de una emoción primaria (adaptativa o desadaptativa), secundaria o instrumental, e incluso qué elemento del esquema de emoción subyacente estaba implicado en lo que sucedía en ese momento.
 - c. Ejercicios de **formulación en el nivel de tarea**, consistentes en decidir si en determinado momento se había producido un marcador de una de las tareas terapéuticas de la TFE, y de ser así, cuál.

Los dos primeros ejercicios pertenecen al primer orden de formulación según nuestra clasificación, y se apoyan en la formulación a partir de micro-marcadores de proceso experiencial; mientras que el tercero pertenece a las formulaciones de segundo orden, y se basa en marcadores de tarea (Tabla 7). No obstante, ambos suceden "en proceso", en el sentido de que forman parte de una secuencia de ininterrumpida de interacción con el cliente.

4. La evaluación del contenido de los puntos de parada no fue hecha tampoco por un equipo, sino que se optó por un procedimiento más económico pero en otro sentido no menos exigente: el investigador realizó el ejercicio consigo mismo y creó la primera secuencia de formulaciones, que habría de servir como base de la *benchmark* o secuencia de formulación de referencia. Después de revisarla y corregirla

individualmente, contó con el apoyo de una terapeuta colaboradora, con la que repasó las formulaciones, revisando entre cinco y diez de las ejecuciones de los participantes en el estudio por cada ejercicio. Así refinaron la *benchmark*, a la vez que ajustaron los criterios de corrección que se utilizarían más tarde.

Por su parte, los diseños de análogos a la terapia gozan de una larga tradición en la investigación en este campo, pues permiten estudiar procesos de una manera relativamente controlada, sin perder excesiva validez ecológica (Poch y Espada, 1998; Heppner, et al., 2008). A su vez, no ofrecen una estructura cerrada que defina qué es y qué no es un diseño de análogos, sino unas características generales que, en general, tienen que ver con la recreación parcial de situaciones clínicas, que permiten la comparación entre sujetos frente a una situación estimular repetible. Así pues, en nuestro caso, en la construcción de la tarea de formulación, podemos decir que hemos diseñado una situación análoga a la terapia. Dicha tarea y el material utilizado se encuentran disponibles en el Apéndice III.

De la tarea de formulación a la Secuencia de Formulación Multipista (SFMP)

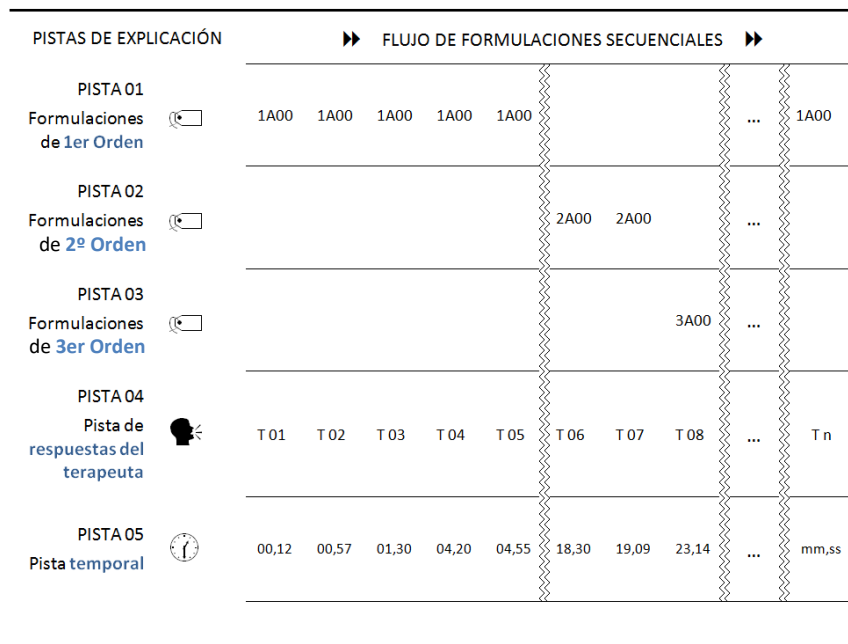
Si bien en los estudios de precisión empática se generaba un "índice de precisión empática" resultado del sumatorio de los ejercicios de inferencia, en nuestro caso generamos un índice de acuerdo con la *benchmark*, que equivale a una medida de rendimiento en la tarea de formulación. No obstante, la dimensión procesual de la FC en TFE es algo más compleja que una mera sucesión de ejercicios de inferencia/formulación, ya que supone que el terapeuta se mueva entre los dos primeros órdenes de formulación que hemos propuesto: proceso vivencial (en su doble dimensión de facilitación del proceso experiencial actual y diagnóstico de la emoción), e identificación de marcadores de tarea y trabajo con tareas terapéuticas.

Este movimiento es impredecible de cliente a cliente, de sesión a sesión y de momento a momento. Viene determinado por las competencias de diagnóstico de proceso del terapeuta, por sus habilidades perceptuales, por su trabajo con la "brújula del dolor" y por su capacidad de razonamiento abductivo. Variables todas ellas, que quizá puedan a su vez estar afectadas por otras de tipo personal (i.e., en este estudio consideramos la IE y las expectativas de autoeficacia). Sin embargo, lo que sí podemos saber es cuál es el recorrido que han realizado juntos un cliente y un terapeuta concretos si analizamos su proceso. E igualmente podemos representarlo en lo que hemos denominado la *Secuencia de Formulación Multipista (SFMP)*.

Gráficamente, la SFMP (ejemplificada en la Figura 4) es un sistema que traza el proceso de formulación del terapeuta y sus movimientos responsivos, entre las pistas correspondientes a cada

orden de formulación durante una sesión de terapia. Puede ser utilizado para crear la *benchmark* de una sesión, para representar el desempeño singular de una díada paciente-terapeuta, o para estructurar una tarea de evaluación de las competencias de formulación como en este caso. A su vez, una SFMP puede ser considerada de modo completo (toda una sesión), como un muestreo, o como un conjunto de puntos seleccionados de acuerdo con algún criterio (formativo o de investigación).

Figura 4
 Ejemplo de una *Secuencia de Formulación Multipista (SFMP)*



En nuestro caso, la SFMP creada como base de la tarea de formulación, estuvo compuesta por cuatro ejercicios para la evaluación de la *competencia de razonamiento abductivo* (CRA) (compuestos cada uno por 4 preguntas), dos ejercicios para la evaluación de la *competencia de diagnóstico de emoción* (CDE) (un compuesto por dos preguntas y otro por una), y un ejercicio para la evaluación de la *competencia de diagnóstico de tarea* (CDT) (compuesto por dos preguntas).

A su vez, los ejercicios de razonamiento abductivo -asociados a la facilitación experiencial momento a momento-, además de poder computarse globalmente, también pueden diferenciarse en términos de las subcompetencias que los integran, y por tanto es posible obtener una puntuación parcial para cada una de ellas:

- Reconstrucción Empática (CRA-RE), correspondiente a la pregunta por el estado interno del cliente.

- Interpretación de la Experiencia (CRA-IE), relativa a la pregunta por la dificultad o necesidad de procesamiento actual.
- Intención Vivencial (CRA-IV), correspondiente a la formulación de qué tipo de relación con su propio proceso experiencial necesitaría la persona, en ese mismo momento, para hacerlo evolucionar con la ayuda de algún tipo de respuesta del terapeuta.
- Expresión de la Respuesta (CRA-ER), relativa a la traducción de la intención vivencial en una respuesta verbal inmediata del terapeuta.

La Tabla 22 muestra los ejercicios y las preguntas correspondientes a cada competencia y subcompetencia, así como las instrucciones para los cálculos del índice de acuerdo con la *benchmark* global y por competencias y subcompetencias (en valores absolutos y relativos, expresados como de porcentajes de acurdo). La benchmark de la SFMP se puede consultar en el Apéndice IV.

Tabla 22

Ejercicios de formulación de la SFMP agrupados por competencias de formulación

EJERCICIOS	Código	CÁLCULO	INTERPRETACIÓN
CGF SFMP completa Competencia Global de Formulación	CGFt	Total = Σ puntuaciones (Ejercicios 1-7)	Valor máximo 21
	CFGr	Relativa = Σ puntuaciones (Ejercicios 1, 2, 4 y 7)*100/16 CFGt* 4.7619	Acuerdo global con la <i>benchmark</i>
Formulación en el Nivel de Proceso I (Facilitación experiencial)			
CRA-G Competencia para el Razonamiento Abductivo Global	CRA-Gt	Total = Σ puntuaciones (Ejercicios 1, 2, 4 y 7)	Valor máximo 16
	CRA-Gr	Relativa = Σ puntuaciones (Ejercicios 1, 2, 4 y 7)*100/16 CRA-Gt* 6.25	
CRA-RE Competencia para el Razonamiento Abductivo: Reconstrucción Empática	CRA-REt	Total = Σ puntuaciones (Ejercicios 1.1, 2.1, 4.1 y 7.1)	Valor máximo 4
	CRA-REr	Relativa = Σ puntuaciones (Ejercicios 1.1, 2.1, 4.1 y 7.1)*100/4 CRA-REt* 25	Estado interno
CRA-IE Competencia para el Razonamiento Abductivo: Interpretación de la Experiencia	CRA-IEt	Total = Σ puntuaciones (Ejercicios 1.2, 2.2, 4.2 y 7.2)	Valor máximo 4
	CRA-IEr	Relativa = Σ puntuaciones (Ejercicios 1.2, 2.2, 4.2 y 7.2)*100/4 CRA-IEt* 25	Dificultad de procesamiento actual
CRA-IV Competencia para el Razonamiento Abductivo Intención Vivencial	CRA-IVt	Total = Σ puntuaciones (Ejercicios 1.3, 2.3, 4.3 y 7.3)	Valor máximo 4
	CRA-IVr	Relativa = Σ puntuaciones (Ejercicios 1,3 2.3, 4.3 y 7.3)*100/4 CRA-IVt*25	Qué necesitaría para procesar adecuadamente

Continúa en página siguiente

Viene de la página anterior			
CRA-ER Competencia para el Razonamiento Abductivo: Expresión de la Respuesta	CRA-ERt	Total = Σ puntuaciones (Ejercicios 1.4, 2.4, 4.4 y 7.4)	Valor máximo 4
	CRA-ERr	Relativa = Σ puntuaciones (Ejercicios 1.4, 2.4, 4.4 y 7.4)*100/4 CRA-ERt* 25	Respuesta vivencial del terapeuta
Formulación en el Nivel de Proceso II (Diagnóstico de Emoción)			
CDE-G Competencia para el Diagnóstico de Emoción Global	CDE-Gt	Total = Σ puntuaciones (Ejercicios 5 y 6)	Valor máximo 3
	CDE-Gr	Relativa = Σ puntuaciones (Ejercicios 5 y 6)*100/3 CRA-Gt* 33.3333	Diagnóstico de tipo de emoción y de aspectos del esquema de emoción
Formulación en el Nivel de Tarea			
CDT-G Competencia para el Diagnóstico de Tarea Global	CDT-Gt	Total = Σ puntuaciones (Ejercicio 3)	Valor máximo 2
	CDT-Gr	Relativa = Σ puntuaciones (Ejercicio 3)*100/2 CRA-Gt* 50	Identificación de marcadores de tarea
Rendimientos en comparación con la <i>Benchmark</i> (t = total / r = relativa %)			

5.2.2. Método

Participantes

Los participantes fueron reclutados entre estudiantes de Psicología (Máster y Doctorado) de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas, así como entre psicólogos colegiados y terapeutas que habían recibido entrenamiento previo en TFE, en respuesta a una convocatoria abierta para colaborar voluntariamente en una investigación doctoral. Esta muestra incidental estuvo compuesta por un total de 133 participantes, 109 mujeres y 24 varones, todos los cuales participaron en el Estudio 1. La edad de los mismos varió entre 21 y 62 años (M= 34,4 años, DE= 11,9 años).

Su experiencia como profesionales de la psicoterapia que variaba entre 0 años (52 personas) y 38 años, con media de 4,12 años (DE=7,2 años). Un total de 86 participantes habían estudiado un postgrado en psicoterapia, de los cuales 39 afirmaron haber estudiado un máster de orientación humanista.

Instrumentos y materiales

Los participantes fueron evaluados en tres variables relevantes teóricamente, relacionadas con las operaciones afectivo-cognitivas en las que se funda la FCFE. Además, responderán un formulario de datos socio-demográficos.

- **TECA:** El *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva* (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008; Fernández-Pinto, López-Pérez, y Márquez, M., 2008) es un cuestionario autoadministrado, que puede ser respondido individual o grupalmente. Está compuesto por 33 items, y evalúa la apreciación sobre la propia capacidad empática a través de un doble enfoque: cognitivo y afectivo. Mide una dimensión global de empatía y cuatro escalas específicas: *Adopción de Perspectivas*, *Comprensión Emocional*, *Estrés Empático* y *Alegría Empática*. El manual de usuario informa de un *alfa* de Crombach de .86 para la puntuación global de empatía, y alfas que varían entre .70 y .78 para las cuatro dimensiones. En relación con la validez convergente, el TECA muestra una correlación de .63 con el *Questionnaire Measure of Emotional Empathy* (QMEE; Mehrabian y Epstein, 1972), y una correlación de .73 con la versión española del *Interpersonal Reactivity Inventory* (IRI; Pérez-Albéniz et al., 2003).
- **MSCEIT:** El *Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso* (Mayer, Salovey, y Caruso, 2009) está diseñado para medir la IE como una capacidad, y las respuestas representan habilidades reales para resolver problemas emocionales concretos. Está compuesto por 141 items distribuidos en cuatro factores (Percepción Emocional, Facilitación Emocional (del pensamiento), Comprensión Emocional y Manejo Emocional), cada uno evaluado a través de diferentes tipos de tareas (Caras y Dibujos, Facilitación y Sensaciones, Cambios y Combinaciones, y Manejo emocional y Relaciones emocionales respectivamente). Aporta una puntuación global de IE, las puntuaciones en dos áreas (experiencial y estratégica), y puntuaciones en cada una de las tareas específicas que componen el test. El MSCEIT es aplicable en ambientes educativos, organizacionales, clínicos y de investigación. El manual de usuario de la versión española informa de una fiabilidad alfa de .95 para la puntuación global, y de .93 para el área experiencial, así como de una puntuación de .90 para el área estratégica. La validez factorial obtenida en la adaptación con población española replica la estructura del instrumento original, un modelo de cuatro factores como el predicho por la teoría de los autores (el modelo de "cuatro ramas de IE").
- **AE-FC:** La *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso* (Anexo VI) es un instrumento de creación propia, desarrollado para los propósitos de esta investigación, de acuerdo con las orientaciones de Bandura para la creación de escalas de autoeficacia (Bandura, 1986, 1997, 2006). Consiste en 16 declaraciones que se valoran de 0 a 100, y que expresan auto-

percepciones acerca de las propias capacidades para realizar las actividades clave de FC que Eells, Kendjelic y Lucas (1998) consignaron en su Método de Codificación del Contenido de las Formulación de Caso (*Case Formulation Content Coding Method*), y que actualmente es propuesto como uno de los referentes en el campo: Identificación de síntomas y problemas, identificación de sucesos o estresores precipitantes, identificación de estresores y sucesos vitales predisponentes, desarrollo de una hipótesis explicativa de la sintomatología en términos de algún mecanismo productor subyacente, y propuesta de un plan de tratamiento).

- **Un formulario de datos socio-demográficos y profesionales:** Consistente en un formulario breve en el cual los participantes son preguntados acerca de su experiencia clínica, antecedentes profesionales, formación específica en TFE y sus datos socio-demográficos (Anexo II). Además incluía una pregunta, en la que se pedía que, aquellos participantes que hubieran hecho alguna vez un proceso psicoterapéutico, valoraran su vivencia en términos de la profundidad y significatividad del proceso emocional-experiencial que supuso para ellos. La Tabla 23 reproduce esa pregunta, que se respondía del 1 al 10 sobre una rúbrica de un ítem, correspondiendo la puntuación menor a un trabajo con la emoción más bien psicoeducativo, y la puntuación mayor a un trabajo experiencial profundo.

Tabla 23:
 Ítem de evaluación de la experiencia de terapia personal en términos emocionales

(09) Experiencia psicoterapéutica y de crecimiento personal (como paciente)										
¿En qué medida dirías que tus experiencias psicoterapéuticas (en terapia o en grupos de formación vivenciales o de crecimiento personal) han consistido en un trabajo en el nivel emocional-experiencial profundo ? Valóralo de acuerdo con esta escala:										
<input type="checkbox"/> No tengo experiencias de ese tipo	Fue una experiencia de autoconocimiento en la que aprendí a identificar mis sentimientos y su relación con mis pensamientos y conductas, así como a regular mis emociones de un modo más eficaz o adaptativo		Fue una experiencia de autoconocimiento en el nivel emocional, en la que me familiaricé con mi mundo interno y aprendí a reconocer mis conflictos y necesidades y a ser más espontáneo/a			Fue una experiencia de trabajo intenso con mi experiencia y con las heridas emocionales de mi vida. Hice transformaciones y aprendí a vivir guiado por mi emoción y a ser más auténtico/a en mis relaciones		Fue una experiencia de contacto con el nivel experiencial profundo de mi ser y de mi identidad. Además de sanar heridas, encontré una "brújula interna" que me ayuda a vivir conectado/a y a orientarme en la vida		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- **Estímulo para el ejercicio de formulación en proceso.-** La grabación que sirvió como estímulo estándar es la Sesión nº 1 de la demostración de TFE del Dr. Greenberg, editada por la American Psychological Association en 2007, bajo el título *Terapia Focalizada en la Emoción para la Depresión*. El contenido de este DVD es presentado del siguiente modo:

“En esta sesión el Dr. Greenberg trabaja con una madre soltera joven quien, por causa de su hábito autocrítico y por su perfeccionismo, está comenzando a mostrar signos de una depresión realmente seria. El Dr. Greenberg ayuda a la cliente a liberar sus emociones acerca de su necesidad de perfección, así como sus sentimientos silenciados hacia una madre abiertamente crítica.” (APA, 2007).

Es sobre esta sesión que se construyó el ejercicio de formulación en proceso (Apéndice III) , se elaboró la *benchmark* de la SFMP (Apéndice IV), y se elaboró también la *benchmark* del MENSIT del caso para la FF (Apéndice V).

Procedimiento

Todos los participantes en la investigación se inscribieron en uno de los 20 seminarios de trabajo que fueron programados para la recolección de datos. Cada seminario tenía cuatro sesiones de cuatro horas cada una, y en ellos hubo entre 5 y 15 participantes. Fueron conducidos entre los meses de abril y junio de 2015, en una sala de la Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI) de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid) acondicionada para este tipo de ejercicios. El trabajo realizado en cada seminario consistió en lo siguiente:

- En la *primera* de las sesiones de trabajo, se procedió a explicar en más detalle la investigación, se recogió el consentimiento informado (Apéndice I), se administró el formulario de datos socio-demográficos, y los participantes respondieron, por este orden, al MSCEIT, al test TECA, y a la escala de autoeficacia en FC (AE-FC).
- La *segunda sesión* comenzó con la repetición del cuestionario AE-FC, a fin de recoger datos para estudiar su estabilidad temporal. Después, los participantes participaron en una sesión formativa de tres horas de duración, en la que se hizo una introducción al proceso terapéutico en TFE.
- En la *tercera sesión*, que también fue de carácter formativo, se dedicaron 1,5 horas a un bloque de introducción conceptual y sensibilización hacia el tema de la FC en psicoterapia, y otras 2,5 horas a un bloque específico sobre FC en TFE.
- Por último, la cuarta sesión fue dedicada íntegramente al trabajo con la sesión de terapia grabada en vídeo y a la realización del ejercicio o tarea de formulación. Los participantes recibieron el cuadernillo con el ejercicio (Anexo III), que les fue explicado para que se familiarizaran con el tipo de ejercicios que iban a encontrar, y para que comprendieran el tipo de tarea y de implicación que se esperaba de ellos. El investigador se aseguró de que todos habían entendido su cometido y cómo se iba a proceder. Una vez terminada la sesión de terapia, se pidió a los participantes que utilizaran el esquema del MENSIT para formular

un foco, siguiendo las claves y el estilo de comunicación directa con el cliente en el que se les había instruido en la sesión anterior.

Una vez concluida la recogida de datos, el TECA fue corregido utilizando el sistema de autocorrección de cada cuestionario, y el MSCEIT mediante el sistema *online* de TEA. Las puntuaciones generales, en las escala y subescalas de ambos instrumentos, así como las respuestas a los items del AE-FC fueron incorporadas a la matriz de datos.

Después, el investigador y la terapeuta colaboradora que anteriormente le había ayudado a confeccionar la *benchmark* de la SFMP, procedieron a corregir los ejercicios de formulación en proceso de los 133 participantes, comenzando por el primer ejercicio parcial en toda la muestra, y así sucesivamente hasta agotar la tarea con todos los ejercicios. Para eso utilizaron una escala con tres valores (0=no acuerdo con la *benchmark*, 0,5= acuerdo moderado y 1= acuerdo), siendo que la suma de las puntuaciones podía expresarse como un porcentaje de acuerdo sobre la *benchmark* (ver Tabla 22).

La literatura sobre validación de modelos de FC insiste en el control de la concordancia entre evaluadores a través de índices como el índice *Kappa* de Cohen, si bien algunos se han limitado a ofrecer porcentajes de acuerdo entre participantes y *benchmark*. Un procedimiento alternativo es el trabajo de consenso entre jueces, que resulta especialmente adecuado cuando las formas de las respuestas de los participantes pueden variar extremadamente por referirse a realidades complejas y llenas de matices, como la experiencia subjetiva de un cliente. Nuestra opción fue por tanto la de la discusión en busca de consenso intersubjetivo, no una mera comprobación del acuerdo, lo que supuso un trabajo laborioso con cada pregunta en cada ejercicio y para cada una de las 133 SFMP generadas por los participantes. Esto permitió no obstante aprender sobre la densidad y complejidad del ejercicio, y supuso la realización de varias re-correcciones para toda la muestra en alguno de los ejercicios.

En cualquier caso, aunque los procedimientos de búsqueda de consenso entre evaluadores que tienen que interpretar un material ambiguo y lidiar con significados personales, se hallan bien establecidas en el marco de la investigación cualitativa en Ciencias Sociales (i.e., Hill et al. (2005) en la investigación en psicoterapia), asumimos que haber logrado una ratificación de las valoraciones mediante algún tipo de coeficiente, habría sido ideal, siempre que esto no impidiera revisar los acuerdos (puesto que ambos jueces podrían coincidir en un error).

Las puntuaciones de rendimiento global en la SFMP en valores absolutos y expresadas como porcentaje de acuerdo con la *benchmark* (global y por competencias y subcompetencias) fueron entonces trasladadas a la matriz de datos y se procedió al análisis estadístico de los mismos.

5.2.3. Resultados

Descripción de la muestra basada en los datos socio-demográficos

Un análisis inicial de la muestra, nos permite observar que los participantes no sólo diferían en edad y formación en general, sino en la variable *Conocimiento de la TFE* (como se muestra en la Tabla 24, y en el Gráfico 1, de acuerdo con las distinciones establecidas en el formulario de datos socio-demográficos) y en su reporte del *Impacto emocional de la experiencia terapéutica personal* (Tabla 25 y Gráfico 2).

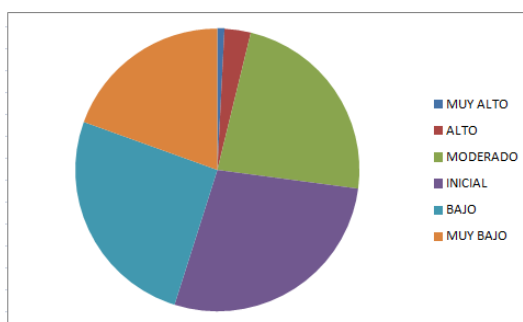
Tabla 24

Distribución de frecuencias en la variable *Conocimiento previo de la TFE*

		Frecuencia	Porcentaje
1	MUY ALTO (conozco los fundamentos teórico y domino los conceptos)	1	,8
2	ALTO (conozco los fundamentos teóricos aunque no domino los conceptos)	4	3,0
3	MODERADO (conozco fundamentos teóricos y los conceptos en un nivel básico)	31	23,3
4	INICIAL (todo me suena, pero no podría explicarlo por mí mismo/a)	37	27,8
5	BAJO (aunque sé o he leído algunas cosas, no diría que conozco el modelo)	34	25,6
6	MUY BAJO (sé de qué tipo de terapia se trata, pero no conozco el marco propiamente)	26	19,5
Total		133	100,0

Gráfico 1

Distribución de frecuencias en la variable *Conocimiento previo de la TFE*



Como se observa, la muestra se distribuye bastante equitativamente entre los niveles que van de un conocimiento *muy bajo* a *moderado*, para pasar a reducirse drásticamente en los niveles alto y muy alto, lo cual es coherente con el grado de implantación y desarrollo del modelo en España y con la procedencia de los sujetos: una parte importante de alumnos de postgrado de la Universidad Pontificia Comillas, que cursan una introducción a la TFE, y un grupo relevante de profesionales que habían hecho algún tipo de formación en fin de semana.

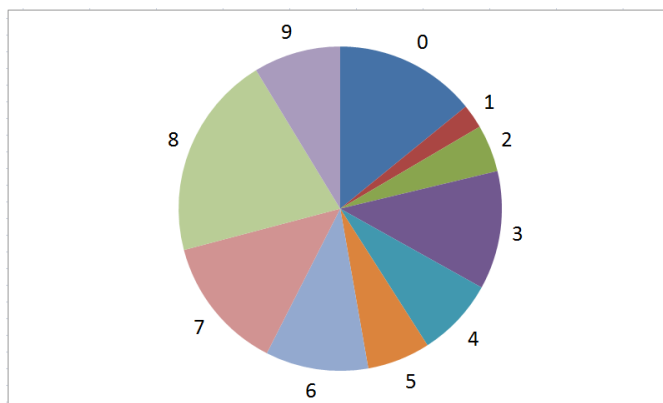
Tabla 25

Distribución de frecuencias en la variable *Impacto emocional de la experiencia terapéutica personal*

		Frecuencia	Porcentaje
No tengo experiencias de ese tipo	0	18	13,5
Fue una experiencia de autoconocimiento en la que aprendí a identificar mis sentimientos y su relación con mis pensamientos y conductas, así como a regular mis emociones de un modo más eficaz o adaptativo.	1	3	2,3
	2	6	4,5
	3	15	11,3
Fue una experiencia de autoconocimiento en el nivel emocional, en la que me familiaricé con mi mundo interno y aprendí a reconocer mis conflictos y necesidades y a ser más espontáneo/a.	4	10	7,5
	5	8	6,0
Fue una experiencia de trabajo intenso con mi experiencia y con las heridas emocionales de mi vida. Hice transformaciones y aprendí a vivir guiado por mi emoción y a ser más auténtico/a en mis relaciones.	6	13	9,8
	7	17	12,8
	8	26	19,5
Fue una experiencia de contacto con el nivel experiencial profundo de mi ser y de mi identidad. Además de sanar heridas, encontré una "brújula interna" que me ayuda a vivir conectado/a y a orientarme en la vida.	9	11	8,3
	Total	133	100,0

Gráfico 2

Distribución de porcentajes en la variable *Impacto emocional de la experiencia terapéutica personal*



Respecto al *Impacto emocional de la experiencia terapéutica personal*, lo más reseñable es que solo un 13,5% de la muestra afirmó no haber tenido una experiencia de ese tipo, por lo que puede considerarse un grupo muy "psicologizado". No obstante, si prestamos atención al continuo de impacto, el porcentaje de personas que identifican una experiencia de "funcionamiento experiencial pleno" (puntuaciones 8-10), se reduce a una horquilla de entre el 13% y el 30%. En

cualquier caso, el rango de experiencias sobre el continuo parece distribuirse de una forma bastante equilibrada.

Descripción de la muestra basada en los instrumentos de Empatía autopercebida e Inteligencia Emocional

A continuación se revisan las puntuaciones de los participantes en las variables de Empatía e Inteligencia Emocional (IE), así como las relaciones entre instrumentos, y entre escalas y datos socio-demográficos. El criterio principal se basa en los hallazgos de correlaciones y diferencias de medias estadísticamente significativas.

En lo tocante a las puntuaciones en Inteligencia Emocional (IE) medida con el MSCEIT (Tabla 26), observamos que no hay diferencias en función del sexo ($\lambda=0,944$, $F(4,126)= 1,86$, $p=0,123$, $\mu^2_{par}=,056$). Aunque sí que se aprecia asociación entre Inteligencia Emocional y la edad, en las siguientes dimensiones: *Percepción emocional* (CIEP) ($r= -0,229$) y *Facilitación Emocional* (CIEF) ($r=0,254$), si bien con signos diferentes, de manera que encontramos una asociación directa entre edad y *Facilitación* e inversa entre edad y *Percepción*. Es decir, parece ser que en esta muestra, la capacidad de percibir las emociones en uno mismo y en los demás disminuye ligeramente con la edad, al contrario que la capacidad para generar, utilizar y sentir las emociones de la forma necesaria para comunicar los sentimientos o utilizarlos en otros procesos cognitivos. Una interpretación diacrónica rígida de estos datos no nos parece apropiada, puesto que trata de un corte transversal, pero llama la atención que al menos en este grupo las personas con más edad parecen haber aprendido a utilizar mejor sus emociones, mientras que pueden permanecer relativamente ensimismadas. Y al revés, las personas más jóvenes son menos expertas en usar sus emociones, pero viven más hacia afuera.

Tabla 26

Correlaciones entre las subescalas de la prueba de Inteligencia Emocional MSCEIT y la edad

	CIE	CIEX	CIES	CIEP	CIEF	CIEC	CIEM	EDAD
CIE	1	,878**	,697**	,578**	,570**	,512**	,555**	,034
CIEX	,878**	1	,365**	,703**	,619**	,226**	,342**	,017
CIES	,697**	,365**	1	,221*	,194*	,820**	,695**	-,013
CIEP	,578**	,703**	,221*	1	,205*	,157	,172*	-,229*
CIEF	,570**	,619**	,194*	,205*	1	,135	,123	,254**
CIEC	,512**	,226**	,820**	,157	,135	1	,192*	-,049
CIEM	,555**	,342**	,695**	,172*	,123	,192*	1	,042
Media (dt)	108,0 (12,2)	100,9 (11,6)	113,4 (12,0)	100,4 (14,5)	99,5 (12,4)	113,01 (12,9)	108,9 (11,2)	34,4 (11,9)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Por otra parte, no se revelan correlaciones estadísticamente significativas entre las subescalas de IE y los *Años de experiencia terapéutica* como profesional, *Conocimiento previo de TFE* y el *Impacto emocional de la experiencia terapéutica personal* (ver Tabla 27). Son resultados llamativos, pues convencionalmente se asocia el acervo de la experiencia profesional en terapia con una ganancia progresiva en la capacidad de conocer y trabajar con el mundo afectivo, sin embargo, esto no parece querer decir para este grupo, que tal ganancia, caso de existir, se refleje en las competencias emocionales que mide el MSCEIT. La experiencia personal de terapia también se esperaría que correlacionase al menos con alguna dimensión de IE, y la ausencia de valores significativos en este sentido nos da qué pensar. Por otra parte, el dato de la falta de relación entre experiencia formativa en TFE e IE, podría ser preocupante -pues las habilidades clínicas de este enfoque se asientan en componentes de IE-, si no fuese por la ausencia en la muestra de personas entrenadas en profundidad en el modelo.

Tabla 27

Correlaciones entre las subescalas de la prueba de Inteligencia Emocional MSCEIT y *Años de experiencia terapéutica*, *Conocimiento previo de TFE* e *Impacto emocional de la experiencia terapéutica personal*

	<i>Años de experiencia terapéutica</i>	<i>Conocimiento previo de TFE</i>	<i>Impacto experiencia terapéutica</i>
CIE	-,028	-,158	-,073
CIEX	-,028	-,134	-,049
CIES	-,002	-,118	,035
CIEP	-,104	,036	,071
CIEF	,160	-,145	-,003
CIEC	,103	-,037	,091
CIEM	-,115	-,153	-,038

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Se encuentran diferencias en las medidas de *Empatía autopercebida* evaluada con el TECA en función del sexo ($\lambda=0,811$, $F(4,128)= 7,44$, $p<0,001$, $\mu^2_{par}=,189$), y en todas las subescalas, menos en la escala de *Adopción de perspectivas*, en la que las mujeres presentan medias mayores de forma estadísticamente significativa a las de los varones (ver Tabla 28). Es decir, si bien hombres y mujeres no se diferencian en la muestra respecto a su auto-percepción respecto a la capacidad para ponerse intelectual o imaginativamente en el lugar de otro (i.e., comprender a un paciente mirando la situación desde su perspectiva), las mujeres sí que se perciben a sí mismas como más capaces de:

reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de los demás (*Comprensión emocional*); compartir las emociones negativas de otra persona y de dejarse afectar o incluso contagiar por sus sentimientos (*Estrés empático*); y de compartir las emociones positivas de otra persona (*Alegría empática*).

Tabla 28

Diferencias de medias por sexo en las medidas de empatía autopercibida del TECA (global y subescalas)

	Adopción de perspectivas		Comprensión empática		Estrés empático		Alegría empática		Empatía Total	
	F(1,131)=2,57, p=,111, $\mu^2_{par}=,019$		F(1,131)=9,35, p=,003, $\mu^2_{par}=0,067$		F(1,131)=14,14, p<,001, $\mu^2_{par}=0,104$		F(1,131)=15,80, p<,001, $\mu^2_{par}=0,018$		F(1,131)=25,63, p<,001, $\mu^2_{par}=,164$	
	Media (dt)		Media (dt)		Media (dt)		Media (dt)		Media (dt)	
Varón	32,04	(3,407)	33,83	(4,779)	22,13	(5,178)	31,54	(3,934)	119,54	(10,160)
Mujer	33,42	(3,898)	36,40	(3,464)	26,43	(4,846)	34,79	(3,554)	130,95	(9,963)

Estas diferencias sugieren que en la muestra se repiten estereotipos de género, lo cual nos habla de la presencia de lo social incluso en los ambientes supuestamente más reflexivos, o más confiados en el impacto de la formación como factor compensador de diferencias.

Por otra parte, no hay asociación entre la edad y la *Empatía autopercibida* (ver Tabla 29). En cuanto a las correlaciones entre las subescalas, se observa que la escala de *Estrés empático* únicamente obtiene correlación estadísticamente significativa con la escala de *Alegría empática* ($r=0,256$). Las demás subescalas presentan correlaciones estadísticamente significativas entre sí pero no con *Estrés empático*, siendo la más elevada la encontrada entre *Comprensión* y *Perspectiva empática* ($r=0,419$). El manual de la prueba (López-Pérez et al., 2008) informa de correlaciones positivas y significativas entre todas las subescalas (entre 0,22 y 0,48), si bien concluye que, aunque se hallan relacionadas, cada una aporta información distinta y no redundante. En nuestra muestra, la relación exclusiva del *Estrés empático* nos hace pensar en un posible sesgo de autoconcepto en el grupo de terapeutas, por el cual, la visión de uno mismo como alguien que "ríe con los que ríen y llora con los que lloran" puede tener sentido.

Tabla 29

Correlaciones entre las puntuaciones de empatía autopercebida en el TECA (subescalas y global)

	Adopción de perspectivas	Comprensión empática	Estrés empático	Alegría empática	Total empatía	Edad
Adopción de perspectivas	1	,419**	,081	,225**	,614**	-0,154
Comprensión empática	,419**	1	,164	,310**	,689**	-0,068
Estrés empático	,081	,164	1	,256**	,648**	0,007
Alegría empática	,225**	,310**	,256**	1	,656**	0,095
Total empatía	,614**	,689**	,648**	,656**	1	-0,039
Media (dt)	33,2 (3,8)	35,9 (3,8)	25,7 (5,2)	34,2 (3,8)	128,9 (10,9)	34,3 (11,9)

Respecto a la relación entre *Empatía autopercebida* e IE, la puntuación total en *Empatía* correlaciona de forma estadísticamente significativa y directa con la puntuación del *Área Estratégica* de la IE ($r=0,179$). Más específicamente, se encuentra una correlación entre *Empatía* total y la rama de *Manejo Emocional* ($r=0,196$). Esto viene a mostrar una cierta relación entre la autopercepción de las personas como empáticas por un lado, y su desempeño en tareas que requieren comprender los significados emocionales y sus implicaciones en las relaciones, así como manejar las emociones de uno mismo y de los demás, permaneciendo abierto a los sentimientos y siendo capaz de modularlos por otro.

Por otra parte, es la subescala de *Alegría empática* la que correlaciona de forma estadísticamente significativa con la puntuación total en IE (CIE) ($r=0,207$), con el *Área estratégica* ($r=0,193$), con la *Percepción emocional* ($r=0,208$), y la mayor de todas, con el *Manejo emocional* ($r=0,248$). Ninguna otra subescala de empatía obtiene correlaciones estadísticamente significativas con las medidas de IE (Tabla 30). Todo esto nos hace reflexionar sobre el posible sentido de esta relación: Quizá las personas más inteligentes emocionalmente han incorporado a su autoconcepto una imagen de sí mismas como abiertas a la emoción positiva de los demás, basada tal vez en sus buenas experiencias en el mundo emocional. Al tratarse de una correlación, no se puede inferir causalidad, pero cuesta pensar que tener una opinión de sí mismo como sensible a las emociones positivas de los demás modifique al alza la IE.

Tabla 30

Correlaciones entre Empatía medida con el TECA (global y subescalas) e Inteligencia Emocional evaluada con el MSCEIT (global, áreas y ramas)

	Perspectiva empática	Comprensión empática	Estrés empático	Alegría empática	Total empatía
CIE	,055	,043	,022	,207*	,133
CIEX	,020	,033	-,042	,162	,073
CIES	,099	,039	,120	,193*	,179*
CIEP	,162	,029	-,003	,208*	,151
CIEF	-,133	,014	-,077	,147	-,013
CIEC	,100	-,028	,089	,062	,087
CIEM	,048	,059	,127	,248**	,196*

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Análisis de la Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso

A continuación nos ocupamos del análisis estadístico de *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso* (AE-FC) que hemos desarrollado a fin de evaluar el posible efecto de este tipo de evaluaciones en el rendimiento en formulación.

Las medias, desviaciones típicas, indicadores de curtosis y asimetría se presentan en la Tabla 31. Como puede observarse, ningún ítem tiene indicadores de asimetría alejados de lo esperable en normalidad, es decir entre ± 2 en asimetría y curtosis (Gravetter y Wallnau, 2014), salvo en el caso del ítem 8 que se desvía ligeramente en su curtosis.

Tabla 31

Descriptivos de los 16 ítems en la *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso* (AE-FC)

Ítems	Media	Desviación		
		típica	Asimetría	Curtosis
i1	73,26	15,427	-,931	,868
i2	80,32	14,582	-1,025	1,089
i3	70,80	15,390	-,598	,881
i4	70,60	15,500	-,714	,530
i5	68,42	15,787	-,931	1,720
i6	65,47	17,269	-,676	,706
i7	68,19	20,380	-1,082	1,089
i8	73,94	16,444	-1,222	2,042
i9	71,39	15,869	-1,033	1,816
i10	66,69	18,980	-,633	-,326
i11	53,90	22,873	-,297	-,627
i12	69,00	16,557	-,487	,116
i13	66,93	20,060	-,720	-,094
i14	63,17	20,267	-,588	-,062
i15	70,05	17,706	-,896	,950
i16	68,03	17,673	-,611	,283

Las medias y desviaciones típicas revelan también cierta centralidad de las medias de los items y adecuada dispersión en todos ellos. El alfa de Cronbach de los 16 items es de 0,960, que junto al resultado de un análisis paralelo, que revela la existencia de un factor único latente, indica que es coherente con la unidimensionalidad del constructo.

Como se muestra en la Tabla 32, se encuentran correlaciones esperadas estadísticamente significativas entre la *Autoeficacia en FC* y los *Años de experiencia terapéutica* ($r=0,234$), el *Conocimiento previo en TFE* ($r=0,185$) y el *Impacto emocional fruto de la terapia personal* ($r=0,301$). La primera de estas relaciones es altamente congruente, pues sea de una manera explícita o no, los terapeutas necesitan hacerse cargo diariamente de los aspectos aplicados de los que hablan los items de la escala. Mientras que las otras dos correlaciones son más difíciles de interpretar: Quizá el *Conocimiento previo de la TFE* ofrezca una cierta seguridad frente a las tareas de formulación recogidas por el cuestionario AE-FC, similar a la que podría devenir del conocimiento de cualquier otro modelo terapéutico (por oposición claro está, a no poseer un conocimiento suficientemente rico de ninguno de ellos); y respecto a la cuestión de *Impacto emocional fruto de la terapia personal*, cabe suponer que conocer la experiencia "desde dentro" y de forma intensa, ofrece una plataforma de seguridad para afrontar el trabajo clínico en general.

Tabla 32

Correlaciones entre la puntuación en la *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso* (AE-FC) y Años de experiencia terapéutica, Conocimiento previo en TFE, e Impacto emocional fruto de la terapia personal

	Años de experiencia terapéutica	Conocimiento previo en TFE	Impacto emocional fruto de la terapia personal
AUTOEFICACIA EN FORMULACIÓN	,234(*)	,185(*)	,301(**)
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)		** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)	

Por otra parte, el total de *Autoeficacia en FC* presenta una correlación estadísticamente significativa con la *Alegría empática* ($r=0,293$), siendo la única correlación estadísticamente significativa cuando es puesta en relación con las subescalas y con la puntuación global del TECA (ver Tabla 33). De nuevo la *Alegría empática* es la variable de autopercepción de empatía que dice algo, aunque es difícil saber qué.

Tabla 33

Correlaciones entre la puntuación en la *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso (AE-FC)* y Empatía autopercibida evaluada con el TECA (subescalas y global)

Empatía	AUTOEFICACIA en FORMULACIÓN DE CASO
ADOPCIÓN DE PERSPECTIVAS	,038
COMPRENSIÓN EMPÁTICA	,139
ESTRES EMPÁTICO	-,117
ALEGRIA EMPÁTICA	,293(**)
TOTAL EMPATIA	,108

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a la relación con IE, la *Autoeficacia en FC* presenta una correlación estadísticamente significativa con el *Área estratégica* del MSCEIT ($r=0,193$), especialmente con la puntuación en *Comprensión Emocional* ($r=0,212$), tal y como se presenta en la Tabla 34. Creemos que esto puede ser leído en términos de alguna comunalidad entre la creencia de que uno es capaz de hacerse cargo del caso y de trabajar con el cliente, y poder comprenderle no sólo en términos de contenido de su experiencia, sino también en términos de cómo sus emociones se combinan y evolucionan a lo largo de la interacción terapéutica.

Tabla 34

Correlaciones entre la puntuación en la *Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso (AE-FC)* e Inteligencia Emocional evaluada con el MSCEIT (áreas, ramas y global)

Inteligencia Emocional	AUTOEFICACIA en FORMULACIÓN DE CASO
CIE	,135
CIEX	,097
CIES	,193(*)
CIEP	,100
CIEF	,089
CIEC	,212(*)
CIEM	,041

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral) ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

78 participantes volvieron a contestar al cuestionario al cabo de una semana. La correlación entre ambas administraciones fue de 0,784 ($p < 0,001$), revelando así una adecuada estabilidad temporal. Cierto es que el criterio de tiempo estándar para la evaluación de la estabilidad temporal se sitúa en torno a los seis meses, pero ante la duda de si se podrían volver a obtener datos, se prefirió asegurar una segunda medida. Para ello, la escala se aplicó a una submuestra. No obstante, consideramos que ya que una gran parte de los participantes se encontraba en formación, los resultados de un re-test demasiado lejano en el tiempo serían engañosos. Así pues, es posible que no hayamos conseguido vencer el efecto memoria con solo una semana de latencia, pero creemos haber evitado la distorsión del aprendizaje. Sea como sea, y dado que el constructo de *Autoeficacia en FC* nos parece interesante y ha resultado relevante en la investigación, asumimos como pendiente para el futuro, el tratar de evaluar la estabilidad temporal de la escala en mejores condiciones.

Competencia de formulación (Secuencia de Formulación Multipista, SFMP)

La medida en *competencia global de formulación* (CGF) revela una adecuada consistencia interna (ver Tabla 35). La competencia para el *razonamiento abductivo* (CRA) y para el *diagnóstico de emoción* (CDE) también ronda el 0,7, con ligeras variaciones en función de si se corrige cada indicador con una escala de 3 valores (introduciendo el *acceptable*= 0,5 puntos), o con una escala de solo 2 valores (bien/mal como acuerdo= 1 punto y desacuerdo= 0 puntos). La opción por fusionar las puntuaciones 0,5 y 1 se corresponde con el intento de encontrar más relaciones entre el rendimiento en la SFMP como variable independiente y las variables criterio en los análisis de regresión, después de que en una primera tentativa no se obtuvieran resultados. Por ello se optó por trabajar con los dos modos de corrección, uno más conservador y detallado (tres valores), y otro más laxo, en el que lo que se pondera es haber hecho una resolución aceptable o buena de cada ejercicio de formulación, por oposición a no obtener ningún resultado (2 valores).

La puntuación en *competencia para el diagnóstico tarea* (CDT) se realizó con dos items correspondientes a uno de los ejercicios de la SFMP. El primero de ellos no pudo ser usado por ser excesivamente fácil y no discriminativo, dado que sólo cuatro participantes no obtuvieron la respuesta completa bien (es decir, sólo cuatro fallaron en detectar que en el punto de parada del ejercicio, cliente y terapeuta se hallaban frente a un marcador de tarea).

Tabla 35

Medias de rendimiento de los participantes en la tarea de formulación evaluada en la Secuencia de Formulación Multipista (según las dos opciones de corrección)

	3 opciones de respuesta			2 opciones de respuesta		
	CGF Competencia Global de Formulación (21 ítems)	CRA Competencia para el Razonamiento Abductivo (16 ítems)	CDE Competencia para el Diagnóstico de Emoción (3 ítems)	CGF Competencia Global de Formulación (21 ítems)	CRA Competencia para el Razonamiento Abductivo (16 ítems)	CDE Competencia para el Diagnóstico de Emoción (3 ítems)
Alfa	0,750	0,720	0,674	0,716	0,688	0,695
Media	40,90	35,98	42,31	57,59	53,69	64,67
Dt	14,88	15,94	28,41	17,84	19,63	37,73

En cambio, en el segundo ítem del ejercicio (la identificación del marcador de tarea específico a partir de una lista de 12), hubo más variabilidad, encontrándose que 47 personas fallaron y 70 resolvieron bien el ejercicio. La correlación biserial puntual de este ítem con los indicadores de *competencia global de formulación* (CGF) y de *razonamiento abductivo* (CRA) resultaron estadísticamente significativas ($r=0,427$ y $r=0,265$). Estos resultados se encuentran consignados en la Tabla 36, y nos sugieren que, pese al hecho de contar con una lista de tareas terapéuticas posibles, la identificación del marcador de tarea no resulta fácil (diríamos posible) para quien no conoce el modelo con suficiente detalle. Esto pone de manifiesto la relevancia del conocimiento teórico-práctico del modelo para realizar una práctica basada en la evidencia en el nivel de facilitación del proceso terapéutico guiada por la FC, por oposición a una práctica basada meramente en la aplicación de la técnica que cada uno conoce o domina.

Además, las correlaciones entre la *competencia de razonamiento abductivo* CRA y la *competencia global de formulación* fue altísima (CGF) (0,950), lo cual es un dato de coherencia con el hecho de que los momentos de razonamiento abductivo son la línea base de la FC en TFE, pero también con la sobrerrepresentación de este tipo de ejercicios en la SFMP. Futuros estudios requerirían equilibrar el número de ejercicios de cada competencia.

La correlación fue alta entre la *competencia global de formulación* CGF y la *competencia de diagnóstico de emoción* (CDE) ($r=0,542$), y media entre la *competencia de razonamiento abductivo* (CRA) y la *competencia de diagnóstico de emoción* (CDE) ($r=0,305$). El hecho de que un ejercicio relativamente pequeño (tres ítems), como el que evalúa la competencia para distinguir tipos de emoción según la teoría de la TFE, y para identificar el elemento del esquema de emoción que está

siendo simbolizado por el cliente en un momento dado, mantenga una correlación alta con el resultado global en la SFMP, es decir, en la CGF, nos resulta particularmente sugerente. La razón de esta valoración es que el diagnóstico de emoción, además de ser una competencia de FC en proceso, es considerado uno de los rasgos distintivos a nivel técnico entre la TFE y otros modelos de terapia humanista-experiencial.

Tabla 36

Correlaciones entre las competencias de formulación en proceso evaluadas por los ejercicios de formulación de la SFMP

	Competencia para el Razonamiento Abductivo (CRA)	Competencia para el Diagnóstico de Emoción (CDE)	Competencia de Diagnóstico de Tarea
Competencia Global de Formulación (CGF)	0,950 ***	0,542 **	,427(**)
Competencia para el Razonamiento Abductivo (CRA)	1	0,305 **	,265(**)
Competencia para el Diagnóstico de Emoción (CDE)		1	,168

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 37 se muestra la relación entre la competencia de formulación y la IE. La *competencia global de formulación (CGF)* y la *Comprensión emocional* presentaron una correlación estadísticamente significativa, del signo esperado y magnitud baja, así como el rendimiento en la identificación del marcador de tarea (CDT) y la *Comprensión emocional*. Ciertamente se trata de una correlación coherente teóricamente: Los ejercicios de formulación de la SFMP son formas específicas e informadas científicamente de comprender la información emocional del cliente, y cómo sus emociones evolucionan a lo largo de las transiciones interpersonales, y poseen un significado particular. Sin embargo, iba contra todo pronóstico no hallar más relaciones con las variables de IE, y nos surgen dudas acerca de si la forma sofisticada de IE con la que se trabaja en TFE, aunque pueda compartir "m musculatura" con lo que mide el MSCEIT, es bastante diferente del concepto general de IE. Quizá debido al grado en que, como competencia, la FC emocionalmente inteligente se basa también en todo lo que es "destreza terapéutica" (entendida ésta como el conjunto de operaciones de diferenciación de aspectos de la experiencia del cliente, guiados por la teoría e informados por la investigación).

Tabla 37

Correlaciones entre las competencias de formulación en proceso evaluadas por los ejercicios de formulación de la SFMP y la Inteligencia Emocional evaluada con el MSCEIT (global, áreas y ramas)

IE	3 opciones de respuesta			2 opciones de respuesta			
	CGF (global)	CRA (abductivo)	CDE (emoción)	CGF (global)	CRA (abductivo)	CDE (emoción)	CDT (tarea)
CIE	,035	,043	,000	,041	,035	,036	-,045
CIEX	-,020	-,009	,005	-,019	-,018	,025	-,128
CIES	,101	,078	,046	,111	,084	,069	,111
CIEP	,053	,072	-,024	,048	,072	-,042	-,028
CIEF	,003	,005	,025	-,001	-,001	,023	-,071
CIEC	,158	,124	,078	,189(*)	,155	,097	,191(*)
CIEM	-,028	-,019	-,032	-,050	-,052	-,010	-,054

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Ningún indicador de competencia en formulación en la SFMP presentó correlaciones estadísticamente significativas con la *Empatía autopercebida* (medida con el TECA) de los participantes evaluada con el TECA (ver Tabla 38). Esto es congruente con los hallazgos de Ickes (2003, 2009), en relación con la poca capacidad de las medidas de autoinforme en empatía, a la hora de predecir precisión empática. Recordemos que este investigador ha desarrollado la metodología de investigación en la que se basa nuestro trabajo: Un observador trata de hacer inferencias sobre los estados internos de otra persona (pensamientos y/o sentimientos) momento a momento, a la que contempla en una grabación. Ickes (2009) presenta su método de estudio de la precisión empática como una medida de ejecución, que contrapone a las de autoinforme. Al respecto de ellas, halló que no correlacionaban con las evaluaciones de empatía basadas en el paradigma de investigación de la precisión empática (Ickes, 2003), lo cual encontramos también en nuestra muestra: Por un lado en la medida en que no hallamos relaciones entre el TECA y la SFMP; y por otro, en la medida en que tampoco hemos encontrado relaciones entre el TECA y el MSCEIT, el cual mide dimensiones que se solapan con el constructo de empatía, y es además una medida de ejecución.

La medida de *Autoeficacia en FC* evaluada mediante la escala AE-FC, presenta correlaciones estadísticamente significativas con la *competencia global de la formulación* (CGF) y la *competencia de razonamiento abductivo* (CRA) (ver Tabla 39). Este hallazgo nos parece congruente pero no evidente, pues se trata de una expectativa de autoeficacia respecto a tareas bastante globales del trabajo en psicoterapia. Sin embargo, esta relación entre la creencia en ser capaz de trabajar en FC en un nivel macroscópico, y el rendimiento en una tarea de formulación en un nivel microscópico como es el de proceso, justifica sobradamente un estudio más detallado de la misma en clave predictiva -el cual queda, no obstante, como tarea para futuras investigaciones.

Tabla 38

Correlaciones entre las competencias de formulación en proceso evaluadas por los ejercicios de formulación de la SFMP y la Empatía autopercebida evaluada con el TECA (global y subescalas)

EMPATÍA	3 opciones de respuesta			2 opciones de respuesta			
	CGF (global)	CRA (abductivo)	CDE (emoción)	CGF (global)	CRA (abductivo)	CDE (emoción)	CDT (Tarea)
ADOPCIÓN DE PERSPECTIVAS	-,015	,010	-,059	-,045	-,010	-,104	-,066
COMPRENSIÓN EMPÁTICA	-,063	-,056	-,052	-,070	-,043	-,104	-,033
ESTRES EMPÁTICO	,043	,042	-,005	,075	,064	,042	,026
ALEGRIA EMPÁTICA	,009	,049	-,089	,058	,086	-,027	-,047
TOTAL EMPATIA	-,006	,018	-,069	,009	,036	-,065	-,045

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 39

Correlaciones entre la Autoeficacia en FC evaluada mediante la EA-FC y las competencias de formulación de la SFMP

AUTOEFICACIA EN FC	3 opciones de respuesta			2 opciones de respuesta			
	CGF (global)	CRA (abductivo)	CDE (emoción)	CGF (global)	CRA (abductivo)	CDE (emoción)	CDT (Tarea)
Escala AE-FC	,253(*)	,251(*)	0,144	,253(*)	,265(**)	,086	,011

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Predicción de la competencia de formulación

Para predecir los diferentes indicadores de competencia de formulación evaluados mediante la SFMP (global, razonamiento abductivo y de diagnóstico de emoción), se realizó un análisis de regresión por pasos, con las variables predictoras de experiencia terapéutica (*Años de experiencia profesional*, *Conocimiento previo de la TFE*, e *Impacto de la experiencia emocional de la terapia personal*), y la IE, la *Empatía autopercebida*, y las expectativas de *Autoeficacia en FC* (Tabla 40).

La *competencia global de formulación* (CGF) se predijo mediante el *Conocimiento de la TFE* y las expectativas de *Autoeficacia en FC* ($F(2,97)=6,16$, $p=0,003$, $R^2=0,113$). Este es un resultado relevante en términos de refrendo del valor de la formación para este tipo de tareas, si bien introduce un matiz que habrá de ser sopesado en las conclusiones, relativo al peso de las expectativas de autoeficacia a la hora de sacar rendimiento a la formación.

Tabla 40

Correlaciones entre la Autoeficacia en FC evaluada mediante la EA-FC y las competencias de formulación de la SFMP

VARIABLE DEPENDIENTE		B	Error típ.	t	p	
Competencia Global	(Constante)	15,358	8,734	1,758	,082	
	F(2,97)=6,16, p=0,003, R2=0,113	TFE	3,303	1,244	2,655	,009
		Autoeficacia FC	,239	,116	2,052	,043
Competencia de Razonamiento Abductivo (CRA)	R2=0,050 F(1,98)=5,19, p=0,025,	(Constante)	16,161	9,020	1,792	,076
		Autoeficacia FC	,287	,126	2,278	,025
Competencia de Diagnóstico Emocional (CDE)	R2=0,090 F(2,97)=4,77, p=0,011,	(Constante)	85,705	26,973	3,177	,002
		Conocimiento TFE	6,059	2,462	2,460	,016
		Adopción de Perspectivas (Empatía)	-1,757	,800	-2,195	,031

El rendimiento en la *competencia de razonamiento abductivo* (CRA) es significativamente predicho con un modelo que contempla únicamente las expectativas de *Autoeficacia en FC* ($R^2=0,050$, $F(1,98)=5,19$, $p=0,025$), mientras que la *competencia de diagnóstico de emoción* (CDE), es predicha de forma estadísticamente significativa mediante el *Conocimiento previo de la TFE* y la *Adopción de perspectivas* del TECA ($R^2=0,090$, $F(2,97)=4,77$, $p=0,011$). Confirmamos aquí la observación previa acerca de la posibilidad de que los participantes que se ven capaces de gestionar los avatares de un caso clínico en términos de las macro-competencias a las que se refiere la escala de *Autoeficacia en FC*, consiguen mejores resultados en las operaciones de formulación en el nivel de proceso, microscópicas por naturaleza. Por otra parte, hacemos notar que el hecho de que los mejores resultados a la hora de distinguir tipos de emoción y aspectos de un esquema de emoción (CDE) venga predicho por el conocimiento de la TFE y por la capacidad autopercebida de tomar el punto de vista del otro, nos sugiere una lectura en términos de integración. Es decir, probablemente, los buenos resultados en competencia de diagnóstico de emoción (CDE) se dan en terapeutas que se

perciben a sí mismos como capaces de adoptar la perspectiva del cliente, y que cuando creen haberlo logrado, saben establecer distinciones bien fundamentadas teóricamente, respecto a las emociones del cliente.

El modelo de regresión logística para predecir el acierto en la identificación del marcador de tarea (como único indicador de la *competencia para el diagnóstico de tarea* (CDT)) mediante el método hacia adelante, revela que el *Conocimiento previo de TFE* y la *Comprensión Emocional* (una de las ramas de IE en el Área Estratégica), realizan dicha predicción de forma estadísticamente significativa ($\chi^2(2)=12,93$, $p=0,002$). Efectivamente, lo que en los análisis de las correlaciones era una sospecha (que es necesario saber qué buscar para poder encontrarlo), se confirma en términos de predicción cuando ese "saber qué buscar" (conocimiento de la TFE) se da en una persona que posee la capacidad para comprender la información emocional del cliente (en términos de cómo se combinan las emociones y cómo evolucionan a lo largo de las interacciones en las relaciones). Por tanto, desde una perspectiva aplicada, por ejemplo, estos resultados sugieren que la formación en TFE no puede limitarse a la instrucción teórico técnica, sino que una pieza clave es el desarrollo de una competencia de IE más general, como es la *Comprensión Emocional*. Y viceversa, que es necesario controlar la potencial tendencia de las personas con mayor capacidad de *Comprensión Emocional* a apoyarse en sus recursos psicológicos naturales, sin esforzarse por estudiar y conocer en profundidad no sólo los distintos marcadores de tarea, sino las distintas formas en los que estos aparecen. De lo contrario, uno podría saber que algo pasa, pero no saber qué es.

5.2.4. Discusión y conclusiones

En la presentación de los resultados ya hemos ido haciendo parte del trabajo de interpretación, de modo que en este apartado nos dedicaremos a hacer valoraciones de carácter más global, vinculadas a los objetivos, hipótesis y preguntas de investigación de los que partíamos.

Hemos logrado desarrollar un procedimiento de evaluación de la competencia de formulación en proceso (la SFMP), en sintonía tanto formal como de resultados, con otros procedimientos consolidados como son los de evaluación de la precisión empática. Así pues, contamos con un recurso de investigación prometedor.

Además hemos desarrollado una escala para evaluar expectativas de *Autoeficacia en FC*, que consigue medir aceptablemente bien un constructo que no había sido abordado previamente, y que según los datos de los análisis de regresión, puede jugar un papel importante en los desempeños en FC en TFE. De hecho, la FC en TFE no debería ser -y no parece ser- una actividad humana que escape al poder explicativo de la Teoría Cognitivo-Social de Bandura. Sin embargo, lo que llama la atención

es la relación que hemos observado en la muestra, entre expectativas de autoeficacia sobre una tarea macroscópica de formulación, y una tarea que se desarrolla a nivel micro. Este hallazgo merece ser estudiado y replicado con otras muestras, y de ser así, introduce un tema nuevo en la formación en FC en TFE y en general en los procesos de supervisión de terapeutas.

Respecto a la **cuestión de la fiabilidad (Hipótesis 1)**, se han observado diferencias en los resultados de formulación en la SFMP relacionadas tanto con la experiencia profesional como con el conocimiento previo en TFE. Y es que parece ser, que el conjunto de habilidades que permiten resolver más o menos exitosamente la tarea de formulación propuesta, mantiene la suficiente unidad y coherencia. Es decir, que todo el que aprende a manejarse en situaciones clínicas con este tipo de procesos de formulación y los conoce, mejora su resultado, y esto es señal de la coherencia interna del modelo de formulación en proceso característico de la TFE.

Respecto a la **falta de valor de la auto-percepción de empatía**, confirmamos nuestra hipótesis de independencia de esta variable respecto a los rendimientos en la tarea de formulación (**Hipótesis 2**), que es a su vez un apoyo indirecto a la fiabilidad del modelo. Confirmamos de modo análogo los trabajos de Ickes (2001), y, en consecuencia, abogamos por que en los programas formativos se insista en diferenciar lo que los alumnos piensan de sí mismos en cuanto a su competencia empática, de lo que es ejecución real. Esto tiene una implicación importante y con frecuencia desagradable: Hay que dar *feedback* para saber lo que uno hace bien y lo que no. No obstante, algún aspecto de la auto-percepción de empatía sí que debe ser tenido en cuenta reflexivamente, por cuanto en conjunción con otras variables mostró poder predictivo sobre el desempeño en formulación. Así, la subescala de *Adopción de Perspectiva*, en combinación con el *Conocimiento previo sobre TFE* predijeron el rendimiento en la *competencia para el diagnóstico de emoción* (CDE). Como hemos comentado transversalmente al presentar los resultados, esto sugiere interpretaciones que de nuevo nos conectan con el marco de la formación y el entrenamiento en TFE: Siendo la CDE un rasgo distintivo de la TFE entre los modelos humanistas-experienciales, sería importante explorar este resultado con más items hasta poder afirmar algo con solidez. De momento, en nuestra muestra sólo podemos decir que parece que quien se ve a sí mismo como alguien que se pone en el lugar del otro para mirar desde ahí, cuando sabe qué mirar respecto al tipo de emoción, lo ve. El diagnóstico de emoción es a su vez una de las micro-competencias de FC en TFE, que la experiencia docente viene mostrando que cuesta más desarrollar. ¿Será ésta una pista para mejorar en este asunto?

Respecto al **valor de la Inteligencia Emocional (IE)**, la **Hipótesis 3** predecía una dependencia respecto al grupo de variables medido con el MSCEIT, respecto al rango de niveles de desempeño en la SFMP. Sin embargo, la sorpresa ha sido la práctica ausencia de correlaciones significativas, además

de la debilidad relativa de las mismas. Así pues, nos vemos en la tesitura de, o bien dudar de que lo que mide el MSCEIT sea el mismo tipo de IE necesaria para realizar la FC en proceso, o bien dudar de la sensibilidad de la tarea de formulación, o también, por qué no, de la corrección de las SFMP. Respecto a esta última opción, nos encantaría continuar nuevos estudios mejorando el procedimiento a partir de lo aprendido en éste, pero las variaciones en puntuaciones, así como su asociación a los grados de conocimiento del modelo, nos hacen pensar que ésta no es la explicación.

Nos inclinamos a pensar, más bien, que las situaciones clínicas que se producen en la sesión de TFE, si bien requieren un terapeuta emocionalmente inteligente, generan un ambiente interpersonal e intersubjetivo, que desborda los límites de las interacciones sociales normales, que son el marco del modelo teórico de Mayer y Salovey (1997). No obstante, esta afirmación es sólo una idea para pensar y profundizar sobre el asunto a partir de los resultados. Algunos de los cuales nos permitieron saber que, para esta muestra, el *Conocimiento previo de la TFE* y la rama de *Comprensión Emocional* del MSCEIT eran capaces de predecir los rendimientos en la identificación de marcadores de tarea. Aunque tenemos una interpretación plausible para este dato, queremos no obstante anteponer una cautela: Al estar la *competencia de diagnóstico de tarea* (CDT) representada por un solo ejercicio, del cual un único ítem resultó funcional, no podemos afirmar que esa sea exactamente la variable dependiente en el modelo de regresión. Es decir, sí lo es en términos de los valores introducidos en la matriz de datos, pero no necesariamente su significado (no es seguro que el ítem del ejercicio sea plenamente equivalente a la competencia que se pretende evaluar con él).

Sea como sea, es un resultado interesante cuando pensamos en términos de la metáfora del par de opuestos "musculatura-destreza": La dimensión de IE que permite comprender las emociones del cliente y sus transiciones en la interacción, aporta la fuerza de la competencia en términos de crear el espacio personal para representarse el mundo del otro (musculatura afectiva), pero es el conocimiento teórico de la TFE el que indica qué es lo que está pasando, qué es importante y a qué responder (destreza). Y al revés, un terapeuta puede saberse la clasificación completa de marcadores de tareas en TFE, pero si no puede comprender lo que pasa ni qué significa para la persona, no sabrá capturar el marcador o el micro-marcador emergente en el aquí y ahora de la sesión.

Bien pensado, este resultado introduce una manera sofisticada de redefinir el concepto de "marcador de tarea" desde la perspectiva del terapeuta. Mirando a los procesos del cliente, el marcador se define como la señal de un estado interno emocional problemático, activado en la sesión, que informa al terapeuta de la disponibilidad de la persona para implicarse productivamente en un proceso de cambio emocional específico (una tarea) (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1993). Pero visto desde el lado del terapeuta, un marcador sería, desde un punto de vista pragmático, aquel proceso del cliente que el terapeuta puede ver, comprender en las coordenadas

internas del cliente, y diferenciar cognitivamente, en tiempo real en función de las diferenciaciones que aporta la teoría de la TFE.

La gran sorpresa en el análisis de los datos ha sido el **valor de las expectativas de autoeficacia hacia la FC** medidas con la escala desarrollada *ad hoc*. Aunque como instrumento requiere estudios ampliados con una muestra mayor y una verdadera prueba de su estabilidad temporal, nos ha permitido obtener datos muy interesantes. Respecto a la **Hipótesis 4**, que predecía que el rendimiento en la tarea de formulación sí estaría asociado a esta variable, hemos obtenido una confirmación matizada: Efectivamente, las expectativas de *Autoeficacia en FC* predicen los rendimientos en la SFMP, pero en combinación con el *Conocimiento previo de la TFE*. Este resultado es coherente con la literatura sobre autoeficacia y aprendizaje en todos los niveles y marcos educativos, incluido el universitario, al que pertenece una gran parte de la muestra. No obstante, esa misma literatura viene añadiendo una variable más, en la que la autoeficacia se integra de diversas maneras, cual es la auto-regulación (ver por ejemplo Torre (2008) para una consideración del tema en el marco de la educación superior). Esto es algo que habría que explorar sin duda, en futuras investigaciones.

La capacidad de las expectativas de Autoeficacia en FC -que se evaluaron en el nivel de competencias "macro" del trabajo terapéutico- para predecir la *competencia de razonamiento abductivo* (CRA) -la cual sucede en el nivel "micro" de la interacción-, puede estar relacionada con esta noción de auto-regulación. De ese modo, es posible que creer que uno puede ocuparse de gestionar "todos" los avatares de un caso clínico, permite al terapeuta concentrarse en la tarea del instante que exige la FC en TFE. Esto es coherente con lo que proponíamos en la Hipótesis 4 acerca del "escenario mental y disposicional" que condiciona (para bien o para mal) los desempeños en tareas singulares o parciales dentro de un dominio de formulación. Y esto quizá guarde relación con las observaciones de Gonçalves (2015) acerca de la relación entre empatía del terapeuta y activación de la *red neuronal por defecto* (RND): Si un terapeuta cree que podrá afrontar todas las tareas de formulación de un caso, liberará recursos para estar presente en el *aquí y ahora* de la sesión y "divagar" o vagabundear frente a la experiencia del cliente, hasta que se forme una abducción holística y empáticamente precisa. Quizá sea mucho decir, pero parece algo coherente.

Por otra parte, la evidencia obtenida nos permite confirmar la Hipótesis 4 de una forma matizada en esta muestra. Así pues, quienes poseen la capacidad (formación en TFE, experiencia terapéutica e IE) y además *creen que pueden* (altas expectativas de *Autoeficacia en FC*), obtuvieron mejores resultados en la tarea de formulación evaluada con la SFMP; pero no basta con *creer que se puede* para lograr los mismos resultados.

5.4. Valoración de la adecuación de las Formulaciones de Foco en Terapia Focalizada en la Emoción: Estudio exploratorio

5.4.1. Marco conceptual

Las formulaciones de foco (FF) son el producto principal de la Formulación de Caso (FC) en Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) (Greenberg, Rice y Elliott, 1993; Greenberg, 2002; Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Goldman y Greenberg, 2015), si bien no son un objetivo a lograr, sino el resultado natural de la exploración empática de la experiencia del cliente, así como de la implicación experiencial progresiva en ella que éste realiza, todo ello, en un marco de trabajo co-exploratorio. El resultado de este enfoque es que las buenas FF son narrativas altamente empáticas, evocadoras y clarificadoras acerca del malestar que los clientes tratan a terapia y de los procesos de cambio consiguientes, y son co-construidas progresivamente por cliente y terapeuta a lo largo de las primeras sesiones de la terapia.

Si bien el concepto general de FC en psicoterapia hace referencia a la explicitación de los factores que hipotéticamente son los desencadenantes, mantenedores y causantes del malestar o de la disfunción que presenta un paciente, a fin de establecer un plan de tratamiento (Eells, 2007a), en el marco de la TFE tal intención no guía la actividad del terapeuta en la relación. Como se explicó en la sección 2.3. de este trabajo, el terapeuta se presenta al cliente sin *aprioris* acerca de su experiencia, y le acompaña en un proceso de exploración progresivamente más profundo experiencialmente, y más definido emocionalmente. De ese modo, lo que en TFE se entiende por formular tiene más que ver con relacionarse en el espacio existencial del cliente (aquí y ahora) y en utilizar el conocimiento clínico del terapeuta para crear un marco de diálogo (entre el cliente y su experiencia y entre el cliente y el terapeuta). Es decir, que en TFE la FC se guía fundamentalmente por una intención epistemológica que puede denominarse de *facilitación del proceso* (ver la sección 2.4.), la cual genera narrativas líquidas e idiosincrásicas acerca de la experiencia, que a su vez sirven como soporte para nuevos pasos experienciales. No obstante, la exploración de la experiencia del cliente en la primera fase de la terapia conduce a la repetición de una serie de procesos emocionales asociados a sus dificultades, que junto con la aparición de una serie de marcadores temáticos constituyen un buen material de reflexión a partir del cual formular un foco.

De ese modo, las FF surgen naturalmente como narrativas guiadas fundamentalmente por una *intención clínica narrativa*, por la cual se combinan flexiblemente dos aspectos: a) una apreciación apriorística de lo que le sucede al cliente y por qué, y b) una lectura compartida de lo que ha ido emergiendo en la sesión, que si bien se apoya en las herramientas conceptuales del terapeuta (la teoría de la TFE), está supeditada al criterio de validez otorgado por el cliente, y a las posibles

modificaciones que pudieran surgir en el diálogo terapéutico. Esto significa que las FF son narrativas relativamente líquidas, cuya solidez no está llamada a imponer estructura a la experiencia subsiguiente, sino tan solo al tipo de acuerdos de cooperación entre cliente y terapeuta que constituyen la parte finalista de la alianza terapéutica (el acuerdo en los fines generales de la terapia), y a aquellos que anticipan la parte dinámica del trabajo (el acuerdo respecto a los medios y modos de implicación). De hecho, aunque el foco no acostumbra a ser escrito, funciona como una narrativa de referencia para la implicación del cliente en la exploración venidera, así como para la eventual implicación en nuevas tareas terapéuticas cuando aparezcan marcadores de tarea relevantes. Por otra parte, el modo en el que el foco formulado ofrece un soporte para la alianza terapéutica se hace patente en la consideración de la *Tarea de formación de la alianza* tal y como la describen Elliott et al. (2004, pp. 146-17), quienes sitúan la FF en la fase 3 de dicha tarea (Tabla 41).

Tabla 41

La Formación de la Alianza como una tarea terapéutica espacio natural de la formulación de foco (fase 3) (traducido de Elliott et al., 2004)

Fases de formación de la alianza	Dificultades propias de cada fase
<p>1. Localizar un foco terapéutico:</p> <p>Desarrollo de un sentido acerca de lo que es significativo o central para el cliente sobre la base de la sensación interna y del conocimiento sobre el funcionamiento humano del terapeuta, así como sobre la sensación que el cliente tiene acerca de que es importante para él, las preguntas explícitas del mismo, los focos de atención, y los marcadores de tarea.</p>	<p>No existe un foco terapéutico.</p> <p>El cliente tiene dificultad para hallar y mantener un foco.</p> <p>El cliente se encuentra disperso o generalmente se remite al terapeuta.</p>

La investigación en TFE ha mostrado que el desarrollo temprano de un foco y una buena alianza predicen el resultado (Greenberg y Paivio, 1997; Watson y Greenberg, 1996), y por ello, la FC aparece como una competencia crítica en la formación de terapeutas en este modelo. No obstante, las presentaciones de Greenberg y Goldman (2007), Elliott et al. (2004) y Goldman y Greenberg (2015), no reducen el asunto a la formulación de un foco a partir del cual ya quede "todo hecho", como si de la generación de un diagnóstico con un plan de tratamiento asociado se tratara. Estos autores insisten en la naturaleza virtualmente interminable del proceso de formulación, que conciben como la integración del proceso terapéutico en una 'secuencia de comprensión', que evoluciona a través del seguimiento de las señales de lo que llaman la 'brújula del dolor' (Greenberg y Goldman, 2007).

Tal 'brújula del dolor' está formada por las experiencias más dolorosas del cliente, que crean respuestas desadaptativas y sufrimiento, y por sus esquemas emocionales subyacentes. En consecuencia, no existe un procedimiento único para generar la secuencia de comprensión que conduce hasta el desarrollo del foco, y la FC focalizada en la emoción se asienta en tres grandes macro-habilidades terapéuticas que facilitan este camino: (1) el 'diagnóstico de proceso' (Greenberg et al. 1993; Elliott et al, 2004; Elliott y Goldman, 2007), que es la adecuada 'lectura' de los marcadores del cliente -los cuales señalan que la persona se halla implicada actualmente en una experiencia emocional problemática a diferentes niveles; (2) la respuesta diferencial basada en la sintonización empática con el afecto y en el diagnóstico de proceso; y (3) la reflexión sobre la nueva experiencia que emerge dentro de la relación, cuya narrativización permite el logro de algún tipo de auto-explicación personal -a niveles 'micro' (como cuando el cliente vincula una necesidad con la explicación de la propia conducta), o a niveles 'macro' (cuando el cliente elabora aspectos de la propia 'identidad narrativa' (Whelton y Greenberg, 2001; Greenberg y Angus, 2004; Greenberg y Angus, 2011).

Recientemente, Goldman y Greenberg (2015) han revisado el modelo de FC en TFE y han establecido tres grandes fases: La primera comprometida con el desarrollo de la narrativa del cliente y la observación de su estilo de procesamiento emocional; la segunda consistente en la co-creación de un foco y la identificación de la emoción nuclear; y la tercera dedicada a la atención a los marcadores de proceso -que señalan la implicación productiva en tareas terapéuticas específicas-, y la consiguiente producción de nuevo significado. Este modelo de FCFE se despliega a lo largo de trece pasos que no forman un protocolo, sino que tienden a sucederse de modo natural, aunque algunos de ellos pueden formar bucles con los anteriores. Como puede verse en la Tabla 5 (revisar el apartado 2.3.3.), los pasos 5 a 11 -que pertenecen a la segunda fase-, constituyen una serie de actividades de formulación relacionadas, que han de conducir a la co-construcción de la narrativa de la FC. Una narrativa que plantea un foco, y en la cual se enlazan tres elementos: las dificultades de conducta y relacionales que presenta el cliente, los sucesos que disparan tales dificultades, y los esquemas de emoción nucleares subyacentes. En la Figura 1 pueden observarse las relaciones lógicas que la teoría de la TFE establece entre las seis actividades que nutren las FF como narrativas cuando se reflexiona sobre ellas, y para las cuales Goldman y Greenberg (2014) han sugerido el acrónimo MENSIT -que recordamos aquí-, a fin de facilitar su memorización: marcadores (M), esquemas de emoción nucleares subyacentes (E), necesidades (N), emociones secundarias (S), procesos interruptores (I), y temas principales (T).

5.4.2. Criterios de adecuación de las Formulaciones de Foco

Aspectos funcionales de las FF adecuadas

Partiendo de la noción de "adecuación", nos planteamos, desde una perspectiva pragmática, qué características debe poseer una buena FF en TFE. El Diccionario de la RAE define adecuar, como "Adaptar algo a las necesidades o condiciones de una persona o cosa", por lo que una FF adecuada será aquella que, por sus propiedades (forma-contenido), se adapta a las necesidades y condiciones de facilitación del proceso terapéutico tal y como sucede en la TFE.

De acuerdo con esto, y tomando en consideración lo expuesto anteriormente en el marco conceptual, resulta razonable pensar que una adecuada FF:

- 1) Incorpora todos los elementos del MENSIT, a la vez que crea relato explicativo acerca de las dificultades relacionales y de conducta del cliente, sus disparadores y los esquemas de emoción subyacentes que es necesario transformar;
- 2) lo hace de un modo comprensible para el cliente, de manera que éste pueda apropiarse de ese relato acerca de su experiencia, y
- 3) pueda "resonar" con él.

Ese "resonar" se refiere a la vivencia de ajuste palabra-experiencia, que es propia de los procesos terapéuticos de sintonización empática en TFE, por los cuales los terapeutas ayudan a los clientes a poner en palabras su proceso experiencial, y esto posee un efecto modificador de la experiencia sentida (Dekeyser, Elliott y Leijssen, 2009; Elliott, Bohart, Watson y Greenberg, 2011; Greenberg, et al., 1993). Sin embargo, en este nivel u orden de formulación (*tercer orden* en nuestra clasificación, como apuntamos en la sección 2.3.5. de este trabajo), la verbalización de una buena FF produce un ajuste *narrativa sobre mí*-experiencia sobre mí.

Consideramos además, que este tipo de vivencias de ajuste propiciadas por la verbalización de una FF adecuada, son un paso en el desarrollo de la alianza terapéutica en sus tres dimensiones (relación, acuerdo respecto a metas y acuerdo respecto a medios para lograrlas), siempre y cuando, claro está, se haga mención de ellas. No obstante, creemos que el núcleo de una FF en TFE no es la especificación de los fines de la terapia ni de los medios técnicos a los que el terapeuta propone recurrir, sino la *reconstrucción narrativa del funcionamiento emocional del cliente en su circunstancia*. Principalmente porque esta reconstrucción es la que es capaz de producir el pretendido ajuste narrativa-experiencia. De ese modo, una buena FF-en-situación, puede dejar indicados los aspectos de tratamiento (medios y fines) para abordarlos en un segundo paso de la

conversación terapéutica, pero no puede prescindir de crear la narrativa, explicativa-comprensiva, acerca de las dinámicas psicológicas del malestar del cliente.

En condiciones ideales, esa narrativa es el resultado de una co-construcción liderada por el cliente cuando está atento a su proceso experiencial aquí y ahora, y en condiciones de simbolizarlo ("darse cuenta" reflexivo). No obstante, la competencia formuladora del terapeuta y su disposición a ofrecer formulaciones tentativas frente a las que el cliente pueda reaccionar, son también parte del proceso de sintonización empática con el afecto. Como tales, ambas son producto del equilibrio entre las actividades de "seguir" al cliente y de "guiar" el proceso en determinados momentos (de acuerdo con los marcadores y micro-marcadores presentes). Sin embargo, en un contexto de investigación como éste, en el que se trabaja con una situación análoga a la terapia -a fin de hacer comparaciones entre terapeutas frente al mismo proceso-, no es posible producir FF naturales, resultado del trabajo entre cliente y terapeuta. Viendo la grabación de una sesión, sólo es posible obtener la FF que el terapeuta, con su mejor intención y habilidad, podría ofrecer al cliente como formulación tentativa, para que éste pudiera resonar y reflexionar sobre ella.

Recapitulando, una FF es adecuada cuando integra tres aspectos: (1) Su validez y precisión explicativo-diagnóstica; (2) su potencial para favorecer la auto-comprensión y generar agencia en la propia circunstancia vital; y (3) su capacidad para producir un impacto emocional-experiencial, o lo que es lo mismo para resonar en el cliente. Y a falta de una situación natural en la que dicha FF sea producto de una interacción directa cliente-terapeuta, en una situación análoga a la terapia como la que se ha producido en el diseño de esta investigación, podemos esperar que los participantes se diferencien en términos de su capacidad para producir las FF adecuadas, que compartirían con el cliente.

Cualidades narrativas de las FF adecuadas

A su vez, los tres aspectos de las FF adecuadas que acabamos de exponer, son análogos o al menos se solapan conceptualmente, con los resultados de evolución de las narrativas acerca de sí mismos de los clientes que progresan en psicoterapia, tal y como han sido investigados y conceptualizados por Gonçalves (2002). En el marco de la Terapia Cognitivo-Narrativa, este autor identificó tres dimensiones narrativas principales (estructura, proceso y contenido), que se modifican por la adjetivación y subjetivación de la experiencia que supone el contacto con la emoción. En ese sentido, la terapia eficaz:

- a) Modifica la estructura narrativa de la experiencia, para producir un sentido coherente de autoría;

- b) flexibiliza el proceso auto-narrativo, de manera que el modo de contarse / construirse / vivirse a sí mismo del cliente, se complejiza y pluraliza (más allá de los dinamismos psicopatogénicos), y
- c) enriquece el contenido de la experiencia acerca de sí mismo, de los otros y del mundo, más allá de los viejos contenidos que saturaban esa experiencia (Gonçalves, Korman y Angus, 2000).

Expandiendo estos criterios de análisis de las narrativas en psicoterapia, a la vida en general, Gonçalves (2002) aporta una matriz en la que *estructura*, *proceso* y *contenido* son variables clave, relativas a cómo las personas crean significado cuando narrativizan una experiencia. Esto es lo propio de la buena literatura, pero también de la comunicación auténtica entre dos personas, y por supuesto de las buenas FF. En cada género, el autor del texto realiza las operaciones pertinentes para crear una narrativa de calidad y adecuada a sus intenciones. En el caso de la FF, el terapeuta "trenza" o articula los elementos de contenido (MENSIT y situación vital del cliente), que equilibra la objetivación de los hechos con su subjetivación afectiva, a fin de crear un significado experiencial con el que el cliente: (a) se comprende, (b) se sitúa frente a su propio proceso, y (c) resuena afectivamente.

De acuerdo con este marco, una revisión más pormenorizada de estas tres dimensiones de la matriz narrativa propuestos por Gonçalves (2002), y su aplicación a lo que venimos considerando una FF adecuada, nos permitirá concretar aspectos más operativos, a la hora de valorar una FF:

- La *Estructura Narrativa* (EN) es el proceso por el cual los diferentes aspectos de una narrativa se hallan vinculados entre sí, y producen un sentido coherente de autoría, y su evaluación se apoya en la valoración de su coherencia, en términos de cuatro variables: (1) *Orientación* (¿qué?, ¿quién?, ¿cuándo?, ¿dónde?); (2) *secuencia estructural* (¿qué ocurrió?); (3) *compromiso evaluativo* (¿cuál es el significado afectivo de lo que está siendo contado?); y (4) *integración* (¿se encuentran todas las partes del relato integrados en un todo?).

Así, una FF adecuada es aquella que **aporta una perspectiva desde la que la persona percibe con coherencia lo que le pasa y cómo ella y otros, participan en ello cómo les afecta**, en tanto que:

- 1) Aporta orientación en la recapitulación de lo que sucede típicamente al cliente, identificando sucesos, personas, lugares y momentos,
- 2) e integra todo eso en una secuencia estructural que permite comprender cómo sucedieron las cosas o cómo suceden,

- 3) a la vez que compromete evaluativamente a la persona con ello, haciendo referencia al significado afectivo que esos sucesos tienen para ella,
- 4) en un relato unitario y completo;

Todo ello, con base en los elementos de la historia y de la experiencia del cliente explorados dentro de la sesión, utilizando como vehículo las categorías conceptuales del MENSIT, y como criterio explicativo las relaciones funcionales entre sus elementos, que vienen determinadas por la teoría (i.e., las emociones secundarias (S) oscurecen en acceso a la emoción primaria (E), a la vez que frecuentemente son el objetivo de los mecanismos de interrupción (I)), y que en ese caso se dan de una forma concreta y singular.

- El *Proceso Narrativo* (PN) es una dimensión que incluye los aspectos cualitativos del estilo o los modos narrativos característicos de la persona, que hacen que sus producciones sean más o menos complejas. Su evaluación incluye la valoración de cuatro procesos narrativos centrales: (1) *Objetivación* (evaluación de la multiplicidad del mundo sensorial del narrador); (2) *subjetivación emocional* (evaluación de la multiplicidad de la experiencia interna del narrador en términos de emociones y sentimientos); (3) *subjetivación cognitiva* (evaluación de la multiplicidad de los pensamientos del narrador respecto a su experiencia); y (4) *metaforización* (evaluación de la actividad de reflexión sobre la experiencia global del narrador, que le permite crear algún tipo de imagen o metáfora que condense los significados más importantes).

De ese modo, una FF adecuada es aquella que **alcanza un nivel de complejidad equivalente a aquel alcanzado por la experiencia del cliente, tras haber sido explorada en la terapia**. Lo cual se manifiesta en:

- 1) El detalle y riqueza de la descripción sensorial de la experiencia del cliente (i.e. la sensación de aspereza en el trato con tu madre, o el olor a quemado de después de la explosión);
 - 2) la riqueza y precisión de los sentimientos y emociones del cliente;
 - 3) la variedad y precisión de los pensamientos del mismo; y
 - 4) la presencia o ausencia de metáforas empáticas que sinteticen vivamente la experiencia del cliente y su significado.
- El *Contenido Narrativo* (CN) se refiere a la multiplicidad y diversidad de la producción narrativa del individuo, particularmente en relación con los temas alrededor de los cuales la narrativa está siendo compuesta. Así por ejemplo, en los casos patológicos, la narrativa de la persona se vincula a un relato saturado de los mismos temas limitantes (i.e., pérdida,

desesperanza, etc.) y de los mismos personajes o sucesos (i.e., las personas que me abandonaron), mientras que otras narrativas pueden incluir una mayor diversidad de temas, personajes y relaciones. Sea como sea, a actividad narrativa de las personas relativa a la dimensión de contenido, lleva a la construcción de prototipos, que se interponen como estructuras de conocimiento en la relación con el mundo (i.e., los hombres inteligentes son serios). La valoración de esta dimensión se centra en la evaluación de cuatro aspectos de la producción narrativa: (1) La multiplicidad de *temas*, (2) de *personajes*, (3) de *contextos*, y (4) de *sucesos*.

Finalmente, una FF adecuada será aquella que **refleja fielmente los contenidos relevantes en la explicación del malestar del cliente, y en la exposición de sus necesidades de procesamiento y de trabajo terapéutico, de acuerdo con los asuntos y temas que emergieron en el trabajo de exploración llevado a cabo** en las sesiones precedentes. Todo ello en términos de:

- 1) Los temas clave en la historia de la persona, así como en su dinámica actual;
- 2) los personajes que intervinieron en su historia o en las relaciones actuales;
- 3) los contextos específicos en los que las cosas suceden; y
- 4) los hechos relevantes de la vida del cliente, o aquellos acaecidos en la sesión.

5.4.3. Desarrollo de la Rúbrica de Evaluación de la Adecuación de las FF

El uso de rúbricas de desempeño y sus implicaciones

La idea de construir una rúbrica de evaluación de la adecuación de la FF posee un doble propósito: por una parte, disponer de un medio para evaluar la producción de los participantes en el estudio, y por otra, contar con un medio que en el futuro pueda ser utilizado con fines formativos en el entrenamiento en FC en TFE. Por ello, nos inclinamos por el desarrollo de una rúbrica, en la que se combinan aspectos de medición -como cuantificación de determinados aspectos de un objeto (el texto en este caso)-, y de evaluación como valoración cualitativa, que puede ofrecer una retroalimentación útil al autor de un texto.

El uso de rúbricas en Educación Superior -así como en otros niveles-, posee una historia relativamente larga, asociada al desarrollo de modelos de evaluación orientados al desarrollo de competencias (más que a la mera comprobación de conocimientos conceptuales), y más centrados en el formando y en su aprendizaje que en el profesor como evaluador (Valverde y Ciudad, 2014).

Nuestra investigación sobre la FC como competencia clínica profesional se puede inscribir en este marco de comprensión, y por eso consideramos adecuado la construcción de una rúbrica como enfoque para la desarrollar un medio de evaluación de las FF.

Como instrumentos de evaluación del desempeño de habilidades, las rúbricas pueden ser de dos tipos: *Holísticas* (cuando hacen una valoración integrada del desempeño de alguien, sin diferenciar los componentes del proceso o asunto evaluado), y *analíticas* (cuando desglosan el desempeño en sus componentes para arrojar después una puntuación total) (Gatica-Lara Uribarren-Berrueta, 2012; Moskal, 2000). Igualmente, también se pueden diferenciar en términos de si evalúan una tarea específica (en cuyo caso las categorías se ajustarán sobre todo a aspectos de contenido), o bien una tarea general (en cuyo caso la misma rúbrica podrá ser utilizada para valorar aspectos cualitativos y cuantitativos de contenidos de tareas que producen contenidos diferentes (Moskal, 2000). Así pues, el caso particular de la *Rúbrica de evaluación de la adecuación de las formulaciones de foco* (REA-FF) es el de una rúbrica analítica de carácter general, que permite evaluar múltiples aspectos de calidad de cualquier FCG elaborada en el marco de la TFE.

Sea como sea, las rúbricas de evaluación se enfrentan a los problemas de validez y fiabilidad que cualquier otro instrumento psicométrico, aunque el tipo de apreciaciones que supone su uso, tienen que ver en parte con la lógica de un cuestionario o escala psicológicos (por el que el lector de cada ítem hace una valoración subjetiva), y con la lógica de una escala de observación, por cuanto lo que pregunta cada ítem no se refiere sólo a la experiencia del lector-evaluador, sino a su análisis de las propiedades de un texto -como adelantábamos en apartados anteriores. Este aspecto de escala de observación de las rúbricas, normalmente viene dado por la pregunta presente en cada ítem y por una serie de criterios de comparación asociados a puntuaciones tipo Likert. Cuanto mejores sean estas descripciones, mayor potencia evaluativa tendrá la rúbrica y a su vez más se podrá afinar en términos de validez de constructo y de contenido del instrumento. La cuestión de la fiabilidad probablemente no mantenga una relación lineal con el grado de detalle de los criterios de análisis, pues si son excesivamente complejos o prolijos, el funcionamiento de la rúbrica puede depender excesivamente de las competencias de comprensión del evaluador, o incluso de su estado de ánimo o motivación. Por todo ello, las rúbricas confiables son aquellas que mantienen un equilibrio entre grado de detalle en la escala de criterios, calidad y validez del contenido de estos criterios, y ajuste a la pregunta o ítem de evaluación para el cual fueron creados. La REA-FF que hemos desarrollado utiliza una escala Likert de 0 a 5, en la cual, cada puntuación se basa en una descripción del grado en que determinado aspecto de adecuación es apreciable en el texto evaluado.

En su revisión sobre el tema de la validez de las rúbricas de evaluación del aprendizaje, Valverde y Ciudad (2014) advierten de que éstas no sólo deben poseer una adecuada fiabilidad inter-jueces, sino que la clave de su valor es también minimizar la variabilidad intra-juez. En nuestro trabajo con la RC-FCG y en su estado de desarrollo, no contamos con datos que nos permitan asegurar su confiabilidad en este doble sentido, de modo que los resultados de su uso serán tomados con precaución. Y, a falta de mayor seguridad, tomaremos como referente de confianza los hallazgos de Reddy y Andrade (2010) en su revisión crítica sobre el uso de rúbricas en Educación Superior. Pese a manifestar que aún necesaria una mayor concienciación por parte de los creadores de rúbricas a la hora declarar cómo las construyeron y cómo establecieron su validez y fiabilidad antes de ser implementadas, ambos autores, afirman que los estudios sobre fiabilidad inter-jueces muestran niveles de acuerdo aceptables, del 70% o superior.

Evaluación de adecuación de las Formulaciones de Foco

El planteamiento que acabamos de desarrollar, nos permite proponer un sistema de evaluación de la adecuación de las FF, que puede adoptar la forma de una rúbrica o de un cuestionario, y que podría ser validado como herramienta. En esta ocasión nos limitaremos a construir la rúbrica sin llegar a validarla ni a testarla como instrumento de medida, y la usaremos como filtro para describir las FF producidas por una submuestra de los participantes en la investigación.

Antes, procederemos a dar forma a este instrumento, el cual se divide en dos partes: (A) la evaluación de *aspectos funcionales* de la adecuación de la FF (que incluye cuatro indicadores) (Tabla 42); y (B) la evaluación de *aspectos de calidad narrativa* de la misma. Esta segunda parte se divide a su vez en tres bloques, correspondientes a las dimensiones de la matriz narrativa de Gonçalves (2002) (cada uno de los cuales incluye cuatro indicadores), adaptados al fin al que debe adecuarse una FF (Tablas 43, 44 y 45).

A su vez, esta rúbrica arroja un perfil de puntuaciones, que podrá ser utilizado como herramienta de comparación, variable a variable, lo cual nos permitirá hacer comparaciones de carácter cualitativo, allí donde las diferencias cuantitativas entre FF dirijan nuestra atención (Tabla 46).

Tabla 42
Aspectos funcionales de la adecuación de la FF - (A)

	0	1	2	3	4
A.1. Incorpora todos los elementos del MENSIT	No hace referencia a ninguno	Sólo uno o dos de ellos o más, pero ninguno es la Emoción Primaria	Sólo tres y alguno de ellos es la Emoción Primaria	Cuatro o más, siendo uno de ellos la Emoción Primaria	MENSIT completo
A.2. Identifica correctamente los elementos del MENSIT	No. Puede que los nombre, pero no lo hace correctamente	Sólo identifica bien algunos (1 ó 2)	Sólo identifica bien algunos (3 ó 4)	Identifica correctamente 4 ó 5	Identifica correctamente los 6
A.3. El texto de la FF es fácil de leer para un cliente promedio	Está mal redactado y se hace difícil	Redacción correcta pero demasiado enrevesado (por redacción o por abstracción)	Suficientemente concreto aunque poco estructurado o desordenado	Bastante concreto, estructurado y/o ordenado pero mejorable (falta fluidez)	La claridad de la expresión, así como el orden y la estructura hacen fácil y fluida la lectura
A.4. Es un texto evocador y conmovedor (permite resonar al cliente)	No. Es abstracto o demasiado descriptivo (resulta frío e impersonal)	Incluye referencias emocionales pero de modo conceptual	Habla de los sentimientos del cliente y los pone en situación	Refleja el sentir del cliente y sus significados personales en situación	Ídem, pero se expresa como "hablando al corazón de la persona"

Tabla 43
Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (I): Estructura y coherencia (B.1.)

	0	1	2	3	4
B.1.1. Orientación (qué, quién, cuándo, dónde)	No hay referencias (es más bien un esquema)	Apenas hay referencias (toca imaginar para situarse)	Faltan referencias aunque es posible hacerse una idea básica	Suficientes referencias en cantidad pero falta variedad	Abundantes referencias y equilibrio entre informaciones
B.1.2. Secuencia estructural (cómo suceden las cosas)	No informa o no refleja cómo suceden los procesos del cliente	Ofrece una descripción somera de los procesos del cliente	Ofrece una descripción básica pero poco detallada de los procesos del cliente	La descripción es completa y detallada pero vaga en algunos puntos	La descripción de los procesos del cliente es completa y explicativa
B.1.3. Compromiso evaluativo (significado afectivo de los sucesos: cómo le hizo sentir y porqué algo le importa)	No refiere los sentimientos del cliente	Refiere los sentimientos pero no los contextualiza o vincula a sucesos	Refiere los sentimientos y los vincula a sucesos, pero no refleja el significado	Refiere los sentimientos, los vincula a sucesos y refleja el significado personal	Además crea una perspectiva desde dentro del cliente (nos ayuda a sentir desde él)
B.1.4. Integración (relación funcional entre elementos; sin partes descolgadas)	Apenas hay relaciones entre los elementos de los que informa (desperdigados)	Enumera los elementos o los presenta en orden de ocurrencia	Relaciona los elementos entre sí pero en forma de clasificación	Establece relaciones causales entre elementos por bloques	Ídem, y genera una sensación de globalidad (permite decir "ese soy yo").

Tabla 44

Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (II): Proceso y complejidad (B.2.)

	0	1	2	3	4
B.2.1.					
Objetivación de la experiencia (mundo sensorial del cliente)	No hace referencia a aspectos sensoriales.	Refiere aspectos sensoriales sólo como síntomas o hechos	Refiere aspectos sensoriales como partes de la experiencia	Usa los aspectos sensoriales para describir la experiencia (constitutivos)	Ídem pero además en el modo idiosincrásico del cliente
B.2.2.					
Subjetivación emocional (riqueza y precisión en la representación de los sentimientos)	Apenas nombra los sentimientos o emociones del cliente	Refiere emociones pero como síntomas o sucesos	Refiere emociones como experiencias del cliente pero aún algo abstractas	Refiere emociones como experiencias vivas del cliente de	Ídem pero con su forma idiosincrásica de vivirlas
B.2.3.					
Subjetivación cognitiva (variedad y precisión de los pensamientos del cliente)	Apenas nombra pensamientos del cliente	Refiere pensamientos como síntomas o sucesos	Refiere pensamientos como reflexiones del cliente aún vagas	Refiere pensamientos como reflexiones del cliente de modo preciso	Ídem, reflejando además un significado o conclusión personales
B.2.4.					
Metaforización (uso de metáforas empáticas que sintetizan vivamente experiencia y significado)	No emplea ninguna metáfora o imagen	Utiliza alguna imagen para un aspecto parcial	Usa alguna metáfora pero no es empática (es significativa quizá para el terapeuta)	Metáfora empática pero falta viveza o captación del significado personal	La metáfora sintetiza viva y empáticamente la experiencia del cliente y su significado

Tabla 45

Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (III): Contenido - Multiplicidad (B.3.)

	0	1	2	3	4
B.3.1.					
Temas (temas clave en la historia de la persona)	Apenas hace referencia a ninguno	Alusiones colaterales y vagas	Alusiones claras (les otorga relevancia) pero imprecisas	Alusiones clareas y precisas pero falta desarrollo	Ídem pero bien desarrollados e integrados
B.3.2.					
Personajes (personajes de su historia o del presente)	Apenas hace referencia a ninguno	Alusiones colaterales y vagas a personajes clave	Alusiones claras (les otorga relevancia) pero imprecisas	Alusiones clareas y precisas pero falta conexión (qué les une)	Ídem pero bien desarrollando la conexión con ellos
B.3.3.					
Contextos (situaciones y marcos de referencia donde sucede la acción)	Apenas hace referencia a ninguno o los describe	Ofrece sólo referencias vagas o generales	Ofrece referencias más precisas pero no establece su relevancia	Sirven para encuadrar qué fue relevante de modo preciso pero impersonal	Sirven para encuadrar qué fue relevante de modo preciso y personal
B.3.4.					
Sucesos (hechos relevantes de la vida del cliente o en la sesión)	Apenas hace referencia a ninguno	Ofrece sólo referencias vagas o generales	Ofrece referencias más precisas pero no establece su relevancia	Permite saber qué sucedió y fue relevante de modo preciso pero impersonal	Permite saber qué sucedió y fue relevante de modo preciso y personal

Tabla 46

Hoja resumen de la *Rúbrica de Evaluación de la Adecuación de las FF* en TFE (REA-FF)

Caso:	Formulador:	Fecha:				
A - Aspectos funcionales de la adecuación de la FF						
A.1. Incorpora todos los elementos del MENSIT	0	1	2	3	4	⇒
A.2. Identifica correctamente los elementos del MENSIT	0	1	2	3	4	⇒
A.3. El texto de la FF es fácil de leer para un cliente promedio	0	1	2	3	4	⇒
A.4. Es un texto evocador y conmovedor (permite resonar al cliente)	0	1	2	3	4	⇒
B.1. - Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (I): Estructura y coherencia						
B.1.1. Orientación (qué, quién, cuándo, dónde)	0	1	2	3	4	⇒
B.1.2. Secuencia estructural (cómo suceden las cosas)	0	1	2	3	4	⇒
A.4. Es un texto evocador y conmovedor (permite resonar al cliente)	0	1	2	3	4	⇒
B.1.4. Integración (relación funcional entre elementos)	0	1	2	3	4	⇒
B.2. - Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (II): Proceso y complejidad						
B.2.1. Objetivación de la experiencia (mundo sensorial del cliente)	0	1	2	3	4	⇒
B.2.2. Subjetivación emocional (riqueza y precisión de los sentimientos)	0	1	2	3	4	⇒
B.2.3. Subjetivación cognitiva (variedad y precisión de los pensamientos)	0	1	2	3	4	⇒
B.2.4. Metaforización (metáforas que sintetizan experiencia y significado)	0	1	2	3	4	⇒
B.3. - Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (III): Contenido - Multiplicidad						
B.3.1. Temas (temas clave en la historia de la persona)	0	1	2	3	4	⇒
B.3.2. Personajes (personajes de su historia o del presente)	0	1	2	3	4	⇒
B.3.3. Contextos (situaciones y marcos de referencia de la acción)	0	1	2	3	4	⇒
B.4.4. Sucesos (hechos relevantes de la vida del cliente o en la sesión)	0	1	2	3	4	⇒

5.4.4. Estudio de las Formulaciones de Foco y su relación con otras variables: Desempeño en la SFMP e Inteligencia Emocional

De acuerdo con los propósitos de este trabajo, queremos hacer una valoración tentativa de la adecuación de las FF producidas por los participantes en la investigación, con el objetivo de explorar el significado potencial de algunos de los hallazgos del estudio empírico de la competencia de formulación en los niveles de proceso y tarea (desarrollado en el análisis de la Secuencia de Formulación Multipista, SFMP), así como la posible relevancia de las puntuaciones de los sujetos en las variables que, *a priori*, considerábamos relevantes para realizar bien este tipo de ejercicios (fundamentalmente Inteligencia Emocional).

Fundamentos teóricos e hipótesis de trabajo

Una alta eficiencia en las respuestas a la SFMP se basa, a nuestro juicio y según la teoría de la TFE, en una alta capacidad para diferenciar y etiquetar los estados emocionales de la persona momento a momento, cuya validación empática y cuya facilitación procesual conducen, a lo largo de la sesión, a la emergencia de los elementos del MENSIT. De ese modo, un terapeuta que haya participado en este proceso eficazmente, o que sea capaz de "leerlo" correctamente cuando lo observa, se encuentra en condiciones de utilizar la información vivencial emergente para organizarla en una FF.

Cierto es, no obstante, que la capacidad para ordenar un material en una tarea de composición es diferente en sí misma de la que acabamos de describir. Sin embargo, dado que la FF no es una composición cualquiera, cabría esperar que para esta tipo de tarea resulte de gran ayuda manejar el material a partir del cual escribir, "desde dentro". Es decir, manejarlo no como algo que simplemente es recibido, sino como algo en cuyo surgimiento y construcción se ha participado. Y esto es lo que sucedió en la tarea de producir una FF para Dion, en la que, si bien los participantes contaban con el esquema del MENSIT como referencia, no recibían sus contenidos específicos, sino que debían decidir ellos mismos cuáles eran, y explicar, en función de la teoría y de lo visto en el caso, cuál era la relación entre ellos.

Cabe esperar por tanto, que aquellos participantes que mostraran un mejor desempeño en la SFMP, también destacaran en la adecuación de sus FF. O al menos en la dimensión de Aspectos Funcionales (AF), que es la que incluye específicamente la identificación cuantitativa y cualitativa de los elementos del MENSIT (ítems A1 y A2 de la rúbrica), y se relaciona con su uso para componer un texto claro o fácil de leer (ítem A3) y evocador por la especificidad y personalización del contenido (ítem A4).

En el resto de aspectos de adecuación, que son las que se refieren a la calidad narrativa de la FF, cabría hipotetizar diferencias indirectas, más relacionadas tal vez con variables personales, que con el hecho mismo de componer una formulación válida en términos de contenido (apoyada en un MENSIT correcto y completo). Recordemos que estos otros aspectos de adecuación se refieren sobre todo a la capacidad de la FF para resultar impactante. Aspecto que diferencia, quizá, a nuestro análisis de la FC del resto de análisis disponibles en la literatura sobre el tema, que consideran la calidad básicamente en términos de validez de contenido, y como decíamos más arriba, consideran los aspectos formales del texto de un modo marginal (evaluados con 2 o 3 ítems), y referidos únicamente a la legibilidad del texto. Para nosotros, una FF es adecuada además, cuando posee las características narrativas que, combinadas con las de contenido clínico, le otorgan una capacidad de impacto vivencial y terapéutico alta en términos de lo que llamábamos antes, ajuste *narrativa sobre mí-experiencia sobre mí*.

Volviendo a la cuestión de las expectativas, ¿tendrán algo que ver las diferencias personales en Inteligencia Emocional (IE) con los aspectos de calidad narrativa de las FF? (ítems de los bloques B.1, B.2 y B.3 de la rúbrica) ¿Influirán también en los aspectos funcionales de adecuación? (ítems del bloque A). Si bien los hallazgos en la primera parte de este estudio empírico sobre formulación en proceso a través de la SFMP resultaron relativamente desalentadores respecto al rol de los autoinformes de Empatía (test TECA), y de la IE evaluada con el MSCEIT -a excepción hecha de las puntuaciones en la rama de Comprensión Emocional (CE)-, cabría no obstante hacerse algunas preguntas respecto a la tarea de crear una FF. Por ejemplo, ¿están los participantes con mayor IE (altas puntuaciones en el CIE) más capacitados para emplear las competencias emocionales del modelo de Mayer y Salovey (1997) en la resolución eficaz de la tarea de producir una FF adecuada? (o al menos en alguna de sus los aspectos de adecuación de nuestro modelo). Y a la inversa, ¿encontrarán esta tarea más difícil y arrojarán peores resultados aquellos individuos con un CIE más bajo?

Según los creadores de la prueba (Mayer, Salovey y Carusso, 2009), "las puntuaciones en el MSCEIT representan aptitudes reales para resolver problemas emocionales" y miden cómo las personas "ejecutan las tareas [...] y resuelven problemas emocionales" (p. 19). Así pues, si consideramos la creación de una FF para un cliente como un problema emocional que asumen los terapeutas, y que se concreta en una tarea compleja de creación de significado clínico con una intención clínica narrativa (ver apartado 2.4.4.), consistente en la elaboración de una síntesis explicativa sobre las dificultades emocionales de la persona, cabría esperar diferencias en la

adecuación de las FF en función de la IE. La Tabla 47 especifica esta relación teórica entre variables, en función de los factores del MSCEIT y su relación teórica con la tarea de formular un foco, si bien nosotros sólo consideraremos la puntuación global (CIE).

Tabla 47

Relación teórica entre las áreas y ramas de IE del MSCEIT y el proceso de producir Formulaciones de Foco con un alto grado de adecuación

Puesto que las respuestas en el área **CI Experiencial (CIEX)** describen "El grado en que uno se <<adentra>> en la experiencia emocional, la reconoce, la compara con otras sensaciones y comprende cómo interacciona con el pensamiento", se esperaría que puntuaciones altas, ayudarán a una persona a captar la globalidad de la experiencia emocional del cliente, para resolver la tarea de construir un texto, en el que esa experiencia se viera reflejada y organizada según sus determinantes.

Dicha área, está compuesta por las puntuaciones en dos ramas. La primera, **Percepción Emocional (PE)**, es definida como "la capacidad de percibir las emociones en uno mismo y en los demás, así como de los objetos, en el arte, las narraciones, la música y otros estímulos" (p. 25), por lo que es necesaria para captar y diferenciar todo lo que en una sesión de terapia ha sido emocionalmente relevante (con independencia de su comprensión) Es decir, percibir bien los elementos del MENSIT, o al menos aquellos que tienen que ver con el concepto de emoción: la emoción primaria (E), la emoción secundaria (S), y la necesidad (N).

La segunda rama del CIEX es **Facilitación Emocional (FE)**, que se define como "la capacidad para generar, utilizar y sentir las emociones de la forma necesaria para comunicar los sentimientos utilizarlos en otros procesos cognitivos." Algo que parece congruente con el aspecto de tarea, de la creación de una FF, relacionado con prepararse para razonar emocionalmente, sobre la base de los datos del caso, y no a partir de una teoría, o en función de las propias reacciones contratransferenciales por ejemplo. Dicho de otro modo, en tanto FE se refiere -según los autores del modelo- Al grado en que los pensamientos y otros procesos cognitivos usan la información proveniente de la experiencia emocional para resolver problemas, entendemos que un caso particular de esta capacidad, sería el entender al paciente y adoptar su perspectiva emocional (permitirse sentir desde el otro) a la hora de crear el texto de la formulación. Más aún, cuando los mismos autores del texto, se refieren a la PE como a la capacidad de utilizar las emociones para ayudar y fomentar las ideas (en este caso, las que componen la FF).

Puesto que las respuestas en el área de **CI Estratégico (CIES)** indican "el grado en que uno puede comprender los significados emocionales, sus implicaciones en las relaciones y cómo manejar las emociones de uno mismo y de los demás" (p. 38), suponemos que esta capacidad es relevante en la formulación de un foco de modo adecuado. En primer lugar, porque no sólo debería permitir al terapeuta-formulador comprender la situación del cliente y su experiencia emocional de modo preciso, sino articular la correctamente, Como cuando uno no se limita a enumerar los elementos del MENSIT que ha percibido, sino que construye una narrativa que los pone en relación entre sí, de manera que el cliente pueda reconocerse en este retrato dinámico.

La primera rama del CIES es la **Comprensión Emocional (CE)**. Esta rama, se refiere entre otras cosas, a la capacidad para etiquetar las emociones, lo cual es clave para la precisión empática una vez que una emoción ha sido percibida. También habla de la capacidad para entender cómo se combinan las emociones, como cambian a lo largo de las transiciones interpersonales y cuál es su significado. Todo ello hace pensar, razonablemente, que el aspecto de IE evaluado por la CE es clave a la hora, tanto de poner en relación los elementos del MENSIT Y de nombrarlos correctamente (según la experiencia del cliente), como en el momento de situar esta comprensión en una narrativa que no sea un mero texto técnico o una simple enumeración, sino un relato con una trama. Una trama o argumento, en los que hay personajes que actúan, perciben sensorialmente, sienten, piensan y usan metáforas (es decir, reflexionan a partir de su experiencia y elaboran síntesis analógicas, en las que esa experiencia se ordena y cobra un significado global, útil existencialmente, pues sitúa a la persona en su circunstancia).

La cuarta rama del modelo, y segunda del área CIES, es **Manejo Emocional (ME)**, que refleja competencias de regulación emocional, que permiten al individuo abrirse a los sentimientos y modularlos en uno mismo y en los demás, así como promover la comprensión personal y el crecimiento (p. 25). Una competencia que, en este marco analítico, nos lleva hipotetizar una capacidad mayor para resolver aquellos aspectos de la tarea de formular un foco, relacionados con crear una posición óptima, en la que se equilibran la apertura a la experiencia emocional del cliente y a la propia del terapeuta, sin que se anulen mutuamente. Antes bien, una posición en la que el terapeuta-formulador, puede resonar con la experiencia del cliente, para encontrar la palabra o la formulación adecuada, componiendo así, un texto explicativo a la vez que personal, empático y evocador.

Así pues, con la intención de explorar estas hipótesis y de conocer en mayor profundidad la formulación de focos terapéuticos en TFE a partir del MENSIT, nos planteamos conducir un estudio exploratorio, en el que trataríamos de comparar las ejecuciones de los participantes (adecuación de las FF), con sus niveles de ejecución en la tarea experimental de formulación en proceso (grado de acuerdo en la SFMP con la *benchmark*), y con sus puntuaciones de IE (obtenidas en el MSCEIT).

Esto supuso utilizar la versión preliminar de la REA-FF, aun a sabiendas de las limitaciones que su falta de validación introduce en el análisis, pero apoyados en el criterio de experiencia de su desarrollador (buen conocedor del modelo y docente de la asignatura de FC en TFE en el Máster de Psicoterapia Humanista-Experiencial y TFE), y en la literatura sobre la utilidad de las rúbricas de evaluación del aprendizaje y el desempeño en Educación Superior que hemos mencionado antes. Además, nos planteamos que, como tal estudio exploratorio, no nos limitaríamos a tomar en consideración los resultados numéricos de la rúbrica, sino que trataríamos de ilustrar las conclusiones con fragmentos de los textos de las FF producidos por los participantes en el estudio.

Método

Muestra:

Para realizar este análisis se seleccionó una submuestra del grupo de participantes, compuesta por 20 sujetos, de acuerdo con los siguientes criterios: Primero se dividió el grupo en cinco subgrupos, resultantes de fraccionar la distribución de las puntuaciones en el Cociente de Inteligencia Emocional (CIE) medido con el MSCEIT, en intervalos del 20%, y se seleccionaron los dos grupos extremos; después se estudiaron los resultados alcanzados por las personas en cada grupo, relativos a su desempeño en la tarea de formulación (ajuste con la *benchmark* de la Secuencia de Formulación Multipista, SFMP), y de nuevo se seleccionaron las puntuaciones extremas, atendiendo al criterio de "formuladores eficientes" existentes en el grupo (aquellos que hubieran alcanzado un índice de acuerdo >60%), y el de "formuladores no funcionales" (aquellos que estuvieran por debajo del 10% de acuerdo). De ese modo se obtuvieron cuatro subgrupos diferentes (Tabla 48): El Grupo 1, bajo en IE y bajo en SFMP; el Grupo 2, bajo en IE pero alto en SFMP; el Grupo 3, alto en IE pero bajo en SFMP; y el Grupo 4, alto en IE y alto en SFMP.

Tabla 48

Grupos de comparación de FF de acuerdo con Inteligencia Emocional (CIE) y rendimiento en la SFMP

		Grado de acuerdo con la <i>benchmark</i> en la SFMP	
		Bajo rendimiento	Alto rendimiento
Inteligencia emocional (MSCEIT)	CIE bajo	Grupo 1 6 sujetos	Grupo 2 2 sujetos
	CIE alto	Grupo 3 6 sujetos	Grupo 4 6 sujetos

Materiales e instrumentos:

- *Rúbrica de Evaluación de la Adecuación de las FF* en TFE (REA-FF): Rúbrica de evaluación del desempeño en FF basada en cuatro aspectos de adecuación funcional (A), y tres grupos de cuatro criterios de calidad narrativa: Estructura y Coherencia narrativa (B1), Proceso y Complejidad narrativa (B2), y Contenido y Multiplicidad narrativa (B3). Cada aspecto se evalúa sobre una escala Likert (0-4), y consta de su propia descripción de cada valor posible.
- *Benchmark* de la FF de la primera sesión del Caso Dion-Greenberg, utilizado para obtener anteriormente los datos de la SFMP.

Procedimiento:

El primer paso fue identificar los textos de las FF pertenecientes a cada grupo, y establecer un control de ciego simple, por el cual fueron disociados tanto de sus claves originales, como del grupo al que pertenecían, mezclándolos y asignándoles así una nueva clave con un ordinal.

Previamente se había confeccionado la FF *benchmark* del caso "Dion", que sirvió como estímulo en la situación experimental. Para ello, el autor de este trabajo y el Dr. Rafael Jódar revisaron por separado el vídeo de la sesión y los comentarios al mismo realizados por el propio Dr. Greenberg. Cada uno formuló el MENSIT del caso que se podía desprender de la sesión 1, y luego lo pusieron en común y discutieron las diferencias hasta lograr acuerdo en todos los elementos, así como en la explicación de la relación entre ellos.

En segundo lugar, el investigador evaluó las FF con la REA-FF y trasladó las puntuaciones en cada ítem a una tabla, además de extraer ejemplos de puntuaciones extremas y moderadas en cada uno de los ítems, y fragmentos de las FF que sirvieran para ilustrarlas.

Análisis:

Tras confeccionar la tabla, las FF fueron reagrupadas de acuerdo con su condición (Grupos CIE-SFMP del 1 al 4). Luego se calcularon las correlaciones entre items (Pearson bivariadas), y se aplicó la prueba H de Kruskal-Wallis para K muestras independientes, con el objetivo de comprobar la existencia de diferencias significativas en la puntuación total de adecuación según la REA-FF, y también en las puntuaciones parciales en cada uno de sus bloques, y eventualmente en alguno de los items que pudiera ser relevante.

Dado que este primer análisis resultó poco informativo, se decidió reestructurar los grupos de items tomando como criterio no su afinidad teórica o conceptual simplemente, sino su relación en términos de procesos. El resultado de esta reorganización, fue una estructura de 5 "factores" con un sentido o significado teórico sugerente, respecto a las operaciones de composición que permiten construir una buena FF, que constituye una idea para futuros trabajos. Esta reorganización de la rúbrica fue utilizada como nuevo criterio para analizar las puntuaciones de las FF de los participantes en la REA-FF. La Tabla 49 recoge este replanteamiento de la rúbrica.

Tabla 49
 Reorganización de items de la REA-FF en términos del autoanálisis de las respuestas del evaluador

Nombre del factor	Interpretación	Items
F 1 Capacidad de explicación clínica del caso (basada en la adecuación funcional)	¿Funciona la FF como un texto explicativo válido a nivel clínico? ¿Dice lo que debe decir de cara a la explicación del malestar y la intervención?	A1, A2, A3 y B.1.2.
F 2 Recreación del mundo personal del cliente (basada en multiplicidad del contenido narrativo)	¿Logra crear un modelo de situación vivo, en el que orientarse y en el que suceden cosas importantes?	B1.1., B.1.3., B.3.2., B.3.3 y B.3.4
F 3 Reflexividad (basada en la capacidad de crear complejidad)	¿Logra el formulador separarse del mero reporte de datos, o de la explicación funcional, para crear significados globales (frecuentemente metafóricos) sobre el cliente?	B.2.1, B.2.3 y B.2.4.
F 4 Profundidad vivencial (basada en la subjetivación emocional)	¿Es un texto suficientemente subjetivo a nivel afectivo y emocionalmente evocador como para hacer al cliente "resonar"?	A.4 y B.2.2.
F 5 Encuadre temático	¿Logra el formulador crear un marco de lectura e interpretación de la experiencia del cliente?	B.1.4. y B.3.1.

Además, se condujeron dos análisis de correlación biserial. El primero de ellos entre la variable IE (alta o baja) y porcentaje de adecuación como puntuación global en la REA-FF. Y el segundo entre SFMP (rendimiento alto o bajo) y la misma variable de adecuación. Para conducir estos análisis, se dicotomizó la variable asignando un 1 a los sujetos con alta IE (todos los de los grupos 3 y 4), y un 0 a los sujetos con baja IE (todos los de los grupos 1 y 2). Luego se procedió de modo análogo con la variable rendimiento en la SFMP, asignado un 1 a los sujetos con alto rendimiento (todos los de los grupos 2 y 4), y un 0 a los sujetos con bajo rendimiento (todos los de los grupos 1 y 3).

Finalmente, se procedió a ilustrar los datos más significativos de las diferencias entre grupos, con el material previamente codificado en los textos de las FF.

Resultados:

La puntuación promedio en la REA-FF del grupo (*adecuación en adelante*), expresada en porcentaje, fue de 50,03 % (DE= 11,64). En la comparación por grupos se obtuvieron valores muy semejantes (Tabla 50), y la prueba H de Kruskal-Wallis descartó la existencia de diferencias significativas, si bien el Grupo 1 es el que obtuvo una puntuación menor respecto al resto. Este mismo análisis se repitió con las puntuaciones en cada bloque de indicadores, de nuevo sin resultados. El Gráfico 3, muestra un emparejamiento muy estrecho de los resultados por grupos y por bloques en las puntuaciones de la rúbrica, y en él se aprecia la coincidencia en puntuaciones menores, para los tres bloques de calidad narrativa (B).

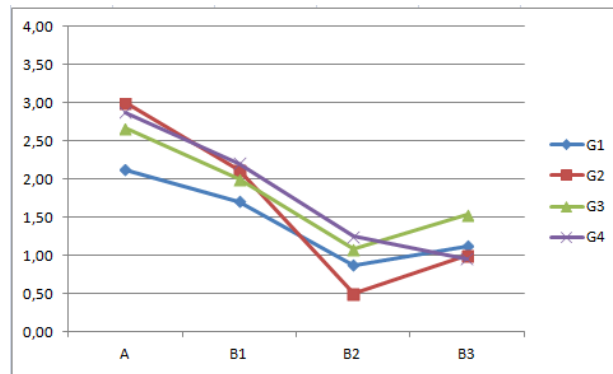
Tabla 50

Diferencias en los promedios de los grupos en adecuación de la FF: global, por bloques y en el ítem A1

	Adecuación Global en %		(A) Aspectos Funcionales		(B1) C. Narrativa: Estructura		(B2) C. Narrativa: Proceso		(B3) C. Narrativa: Contenido		Ítem A1	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
G1	45,57	9,77	2,1	0,7	1,7	0,7	0,9	0,3	1,1	0,8	1,33	0,8
G2	51,76	0,88	3,0	0,7	2,1	0,2	0,5	0	1,0	0,7	3,50	0,7
G3	56,97	6,82	2,7	0,5	2,0	0,6	1,1	0,9	1,5	0,9	2,67	1
G4	56,97	5,09	2,9	0,6	2,2	0,5	1,3	0,7	1,0	0,3	3,17	1,2

Gráfico 3

Diferencias por grupos respecto a los cuatro bloques de adecuación de las FF evaluados con la rúbrica



Se aplicó la prueba H de Kruskal-Wallis a los elementos A1, A2 y B1.2. para comparar sus puntuaciones en los cuatro grupos, siendo que la diferencia sólo se confirmó de modo significativo para el ítem A1 ($p < 0.4$), el cual evalúa en qué grado la FF incorpora todos los elementos del MENSIT. No obstante, estos resultados deben ser tomados con precaución dado el pequeño tamaño de la muestra y la escasez de sujetos en el Grupo 2 (sólo dos individuos). El Gráfico 4 muestra los resultados por ítems de cada bloque de la REA-FF en los cuatro grupos. A su vez, el Gráfico 5 detalla las diferencias entre grupos en el Bloque A (Aspectos de adecuación funcional) y en el ítem A1 (grado en que la FF incorpora todos los elementos del MENSIT).

Gráfico 4

Gráficos de resultados por ítems de cada bloque de la REA-FF y por grupos

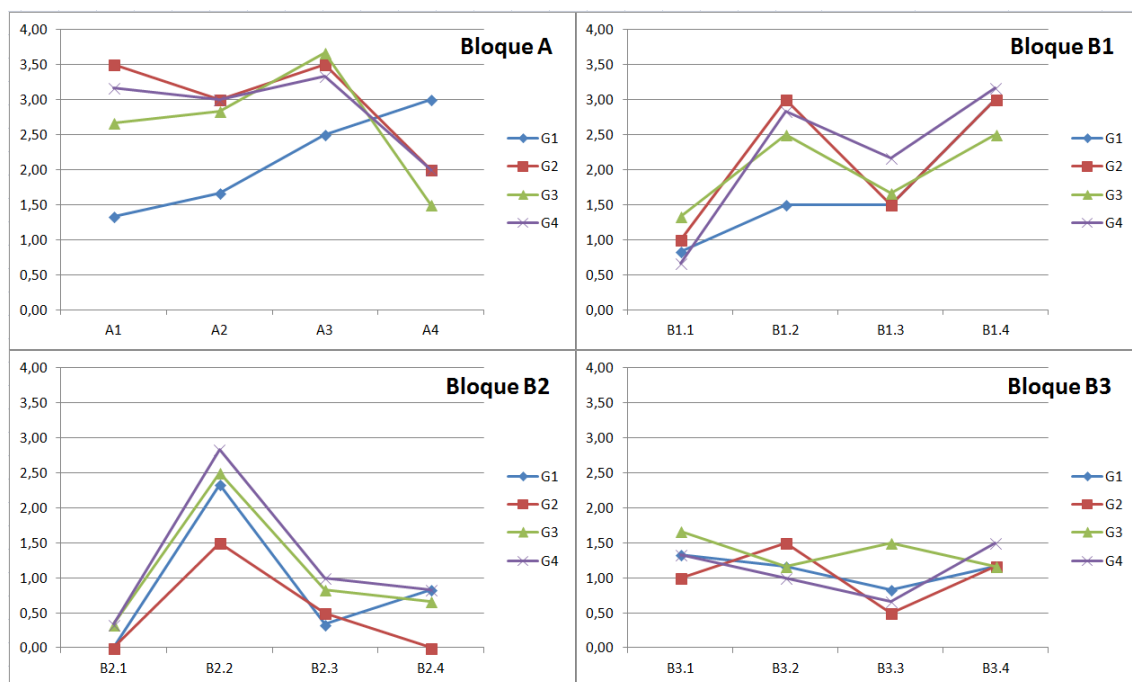
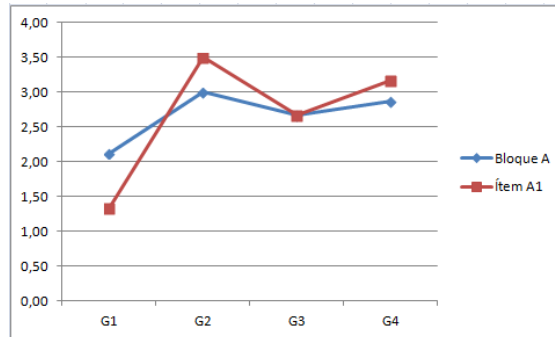


Gráfico 5

Diferencias en el Bloque A (Aspectos de adecuación funcional) y en el ítem A1 (Grado la FF incorpora todos los elementos del MENSIT) por grupos



Retomado el análisis desde la nueva perspectiva aportada por la rúbrica reorganizada, se calcularon las puntuaciones de los grupos para cada factor (Tabla 51), y aplicó de nuevo la prueba H de Kruskal-Wallis, hallándose que sólo en el Factor 1 (*Capacidad de explicación clínica del caso*), era posible confirmar la hipótesis alternativa en favor de la existencia de diferencias significativas entre los grupos ($p < 0.049$). El Gráfico 6 muestra lo igualado de las puntuaciones entre grupos para cada factor, excepto para el F1.

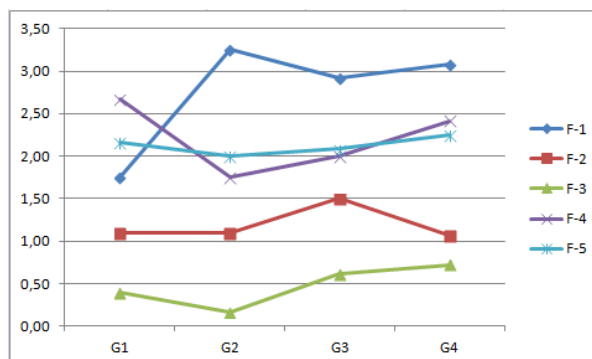
Tabla 51

Diferencias en los promedios de los grupos en los factores de la rúbrica reconstruida

	F1		F2		F3		F4		F5	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
G1	1,75	1,00	1,10	0,69	0,39	0,31	2,67	0,98	2,17	0,44
G2	3,25	0,71	1,10	0,71	0,17	0,24	1,75	1,06	2,00	0,00
G3	2,92	0,58	1,50	1,01	0,61	1,18	2,00	0,89	2,08	0,74
G4	3,08	0,83	1,07	0,37	0,72	0,93	2,42	0,49	2,25	0,27

Gráfico 6

Puntuaciones por grupos para cada factor teórico de la rúbrica reconstruida



Por otra parte, el análisis de las correlaciones significativas entre los items (Tabla 52) aportó algunos resultados interesantes desde el punto de vista de la evaluación de la adecuación de las FF en la submuestra, tomada globalmente. Dichos resultados, son enumerados a continuación:

- La correlación positiva (.79) entre A1 (MENSIT completo) y A2 (MENSIT correcto) es un dato coherente, si bien en algunos casos los participantes no lograban este encaje (incluían elementos del esquema, pero no los identificaban correctamente).
- La relación positiva aunque moderada (.59) entre A2 (MENSIT correcto) y A3 (texto fácil de leer) hace suponer que utilizar el MENSIT como plantilla facilita el trabajo y multiplica la eficacia.
- La correlación positiva (.69) entre B1.2 (secuencia estructural) y A1 (MENSIT completo) y con A2 (MENSIT correcto) (.79), sugiere que el uso de este modelo puede facilitar la capacidad del terapeuta-formulador, para estructurar narrativamente el proceso del cliente de un modo completo y que resulte explicativo. El MENSIT no sólo aporta una estructura de contenido, sino una lógica de relaciones entre contenidos.
- La correlación positiva entre B.1.1 (orientación) y B3.2 (personajes) (.60), B3.3. (contextos) (.75) y B3.4 (sucesos) (.65), puede ser interpretada en términos de la capacidad para crear marcos situacionales para el acontecer de la experiencia del cliente, que faciliten su comprensión.
- La moderada correlación positiva (.50) entre B1.2 (secuencia estructural) y B3.1. (Temas), informa de una combinación posible a la hora de formular un foco, que consiste en describir los procesos del cliente bajo un paraguas temático que cree perspectiva (qué pasaba en relación con qué asunto, o cuál era el tema de lo que sucedía).
- El conjunto de correlaciones positivas formado por la relación B2.1 (objetivación de la experiencia) y B2.3 (subjetivación cognitiva) (.68) por una parte; B2.1 (objetivación de la experiencia) y B2.4 (metaforización) (.80) por otra; y B2.3 (subjetivación cognitiva) y B2.4 (metaforización) (.70), nos hace pensar que quienes trataban de sintetizar un significado en su texto, producían formulaciones parciales apoyadas en algún elemento sensorial o físico o en alguna idea o elemento abstracto (i.e., por oposición a acciones, sucesos o síntomas).
- Las correlaciones positivas y moderadas entre B3.1 (temas) y B3.3 (contextos) (.47), junto con la correlación de igual signo y fuerza entre B3.2 (personajes) y B3.3 (contextos) (.52), así como entre B3.3 (contextos) y B3.4 (sucesos) (.59), nos hace plantearnos que quienes son capaces de crear un contexto, son también capaces de historiar o de enriquecer el relato con otros detalles de contenido de un modo eficaz.

Tabla 52
 Correlaciones significativas entre ítems de la REA-FF

	A1	A2	B1.1	B1.2	B2.1	B2.3	B3.1	B3.2	B3.3
A2	.789**								
	.000								
A3	.593**								
	.006								
B1.2	.693**	.792**							
	.001	.000							
B2.3					.697**				
					.001				
B2.4					.804**	.629**			
					.000	.003			
B3.1				.504**					
				.024					
B3.2			.609**						
			.004						
B3.3			.751**				.473*	.516*	
			.000				.035	.020	
B3.4			.675**						.586**
			.001						.007

C. Pearson Sig. (bilateral)

El coeficiente de correlación biserial entre IE y porcentaje de adecuación de la FF medido con la rúbrica fue de .83 ($p < 0.01$ bilateral), lo cual indica una relación estrecha y positiva entre obtener un CIE alto y producir FF de mayor adecuación. El mismo coeficiente, pero calculado para la relación entre SFMP y porcentaje de adecuación fue de .61 ($p < 0.01$ bilateral), indicando una relación análoga pero de menor intensidad en esta muestra.

Discusión

Comenzando por los aspectos más generales, podemos decir que a REA-FF nos permite captar diferencias entre sujetos en el grado de adecuación de las FF que han producido en la tarea experimental ($M = 50,03\%$, $DE = 11,64$). En general, las puntuaciones obtenidas son medias, sin que ningún sujeto destaque especialmente por su ejecución. No obstante, este resultado es comprensible, dado lo limitado de su experiencia formativa en TFE, y su reducida experiencia formativa en el modelo de FCFE.

Además, el análisis de las correlaciones entre los items nos muestra algunas regularidades en la muestra. Algunas se relacionan especialmente con la utilidad del MENSIT como soporte para organizar datos de un modo funcional, lo cual constituye una validación este aporte de Goldman y Greenberg (2015). Otras, nos hablan, de modo congruente con el modelo narrativo de Gonçalves (2002), acerca de la relevancia de combinar elementos de la matriz narrativa (estructura, proceso, contenido), en esta caso para: (1) Crear contextos situacionales en los que encuadrar la experiencia del cliente; (2) plantear los temas del cliente para crear un horizonte de comprensión; (3) elaborar síntesis metafóricas para separarse de los meros datos y crear una perspectiva de significado; y (4) la relevancia de ubicar los detalles en contextos en los que su presencia sea informativa y no cree ruido.

Respecto al tema de las comparaciones entre cuatro grupos formados como resultado del cruce entre la variable IE medida con el MSCEIT y la variable rendimiento en la SFMP (acuerdo con la *benchmark*) en la tarea experimental, apenas sí se han encontrado diferencias entre grupos, al menos con significación estadística en esta muestra. No obstante, en general, el Grupo 1, formado por individuos con CIE bajo y bajo rendimiento en la SFMP es el que obtiene peores resultados, con un promedio de adecuación del 45,55% (DE= 9,77) frente al 51,76% (DE= 0,88) del Grupo 2, y al 56,97% que comparten el Grupo 3 (DE= 6,82) y el Grupo 4 (DE= 5,09). Este resultado, cuya significatividad estadística no ha podido confirmarse, apunta en la dirección de lo hipotetizado.

Igualmente, que el Grupo 2, compuesto por sujetos con CIE bajo pero alto en SFMP obtenga puntuaciones en adecuación de sus FF peores que aquellos situados en grupos con niveles más altos de IE (G3 y G4), también parece un resultado congruente. Aunque, a falta de nuevos estudios, también parece confirmarse la relativa independencia de la tarea de FF frente al nivel de IE medido con el MSCEIT. No obstante, cuando el análisis se simplifica, y sólo tomamos en consideración los niveles en IE o en rendimiento en la SFMP, sí que se observan relaciones lineales y positivas en favor de valores altos en estas dos variables y la producción de FF con mayor grado de adecuación. De esto nos informan los dos coeficientes de correlación biserial positivos y significativos que se obtuvieron (.83 para IE-adecuación, y .61 para SFMP-adecuación). La mayor fuerza en la asociación entre variables para la relación IE-adecuación puede ser interpretada, en términos globales, como la mayor capacidad para procesar datos de una vivencia emocionalmente compleja, como es una sesión de terapia. A su vez, la asociación entre SFMP y adecuación puede ser entendida en estos términos: Dado que un buen desempeño en la SFMP prepara para manejar con soltura el MENSIT y que éste tiene un peso importante en la rúbrica (en parte por los dos items, pero también como soporte para la estructura narrativa de la formulación), los sujetos con alto rendimiento en la SFMP contarán con una ventaja adicional para producir FF con mayor adecuación. Aunque cosa distinta será que todos los sujetos quieran usar esta estrategia de composición, pues puede que algunos, sobre todo

aquellos con mayor IE, prefieran trabajar a su aire, sin ceñirse la plantilla que ofrece el MENSIT. Algo que analizamos más abajo al considerar el ítem A1 por separado.

Por otra parte, llama la atención la coincidencia entre las medias en la rúbrica para los sujetos del Grupo 3 (altos en IE pero bajos en la SFMP), y los sujetos del Grupo 4 (altos en IE y altos en la SFMP), que en ese sentido no parecen diferenciarse entre sí, ni por una condición ni por otra, si bien éste es un dato que venía anticipado por el análisis de la correlación entre IE y porcentaje de adecuación (0.83).

Atendiendo a las puntuaciones en el ítem A1 (que evalúa en qué grado la FF incorpora todos los elementos del MENSIT) y en el que la prueba H Kruskal-Wallis sí permitió hallar diferencias estadísticamente significativas entre grupos, encontramos un perfil esperable para el Grupo 1 (CIE bajo y bajo rendimiento en la SFMP), con los peores resultados (M= 1,33, DE= 0,8). Curiosamente, son los sujetos del Grupo 2 (CIE bajo pero alto rendimiento en la SFMP) los que despuntan en este aspecto (M= 3,50, DE= 0,7), por encima de los sujetos emocionalmente más inteligentes. Cabe preguntarse si esto se puede deber a que quienes confían menos en su competencia emocional tienden a buscar la seguridad de la plantilla que ofrece el MENSIT, y viceversa, que quienes se sienten emocionalmente competentes encuentran prescindible el uso de "artefactos" de este tipo. Y que, por otra parte, esa operación de compensación sólo sea funcional para los sujetos que sí funcionaron bien en la SFMP, la cual es el fundamento del uso informado y racional del MENSIT a la hora de componer la FF. La Tabla 53 recoge algunas ilustraciones sobre cómo fue valoradas las FF en relación con este ítem.

Tabla 53

Fragmentos de diversas FF que condujeron a puntuaciones diversas en el ítem A1

Caso	Grupo	Texto	Puntuación
662B	3	<p>Creo que lo que te ocurre es que te sientes culpable por algunas de las decisiones [E] tomadas en la vida y que sientes que tienes que pagar por ello, crees que tienes que ser consecuente con tus actos y eso te lleva a ser exigente y crítico contigo misma [M], y lo que por una parte te ayuda a no sentir el dolor por la culpa [I], por otra es lo que te está ahogando[S], lo que no te da un respiro y no te permite tener tiempo para ti[N].</p> <p>Hay una lucha interna entre la Dion crítica y exigente y la Dion que se siente muy pequeña y que hace casi todo en marcha[T]. Creo que no te has perdonado muchas cosas.</p> <p>Te propongo que en las siguientes sesiones trabajes intentándolo reconcilia la Dion exigente y crítica con la que como ser humano va a seguir cometiendo errores no castigándose por ello.</p>	<p>A1</p> <p>¿Incorpora todos los elementos del MENSIT?</p> <p>4</p> <p>MENSIT completo</p>

La reconstrucción de la rúbrica, permitió obtener una nueva valoración de la adecuación de las FF, y aportó un cómputo de puntuaciones nuevo. En él, fue posible contrastar una diferencia entre grupos estadísticamente significativa, en torno al primer factor de este modelo (F1: *Capacidad de explicación clínica del caso*), muy apoyado por otra parte en la evaluación del uso del MENSIT,

pero no solo. Una vez más, los sujetos del Grupo 1 (CIE bajo y bajo rendimiento en la SFMP) fueron los peor parados ($M= 1,75$, $DE=1$), y los sujetos del Grupo 2 (CIE bajo pero alto rendimiento en la SFMP) los que puntúan más alto ($M= 3,25$, $DE=0,71$). No obstante, este factor es más complejo que el ítem A1 por sí solo (número de elementos del MENSIT formulados), e incluye la identificación correcta de los elementos del MENSIT (ítem A2), la producción de un texto de fácil lectura para un cliente promedio (ítem A3), y la capacidad para desarrollar una secuencia estructural en el texto (ítem B1.2), por la cual, el relato explica los procesos psicológicos del cliente (intra- e interpersonales). Esto convierte la tarea de construir una FF como una buena explicación clínica de un caso, en algo más intrincado. Por eso, tanto los sujetos del Grupo 3 (CIE alto y bajo rendimiento en la SFMP) como los del Grupo 4 (emocionalmente más inteligentes y con alto rendimiento en la SFMP), siguen muy de cerca a los del Grupo 2 en este factor (quizá no tan inteligentes, pero más capaces de manejar los datos de la sesión gracias a su alto rendimiento en la SFMP) (ver Gráfico 6). Es en este punto, en el que nos preguntamos cómo sucede esto en el nivel empírico del contenido de las FF que han sido evaluadas con estos ítems. Así, la Tabla 54 muestra algunas ilustraciones de esta cuestión.

Para concluir, haremos algunas valoraciones de los hallazgos diferenciales en las puntuaciones de los factores de la rúbrica reconstruida, que pese a no ser estadísticamente significativos, sí que parecen indicar una posible dirección en los datos. Estas observaciones y sus correspondientes interpretaciones son meramente tentativas, y si bien serán ilustradas con elementos provenientes de los textos de las FF en la medida de lo posible, han de ser consideradas tan solo como material para hipótesis de investigaciones futuras:

- a) Los sujetos en el Grupo 3 (CIE alto y bajo rendimiento en la SFMP) puntúan más alto en F2 (*Recreación del mundo personal del cliente*). Puesto que obtuvieron malos rendimientos en la SFMP, cabe pensar que poseen menos capacidades para facilitar el proceso momento a momento en la sesión, que es la actividad de la cual surge la capacidad para manejar los elementos del MENSIT. Así, al contrario que sus homólogos en el Grupo 1 (CIE bajo y bajo rendimiento en la SFMP), al poseer un CIE más alto, quizá compensan sus limitaciones, esforzándose en desarrollar una visión global del cliente, por oposición a una visión más analítica apoyada en el MENSIT. En la Tabla 55 se ofrece un ejemplo de esto, en el que el participante del Grupo 3 produce un texto limpio, que retrata el mundo del cliente, pero que falla clínicamente al prescindir de los elementos críticos del MENSIT.

Tabla 54

Fragmentos de diversas FF en relación con las valoraciones de los items del F1 (Capacidad de explicación clínica del caso) para los grupos 1, 2, 3 y 4

Caso	G	Texto	A1 ¿Incorpora todos los elementos del MENSIT?	A2 Identifica correctamente los elementos del MENSIT	A3 El texto de la FF es fácil de leer para un cliente promedio	B1.2 Secuencia estructural (cómo suceden las cosas)
599K	3	<p>Me dio la sensación de que te has rendido, de que llegó un momento que dentro de ti es más fácil aceptar que todo va a salir mal porque así <u>evitas una decepción anticipada [I]</u> que piensas que es innecesaria.</p> <p><u>Sientes culpa [E]</u> ante las situaciones que has vivido. Tienes la <u>necesidad de permitirte más [N]*</u> y exigirte menos y de perdonarte. <u>Te sientes enfadada, agotada, superada[S]</u>, etc. porque tienes miedo a luchar.</p> <p>* Identificación incorrecta</p>	3 Cuatro o más, siendo uno de ellos la Emoción Primaria	2 Sólo identifica bien algunos (3 ó 4)	4 La claridad de la expresión, así como el orden y la estructura hacen fácil y fluida la lectura	2 Ofrece una descripción somera de los procesos del cliente
537J	1	<p>Creo que tu nivel de exigencia y perfección es tan alto que no te permite ni aceptar tus errores, ni reconocer la amplitud de tu capacidad y de tu propio brillo.</p> <p>Vives en una lucha que <u>te agota [S]</u> en sí misma y que finalmente <u>acaba castigándote[M]</u>, sin permitirte a ti mismo <u>disfrutar ni de tu tiempo ni sentirte digno del amor [N]</u> de otras personas a las que echas de tu lado; porque te castigas[M] no queriéndote <u>ni dejando que te quieran*</u>.</p> <p>*Aquí está implícito el Mecanismo Interruptor (I) pero lo lee como Marcador, de modo que es identificación incorrecta</p>	1 Sólo uno o dos de ellos o más, pero ninguno es la Emoción Primaria	2 Sólo identifica bien algunos (3 ó 4)	1 Redacción correcta pero demasiado enrevesado (por redacción o por abstracción)	1 Ofrece una descripción somera de los procesos del cliente
Continúa en página siguiente						
Viene de la página anterior						
975Q	4	<p>Dion, <u>te sientes triste[S]</u>, en el proceso de tu divorcio hasta ahora has ido <u>acumulando una gran culpa[E]</u> que no te deja ser feliz ni disfrutar de lo que has conseguido hasta ahora. Te sientes <u>insatisfecha porque no te permites se querida ni tener tiempo para ti [N]</u>, <u>no te permites confiar en los demás*</u> ya que piensas que no mereces que nada bueno te suceda. Creo que deberíamos trabajar en que <u>te perdones a ti misma [T]</u> por tus decisiones del pasado para que puedas disfrutar del presente.</p> <p>*En realidad es Mecanismo Interruptor, pero lo consigna como consecuencia de un pensamiento autocrítico ("ya que piensas que no mereces que nada bueno te suceda")</p>	3 Cuatro o más, siendo uno de ellos la Emoción Primaria	3 Identifica correctamente 4 ó 5	2 Bastante concreto, estructurado y/o ordenado pero mejorable (falta fluidez)	2 Ofrece una descripción somera de los procesos del cliente
415Q	2	<p>Bien, comenzamos la sesión preguntando qué te estaba ocurriendo en esta última época. Me has expresado, entre lloros y algún suspiro (a través de los cuales me llega tu tristeza y cansancio) que últimamente encuentras que nada, o que te propones objetivos que una vez alcanzados no reportan la emoción de satisfacción que esperabas.[...] <u>[S]*</u></p> <p>*Dedica un párrafo a cada elemento del MENSIT</p>	4 MENSIT completo	4 Identifica correctamente los 6	3 Bastante concreto, estructurado y/o ordenado pero mejorable (falta fluidez)	4 La descripción de los procesos del cliente es completa y explicativa

Tabla 55

Ejemplo de FF en el Grupo 3, en el que la recreación del mundo personal del cliente (F2) parece compensar un desarrollo menor del MENSIT

Caso	G	Texto	B1.1	B1.3
003E	3	<p>Parece que detrás de ese no quiere levantarse se esconde un miedo a decidir, por temor a equivocarse, a cometer errores, y no saber lidiar posteriormente con el sentimiento de culpa que experimenta y le impide validarse en la vida.</p> <p>En el accidente de tráfico , donde perdió la vida su amigo, precipitó e introyectó en ella, un modelo de apego materno exigente en el que creció .</p> <p>Lidiar con esto en la búsqueda de consuelo le llevó a vincularse con una pareja, aún a sabiendas , de que no era una unión funcional . Quizás , con la esperanza de validarse y de que el tiempo, las cosas pudieran mejorar.</p> <p>En base de este último, nace una hija, lo que, finalmente, no hizo más que empeorar la situación de base.</p> <p>La culpa, la baja autoestima , explican sus males , desde un sentimiento y emoción base de tristeza con sintomatología depresiva.</p> <p>La decisión de separarse de la pareja empeoran, aún mas, el cuadro , pues trae como consecuencia el traslado a un apartamento y el empeoramiento en las condiciones de vida de la hija.</p> <p>Los logros no son aceptados como tales y , los olvidos , en algunas de las atenciones que requiere su hija, le sumerge, de nuevo, en este fondo de tristeza culpable.</p> <p>El pasado se hace presente de manera continua y la inhabilita para llevar una vida funcional.</p> <p>Se hace preciso desensibilizar esas emociones negativas, para que pueda vivir desde otras más adaptativas, así como reprocessar sus heridas emocionales.</p> <p>OBSERVACIONES: No resulta una FF adecuada por varios motivos: (1)Aunque puntúa alto en los ítems del Bloque 3 (multiplicidad del contenido), al no explicar el caso en términos del MENSIT ni resonar afectivamente, resulta distante; (2) puntúa bajo en B1.4 (Integración) pues parece que va "escupiendo" datos del caso; y (3) aunque no se computa en la rúbrica, está escrito en 3ª persona, pese a que la formación insistió en el valor de hablar directamente al cliente.</p>	<p>B1.1 Orientación (qué, quién, cuándo, dónde) 3 Suficientes referencias en cantidad pero falta variedad</p>	<p>B1.3 Compromiso evaluativo (significado afectivo de los sucesos: cómo le hizo sentir y porqué algo le importa) 1 Refiere los sentimientos pero no los contextualiza o vincula a sucesos</p>
			<p>B3.2 Personajes (personajes de su historia o del presente) 3 Alusiones claras y precisas pero falta conexión (qué les une)</p>	<p>B3.3 Contextos (situaciones y marcos de referencia donde sucede la acción) 3 Sirven para encuadrar qué fue relevante de modo preciso pero impersonal</p>
				<p>B4.4 Sucesos (hechos relevantes de la vida del cliente o en la sesión) 3 Permite saber qué sucedió y fue relevante de modo preciso pero impersonal</p>

- b) Los sujetos con mayores puntuaciones en F4 (*Profundidad vivencial*) se hallan en el Grupo 1 (CIE bajo y bajo rendimiento en la SFMP), de modo que surge la duda de si no estarán compensando sus déficits operativos con un lenguaje emocionalmente expresivo. Así por ejemplo, obtienen las puntuaciones más altas en el ítem A4, en el que se valora la capacidad para producir un texto evocador, que "hable al corazón de la persona" (M=3, DE=1,1). Pero no sucede lo mismo en el ítem B2.2, que completa el factor, y que evalúa la competencia de subjetivación emocional (riqueza y precisión en la representación de los sentimientos del cliente). Es decir, no se trata sólo de "cantidad", sino de "calidad." Éste es un ítem más complejo, que evalúa algo más que el acto de incluir los sentimientos de la persona en la FF, y se ocupa de evaluar en qué medida el formulador los refiere como experiencias vivas del cliente (i.e., por oposición a nombrarlos como un síntoma), y en el modo idiosincrásico en que la persona los vive o expresa. Por tanto, no es de extrañar que en este ítem ganen los miembros del Grupo 4 (M= 2,83, DE= 0,98) con mayor IE y mejor desempeño en la SFMP; seguidos de los del Grupo 3 (M=2,5, DE= 1,05) con alta IE aunque peor desempeño en la SFMP, y luego por los del Grupo 1 (M=2,33, DE= 0,82). Por último, llama la atención que en este ítem los

sujetos del Grupo 2 caigan hasta un 1,5 en el promedio (DE= 0,71), aunque esto es algo que no termina de extrañarnos, dada su posible preferencia por el tipo de plantilla que, como sujetos con baja confianza en su competencia emocional y buen desempeño en la SFMP, les puede parecer el MENSIT (poseen la media más alta en el F1). No obstante, esta afirmación es sólo una conjetura, ya que en el Grupo 2 sólo hay dos individuos, pero ofrece un tema muy interesante para futuras investigaciones, al menos desde la perspectiva de dar importancia a la relación entre recursos personales y desempeño en FF, asunto del que nos ocuparemos en las conclusiones.

Conclusiones

Aunque no podemos afirmar con seguridad que estas observaciones son ciertas en función de un test de hipótesis, no deja de sorprendernos la congruencia interna de las mismas. Creemos que estos datos dicen cosas en relación con el tema principal que encuadra este estudio, es decir con la cuestión de la evaluación del modelo de FC de la TFE. El cual, plantea un proceso extremadamente complejo y compuesto por diferentes formas, momentos y niveles de gestión del conocimiento clínico (los tres primeros órdenes de formulación), irreductible al uso de una plantilla, por compleja que esta fuera. A esta perspectiva de la complejidad, que pone de relieve lo delicado y prolongado de la formación de los terapeutas hasta lograr niveles aceptables, se añade la estrecha relación entre formulación e intervención propia de la terapia experiencial. Una relación que, si bien en el nivel de FF podría parecer menos comprometedor respecto a lo que se puede perder o ganar en el "aquí y ahora", es determinante cuando se cambia la escala temporal. Así, la falta de un foco adecuadamente formulado y compartido con el cliente, es determinante para la formación de la alianza en las primeras sesiones, y de últimas, para el éxito de la terapia. Por eso, la formación debe atender a las diferencias individuales que llevan a los programas de entrenamiento en TFE a personas con diferentes competencias de partida. Dichas competencias diferentes, pueden introducir ruido en el proceso de aprendizaje, por ejemplo cuando las personas compensan -como hemos observado tentativamente- algunas de sus limitaciones con otras capacidades. Esto puede ofrecer la sensación de haber "resuelto la la tarea" frente al cliente, pero no equivale a haber producido, en este caso, una FF realmente adecuada.

En conclusión, proponemos esta rúbrica, bien en su versión original -fundamentada en una razón teórica- o bien en su versión reconstruida -fundamentada en una razón práctica-, como herramienta de evaluación de la adecuación de las FF tanto en contextos formativos como de investigación. E igualmente, subrayamos la relevancia de la formulación de foco como un proceso diferenciado en el modelo de FC en TFE, en el que es necesario seguir investigando.

6. Estudio 2: Producción y evaluación de Formulaciones de Caso Globales en TFE

6.1. Justificación y objetivos

El segundo bloque de investigación empírica de este trabajo, se ocupa de la producción y evaluación de Formulaciones de Caso Globales (FCG) realizadas *a posteriori*, es decir, una vez concluido el tratamiento. Es un tema que no ha sido abordado hasta la fecha en el marco de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), y que por tanto carece de bibliografía propiamente dicha. Sí existen algunos ejemplos de casos formulados bien con propósitos didácticos, o bien de investigación, sin embargo, se advierten tres limitaciones, que motivan la realización de este estudio:

1. Dichas formulaciones no son exhaustivas, y cumplen principalmente una función de encuadre en los casos en textos de investigación, por lo cual, algunas aplicaciones de la FC como la formación, la supervisión o la investigación, no cuentan con el apoyo necesario.
2. No existe un método homogéneo y confiable de producción de FCG en TFE, que permita no sólo generar formulaciones válidas, sino también ricas, en el sentido de reflejar sistemáticamente los elementos teóricos y conceptuales del modelo.
3. Tampoco existe, a fecha de hoy, un método de evaluación de la calidad de dichas formulaciones, que permita trabajar con parámetros propios y acordes con el modelo terapéutico experiencial de la TFE.

A fin de responder a estas tres limitaciones, nos hemos propuesto, en primer lugar, crear un método de formulación de casos globales *a posteriori*, que refleje y dé cuenta de modo válido, de un proceso terapéutico completado. Para eso, pensamos en crear una herramienta sencilla pero detallada, que estuviera firmemente apoyada en el corpus teórico y empírico de la TFE, y que permitiera generar textos de calidad a la hora de reflexionar sobre un caso y formularlo. Y secundariamente, a fin de valorar la calidad de las FCG producidas utilizando esa herramienta, asumimos la elaboración de un modelo de calidad para las FCG en TFE, así como la construcción de un instrumento de evaluación basado en el modelo.

Así pues, los objetivos de este estudio sobre producción y evaluación de FCG en TFE, son:

1. Crear un modelo de FCG y *a posteriori* como método de FC estructurado.

2. Plasmar dicho modelo en una herramienta de formulación útil para producir FCG válidas y ponerla a prueba.
3. Desarrollar un modelo y un procedimiento de evaluación de la calidad de las FCG en TFE.
4. Hacer un estudio exploratorio, de la herramienta de formulación en términos de validez y calidad.

6.2. Estrategia de investigación y metodología

Atendiendo a los objetivos anteriores, y dado que partimos de cero en el estudio de la producción y evaluación de FCG en TFE, la estrategia de investigación ha consistido en:

1. Realizar un **estudio cualitativo apoyado en el método de Teoría Fundamentada** (Corbin y Strauss, 1990; Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002), a partir de una serie de textos correspondientes a FCG en TFE, y a fin de obtener un **mapa de categorías clínicas conceptuales** sobre este tipo de textos, agrupadas por temas y subtemas.
2. Utilizar el mapa de categorías clínicas conceptuales para **confeccionar una herramienta de formulación** denominada *Formato Guía* (FG), que mediante una serie de preguntas, sirva para gestionar la información sobre un caso, y crear significado clínico útil para un lector.
3. Elaborar un **Manual de uso del Formato Guía** que facilite su aplicación.
4. Elaborar una **Escala de Similitud de Formulaciones de Caso Globales** (ES-FCG), que permita valorar la similitud o equivalencia entre dos FCG -típicamente entre las formulaciones producidas por dos clínicos, o entre una de ellas y una *benchmark* o formulación de referencia- como medio para evaluar la validez de las formulaciones.
5. Desarrollar un **modelo teórico sobre la calidad de las FCG en TFE**, fundamentado tanto en la teoría terapéutica subyacente (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2002; Greenberg, 2011; Greenberg, et al., 1993), como en el concepto de *legibilidad*, tal y como ha sido desarrollado en el marco de la psicología cognitiva (Dufty, McNamara, Louwerse, Cai y Graesser, 2004; Graesser, McNamara y Louwerse, 2003; Louwerse, 2004).
6. Hacer una **prueba empírica del Formato Guía mediante un estudio piloto**, que permita obtener información preliminar sobre su utilidad y aplicabilidad, atendiendo a su capacidad para producir formulaciones válidas y de calidad. Dicho estudio, consistió en la comparación sistemática de dos micro-casos (un usuario del FG júnior -el formulador A- y otro sénior -el

formulador B), desarrollados de acuerdo con las orientaciones de Yin (1989, 2003) acerca de los estudios de caso exploratorios y descriptivos.

6.3. Elaboración del mapa de categorías clínicas conceptuales de la las Formulaciones de Caso Globales en TFE

6.3.1. Encuadre metodológico: la opción por la Teoría Fundamentada

El método de Teoría Fundamentada (TF) (*Grounded Theory*) surgió de las contribuciones de los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss en los años 60 del pasado siglo a la investigación en Ciencias Sociales. Al decir de McLeod (2011, p.118), el título del libro en el que daban a conocer su método (*The discovery of Grounded Theory*), captura los tres principios guía de este modelo de investigación cualitativa: (1) La tarea fundamental del investigador es descubrir nuevos modos de dar sentido al mundo social; (2) la meta del análisis es generar un "teoría", entendida como un marco formal para comprender el fenómeno que está siendo investigado; y (3) dicha teoría debe estar enraizada o asentada en los datos, en lugar de ser impuesta a estos.

Por otra parte, hay que precisar que TF es propiamente un método para analizar datos, y no una técnica de recolección, por lo que este último aspecto, si bien debe ser especificado en el informe de investigación, no resulta determinante en cuanto a la teoría emergente, sino en relación con el marco en el que esa teoría puede ser utilizada.

La habilidad principal del investigador que utiliza este método es la de ser sensible a los múltiples significados potenciales de los datos. Es decir, ya que el objetivo es generar un conjunto emergente de categorías y referenciar sus propiedades a partir de los datos, la mirada del investigador debe ser sensible a la percepción de este tipo de diferencias que ya se hallan presentes en ellos -aunque no hayan sido aún delimitadas. Para ello debe tratar de desprenderse de intereses que puedan sesgar su sensibilidad, o al menos declararlos abiertamente, e implicarse deliberadamente en el análisis desde una voluntad de *descubrimiento*, no de *confirmación*.

Para ello, el investigador debe sumergirse en los datos. Aunque es posible realizar este tipo de estudios en equipo -en la línea de la investigación de consenso propuesta por Hill et al. (2005)-, un rasgo característico de la tradición investigadora en TF es que el trabajo de análisis se hace mejor en soledad. Y que sólo a través de la inmersión concienzuda de un investigador individual altamente motivado en el material de estudio, puede lograrse un nivel de *saturación* adecuado, entendido este

concepto como el punto en el que el análisis de nuevos datos no permite generar nuevas categorías o diferenciaciones.

Dado que la situación de partida respecto a la tecnología disponible para producir FCG en TFE era que no existía ningún procedimiento, pero sí algunos ejemplos producidos por los líderes y generadores del modelo, nos pareció que sumergirnos en esos textos -similares entre sí pero no iguales-, y tratar de sintetizar la teoría de formulación subyacente al conjunto, era una buena opción metodológica. Por una parte permitía explicitar el conocimiento profesional tácito y la maestría de sus autores al producir FCG, y por otra, es una forma de hacer visible las dimensiones y categorías del conocimiento experto en el que dichas FCG se basan (Hill et al., 2017; Tracey, et al., 2015; Tracey et al., 2014), a la vez que nos da pie a sistematizarlo y hacerlo disponible para otros terapeutas.

Si bien no existe un manual único de referencia, el texto de Corbin y Strauss (1990) es el que aporta guías más detalladas. Más recientemente, Strauss y Corbin (2002) hicieron un intento de operativizar el método, que sin embargo ha sido muy debatido, quizá porque en este marco de investigación "mandan los datos", que son los que, siguiendo una reglas básicas de trabajo con ellos, hacen visible la teoría que los articula. Nosotros nos hemos apoyado inicialmente en las reelaboraciones didácticas de McLeod (2003, 2011) y Wang (2008) en el campo de la investigación cualitativa en psicoterapia. Además, hemos completado nuestra perspectiva de uso de método, tomando como referente el capítulo dedicado a TF del libro de Lepper y Riding (2006), que es una guía práctica sobre métodos de investigación en psicoterapia a partir de materiales transcritos. Finalmente, utilizamos el manual de Corbin y Strauss (2002) *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, con el fin de afinar en algunos de los procesos del método, así como con la intención de obtener orientaciones respecto al modo de presentar el informe final.

6.3.2. Procedimiento

A continuación, nos apoyaremos en los pasos que propone McLeod (2012, p. 120-122) para hacer TF, con el objetivo de hacer visible el proceso de investigación que hemos seguido. Cuando sea necesario, haremos las acotaciones y adaptaciones oportunas, e ilustraremos cada paso con nuestro trabajo.

1. El investigador identifica una pregunta de investigación, que es relativamente amplia, semi-abierta y orientada a la acción:

La pregunta en TF debe ser una declaración que identifica el objeto de estudio, y que enfatiza la *acción* y el *proceso*. Esto se debe a que desde este marco: (1) Se entiende que las personas son agentes propositivos, que se implican en diversas formas de acción, las cuales dan lugar a procesos de cambio, y que también pueden ser respuestas a un cambio; y (2) el objetivo de la TF es desvelar los procesos sociales básicos que subyacen a la conducta.

Así pues, lo que nosotros nos preguntamos es: ***¿Cómo producen las FCG los expertos en esta competencia?*** Entendemos que la producción de este tipo de textos es una acción social, que no se reduce a los procesos cognitivos más elementales, en tanto el texto es una acción de creación de significado clínico dirigida a una audiencia (otros terapeutas, investigadores, y en general terceras partes). Los terapeutas expertos cuyos textos hemos analizado, son actores con un propósito, el cual subsume tres dimensiones: La intención epistemológica subyacente a la hora de formular el caso, el deseo de comunicar el caso a una audiencia, y la necesidad de crear orden en los datos del caso para crear un significado clínico comunicable. De ese modo, lo que nos proponemos al responder a la pregunta de investigación mediante el método de TF, es **hacer visible la teoría de la acción con la que estos expertos parecen trabajar** a la hora de responder a estas tres dimensiones.

2. Se selecciona un grupo de personas o situaciones que ejemplifican diferentes aspectos o caras de la pregunta de investigación:

Aunque la consideración habitual en la selección de informantes se refiere a personas (en un número que oscila entre ocho y veinte), en este caso no contamos con algo similar por dos motivos: primero, que nuestros datos primarios son los textos de las FCG ya producidos, y segundo, porque el número de FCG disponibles en la literatura y con suficiente entidad (básicamente por tamaño), era de tan solo seis. Estas FCG fueron los seis casos del texto de Watson, Goldman y Greenberg (2008) *Case studies of Emotion-Focused Therapy of Depression*.

A su vez, la selección de los informantes o de los conjuntos de datos se fundamenta en su interés "teórico", bien entendido en este contexto, en términos de su potencial para reflejar la teoría de la acción subyacente, así como para expandir o testar el sistema de categorías emergente. En ese sentido, el criterio no responde a la noción de muestreo estadístico o de representatividad de una población, sino a la de utilidad para ilustrar un fenómeno específico, que se da en un contexto particular, y que no necesariamente "sucede así" o "existe así" en la naturaleza o en la sociedad.

3. Aproximación ateórica al fenómeno:

El investigador reusa hacer una revisión de la literatura relativa al proceso que estudia antes de recoger los datos. El objetivo de esta opción es aproximarse al fenómeno con una mentalidad abierta, de modo que los temas y categorías tengan la oportunidad de emerger de la observación de los datos, en lugar de que les sean impuestos.

En nuestro caso, distinguimos entre el conocimiento de la teoría de la TFE y el conocimiento acerca de cualquier modelo de FC en TFE -que no existe para las formulaciones de cuarto orden que son las FCG. O también el conocimiento respecto a otros modelos de FC que aportan -como el de Eells, Kendjelic y Lucas (1998)-, una estructura básica para seleccionar, ordenar y relacionar los datos del caso. En cierto modo resulta imposible no tener en mente una estructura básica relativa a la tradición clínica sobre los estudios de caso, así como distanciarse radicalmente de la experiencia formativa y clínica personal, pero, por otra parte, tampoco creemos que cupiera esperar en los expertos un planteamiento excesivamente distinto. De ese modo, nuestra observación analítica, además de estar abierta a "lo emergente" en general, se vio beneficiada por dos actitudes tomadas deliberadamente: (1) La despreocupación respecto a este tema (dando por hecho que parte de la acción de los expertos reproduciría el modo básico de ordenar la información de un caso clínico), y (2) la curiosidad por "qué se podría aprender" o "qué de nuevo y diferente" podría aparecer.

4. Sincronización de la recolección de datos y el análisis:

El investigador se sumerge en los datos del primer conjunto de observaciones disponible, y comienza a sensibilizarse frente al marco teórico emergente desde el principio. De ese modo, queda influido para poder ser sensible respecto al tipo de asuntos en los que podrá ir fijándose al ponerse a trabajar con el siguiente conjunto de observaciones.

En este trabajo, el proceso equivalente, consistió en ordenar los seis textos, alternándolos según pertenecieran a un caso de de buen resultado o de resultado pobre (tres y tres).

5. Codificación abierta:

El investigador lee el material, y se implica en un proceso denominado de "codificación abierta", por el cual fracciona, examina, conceptualiza y categoriza los datos. Todo ello con el objetivo de generar tantas categorías diferentes como sea posible para cada unidad o segmento del texto. En términos prácticos, el investigador se pregunta constantemente *¿qué más podría significar esto?*, y se fuerza a sí mismo a considerar esa pieza de información desde diferentes perspectivas.

Para entrar en el proceso de codificación abierta de las seis FCG, el investigador las tradujo al español, y las fraccionó en "unidades idea" (UI) siguiendo para ello el criterio de Eells et al. (2005): Fragmentos que parezcan contener una sola idea, en tanto al ser divididos pierdan significación. Después creó una referencia para cada una de las UI (i.e., 2.1. = caso 2, UI nº), y comenzó la lectura ordenada de cada uno de ellos.

La metodología en TF recomienda que siempre que sea posible, las categorías sean encuadradas en términos de *actividades* y *procesos*, más que en entidades estáticas. En nuestro contexto, este propósito resulta relativamente fácil, por cuanto el formulador que produce un texto, se halla implicado constantemente en acciones de creación de significado clínico. Sin embargo, la dificultad se hallaba más bien en identificar el significado del objeto directo (dicho gramaticalmente): Explicar o formular ¿qué? (i.e., el modo en que la persona desarrolló un recurso psicológico adaptativo).

A su vez, la tarea de codificación abierta, en este sentido, requería identificar también el propósito o el significado (la dimensión intencional) que el formulador, utilizando la teoría humanista-experiencial, trataba de desarrollar a la hora de dar cuenta de un determinado dato del caso (i.e., explicar cómo la persona desarrolló un recurso psicológico adaptativo que utilizaba como "máscara" [forma de existencia inauténtica]). Este esfuerzo de lectura dentro de los datos, fue también, pues, un esfuerzo de lectura inteligente dentro de los datos, para captar la *teoría* (con minúscula) de explicación del caso que guía a un formulador que trabaja con una *Teoría* (con mayúscula) de la personalidad.

Nuestra experiencia con las FCG supuso trabajar con *post-it*, cuyo color tratábamos de repetir siempre que teníamos la sensación de que la UI pertenecía a la misma categoría.

6. Fin de la recolección de datos

La recolección de datos concluye cuando el sistema de categorías o la teoría alcanza el punto de saturación. O dicho de un modo más concreto, cuando el investigador deja de obtener nuevas ideas a partir del material.

En nuestra circunstancia, existía un límite objetivo externo, determinado por el número de casos disponible, si bien el punto de saturación llegó cuando el investigador, al considerar los datos de cada FCG, dejó de necesitar crear una nueva categoría, pues la unidad que estaba considerando encajaba bien en otra existente o no la modificaba.

7. Organización de categorías:

Las categorías que van siendo creadas a través de este proceso, se van archivando (por ejemplo en forma de fichas), en las que se consigna el título de la categoría, junto con la referencia de la unidad idea a la que se refiere.

En nuestro caso, cada una de estas categorías fue consignada en un *post-it* más grande, donde además se incluyó una breve descripción inicial y tentativa.

8. Generación de categorías de orden superior:

El conjunto de categorías generadas es entonces examinado como una totalidad, con el objetivo de identificar categorías de orden superior, que no sólo agrupan a las de orden inferior, sino que son, al ser nombradas, un elemento clave que articula la teoría de la acción subyacente.

9. Codificación axial

Después se exploran las posibles conexiones entre categorías en diversos niveles. Esto implica la identificación de las *condiciones* bajo las cuales las categorías parecen darse, así como las *consecuencias* de su ocurrencia (i.e. ¿qué sigue a qué?). En cierto modo, la codificación axial supone la reversión del proceso, y las piezas del rompecabezas son puestas de nuevo juntas, para formar una imagen global. Solo que lo que nos queda no es de nuevo el texto en términos de sus UI concretas, sino la teoría subyacente.

Para el trabajo de codificación axial utilizamos una pared despejada, en la que fuimos de armar el rompecabezas por niveles, pegando y moviendo los *post-it*, y añadiendo "memos" para hacer aclaraciones respecto a las condiciones bajo las cuales determinado tipo de formulación parcial parecía tener lugar, y respecto al tipo de UI que solía aparecer a continuación.

En TF, los memos son anotaciones rápidas que el investigador hace a lo largo de cualquier fase del proceso, mediante las cuales impide que una idea que pueda ayudar a la codificación abierta se escape, trata de dejar constancia de una observación o aclaración respecto a la relación entre categorías en la codificación axial, o bien deja constancia de algún hecho que pueda sesgar los resultados. Esos memos no sólo cumplen una función auxiliar durante el trabajo con los datos, sino que son utilizados después como apoyo para crear el informe final.

Además, el investigador va elaborando diagramas que completan gráficamente a las anotaciones en los memos, en los que las categorías se van relacionando entre sí, a veces

verticalmente y otras horizontalmente. Estos diagramas -que en nuestra investigación fueron la resultante de mirar a la pared cubierta de notas de colores, y de trasladar su estructura a una pizarra-, constituyen el esqueleto de la teoría emergente.

10. Trabajo con el método de comparaciones constantes

Mediante el trabajo de *comparación constante*, es el proceso por el cual todas las categorías son comparadas entre sí y contrastadas unas con otras, tanto dentro de los casos (cada FCG) como entre casos (entre las FCG de cada caso de terapia). Esto permite el refinamiento del sistema de categorías que se ha ido generando, ya que el investigador va produciendo memos y realizando correcciones en los nombres de las categorías, o reagrupaciones y fusiones entre categorías o viceversa.

6.3.3. Resultados y conclusiones

11. Identificación de categorías principales emergentes

En el estudio de las FCG disponibles, algunas categorías relativas a ciertos procesos de formulación, comenzaron a cobrar centralidad o a situarse en niveles jerárquicamente superiores del sistema. Sin embargo, algunas categorías relativas a la acción del formulador como gestor de conocimiento clínico, se hicieron evidentes más por su función que por su contenido. Es entonces cuando se decidió pensar en ellas en términos de "pistas de formulación." Fueron entendidas como senderos o caminos que el formulador sigue, preferentemente según un orden, para ir desarrollando racionalmente la explicación del caso, pero que en cualquier momento puede abandonar para continuar "hablando" en otra pista, y volver más tarde a aquella en la que estaba.

Así se observó que un buen formulador hace uso de estas meta-categorías, no sólo para explicar el caso de modo completo (haciendo formulaciones en todas las pistas posibles), sino cambiando de pista ocasionalmente, de modo que el texto de la FCG pueda llegar a resultar más "intrigante" o motivador.

Según los teóricos de la TF, este tipo de categorías principales identifican uno o más temas, que captan el significado central del fenómeno que está siendo estudiado. De ese modo, se categorizaron cuatro temas principales, codificados como cuatro grandes pistas de formulación. Y consecuentemente, se trató de identificar el *tema* del que hablaban, según las categorías que englobaban:

- Pista 1.- **Estructuración de la personalidad del cliente**, cuyo tema es: Cómo llegó el cliente a ser la persona que es en el momento de acudir a terapia.
- Pista 2.- **Funcionamiento actual del cliente**, cuyo tema es: Cómo venía siendo el funcionamiento afectivo y social del cliente, a la hora de entrar en terapia y tal y como se iba mostrando a lo largo de las primeras sesiones.
- Pista 3.- **Interacción del cliente dentro de la sesión**, cuyo tema es: Cómo el terapeuta lidió con las necesidades y temores del cliente, así como sus acciones y conductas resultado de procesamientos automáticos y no simbolizados en su campo de consciencia -especialmente aquellos que se activan en el marco de la relación terapéutica.
- Pista 4.- **Trabajo experiencial y emocional a lo largo de la terapia**, cuyo tema es el cambio terapéutico en clave humanista y facilitado en los términos experienciales y por los medios propios de la TFE

Mientras que en TF la mayor parte de las categorías en los niveles inferiores y sus códigos tienden a utilizar términos descriptivos o son más específicos, las categorías principales deben reflejar conceptualizaciones de los datos, que emergen a partir de estos. Esto es lo que sucedió con las pistas de formulación, pero también con los niveles inmediatamente inferiores, que fueron denominados bloques de formulación, a cada uno de los cuales le correspondía un *sub-tema* (Tabla 56).

Tabla 56

Bloques de formulación por pistas y sus correspondientes sub-temas

Pista 1) Estructuración de la personalidad del cliente	
Bloque 1 - HERIDA CLAVE	La consciencia del cliente, acerca de las experiencias patogénicas o destructivas, y acerca del sufrimiento y sus efectos experimentados a lo largo de su vida.
Bloque 2 APRENDIZAJE EMOCIONAL	Cómo la persona aprendió a sentir en las situaciones interpersonales durante la crianza, a evaluar afectivamente la presencia de los otros, y a responder a ella de modos más o menos adaptativos y auténtico
Pista 2) Funcionamiento actual del cliente	
Bloque 3 FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL	La especificación y descripción vivencial del esquema emocional relativo a su dolor nuclear de la persona, que viene determinando su funcionamiento.
Bloque 4 FUNCIONAMIENTO SOCIAL	Cuál era o venía siendo el efecto de los problemas afectivos sobre las relaciones interpersonales, y sobre la adaptación/implicación social de la persona.

Continúa en la página siguiente

Viene de la página anterior

Pista 3) Interacción del cliente dentro de la sesión

Bloque 5 ESTILO DE RELACIÓN CON EL TERAPEUTA	Cómo era el estilo de relación inicial del cliente, y cómo esto moduló la formación de la alianza.
Bloque 6 DIFICULTADES EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA	Cuáles fueron las eventuales dificultades o rupturas en la alianza y cómo fueron resueltas.

Pista 4) Trabajo experiencial y emocional a lo largo de la terapia

Bloque 7 PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL-EMOCIONAL	El estilo de procesamiento experiencial del cliente y los ajustes responsivos que fueron necesarios para que la terapia avanzara y la sesión se convirtiera en un espacio de exploración de la propia experiencia/existencia productivo.
Bloque 8 TAREAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS	El tipo de crecimiento personal que supuso la terapia para el cliente, y en los procesos que condujeron al cambio terapéutico junto con sus resultados.

12. Informe del estudio

De acuerdo con la literatura, normalmente el informe de un trabajo de TF parte de la representación del sistema de categorías y códigos generado, que se centra en la definición de la categoría principal, y de las categorías subsidiarias. Todo ello acompañado de ejemplos. A esto le puede seguir el desarrollo de apartados en los que se afina en la descripción de categorías particulares, dependiendo de su interés específico.

En nuestro trabajo, la articulación de las cuatro pistas, los 8 bloques y las 46 categorías resultantes (a las que luego se denominó categorías clínicas conceptuales), dio lugar tanto a un sistema como a un mapa de categorías, que refleja, creemos, la teoría de la acción subyacente en el modo de construir FCG en TFE, por parte de los expertos y creadores del modelo. No lo incluimos en este apartado, porque en el marco más amplio de Tesis, lo hemos utilizado como base para desarrollar un método de formulación de caso global *a posteriori*, que hemos llamado *Formato Guía para la producción de FCG en TFE*, y que presentamos en detalle en la siguiente sección (6.4.).

Por otra parte, algunos investigadores completan el informe con algún tipo de interpretación de los resultados en términos de la formulación de una teoría formal, o de la comparación de los resultados con los de la investigación precedente. A este respecto sólo podemos decir lo siguiente:

a) En términos de teorización, creemos haber observado que:

Los formuladores expertos en TFE explican un caso de terapia partiendo del modo en que ciertos sucesos clave (principalmente heridas interpersonales) y los aprendizajes emocionales subsiguientes, estructuraron la personalidad de la persona que acude a terapia.

Después tratan de encuadrar el caso en términos del funcionamiento actual del cliente, principalmente en términos de su funcionamiento emocional, pero también según cómo éste condiciona o afecta a su funcionamiento social.

Una vez establecidas estas coordenadas como un escenario en el que sucede el caso, suelen ocuparse de dar cuenta de cómo fue la interacción con el terapeuta dentro de la sesión, prestando especial atención al estilo de relación con el terapeuta y a cómo este estilo moduló la formación de la alianza. Y complementariamente, en caso de producirse, informan acerca de las eventuales dificultades o rupturas en la alianza y sobre cómo fueron resueltas.

Finalmente, se ocupan de formular el tipo de trabajo experiencial-emocional que tuvo lugar en la terapia y que condujo a los resultados del caso. Parten para eso, de una descripción rica sobre cómo era el estilo de procesamiento emocional del cliente y sobre cómo evolucionó gracias al tratamiento y a los ajustes responsivos del terapeuta, que permitieron que el proceso de auto-exploración avanzara y surgieran los marcadores de tarea junto con los temas relevantes para la persona. Después se ocupan de las tareas terapéuticas en las que cliente y terapeuta se implicaron a partir de la formulación de un foco, y que explican el cambio clínico y los resultados específicos del caso.

b) En cuanto a la comparación de los resultados con la teoría o la investigación en el campo, lo único que podemos decir es que el sistema de categorías resultante, en el que se apoya la teoría de la acción que acabamos de formular, es la base para un sistema de FC estructurado, que permitirá realizar FC en TFE con fines didácticos, de entrenamiento, supervisión e investigación, del que hasta el momento no se disponía. Y que en ese sentido, que podría complementar al modelo de Goldman y Greenberg (2015), en manuales como el de Eells (2007) en futuras ediciones.

6.4. Desarrollo y uso del *Formato Guía* para la construcción de Formulaciones de Caso Globales en TFE

El *Formato Guía* para la construcción de FCG en TFE surge a partir del mapa de categorías clínicas conceptuales que acabamos de presentar. Aunque su estructura, lógica interna, contenidos y funcionamiento serán abordados en los dos próximos apartados, el Apéndice I contiene una versión operativa, que es la que utilizaron los participantes en los estudios de caso piloto.

6.4.1. Concepto y aplicaciones del *Formato Guía* en la formulación de casos

Las Formulaciones de Caso Globales (FCG) son, en términos de gestión del conocimiento en Psicoterapia (Caro, 2010), una serie de estrategias y procesos de creación de significado clínico, cuyos elementos (descriptivos, explicativos, inferenciales y relacionados con la intervención) forman parte de una narrativa sólida acerca del caso. Es decir, parte de una narrativa que se considera "verdadera" como reflejo de lo sucedido y como explicación de la relación entre lo sucedido (intervención) y una serie de resultados terapéuticos específicos. Así, y de acuerdo con nuestra clasificación y análisis de las intenciones epistemológicas en FC en Psicoterapia (apartado 2.4 en este trabajo), las FCG se apoyan en una intención clínica paradigmática, por la cual, los textos generados, contienen: (a) una o varias hipótesis acerca del caso basadas en una teoría específica, que funcionan como explicaciones clínicas paradigmáticas, acerca de las causas y dinanismos de los problemas de las persona, junto con sus implicaciones técnicas; y (b) una serie de referencias sobre diversos datos observables o sobre determinadas evaluaciones y juicios clínicos que formaron parte del caso, y que sirven como evidencia del trabajo realizado y sus efectos.

Teniendo en perspectiva lo dicho anteriormente, el *Formato Guía* facilita la creación de significado clínico acerca de un caso de psicoterapia, a través de un flujo de reflexión en términos de la teoría y los conceptos de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg, 2010; Greenberg, Rice y Elliott, 1993) que se va estructurando progresivamente en un texto. Dicho flujo discurre a través de cuatro *pistas temáticas* que integran 45 *formulaciones clínicas* posibles, las cuales se agrupan en nueve bloques de información (Tabla 57), en los que se desarrollan diversos subtemas.

Tabla 57

Pistas temáticas del *Formato Guía* de Formulación de caso global en TFE

Pista 1 ↓ Estructuración de la personalidad		Pista 2 ↓ Funcionamiento actual		Pista 3 ↓ Interacción dentro de la sesión		Pista 4 ↓ Trabajo experiencial y emocional	
<i>Formulaciones clínicas</i>	Bloque	<i>Formulaciones clínicas</i>	Bloque	<i>Formulaciones clínicas</i>	Bloque	<i>Formulaciones clínicas</i>	Bloque
↓ 1 ↓ 2	Memoria temprana de un suceso traumático Interpretación del daño	↓ 7 7.1 7.2 7.3	(1) HERIDA CLAVE (3) FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL	↓ 9 ↓ 9.1 9.2	(5) ESTILO DE RELACIÓN	↓ 11 11.1 11.2 11.3 11.4 11.5 11.6 ↓ 12 12.1 12.2 12.3	Estilo de procesamiento experiencial Reacciones clave del dentro de la sesión (7) PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL-EMOCIONAL
Debilidades ↓ 3 3.1 3.2 ↓ 5 5.1 5.2 ↓ 6	Fortalezas ↓ 4 4.1 4.2 Transiciones vitales Recurso adaptativo	↓ 8 8.1 8.2 8.3	(2) APRENDIZAJE EMOCIONAL (4) FUNCIONAMIENTO SOCIAL	↓ 10 10.1 10.2	(6) DIFICULTADES EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA	↓ 13 13.1 13.2 ↓ 14 14.1 14.2 14.3 14.4	Aprendizaje terapéutico Formulación de foco y evolución del tratamiento (8) TAREAS TERAPEÚTICAS Y RESULTADOS
Número de formulaciones posibles en esta pista (NFP)	12	NFP en esta pista	8	NFP en esta pista	6	NFP en esta pista	19

Cada formulación es obtenida a partir de una pregunta, y cada respuesta sirve, potencialmente, de base para la siguiente cuestión dentro del mismo bloque. A su vez, las 45 preguntas se fundamentan en sendas categorías clínicas conceptuales, obtenidas en el estudio cualitativo referido anteriormente, y del que se da cuenta en el siguiente apartado. Las transiciones entre bloques pueden requerir una eventual interrupción del flujo de reflexión, a fin de realizar un

movimiento hacia un nivel de abstracción diferente (otro nivel de explicación), o bien para facilitar el cambio a otra pista temática. Un último paso invita al terapeuta que se halla formulando el caso, a revisar el texto generado según estas tres preguntas:

1. ¿Resulta informativa, clarificadora y parsimoniosa la FC que se ha redactado?
2. ¿Hay alguna formulación redundante que podría ser integrada en una única frase o unidad-idea?
3. ¿Aparenta ser el texto una "buena representación" del caso en el que he trabajado?

De este modo, el *Formato Guía* puede constituir un modelo de FC estructurada (Eells, 2007a) cuyos instrumentos mediacionales permiten a los terapeutas formular el caso a partir de un material estático como son los registros y notas de terapia, y sobre la base de algún tipo de plantilla. Como tal, sería complementario al modelo de FC en TFE propuesto por Greenberg y Goldman -Goldman y Greenberg, 2015; Goldman, Greenberg y Caro, 2016; Greenberg y Goldman, 2007) más orientado al proceso y la fundamentación de la intervención momento a momento, que a la representación del caso.

Utilizando el *Formato Guía* en contextos de investigación (Eells, 2007a), los clientes e investigadores, así como los equipos de investigadores, podrían ayudar a la mejora de la FC en términos de su capacidad para representar fielmente un proceso dado que estuviera siendo estudiado. Sin embargo, el objetivo del *Formato Guía* cuando es usado en el trabajo clínico cotidiano o en contextos de supervisión, es tan solo apoyar y guiar el proceso de formulación de la mejor manera posible. En ese sentido, ofrece un soporte para que el clínico archive, recuerde, reúna, codifique y ordene información sobre el caso a medida que éste se desarrolla y/o al final de proceso terapéutico. E igualmente aporta una estructura racional que le permite establecer vínculos entre datos del caso, de manera que pueda responderse a preguntas como "¿funcionó la terapia?", "¿para qué?" y "¿cómo?", de una manera análoga a como R. Elliott las plantea en su modelo de *Hermeneutic single-case efficacy design* (HSCED) (Elliott, 2002; McLeod, 2010). Por tanto, este planteamiento se beneficia de las indicaciones generales sobre gestión de datos en estudios de caso (i.e., McLeod, 2010), a la vez que supone una contribución a la elaboración de formulaciones que podrían ser utilizadas en *estudios de caso pragmáticos* como propone Fishman (2000), o más precisamente en el entrenamiento en TFE. Además, el FG permite generar narrativas teóricamente fundamentadas, que reflejen y eventualmente supongan un ejercicio de contraste crítico la teoría, como propone Stiles (2007) en su modelo de "Estudios de Caso para la construcción de teoría" en psicoterapia (*Theory Building Case Studies*).

Cabe por último, y antes de pasar a explicar el proceso de desarrollo del *Formato Guía*, hacer tres advertencias:

- La primera es relativa a este mismo proceso de creación de del instrumento: Debido a que partió de la investigación de una serie limitada de casos formulados, y a que requiere un rodaje mayor aún que el que se le pueda dar en este trabajo, el *Formato Guía* debe ser entendido como un prototipo o un recurso en desarrollo.
- La segunda advertencia se refiere a que como modelo de formulación de caso estructurada, el *Formato Guía* responde tan solo a lo que podríamos denominar el "modelo estándar de TFE" con adultos, y no cubre otro tipo de formulaciones como las relativas al trabajo con niños, problemas psicosociales, pareja, familias o grupos.
- Y una tercera advertencia, relativa al debate que el desafío de la mirada post-estructuralista en Psicoterapia plantea a todos los intentos de explicar la disfunción y de argumentar la relación entre las dificultades de la persona, la intervención del clínico y la dinámica social y cultural en la que ambas cuestiones se encuadran sistémicamente (Dickerson, 2010). Los modelos estructuralistas tienden a ser individualizantes y ubican un "mecanismo del problema" en el sujeto, frente a los post-estructuralistas, que tratan de hacer visibles los procesos sistémicos. Sin embargo, aunque la psicopatología y la FC de la TFE delimitan y enfatizan esos mecanismos una vez se han establecido, y afirman su relativa autonomía a la hora de producir malestar, no por eso se niega la naturaleza social del modo en que llegaron a instaurarse. A su vez, los modelos estructuralistas -partiendo de las epistemologías de la modernidad- postulan que el fenómeno posee alguna forma de estructura y funciona autónomamente dentro del individuo. Y aunque la teoría de la TFE da razón de esa autonomía, como teoría humanista -y por tanto existencial (Rowan, 2001)-, no *desempodera* al individuo, al menos en la medida en que se considera que: (1) El acceso a la emoción primaria adaptativa es fuente no sólo de adaptación, sino de creatividad en la respuesta personal a la vida, además de abrir a las personas a la interacción y al encuentro auténticos, y de promover la autodeterminación; y (2) la "reparación" o reestructuración de ciertos elementos estructurales del funcionamiento psíquico (i.e., los esquemas de emoción) es condición necesaria para devolver al individuo su agencia y autonomía, y no se produce sólo por un cambio en el sistema en el que participa. Finalmente, si bien los modelos post-estructuralistas, desde una mirada post-moderna asumen un modelo hermenéutico -priorizando la comprensión sobre la explicación-, y la metáfora narrativa por encima del objetivismo, la teoría de la TFE afirma que los cambios narrativos son más bien el resultado de la reflexión sobre la emoción; y que el desarrollo de nuevas narrativas personales,

requieren un referente experiencial, es decir, una emoción vivenciada y simbolizada a partir de la cual se crean nuevos significados y se pone en perspectiva la acción y la participación solidaria y (auto)responsable en los diversos sistemas (Richert, 2002).

El desarrollo de las observaciones epistemológicas de esta tercera advertencia sobre las FCG construidas mediante el *Formato Guía*, merece una discusión más amplia y detallada de la que cabe en este trabajo, y en parte han sido ya abordadas en el apartado 2.4. de este trabajo, dedicado al concepto de *intenciones epistemológicas* en FC. Sin embargo, dada la naturaleza del *Formato Guía* como un instrumento de gestión del conocimiento que crea o construye nuevas "realidades", y por tanto delimita -si es utilizado-, lo que se puede decir de una terapia como "un tratamiento", parecía oportuno no sólo plantear la advertencia sobre el desafío que la mirada crítica post-racionalista lanza a la Psicoterapia (Schaefer, 2014), sino coger el guante aunque sea brevemente. Para defender el instrumento y su bondad en un marco de práctica humanista, diremos que el *Formato Guía* tiene una función objetivadora o positivadora, presidida por una voluntad pragmática: representar los casos de la mejor manera posible tanto en los contextos clínicos, como de entrenamiento y de investigación, entendiendo esta función representadora no tanto en términos de *medida*, como de *comunicación*; es decir, en el sentido de hacer inteligible y accesible "lo que parecía haber", "lo que se cree haber hecho" y "lo sucedido finalmente", primero para uno mismo como clínico y después para diversas audiencias con diferentes necesidades (otros colegas, alumnos y supervisores, e investigadores).

Siguiendo a O'Hara (2001), una Psicología Humanista revitalizada teóricamente -que se apoya en lo mejor de su pasado tanto como en los desarrollos constructivistas y en los avances en las neurociencias y en los estudios sobre la relación mente-cuerpo-, se halla en la mejor posición para aportar el fundamento de una psicología emancipadora postmoderna (p.487). Por ejemplo en todo lo que se puede argumentar en contra de la medicalización de la salud mental y de la industrialización de los servicios de salud, cuyo funcionamiento no sólo tiende a obliterar las dimensiones existenciales del sufrimiento humano, sino que también contribuye a desdibujar las posturas críticas frente a las instituciones, así como a *desempoderar* a las personas como agentes morales, responsables de su propio cambio, tanto como del cambio social. En ese sentido, las FCG en TFE, pueden ser entendidas ampliamente como historias objetivadas sobre procesos de emancipación frente a la patología, desde la comprensión que el individuo fue ganando sobre sus circunstancias y acerca de las constricciones de su *libertad existencial* (Villegas, 1988), en compañía de un "experto" en aumentar la *libertad experiencial*, reparando y conectando con las propias fuentes de evaluación interna (las mismas que Gendlin (1997b) sitúa en el centro de la evaluación moral, y que son el fundamento de lo que en su ética de la autenticidad, el filósofo C. Taylor (1994) denomina "evaluaciones fuertes").

No obstante, aunque en el apartado 3.1. de este trabajo ya planteamos una visión crítica global sobre la formulación de caso en psicoterapia -al revisarla como práctica profesional-, y aunque acabamos de defender su bondad, también queremos cerrar esta sección poniendo de relieve el riesgo de un uso indebido del *Formato Guía*. Por ejemplo, aplicándolo de una manera puramente mecanicista, eludiendo la participación del cliente, o asumiéndolo ingenuamente como un instrumento de medida positivista, como si las FCG resultantes fuera una representación aséptica y pura de una realidad material.

6.4.2. Estructura y pasos de creación de significado clínico del *Formato Guía*

A continuación se presentan y describen en detalle cada una de las cuatro pistas temáticas del FG, atendiendo tanto a su significado propio -dado por el tema del que se ocupan-, como al sentido que tienen en el marco específico de la TFE. Idéntico proceso se hace con cada uno de los dos bloques de las cuatro pistas, para concluir con la explicación de las categorías clínicas conceptuales específicas que suponen el último nivel de formulación, junto con las preguntas que permiten hacerlas operativas.

Pista 1: Estructuración de la personalidad

El término "personalidad" no ocupa como tal un lugar específico en las teorías humanistas-experienciales clásicas (Rogers, Perls o Gendlin), ni tampoco en la TFE, aunque el concepto subyacente sí parece haber sido un referente implícito, sin llegar a constituir un tema sistematizado. Esto se debe por una parte a que, pese al origen clínico de estas teorías, en ese mismo origen se encuentra el rechazo de una visión estructuralista-mecanicista de la persona que pueda cosificarla, en favor de una visión procesual, vinculada a las nociones de *organismo* y de *experiencia*. Y por otra -estrechamente relacionada con la anterior-, a que disponer de un término como el de "sí mismo" (*self*) -enraizado en la distinción jamesiana de las relaciones yo-mí (*I-Me*)-, permitía dar cuenta de manera adecuada de la persona como proceso (ver por ejemplo la revisión de Polkinghorne, 2001). Este asunto lo hemos tratado con mayor detalle en otro trabajo (Caro, 2017), en el que concluimos que los padres de la tradición humanista-experiencial utilizaron el término *personalidad* como un heurístico para abordar temas complejos y relevantes de la teoría que estaban desarrollando, pero que necesitaban un escenario conceptual en el que situarlos. Dicho escenario era la *personalidad*, y en ella -fuera lo que fuera-, "sucedió algo" en términos de flujo del sí mismo en interacción con el medio, que se relacionaba con la experiencia de "ser uno mismo" de modo más o menos auténtico. De ese modo, sobreentendiendo un acuerdo, podían pasar a ocuparse de los procesos que

interesaban para explicar la patología y el cambio terapéutico mediado por la técnica. La *personalidad* quedaba así como un fondo frente al cual, las cuestiones de la teoría del sí mismo y de la técnica terapéutica que operaba con la experiencia orgánica, ocupaban la posición de figura.

Sin embargo, este dato histórico que ha llevado a obviar la explicación de un concepto con valor en el resto de la Psicología, no coarta por sí mismo las posibilidades que tenemos para utilizarlo de un modo significativo en este contexto. Así, creemos que la explicación de *cómo llegó el cliente a ser la persona que es cuando pide ayuda*, es la explicación de cómo se configuró una estructura de personalidad, que representa una serie de invariantes relativas, y que es accesible en términos humanistas-experienciales. Más recientemente, la incorporación de la perspectiva actual sobre el concepto de *voz del sí mismo* (Stiles, 1999), y sobre el funcionamiento de los sistemas dinámicos junto al concepto de esquema de emoción, permitieron integrar las visiones humanistas sobre el sí mismo en un concepto competitivo como el de "auto-organización" (Caro, 2005; Whelton y Greenberg, 2000). Este desarrollo permitió a su vez reubicar la visión dialógica del sí mismo propia de la Gestalt, así como la visión multivocal del Psicodrama en una metáfora de la personalidad como un "parlamento" compuesto por diferentes auto-organizaciones del sí mismo (Whelton y Greenberg, 2000).

El modo de funcionar de este parlamento, sujeto a las dinámicas de la competencia para el procesamiento emocional -que puede ser mediado por la relación con el terapeuta-, y al peso potencial de la automatización de determinadas formas de procesamiento esquemático disfuncional (Greenberg, Rice y Elliott, 1993), aporta un marco teórico que permite dar cuenta de los temas que ocupan a las teorías de la personalidad, y que es congruente con los desarrollos producidos en este campo en las últimas décadas. Tal es el caso de los modelos *interaccionistas*, que vinieron a superar las limitaciones de sus precedentes *internalistas* y *situacionistas*. Dichos modelos, apoyados en la explicación de la conducta por la dialéctica constante entre variables internas y situacionales, permiten redefinir la personalidad como "un sistema autorregulador en permanente interacción con otros sistemas [por oposición a una máquina o cualquier otro tipo de entidad predestinada]" (Pérez y Bermúdez, 2003, p. 80). Algo análogo a la visión dialéctico-constructivista sobre el sí mismo de la TFE, como proceso creador de significado a partir de la experiencia emocional de la situación, sentida corporalmente (Gendlin, 1997a; Greenberg y Pascual-Leone, 2001).

Entre los desarrollos interaccionistas más relevantes, quizá sea la *Teoría cognitivo-afectiva del sistema de personalidad* (CAPS) de Mischel y Shoda (1995), la que mejor permite observar hasta qué punto el planteamiento humanista-existencial de la personalidad que se alcanza en el marco de la TFE -aunque no se propenda al uso de este término-, es relevante y trasciende los márgenes relativamente estrechos de la teorización en el dominio epistemológico de la Psicoterapia. La Teoría

CABS pretendía -al ser formulada-, reconciliar los hallazgos paradójicos sobre la invarianza de la personalidad y la variabilidad de la conducta a través de las distintas situaciones. Esta teoría asume que los individuos difieren en dos cuestiones: (1) Su grado de acceso a ciertas unidades mediacionales de carácter cognitivo-afectivo (i.e., codificaciones, experiencias, expectativas, creencias, afectos y metas), y (2) la organización de relaciones a través de las cuales esas unidades interactúan entre sí y con las características psicológicas de las situaciones en las que se encuentran los individuos. De ese modo da cuenta de las diferencias individuales respecto a patrones de variabilidad entre situaciones que resultan relativamente predecibles, así como de los niveles promedio de conducta tomados globalmente, ambos como expresiones conductuales o "firmas" del mismo sistema de personalidad subyacente. Si establecemos un paralelismo entre la Teoría CAPS y el modelo teórico de la TFE, especialmente en lo relativo a los cuadros psicopatológicos o disfuncionales (Caro, 2017), encontramos que:

- Ambas se ocupan de explicar que en determinadas situaciones con significado psicológico (emocional), ciertas relaciones entre unidades mediacionales del individuo (esquemas de emoción desadaptativos y elementos de esos esquemas), producen formas de respuesta o conducta típicas e invariantes para esa situación llamados *perfiles* (auto-organizaciones), aunque no necesariamente únicas (existen auto-organizaciones alternativas basadas en esquemas de emoción adaptativos, que normalmente organizan el sí mismo en otras situaciones y que podrían ser accesibles);
- que las diferentes formas de regular esas respuestas o conductas propias de un perfil dependen del grado de acceso que las personas tienen a las unidades mediacionales subyacentes (acceso a la experiencia dentro del "darse cuenta" y con capacidad para simbolizarlo);
- que el sistema de personalidad funciona como un todo y no como un conjunto de fuerzas, factores, tendencias o variables discretas e independientes (la persona experienciante) -una única red de interconexiones organizada entre cogniciones y afectos (el parlamento de voces dentro del sí mismo)-, determinado por diversas dinámicas subyacentes asociadas a metas (evitación de la experiencia dolorosa en el contexto clínico, y orientación hacia la satisfacción de necesidades en el funcionamiento saludable basado en el acceso a emociones primarias adaptativas); y
- que la función auxiliar del terapeuta tiene que ver con: (1) Ayudar a la persona a desarrollar un conocimiento metacognitivo sobre los estímulos internos o externos que activan o desactivan los estados problemáticos y las dinámicas que ocurren alrededor de ese estímulo, a fin de poder anticiparse (consciencia y regulación emocional); (2) dirigir la atención no sólo

a la conducta problemática y a sus relaciones con las características situacionales precipitantes, sino a las cogniciones y afectos que se ven activados por esas características, y a sus interrelaciones en las dinámicas de procesamiento (diferenciar, vivenciar y simbolizar aspectos de la experiencia); (3) modificar la organización entre cogniciones y afectos dentro del sistema de procesamiento (establecer puentes de significado entre aspectos de la experiencia y la conciencia, y facilitar el diálogo entre voces o aspectos del sí mismo); y (4) desarrollar modos alternativos de codificar y de reaccionar cognitiva, emocional y conductualmente a los ingredientes productores del problema a fin de cambiar su significado para el individuo (reestructurar los esquemas de emoción).

Hemos creído oportuno hacer un desarrollo relativamente extenso sobre el concepto "personalidad", debido a que, como decíamos más arriba, no es un término popular ni consensuado en la teorización humanista-experiencial ni en la propia TFE, aunque a su vez posee dos propiedades: (1) puede ser utilizado como un heurístico, para hacer referencia al tema de "estructuración de la personalidad" como pista de formulación en la construcción de FCG, y (2) posee en realidad un valor informativo y conceptual relevante en la moderna teoría de la personalidad, que es altamente congruente con las conceptualizaciones de la TFE acerca de las invariantes situacionales en el funcionamiento de la persona.

Una vez aclarado lo anterior, ponemos de manifiesto de qué se ocupa esta pista, o qué tema desarrolla en el FG: promueve la reflexión sobre cómo llegó el cliente a ser la persona que es en el momento de acudir a terapia. La generación de formulaciones sobre este asunto incluye el trabajo en dos bloques (B1: *Herida clave* y B2: *Aprendizaje emocional*), y el desarrollo de 12 formulaciones clínicas (FC 01 a FC 12).

Bloque 1: HERIDA CLAVE

El *subtema* que se desarrolla en el Bloque 1 es la conciencia del cliente, acerca de las experiencias patogénicas o destructivas, y acerca del sufrimiento y sus efectos experimentados a lo largo de su vida, que constituyen la "herida clave" que, sabiéndolo o no, el cliente lleva a terapia. Para abordar este subtema, el *Formato Guía* propone dos preguntas relativas a sendas categorías clínicas (ver Tabla 58):

- Una "experiencia temprana problemática" (ETP) acerca de algún tipo de suceso traumático, que no necesariamente es la causante de todo el malestar de la persona, pero que sí que tuvo una contribución entre relevante y determinante -por ejemplo creando un efecto cascada o de caída de fichas de dominó. Puede ser completamente real en los términos en

los que la relata el cliente en la exploración a lo largo de diversos momentos en la terapia, o ser más bien la forma particular en la que este la ha construido.

- La "interpretación del daño" (ID) es la lectura personal que el cliente hace acerca del daño producido por el/los suceso/s que constituyeron la experiencia temprana problemática. Puede hallarse implícita en la narrativa de esa experiencia, o puede ser el resultado de la reflexión sobre ella.

La información contenida en estas formulaciones clínicas permite hacerse una idea inicial acerca del estado en el que el cliente acude a terapia, y constituye un antecedente explicativo de parte de lo que luego fue sucediendo a lo largo del tratamiento.

Tabla 58

Bloque 1: HERIDA CLAVE

FC 01

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Una <i>experiencia temprana problemática</i> (ETP) acerca de algún tipo de suceso traumático.	<i>¿Qué contó la persona, acerca algún suceso traumático específico o significativo, sucedidos en su vida? (infancia y adolescencia)</i> <i>¿Qué le marcó?</i>	...

FC 02

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Interpretación del daño</i> (ID): Una interpretación o lectura personal que hace el cliente acerca del daño producido por el/los suceso/s codificados en FC 02.	<i>¿Cómo interpreta la persona, o cómo parece que llegó a interpretar el daño causado por los sucesos traumáticos que vivió en la infancia o adolescencia?</i>	...

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL

El otro antecedente explicativo del caso es el correspondiente al aprendizaje emocional vivido por el cliente a raíz de sus experiencias tempranas, de su autocomprensión y de las reacciones del medio a esos sucesos. Las formulaciones clínicas de este bloque permiten desarrollar una serie bastante amplia de *subtemas*, agrupables bajo la idea de cómo la persona aprendió a sentir en las situaciones interpersonales durante la crianza, a evaluar afectivamente la presencia de los otros, y a responder a ella de modos más o menos adaptativos y auténticos.

La "herida clave" -atendida en el Bloque 1-, podría ser una experiencia traumática devastadora única, o podría representar el paradigma de una experiencia traumatizante repetitiva. El caso es que en ambos casos ocurrió dentro de un contexto relacional durante la crianza, en el que tuvo lugar algún tipo de "aprendizaje emocional" (AE). Tal AE puede ser formulado en términos de las

categorías clínicas, que se presentan a continuación, y que suscitan las preguntas a través de las cuales se generan las formulaciones en el Bloque 2:

- "Patrones interpersonales tempranos negativos" (PITn) que producen anticipaciones negativas, las cuales a su vez generan *debilidades* psicológicas (Tabla 59), y que comúnmente estuvieron causados por diferentes formas de maltrato o negligencia de diversa intensidad.
-

Tabla 59

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Debilidades

FC 03

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Descripción o ejemplo del <i>patrón interpersonal temprano negativo</i> (PITn) más relevante, asociado a una experiencia de maltrato o de negligencia durante la crianza.	<p><i>¿Qué interacciones refirió y exploró la persona que pudieron constituir patrones repetitivos de maltrato o negligencia en su infancia o adolescencia?</i></p> <p><i>¿A qué estructuración del vínculo de apego dieron lugar?</i></p>	...

FC 03.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Descripción contextualizada del PIT negativo (DC-PITn) (puede incluir recuerdos específicos, información sensorial y sentimientos)	<p><i>¿Qué solía ocurrir entonces?</i></p> <p><i>¿Dónde/Cómo/Con quién/Cuándo?</i></p> <p><i>¿Qué sentía la persona entonces?</i></p>	...

FC 03.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Consecuencias del PIT negativo en las expectativas (CE-PITn) de la persona dentro de las relaciones interpersonales (<i>anticipaciones negativas</i> específicas del estilo de apego resultante).	<p><i>¿Qué aprendió la persona a esperar de sus otros significativos o de los adultos, de la gente, de la autoridad, de las figuras protectoras, etc.?</i></p> <p><i>¿Qué aprendió la persona a esperar de sí misma?</i></p> <p><i>¿Cuál fue el estilo de apego resultante?</i></p>	...

- "Patrones interpersonales tempranos positivos" (PITp), que también pudieron desarrollarse, y que fueron una fuente potencial de *fortalezas* (Tabla 60) o constituyeron factores protectores, que podrían jugar un papel en el caso que está siendo formulado.

Tabla 60

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Fortalezas

FC 04

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Descripción o ejemplo del <i>patrón interpersonal temprano positivo</i> (PITp) más relevante, asociado a una experiencia de cuidado o vinculación durante la crianza.	<p><i>¿Qué interacciones refirió y exploró la persona que pudieron constituir patrones repetitivos de cuidado o buena vinculación en su infancia o adolescencia?</i></p> <p><i>¿A qué estructuración del vínculo de apego dieron lugar? (O si el vínculo de apego resultó principalmente dañado, ¿qué figuras de apego alternativas o complementarias pudieron existir?).</i></p>	...

FC 04.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Descripción contextualizada del PIT positivo (DC-PITp) (puede incluir recuerdos específicos, información sensorial y sentimientos).</i>	<p><i>¿Qué solía ocurrir entonces?</i></p> <p><i>¿Dónde/Cómo/Con quién/Cuándo?</i></p> <p><i>¿Qué sentía la persona entonces?</i></p>	...

FC 04.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Consecuencias del PIT positivo en las expectativas (CE-PITp) de la persona dentro de las relaciones interpersonales (anticipaciones positivas específicas del estilo de apego resultante).</i>	<p><i>¿Qué aprendió la persona a esperar de sus otros significativos o de los adultos, de la gente, de la autoridad, de las figuras protectoras, etc.?</i></p> <p><i>¿Qué aprendió la persona a esperar de sí misma?</i></p> <p><i>¿Cuál fue el estilo de apego resultante?</i></p>	...

- Adicionalmente, el AE de la persona que acude a terapia también incluye las transiciones vitales significativas, determinadas por uno o más hechos biográficos relevantes que contribuyeron a la estructuración de la personalidad, y a partir de los cuales la persona construyó una "memoria autobiográfica significativa" (MAS). Estos recuerdos pueden ser formulados en términos de su "descripción narrativa" (DN-MAS) así como de la "consecuencia principal" (CP-MAS) supusieron (Tabla 61).
- La formulación en este bloque también recoge las formas de adaptación desarrolladas por la persona, y constituyen respuestas más o menos estereotipadas y una serie de "recursos psicológicos preferidos" (RPP) (Tabla 62), que confinan al individuo en lo que Mearns y Thorne (2003) han denominado *niveles presentacionales* (cómo se presenta la persona socialmente ocultando sus verdaderos sentimientos y necesidades). Estos RPP cumplen una función, pero son en el fondo formas de inautenticidad que impiden llevar la existencia adelante, llevan a vivir "personajes", usar máscaras, etc.

Tabla 61

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Hechos biográficos

FC 05

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Memoria autobiográfica significativa (MAS): Recuerdo de un hecho biográfico relevante sucedido en la adultez (i.e., un divorcio u otras crisis), o durante la transición a la edad adulta (i.e., el abandono del hogar familiar para ir a la universidad o un embarazo no deseado) que significó un momento problemático, el cual incrementó las dificultades anteriores, o acentuó el funcionamiento desadaptativo previo.</i>	<p><i>¿Qué marcó la entrada de la persona en la vida adulta?</i></p> <p><i>¿Qué tuvo que hacer la persona para lograr su propio espacio como adulto? ¿Qué "precio" tuvo esto?</i></p>	...

FC 05.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Descripción narrativa de la MAS (DN-MAS).	¿Qué sucedió? ¿Qué significó para la persona? ¿Cómo lo interpretó?	...

FC 05.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Consecuencia principal de la MAS (DN-MAS) (ya sea entonces o en el momento de acudir a terapia).	¿Cuáles fueron las consecuencias? ¿Qué relató la persona como la peor de ellas? ¿Cómo afectaron esas consecuencias a su vida actual?	...

Tabla 62

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Recursos psicológicos preferidos

FC 06

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
El recurso psicológico preferido (RPP) desarrollado por la persona para afrontar el dolor o las dificultades personales o sociales (puede tratarse de un recurso relativamente saludable o de una compensación o manera de ser o de actuar inauténticas).	¿Logró desarrollar la persona alguna actitud adaptativa o bien alguna manera de relacionarse con los otros, que valora o aprecia especialmente, debido a que supuso para ella una forma de sobrevivir o de manejar el dolor? ¿Cuál y cómo es? ¿Cómo funciona actualmente ese recurso psicológico preferido? ¿Cuáles han sido hasta la fecha y cuáles son sus consecuencias en el momento de acudir a terapia?	...

Pista 2: Funcionamiento actual

Las experiencias traumáticas u otras dificultades de la vida que contribuyeron a la estructuración de la personalidad del cliente, debieron de conducir, en última instancia, al dolor nuclear que afectaba al funcionamiento cotidiano y constreñía las posibilidades existenciales de la persona en el momento de acudir a terapia. A su vez, dicho dolor nuclear debía de estar causando los problemas y síntomas principales del cliente, que usualmente constituyen el motivo de consulta.

Las formulaciones sobre el funcionamiento actual tienen fundamentalmente el sentido de explicar y hacer comprensible las constricciones en la libertad personal (Villegas, 2005) impuestas por las dificultades emocionales subyacentes. Así, esta pista promueve la reflexión acerca de cómo venía siendo el funcionamiento afectivo y social del cliente, a la hora de entrar en terapia y tal y como se iba mostrando a lo largo de las primeras sesiones. Este tema es reflexionado desde una perspectiva focalizada en la emoción, puesta en situación en dos bloques (B3: *Funcionamiento emocional* y B4: *Funcionamiento social*), mediante una serie de preguntas, que permiten realizar ocho formulaciones clínicas.

Bloque 3: FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL

El funcionamiento actual del cliente puede ser primariamente formulado en términos del funcionamiento emocional relativo a su dolor nuclear, haciendo referencia al esquema de emoción problemático nuclear (EEPN) de la persona. La especificación y descripción vivencial de este esquema, constituye el subtema narrativo del Bloque 3, que se apoya en las siguientes categorías clínicas (ver extensamente en Tabla 63):

- El "Dolor nuclear" (DN) que organiza la experiencia y la acción y que se haya en el centro del esquema de emoción.
- El "Esquema de emoción problemático nuclear" (EEPN), descrito en términos de los elementos estructurales que rodean a la emoción vivenciada.
- "Explicación del esquema" (EE): Descripción de la auto-percepción del cliente y de la percepción de las personas de su entorno (i.e., pareja, familia, compañeros, etc.) acerca de la reactividad emocional producida por el EEPN.
- "Estilo de Auto-relación" (EAR): Cómo se percibía y se trataba a sí misma la persona en el contexto de un EEPN activado.

Tabla 63

Bloque 3: FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL

FC 07

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Dolor nuclear</i> (DN) que organiza la experiencia y la acción.</p> <p>Es el centro del funcionamiento afectivo basado en emociones primarias desadaptativas, y puede incluir las autoevaluaciones del cliente de carácter patológico o causantes de malestar.</p> <p>Este DN puede ser el causante de la evitación experiencial (que impide el contacto con emociones primarias adaptativas y la satisfacción de necesidades).</p>	<p><i>¿Qué emoción o sentimiento doloroso se encontraba en el centro del malestar de la persona? ¿Cuál era la vivencia subjetiva y el significado experiencial de ese dolor específico para el cliente?</i></p> <p><i>¿Cuáles eran los sentimientos nucleares dolorosos que se hallaban organizando su experiencia de sí mismo o del mundo?</i></p> <p><i>¿Qué emociones primarias desadaptativas dominaban la auto-organización de la persona en las situaciones que se veían comprometidas por este dolor?</i></p>	...

FC 07.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Esquema de emoción problemático nuclear</i> (EEPN), descrito en términos de los elementos estructurales que rodean a la emoción vivenciada (significados simbolizados, elementos motivacionales-conductuales, elementos corporales-expresivos y elementos perceptivo-situacionales).</p>	<p><i>¿Cómo se manifestaba el dolor nuclear en términos de los significados simbolizados por el cliente? (Relato de la dificultad, conceptos que maneja y relatos de identidad)</i></p> <p><i>¿Cómo se manifestaba este dolor en términos de los elementos motivacionales-conductuales presentes en las dificultades del cliente? (Necesidades y tendencias a la acción).</i></p> <p><i>¿Cómo se manifestaba este dolor en términos de los elementos corporal-expresivos presentes en las dificultades del cliente? (Sensaciones sentidas y</i></p>	...

	<p><i>conducta no verbal)</i></p> <p><i>¿Cómo se manifestaba este dolor en términos de los elementos perceptivo-situacionales presentes en las dificultades del cliente? (Evaluaciones primarias de las situaciones y memoria episódica).</i></p>	
--	---	--

FC 07.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Explicación del esquema (EE):</i> Auto-percepción del cliente y percepción de las personas de su entorno (i.e., pareja, familia, compañeros, etc.) acerca de la reactividad emocional producida por el EEPN.</p> <p>Puede incluir la descripción de los círculos viciosos en los que el cliente se venía viendo atrapado de manera más o menos consciente (i.e., conflictos repetitivos, modos de culpar a otros y de no asumir la propia responsabilidad, patrones de relación disfuncionales, etc.)</p>	<p><i>¿Qué solía ocurrir en la vida de la eprsona cuando sus experiencias estaban afectadas por el dolor nuclear y sus reacciones a éste?</i></p> <p><i>¿Cuál era la forma habitual en la que la persona perdía agencia, auto-determinación o auto-orientación?</i></p> <p><i>¿En qué círculos viciosos se enganchaba la persona, ya sea con otros o consigo misma?</i></p> <p><i>¿Cómo solía comprender la persona lo que ocurría fatal e inevitablemente una y otra vez cuando se veía dominada por sus emociones?</i></p> <p><i>¿Cómo relataba la persona que esto mismo era interpretado por los demás?</i></p>	...

FC 07.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Estilo de Auto-relación (EAR):</i> Cómo se percibe y se trata a sí misma la persona en el contexto de un EEPN activado.</p>	<p><i>¿Cuál es la acción más dolorosa que la persona se dirigía a sí misma?</i></p> <p><i>¿Cómo entendía la persona las razones para criticarse, atacarse, humillarse, apartarse, bloquearse, amenazarse, etc.?</i></p>	...

Bloque 4: FUNCIONAMIENTO SOCIAL

De un modo secundario, el funcionamiento actual del cliente puede ser formulado también en términos de cómo el funcionamiento emocional, determinado por el dolor nuclear, estaba afectando al mundo social de la persona. Dicho de otro modo, este subtema es abordado a través de preguntas relativas a cuál era o venía siendo el efecto de los problemas afectivos sobre las relaciones interpersonales, y sobre la adaptación/implicación social de la persona. Así pues, el subtema del Bloque 4 se apoya en las formulaciones asociadas a las siguientes categorías clínicas, que son desarrolladas con mayor extensión en la Tabla 64:

- "Efecto de los problemas afectivos en las relaciones sociales" (ERS): Una descripción de cómo una vida dominada por el EEPN afecta a las relaciones de la persona en su vida cotidiana.
- "Percepción de los otros (PO)": Forma en que el cliente ha llegado a ser percibido por los otros -especialmente por las personas de su entorno-, como resultado la conducta derivada del EEPN en las relaciones interpersonales.
- "Tipo de relación" (TR): Patrón relacional la persona mantiene en diferentes ambientes o marcos relacionales. Puede incluir un análisis de la circularidad, la complementariedad, la

formación de patrones de relación, ciclos interpersonales problemáticos y otros fenómenos sistémicos y de reciprocidad en las dinámicas relacionales.

- "Consecuencias sociales" (CS): Impacto de las dificultades emocionales en el deterioro de las relaciones, en el apoyo social, en la autonomía y en el ajuste social de la persona. Puede incluir dimensiones sociales y cambios culturales que agravan la dificultad o aumentan el sufrimiento psicológico.

Tabla 64

Bloque 4: FUNCIONAMIENTO SOCIAL

FC 08

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Efecto de los problemas afectivos en las relaciones sociales (ERS): Una descripción de cómo una vida dominada por el EEPN afecta a las relaciones de la persona en su vida cotidiana.</i>	<p><i>¿Cómo discurrió una vida (o una gran parte de ella) al estar dominada por un sentimiento nuclear problemático?</i></p> <p><i>¿Cómo venía afectando ese sentimiento nuclear a la vida social de la persona?</i></p>	...

FC 08.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>La percepción de los otros (PO) como resultado la conducta derivada del EEPN en las relaciones interpersonales.</i>	<p><i>¿Cómo ha llegado la persona a ser percibida o vivida por los demás?</i></p> <p><i>¿Cómo venía modulando esa narrativa las vivencias de la persona y su experiencia de los demás?</i></p>	...

FC 08.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>El tipo de relación (TR) con los demás que mantiene la persona en diferentes ambientes o marcos relacionales (puede incluir un análisis de la circularidad, la complementariedad, la formación de patrones de relación, ciclos interpersonales problemáticos y otros fenómenos sistémicos y de reciprocidad en las dinámicas relacionales).</i>	<p><i>¿Qué tipo de relación tendía la persona a repetir y qué efectos tenía eso en su mundo social?</i></p> <p><i>¿Cómo venían siendo sus relaciones interpersonales en diversos ambientes?</i></p> <p><i>¿Cómo estaban determinadas total o parcialmente por los efectos de sus dificultades emocionales?</i></p>	...

FC 08.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Consecuencias sociales (CS) de las dificultades emocionales en el deterioro de las relaciones, en el apoyo social, en la autonomía y en el ajuste de la persona.</i>	<p><i>¿Cuáles han sido las consecuencias finales de las dificultades emocionales de la persona en su ajuste social? ¿Y en su autonomía?</i></p> <p><i>¿En qué posición social ha quedado? ¿Qué supone o significa este cambio o pérdidas para el cliente?</i></p>	...

Pista 3: Interacción dentro de la sesión

La TFE opera en el "aquí y ahora" de la sesión y de la relación terapéutica, que es entendida - de acuerdo con la formulación rogersiana-, como un encuentro real entre dos personas en diverso grado de congruencia, pero abierta a la autenticidad (Rogers, 1957). A su vez, la relación terapéutica es un espacio de oportunidades para generar experiencias emocionales correctoras (Greenberg y Elliott, 2012), que una relación aceptadora-amorosa, empática, congruente y responsiva puede ofrecer. De ese modo, la formulación de las interacciones cliente-terapeuta dentro de la sesión, informa acerca de los modos en que el mundo interno del cliente "colisiona" con la presencia y con la actividad del terapeuta, y acerca de cómo juntos, ambos hacen que el proceso terapéutico profundice experiencialmente y se mueva hacia delante, e incluso genere algún tipo de experiencia emocional correctora.

Teniendo en cuenta lo anterior, la pista 3 guía la reflexión sobre el tema de cómo el terapeuta lidió con las necesidades y temores del cliente, así como sus acciones y conductas resultado de procesamientos automáticos y no simbolizados en su campo de consciencia - especialmente aquellos que se activan en el marco de la relación terapéutica. También incluye la reflexión sobre cómo cliente y terapeuta fueron capaces de aprovechar estos fenómenos de la relación para incrementar la consciencia emocional, y crear una perspectiva de significado orientada a aumentar la agencia personal. Esta reflexión se apoya en dos bloques (B5: *Estilo de relación con el terapeuta* y B6: *Rupturas y dificultades en la alianza terapéutica*), que aportan tres formulaciones cada uno.

Bloque 5: ESTILO DE RELACIÓN CON EL TERAPEUTA

Gran parte de lo que se puede formular en un caso respecto a la alianza terapéutica, depende de cómo maneje el terapeuta lo que suceda en la sesión, más que de aquello que trae el cliente en su modo de ser, de presentarse o de relacionarse. Sin embargo, estos últimos aspectos también pueden ser objeto de formulación al revisar y tratar de explicar *a posteriori* un proceso terapéutico. No obstante, tal formulación no consiste en un análisis de la personalidad del cliente ni posee una intención diagnóstica, sino que trata de dar cuenta de "lo que sucedió", y supuso el escenario relacional en el que el terapeuta tuvo que aplicar los principios de trabajo de la TFE (relación/seguir y tarea/guiar).

El EEPN del cliente y sus anticipaciones negativas, junto con la inexperiencia del cliente en el trato con el terapeuta, así como otras experiencias terapéuticas posibles, condicionan el estilo de relación con el terapeuta. Estos asuntos siempre afectan a la formación de la alianza, y someten a la creación de la relación terapéutica a un test más o menos intenso. Así pues, varias cuestiones

relativas a todo esto pueden ser formuladas: (a) Lo que ocurrió en el caso, (b) lo qué estaba en juego (los miedos u necesidades inconscientes del cliente), (c) la relación entre todo esto y cómo terapeuta y cliente fueron capaces de construir una relación de trabajo productiva, y (d) qué pudo significar este logro para el tratamiento. Para ello, el *Formato Guía* aporta tres categorías clínicas y sus correspondientes preguntas (Tabla 65) para abordar el subtema del cómo era el estilo de relación inicial del cliente, y cómo esto moduló la formación de la alianza:

- “Estilo de relación con el terapeuta” (ERT) consecuente con el EEPN: Forma general en la que el cliente se relacionaba con el terapeuta al comienzo del tratamiento, con diversos grados de congruencia y potencial conflictividad.
- “Necesidades insatisfechas” (NI): Necesidades que permanecen fuera del campo fenoménico de la persona o que aparecen de modo distorsionado, y que generan conductas compulsivas o reacciones automáticas en la relación. Es posible entonces formular cuáles surgieron, cómo fueron manejadas y qué consecuencias tuvo dicho manejo.
- “Reacciones a daños anticipados” (RDA): Reacciones automáticas, que son el resultado de la anticipación de daños en el seno de la relación, y que ocasionan la aparición de conductas compulsivas como automatismos o recursos desadaptativos de regulación emocional. Su naturaleza y su significado en el contexto más amplio del caso, así como su manejo y lo que éste significó para el tratamiento, son objetos de formulación.
-

Tabla 65
 Bloque 5: ESTILO DE RELACIÓN CON EL TERAPEUTA

FC 09

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Estilo de relación con el terapeuta</i> (ERT) consecuente con el EEPN (aquí la relación con el terapeuta puede fluctuar entre la posibilidad más sana y auténtica del encuentro congruente, y la posibilidad menos sana e inauténtica de la máscara o el personaje, pasando por la situación de conflicto o de hipersensibilidad)	<p><i>Siendo el terapeuta un nuevo otro en el mundo relacional del cliente, ¿repetió éste alguno de sus patrones relacionales?</i></p> <p><i>¿Qué caracterizaba a la relación con el terapeuta en términos de expectativas?</i></p> <p><i>¿Qué emociones trataba de regular a través del modo de relacionarse con éste?</i></p> <p><i>¿Qué trataba de evitar?</i></p>	...

FC 09.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Necesidades insatisfechas</i> (NI) y su potencial reflejo en el manejo de conductas compulsivas que reportaban beneficios relacionados con, y lo que esto significó para el tratamiento.	<p><i>¿Qué necesidad/es no satisfecha/s y/o no reconocida/s trataba de satisfacer el cliente en su modo de comportarse con el terapeuta?</i></p> <p><i>¿A qué situaciones o marcadores dio/dieron lugar?</i></p> <p><i>¿Cómo fue manejada esta dinámica en pos de un funcionamiento más congruente? ¿Qué supuso esto para el cliente y/o para la relación?</i></p>	...

FC 09.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Reacciones a daños anticipados (RDA) en el contexto de la relación, y manejo de respuestas automáticas que eran parte de estas reacciones, y que surgían como automatismos o recursos desadaptativos de regulación emocional (Puede incluir lo que su manejo significó para el tratamiento).</i></p> <p>Incluye quejas sobre algún aspecto banal del terapeuta.</p>	<p><i>¿Qué miedo inconsciente estaba el cliente tratando de evitar a través de su estilo de relación con el terapeuta?</i></p> <p><i>¿Cómo trataba de hacerlo? (por ejemplo a través de una queja sobre algún aspecto banal del terapeuta) ¿Por qué? (significado emocional)</i></p> <p><i>¿Qué hicieron cliente y terapeuta para manejarlo productivamente? Y ¿cuál fue la consecuencia?</i></p>	<p>...</p>

Bloque 6: DIFICULTADES EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA

La nutrición y el cuidado de la relación terapéutica pueden requerir, en ocasiones, trabajar de modo explícito sobre una serie de dificultades. Es decir, en el tratamiento puede producirse alguna forma de ruptura del vínculo terapéutico más o menos grave, y requerir un trabajo de reparación de la alianza (Elliott et al., 2004). En TFE, los terapeutas tratan de mantenerse sintonizados empáticamente con los clientes momento a momento. Esto sirve para crear un ambiente seguro en el que sea posible estar en contacto con la experiencia así como explorarla, y, cuando sea posible, identificar marcadores cognitivo-afectivos de una dificultad de procesamiento específica y trabajar con ella para resolverla. Esta orientación posee dos implicaciones: (1) Decidir en cada momento qué será más beneficioso para el cliente, ¿poner en marcha una intervención activa, o permanecer validando empáticamente su mundo fenomenológico en ese instante? No acertar con este equilibrio o no respetarlo, puede afectar negativamente a la formación de la alianza, o bien constituir un motivo de queja o incluso de ruptura, y lo que suceda en este sentido puede ser objeto de formulación.

Más aún, dado que en TFE se considera que el cliente es un agente activo y experto en su propia experiencia y necesidades de cambio, cuando este presupuesto no se ve validado por la actitud o las acciones del terapeuta, no sólo se pierden oportunidades para establecer un vínculo de colaboración, sino que se pueden producir tensiones que amenacen la relación.

Además, como es común en la tradición humanista, la TFE no considera los problemas en la alianza como una oportunidad para instruir a los clientes acerca de sus patrones o de las distorsiones relacionales con base en la transferencia. Más bien, considera estas dificultades como oportunidades para que ambos protagonistas de la relación interactúen genuinamente, a partir de lo sucedido entre

ellos en el "aquí y ahora" de la sesión. Por eso, qué requirió este tipo de salto -de la dificultad al encuentro- y cómo lo entendió y facilitó el terapeuta de modo que la relación se fortaleciera y se produjera un crecimiento mutuo, es objeto de formulación.

En continuación con lo anterior, apuntamos que la TFE se apoya en la teoría e investigación desarrolladas desde la perspectiva interpersonal (Safran y Muran, 1996; Safran, Muran y Eubanks-Carter, 2011), a la hora de clarificar el papel de las rupturas de la alianza en el proceso de cambio. A partir de ahí, se desarrolló la *Tarea de diálogo para la reparación de rupturas de la alianza*, que resulta especialmente relevante en el trabajo con personas intensamente victimizadas, que tienden a construir al potencial cuidador como peligroso o incapaz de ayudar realmente. No obstante, las rupturas se pueden producir con cualquier cliente -i.e. a causa de un malentendido o de un fallo del terapeuta-, y requieren la identificación a tiempo del marcador correspondiente, y la facilitación adecuada del diálogo de reparación.

Estas dificultades, que constituyen el subtema del Bloque 6, suelen tener como base un miedo o una dificultad emocional del cliente, y/o eventualmente del terapeuta, y pueden ser también formuladas. Para eso, el *Formato Guía* ofrece tres grupos de preguntas de formulación (Tabla 66), que sirven para dar cuenta de las siguientes categorías clínicas:

- “Dificultades objetivas para la relación” (DOR): Problemas o dificultades que hacen imposible la terapia en las condiciones iniciales o en el encuadre de partida (i.e., violencia, consumo de drogas, violación de determinados límites del encuadre, aparición de enfermedad mental grave, enfermedad orgánica, etc.).
- “Dificultades y/o rupturas en la alianza” (DRA): Se refiere particularmente a situaciones correspondientes a marcadores de dificultades y/o de rupturas en la alianza, que fueron trabajadas de acuerdo con el modelo de proceso correspondiente a esta tarea terapéutica.
- “Causas externas de interrupción” (CEI) del tratamiento: Eventualmente, determinadas situaciones económicas y problemas psicosociales pudieron producir el cese de la terapia o interfirieron en su marcha. Entonces es posible formular su naturaleza y el modo en que fueron manejadas.

Tabla 66
 Bloque 6: DIFICULTADES EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA

FC 10		
Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Problemas objetivos en la relación (POR) que hicieron inviable el tratamiento (i.e., violencia, consumo de drogas, violación de determinados límites del encuadre).</i>	<i>¿Ocurrió algo entre terapeuta y cliente que de modo objetivo supuso alguna dificultad para continuar trabajando?</i>	...

FC 10.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Dificultades y/o rupturas en la alianza (DRA) que fueron trabajadas en la terapia (puede incluir las consecuencias potenciales para el tratamiento).</i></p> <p>Dificultades superiores a quejas.</p>	<p><i>¿Se produjo alguna dificultad que amenazara a la alianza terapéutica? ¿Cuál fue su naturaleza? ¿Cómo se manejó y qué significó esto para el tratamiento?</i></p> <p><i>¿Se produjo alguna ruptura de la alianza terapéutica? ¿Cuál fue su naturaleza? ¿En qué circunstancias se dio? ¿Cómo se manejó y qué significó esto para el tratamiento?</i></p>	...

FC 10.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Causas externas de interrupción (CEI) del tratamiento que produjeron su cese o interfirieron en su marcha y cómo fueron manejadas (puede incluir problemas económicos y psicosociales, el impacto negativo de la terapia en el ambiente de la persona, etc.).</i></p>	<p><i>¿Hubo algún incidente o problema externo que produjera una interrupción del tratamiento? ¿Cuál fue su naturaleza?</i></p> <p><i>¿Cómo fue manejado? ¿Qué significó esto para la terapia?</i></p>	...

Pista 4: Trabajo experiencial y emocional

Esta pista promueve la reflexión acerca de las actividades terapéuticas focalizadas en la emoción, y de las intervenciones diferenciales que, a partir de una formulación de foco potente, producen los principales resultados terapéuticos, contribuyen a la transformación de la personalidad, a la resolución de conflictos de auto-consciencia, a la auto-apropiación de la persona y de su circunstancia, y a la adaptación consciente y creativa. En conclusión, el tema del que se ocupa es el del cambio terapéutico en clave humanista y facilitado en los términos experienciales y por los medios propios de la TFE. Incluye los dos últimos bloques del *Formato Guía* (B7: *Procesamiento experiencial y emocional* y B8: *Tareas terapéuticas y resultados*), que engloban a su vez once y ocho formulaciones respectivamente.

Bloque 7: PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL Y EMOCIONAL

La línea base de la TFE es la exploración empática, la cual se apoya en la sintonización empática y en la respuesta efectiva del terapeuta, que promueve el contacto del cliente con su proceso experiencial y su simbolización, como un proceso de crear significado siendo-uno-mismo-en-la-situación (Greenberg, Rice y Elliott, 1993; Elliott et al., 2004). Así, recoger en la narrativa del caso los fenómenos de experienciación implica formular tanto el "Estilo de procesamiento experiencial" (EPE) típico del cliente, como las "Reacciones clave dentro de la sesión" (RCS), que se produjeron como respuesta a la experiencia de estar en terapia, y que requirieron el ajuste responsivo del terapeuta. El subtema de este bloque es, de este modo, el estilo de procesamiento experiencial del

cliente y los ajustes responsivos que fueron necesarios para que la terapia avanzara y la sesión se convirtiera en un espacio de exploración de la propia experiencia/existencia productivo.

Formulaciones sobre el estilo de procesamiento del cliente

El *Formato Guía* ofrece un primer grupo de categorías clínicas conceptuales y de preguntas de formulación dentro del Bloque 7, referidas al estilo de procesamiento, que se presentan a continuación, y que se detallan en la Tabla 67:

- "Estilo de procesamiento experiencial" (EPE): Es una evaluación global del estilo de procesamiento típico del cliente y sobre el modo en que usualmente venía relacionándose con su experiencia interna. Permite ofrecer una idea general basada en datos ejemplares sobre la persona, en que sirve para encuadrar las siguientes formulaciones. Puede a su vez incluir datos acerca de su evolución. Como ayuda, dichas formulaciones pueden basarse en los diferentes modos de implicación experiencial recogidos por Elliott (2002) en el *Formulario de Evaluación de la Sesión* (TSEF) (Tabla 68).
- "Estilo de cualidad vocal" (ECV): La cualidad vocal es una variable de proceso bien estudiada en TFE (Rice y Kerr, 1986), y que sigue siendo un referente en la evaluación de la relación entre niveles experienciales y cambio terapéutico (i.e., Tomicic, et al., 2011; Tomicic, Martínez, y Krause, 2015), así como en el entrenamiento de las habilidades perceptuales de los terapeutas en TFE (Pascual-Leone y Andreescu, 2013). Hay cuatro formulaciones posibles de la cualidad vocal, sobre las que además se pueden hacer observaciones acerca de su evolución: *Voz externalizante* (Evitando la emoción); *voz limitada* (Limitando el acceso a la emoción); *voz emocional* (Sintiendo la emoción), y *voz enfocada* (Experienciando y creando nuevo significado).

Tabla 67

Bloque 7: PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL Y EMOCIONAL / Estilo de procesamiento experiencial

FC 11

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Estilo de procesamiento experiencial</i> (EPE) típico del cliente y modo usual de relacionarse con la experiencia (puede incluir datos acerca de su evolución).</p> <p>Las formulaciones pueden basarse en los diferentes modos de implicación experiencial (Tabla 68).</p>	<p><i>¿Cómo era el modo habitual de procesamiento experiencial del cliente?</i></p> <p><i>De qué manera parecía relacionarse con su mundo interno, emociones, sensaciones corporales, pensamientos, etc.?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó?</i></p>	...

FC 11.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Estilo de cualidad vocal</i> (ECV) dominante (puede incluir datos acerca de su evolución).</p> <p>ECV-1: Externalizante (Evitando la emoción)</p> <p>ECV-2: Limitada (Limitando el acceso a la emoción)</p> <p>ECV-3: Emocional (Sintiendo la emoción)</p> <p>ECV-4: Enfocada (Experienciando y creando nuevo significado)</p>	<p><i>¿Cuál solía ser el estilo de cualidad vocal del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué sensación de conexión con su flujo de experiencia parecía transmitir la persona mientras hablaba? ¿Qué parecía hacer o tratar de hacer con ella?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó?</i></p> <p><i>¿Había algún suceso especial o algún tema en particular en relación con el cual la cualidad vocal cambiaba de modo consistente? (de una voz más experiencial a una voz más externa, o viceversa)</i></p>	...

FC 11.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Dificultades de regulación emocional</i> (DRE) principalmente dentro de la sesión, pero también en la vida cotidiana (i.e., mediante ejercicio, consumo, uso de fármacos, autolesiones, etc.)</p> <p>Puede incluir datos acerca de su evolución y acerca de los medios idiosincrásicos de regulación utilizados por la persona.</p> <p>Las formulaciones correspondientes a esta categoría se pueden apoyar en los factores de la Escala DERS de dificultades en la regulación emocional (Tabla 69). Igualmente pueden ser informadas por los cuatro grupos de estrategias de regulación de la emoción descritos en la Escala de complejidad de la regulación emocional (CERS) (Tabla 70).</p>	<p><i>¿Cómo aparecía el cliente en la sesión: desregulado o sobregulado? ¿Qué consecuencias tenía eso en la sesión? ¿Qué intervenciones del terapeuta eran necesarias?</i></p> <p><i>¿De qué formas particulares intentaba el paciente regular sus estados emocionales?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionaron sus dificultades de regulación emocional?</i></p> <p><i>¿Qué fue necesario para facilitar esa evolución? ¿Cómo progresó de formas de regulación explícitas a formas implícitas?</i></p>	...

FC 11.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Grado de consciencia emocional</i> (GCE). Puede incluir: (1) Datos acerca de su evolución y ejemplos; (2) ilustraciones sobre las consecuencias inmediatas en la sesión o fuera de ella, de un determinado GCE del cliente; (3) necesidades de aprendizaje que se manifestaron en la terapia, y (4) reportes del efecto de momentos de enseñanza experiencial.</p> <p>Las formulaciones pueden apoyarse en las distinciones establecidas en el Cuestionario abierto de evaluación de la consciencia emocional-motivacional en psicoterapia (Tabla 15).</p> <p>También pueden tener en cuenta los 6 niveles de la Escala de niveles de consciencia emocional (LEAS) (Tabla 72).</p>	<p><i>¿Cuál era el grado de consciencia emocional inicial del cliente? ¿Qué facilidad tenía para distinguir entre Emociones Primarias y Secundarias de modo práctico?</i></p> <p><i>¿Qué consecuencias para la vida cotidiana del cliente solía tener su grado de consciencia emocional? ¿En qué medida afectaba a sus sensaciones de agencia, orientación, autodeterminación, etc.?</i></p> <p><i>¿En qué situaciones se manifestaban esas consecuencias? (i.e., en términos de reconocer sensaciones corporales, identificar emociones, etiquetar necesidades y deseos, o "darse cuenta de algo" como forma de crear una perspectiva de significado personal-existencial).</i></p> <p><i>¿Cómo fue evolucionando? ¿Qué efectos tuvo esta evolución?</i></p> <p><i>¿Qué ayudó a facilitar dicha evolución?</i></p> <p><i>¿Hubo algún momento de enseñanza experiencial? ¿En qué consistió? ¿Qué aportó?</i></p>	...

FC 11.4

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Niveles de la Escala Experiencial</i> (NEE) (puede incluir datos acerca de su evolución).</p> <p>Ver niveles 1 a 7 en la Tabla 73.</p>	<p><i>¿En qué nivel de la Escala Experiencial funcionaba habitualmente el cliente?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó a lo largo de la terapia?</i></p> <p><i>¿Hubo algún incidente o experiencia críticos que facilitaran esa evolución?</i></p>	...

FC 11.5

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Modos Narrativos</i> (MN) (puede incluir datos acerca de su evolución).</p> <p>MN-1: Externo (Cuenta qué sucedió)</p> <p>MN-2: Interno (Cuenta qué sintió)</p> <p>MN-3: Enfocado (Cuenta qué significó)</p>	<p><i>¿En qué Modo Narrativo relataba el cliente sus experiencias y dificultades de modo habitual?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó el Modo Narrativo a lo largo de la terapia?</i></p> <p><i>¿Hubo algún incidente o experiencia críticos que facilitarían esa evolución?</i></p>	...

FC 11.6

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Otros indicadores experienciales</i> (OIE) como los correspondientes a la Escala de procesamiento perceptual del cliente, o a la Escala de asimilación de experiencias problemáticas (Tabla 74) (puede incluir datos acerca de su evolución).</p>	<p><i>¿Hay algún otro dato disponible que pueda ayudar a entender los modos en que el cliente procesaba su experiencia y sus emociones, así como su evolución?</i></p> <p><i>¿Qué se puede decir en términos de cómo el proceso terapéutico facilitó la asimilación de experiencias problemáticas del cliente (i.e., a través de la integración de voces o aspectos del sí mismo)?</i></p>	...

Tabla 68

Modos de implicación del cliente (Elliott, 2002) (utilizables en la formulación FC 10: *Estilo de procesamiento experiencial*)

1. **Externo:** Atendiendo a otra persona o a los sucesos externos; puede ser específico o general.
2. **Puramente conceptual:** Formulando las cosas en términos abstractos, sin referencia al proceso experiencial concreto o del momento.
3. **Somático:** Atendiendo a un dolor crónico o a los signos y síntomas de una enfermedad.
4. **Contenido/Distante:** Evitando o sujetando sentimientos dolorosos o atemorizantes, como resguardándose de ellos.
5. **Atendiendo internamente:** Volviendo la atención al interior, hacia sentimientos, pensamientos, imágenes, o sensaciones corporales claras.
6. **Búsqueda experiencial:** Examinando con curiosidad experiencias internas poco claras; permaneciendo en contacto con el proceso experiencial vago o ambiguo.
7. **Expresión activa:** Desplegando o llevando a la expresión corporal, reacciones específicas vívidas y fuertes.
8. **Contacto interpersonal:** Confiando y abriéndose al terapeuta.
9. **Auto-reflexión:** Quedándose en la experiencia, en contacto con ella, para desarrollar una perspectiva de significado.
10. **Acción emergente:** Aplicando los resultados del trabajo experiencial a la solución de problemas.

- "Dificultades de regulación emocional" (DRE): La formulación del caso incluye la descripción y explicación de las dificultades de regulación emocional que presentaba el cliente dentro de la sesión y en su vida cotidiana, así como de los medios más o menos fructuosos de regulación a los que recurría (i.e., ejercicio, consumo, uso de fármacos, autolesiones, etc.). Para apoyar estas formulaciones, el terapeuta puede apoyarse en los factores originales de la *Escala de dificultades en la regulación emocional* (DERS) (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008) (Tabla 69). O también en los Grupos de estrategias de regulación de la emoción descritos en la *Escala de complejidad de la regulación emocional* (CERS) (Pascual-Leone,

Gillespie, Orr y Harrington, 2016) (Tabla 70). Estas formulaciones pueden incluir datos acerca de su evolución así como de los medios idiosincrásicos de regulación del cliente.

Tabla 69

Factores teóricos de la *Escala de dificultades en la regulación emocional* (DERS) (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008) para la formulación FC 11.2: *Dificultades de regulación emocional*

1. **No-aceptación:** Reacción negativa a las respuestas de uno mismo y de otros.
 2. **Metas:** Dificultades para organizar y mantener conductas dirigidas a metas cuando se está alterado, a causa de la interferencia de una emoción negativa.
 3. **Impulsividad:** Dificultades para controlar el propio comportamiento -y actuar impulsivamente- cuando se experimenta una emoción con alta intensidad.
 4. **Estrategias:** Acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas, y pobre percepción de habilidad para regular las emociones.
 5. **Consciencia:** Dificultades para reconocer y darse cuenta de las propias emociones.
 6. **Claridad:** Dificultades para diferenciar las emociones mientras éstas son experimentadas.
-

Tabla 70

Grupos de estrategias de regulación de la emoción descritos en la *Escala de complejidad de la regulación emocional* (CERS) (Pascual-Leone, Gillespie, Orr y Harrington, 2016) para la formulación FC 11.2: *Dificultades de regulación emocional*

Estrategias desadaptativas: Reflejan enfoques destructivos a la emoción (i.e., autolesiones o abuso de sustancias como forma de evitación).

Ausencia de acción consoladora: Refleja una intención general de regular la emoción, pero sin movilizar realmente ningún recurso (i.e., pasividad y rumiación).

Estrategias generales: Implican el empleo de estrategias conductuales (i.e., evitación, supresión y distracción placentera).

Estrategias específicas: Implican la creación experiencial de significado (I:E; Reevaluación y solución de problemas).

- "Grado de consciencia emocional" (GCE): Es una categoría que agrupa formulaciones relativas al grado en que el cliente venía siendo consciente de su mundo vivencial, de modo que lo pudiera usar para responder a su vida cotidiana de modo adaptativo, o por el contrario le supusiera más bien problemas o dificultades . Puede incluir datos acerca de su evolución y ejemplos; ilustraciones sobre las consecuencias inmediatas en la sesión o fuera de ella, de un determinado GCE; necesidades de aprendizaje que se manifestaron en la terapia, y reportes del efecto de momentos de enseñanza experiencial. Se puede entender en términos de inteligencia emocional en el marco de la TFE (Greenberg, 2002), y para hacer estas formulaciones el terapeuta se puede apoyar en las distinciones establecidas en el *Cuestionario Abierto de Evaluación de la Consciencia Emocional-Motivacional en Psicoterapia*

(Caro, Jódar, Pitillas y Núñez (2007) (Tabla 71); o también en los seis niveles de la *Escala de conciencia emocional* (LEAS) de Lane et al . (1990) (Tabla 72).

Tabla 71

Distinciones establecidas en el *Cuestionario abierto de evaluación de la conciencia emocional-motivacional en psicoterapia* (CACEM-5) (Caro, Jódar, Pitillas y Núñez, 2007) para la formulación FC 11.3: *Grado de conciencia emocional*

1. ¿Cómo me encuentro? ¿Qué sensación o sensaciones tengo en estos momentos?
 2. ¿Hay en mí algún sentimiento presente? ¿Qué o cómo me siento ahora?
 3. ¿Necesito hacer algo? ¿Qué necesito hacer?
 4. ¿Necesito decir algo? ¿Qué necesito decir?
 5. ¿De qué me doy cuenta? ¿Qué pienso en estos momentos?
-

Tabla 72

Niveles de la *Escala de conciencia emocional* (LEAS) de Lane et al . (1990) para la formulación FC 11.3: *Grado de conciencia emocional*

Nivel 0: No hay conciencia emocional y la expresión "siento que..." equivale a pienso que..."

Nivel 1: Refleja una conciencia de pistas y señales fisiológicas (i.e., "En esa situación me sentía cansada...").

Nivel 2: Utiliza palabras que se utilizan comúnmente en otros contextos (i.e., "Me siento mal") y que transmiten una emoción relativamente indiferenciada ("Me sentía como si estuviera golpeando un muro").

Nivel 3: Las respuestas utilizan una palabra que transmite una emoción diferenciada típica o común (i.e., *alegre, triste, o enfadado*).

Nivel 4: Respuestas que combinan dos o más palabras del Nivel 3 de modo que juntas transmiten una diferenciación emocional mayor de la que cada una transmite por separado. En este nivel la escala diferencia entre conciencia emocional referida al sí mismo y al otro.

Nivel 5: Respuestas en el Nivel 4, en las que, además, es posible distinguir entre las emociones del sí mismo y del otro en una misma escena o situación.

- "Niveles de la Escala Experiencial" (NEE): El proceso experiencial (*experiencing*) es un concepto desarrollado por Gendlin (1997a) y que forma parte del núcleo teórico y práctico de la TFE. Se refiere a cómo la existencia es sentida en el cuerpo, y a la serie de operaciones de autoconciencia y simbolización de la experiencia, que permiten a la persona llevar su ser ahí adelante, a través de pequeños pasos experienciales (i.e., darse cuenta de un sentimiento y sentir la necesidad de apartarse o de acercarse), y crear nuevo significado personal altamente congruente (en el ejemplo anterior, decir "quiero separarme de ti" o lo contrario). A su vez, la Escala Experiencial evalúa la calidad del proceso de experienciación

de un individuo, tal y como se revela en su expresión verbal. Para ello utiliza siete niveles (Tabla 73), que pueden ser tomados como referente para hacer las formulaciones en la categoría NEE, tanto en términos del nivel usual del cliente, como de sus variaciones - especialmente a la baja- al abordar un tema determinado, o de su evolución.

- "Modos Narrativos" (MN): La TFE ha desarrollado los vínculos teóricos y prácticos entre los procesos experienciales y de creación de significado momento a momento con los procesos narrativos asociados principalmente al modo en que las personas construyen su experiencia y su identidad (Angus y Greenberg, 2011). Angus, Lewin, Bouffard y Rotondi-Trevisan (2004) distinguieron tres modos narrativos principales: Modo *externo* (Cuenta qué sucedió), Modo *Interno* (Cuenta qué sintió) y Modo *Enfocado* (Cuenta qué significó). Con vistas a la formulación del caso, el terapeuta puede tener en cuenta tanto el modo dominante del cliente al relatar sus experiencias, como su evolución, y también la aparición de las secuencias de transición entre modos asociadas al cambio terapéutico (Figura 5).

Figura 5

Transiciones productivas entre modos narrativos, asociadas a resultado exitoso (Angus et al., 2004; Angus y Greenberg, 2011)

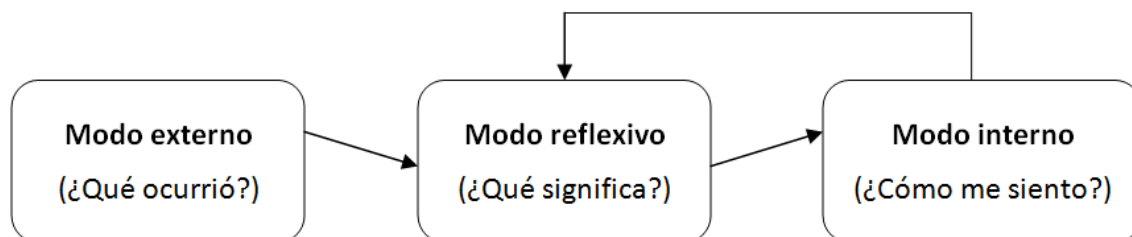


Tabla 73

Niveles de la *Escala Experiencial* (Alemany, 1997; Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., 1969) para la formulación FC 10.4: *Estilo de procesamiento experiencial*

Nivel	Contenido	Forma
1	No se usa referencia alguna. Narración de eventos de forma pública y desde afuera. Negativa de implicación personal.	Inexistencia de una implicación personal
2	Los referentes personales se utilizan para clarificar claramente que se trata de su historia.	Implicación personal en la narración
3	La utilización y expresión de emociones se realiza tangencialmente, a modo de paréntesis en la narración. Aun así, los sentimientos personales todavía están: (a) completamente atados a las situaciones en las que aparecen, (b) Sin elaborar en términos de significado personal más profundo o significación.	Implicación personal más allá del contenido específico, pero sin conseguir significados más profundos

Continúa en página siguiente

Viene de la página anterior

4	Se da de distintas formas: Expresión fluida de muchos sentimientos; expresión de un solo sentimiento, en el que el cliente se toma su tiempo para elaborarlo en términos de significado de autoimagen; expresión o comunicación de que el sentimiento existe, pero se necesita ayuda para expresarlo mejor.	La persona comunica lo que es ella misma
5	Exploración de: (a) una sola situación relevante a la autoimagen, que a su vez implica muchos sentimientos y consecuentes relaciones, o también la descripción de un área de sentimientos con el significado personal consecuente; (b) examen y exploración de varias situaciones y sus puntos en común.	Definición del problema en términos de sentimientos a intento de exploración de los mismos
6	Los sentimientos se integran. Existencia de asociaciones entre sentimientos y los significados personales.	El cliente es capaz de llegar a conclusiones surgidas a raíz de intuiciones producidas por el hallazgo de significados en los sentimientos
7	El cliente ya no necesita la narración como punto de partida. Ya es capaz de moverse libremente a través de sus sentimientos. Ya no existe dificultad alguna en relacionar lo que él dice con los significados que sus acciones y pensamientos tienen para él. Se mueve fácilmente a través de sus referencias interiores y es capaz de integrarlas dentro de su marco de referencia existencial.	Desde un marco existencial de referencia, se produce una libertad interior de movimiento en cuanto a los sentimientos y sus significados

- "Otros indicadores experienciales" (OIE): La profunda fundamentación de la TFE en la investigación ha aportado y continúa aportando múltiples escalas de evaluación del proceso, que son susceptibles de ser utilizadas para formular el caso. Un ejemplo clásico de estas escalas es la escala *Niveles de procesamiento perceptual del cliente* (LCPP) (Toukmaninan, 1986), de modo que esta categoría permitiría realizar formulaciones a partir de esta variable, la cual contiene una clasificación de los modos con los cuales los clientes perciben y procesan información cuando ellos mismos formulan sus experiencias o ciertos sucesos en la terapia. Además, esta misma categoría puede reservarse para hacer formulaciones relativas a los procesos de asimilación de experiencias problemáticas, que también han sido investigados de modo intensivo en los estudios de caso en TFE (Honos-Webb, Stiles, y Greenberg, 2003; Ribeiro et al., 2016). Para ello, el terapeuta puede tener en cuenta las distinciones del Modelo de Asimilación de Experiencias Problemáticas de Stiles (2001, 2002) recogidos en la escala homónima (Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999) (Tabla 74).

Tabla 74

Niveles en el proceso de asimilación (a partir de Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999) para la formulación FC 11.6: *Otros indicadores experienciales*

Nivel 0: Supresión/Disociación

Contenido no formado, no conciencia del problema.
Experiencia evitada; evitación de temas emocionalmente molestos.

Nivel 1: Pensamientos no deseados/Evitación

Surgen pensamientos no deseados de modo intrusivo, mientras el cliente intenta controlarlos.
Afecto negativo con conexión poco clara con el contenido.
Se percibe el peligro en las circunstancias externas, no en el interior.

Nivel 2: Reconocimiento vago/Surgimiento

El cliente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática, y expresa sentimientos negativos asociados a sus pensamientos, aunque lo formula aún con poca claridad.
El afecto incluye dolor, tristeza, angustia o pánico agudos, asociados a la experiencia problemática.
La voz problemática se expresa en el afecto.

Nivel 3: Enunciar el problema/Clarificación

El cliente es capaz de enunciar el problema y de fijarse objetivos de trabajo, aunque no se puede explicar a sí mismo por qué sucede.
El afecto es negativo pero manejable; no hay pánico.
La voz de la experiencia problemática consigue expresarse en palabras y entra en conflicto de contenidos con la voz dominante. Se puede iniciar un diálogo.
El cliente empieza a hablar desde la voz problemática, identificándose progresivamente con su experiencia y pudiendo vivenciar y expresar necesidades.

Nivel 4: Comprensión/Insight

La experiencia problemática es organizada en un esquema, formulada y comprendida esencialmente, y en esa comprensión básica hay vínculos (personales, situacionales, temporales, etc.).
El afecto puede ser negativo o desagradable pero surgen también la curiosidad y el interés ("¡ajá!"), e incluso un cierto alivio.
Hay acuerdo y cooperación entre las voces problemática y dominante de la persona. Según se avanza se puede facilitar la comprensión empática entre voces, de modo que se reduce la fragmentación interna.

Nivel 5: Aplicación/Elaboración

La comprensión obtenida anteriormente es empleada para trabajar en el problema: el cliente describe alternativas o posibles cursos de acción.
El tono afectivo es positivo y se toman decisiones sobre qué hacer.

Nivel 6: Solución del problema

El cliente da solución a un problema específico.
El afecto es positivo, de satisfacción y/o orgullo por el logro.
Se llegan a general respuestas generalizables para atender problemas análogos en la vida del cliente.
El cliente pone en práctica nuevas respuestas y soluciones fuera de la consulta.

Nivel 7: Dominio en el manejo del problema

El cliente se enfrenta a nuevas situaciones.
El afecto es neutro salvo que se hable explícitamente del tema, momento en que surge con tono positivo.
El problema ha dejado de ser un problema.

Formulaciones sobre reacciones clave del cliente dentro de la sesión

El segundo grupo de categorías clínicas conceptuales y de preguntas de formulación del Bloque 7 se refiere a las "reacciones clave del cliente dentro de la sesión" (RCS). Dichas categorías son presentadas en los siguientes párrafos, y las correspondientes preguntas son propuestas en la Tabla 75. Para todas ellas, las formulaciones se refieren al modo en que el trabajo centrado en la persona e informado por los marcadores de proceso de la TFE, constituyen una forma de manejar el concepto de responsividad del terapeuta (Stiles, Honos-Webb, y Surko, 1998):

- "Reacciones clave dentro de la sesión" (RCS): Reacciones relevantes del cliente frente a la experiencia de estar en la terapia, o a los ajustes responsivos del terapeuta ante el estilo del cliente, su acervo afectivo/interpersonal o sus necesidades específicas.
- "Significado emocional-existencial" (SEE) de la experiencia de estar en terapia, en la vida de la persona.
- Una "reacción memorable del cliente" (RMC) hacia alguna de las propuestas de proceso del terapeuta, o frente a alguna de sus invitaciones a prestar atención a la experiencia interna y las sensaciones corporales. Puede incluir la reacción inicial del cliente y sus consecuencias inmediatas (i.e., cambios en los modos narrativos, en los niveles experienciales, o en la cualidad vocal, así como la creación de nuevo significado o un acceso cualitativamente diferente a una emoción primaria).
- "Otras oportunidades de adaptación responsiva" (OAR) del modo de encuadrar o conducir la terapia.

Tabla 75

Bloque 7: PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL Y EMOCIONAL / Reacciones clave dentro de la sesión

FC 12

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Reacciones clave dentro de la sesión</i> (RCS): Reacciones relevantes del cliente frente a la experiencia de estar en la terapia, o a los ajustes responsivos del terapeuta ante el estilo del cliente, su acervo afectivo/interpersonal o sus necesidades específicas.	<p><i>¿Cómo reaccionó el cliente frente a la experiencia de estar en terapia? ¿Hubo alguna reacción clave dentro de alguna de las sesiones? ¿Qué significó?</i></p> <p><i>¿Cómo aprovechó el terapeuta (o no) el significado personal revelado por el cliente en esa reacción clave, para generar una nueva intervención (incluido el contemplar, celebrar o agradecer), o para adaptarse responsivamente al proceso del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué significaron para el cliente las actitudes terapéuticas de apertura a la experiencia, mirada positiva y aceptación incondicional, empatía, interés genuino y congruencia del terapeuta?</i></p>	...

FC 12.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Significado emocional-existencial de experiencia de estar en terapia</i> (SEET) la, en la vida de la persona.	<i>¿Qué tuvo de único, liberador, sanador o transformador la experiencia de estar en terapia para el cliente? ¿Qué relación estableció entre esa experiencia y su vida o sus dificultades? ¿Qué nuevas perspectivas de significado se abrieron o qué nuevos sentimientos o deseos se despertaron?</i>	...

FC 12.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Una <i>reacción memorable del cliente</i> (RMC) hacia alguna de las propuestas de proceso del terapeuta, o frente a alguna de sus invitaciones a prestar atención a la experiencia interna y las sensaciones corporales. Puede incluir la reacción inicial del cliente y sus consecuencias	<p><i>Si fue significativo, ¿cómo reaccionó inicialmente el cliente ante el planteamiento del modo de trabajar en TFE experimentado y eventualmente explicado en la primera sesión?</i></p> <p><i>¿Qué ocurrió o qué hubo de novedoso o llamativo en las primeras ocasiones en las que el terapeuta ayudó al cliente a trabajar experiencialmente?</i></p> <p><i>¿Cuáles fueron las consecuencias de este potencialmente nuevo modo de relacionarse con su mundo interno y de procesar su experiencia? ¿Cómo utilizó</i></p>	...

inmediatas (i.e., cambios en los modos narrativos, en los niveles experienciales, o en la cualidad vocal, así como la creación de nuevo significado o un acceso cualitativamente diferente a una emoción primaria).	<i>el terapeuta esta nueva información?</i> <i>¿Fue necesario algún tipo de enseñanza experiencial? ¿Ante qué y en qué consistió? ¿Qué consecuencias tuvo?</i>	
---	---	--

FC 12.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Otras oportunidades de adaptación responsiva (OAR) del modo de encuadrar o conducir la terapia.</i>	<i>¿Hubo algún otro momento memorable en el cual el terapeuta tuvo que ajustar sus propuestas, su estilo o su presencia para ser adecuadamente responsivo?</i> <i>¿Hubo algún momento que requiriera al terapeuta afinar en términos de congruencia o que le invitara a hacer algún tipo de autorevelación? ¿Qué impacto tuvo?</i> <i>¿Fue necesario hacer algún tipo de replanteamiento o aclaración mutua para lograr un mejor equilibrio entre trabajo centrado en la persona y orientación al proceso? ¿Cómo fue validado y asumido por el terapeuta? ¿Qué consecuencias tuvo?</i> <i>¿Hubo alguna situación especial que requiriera ajustar la estructura de la terapia, el modo de facilitar el tratamiento, el lugar donde realizarlo, etc. en relación con las necesidades y posibilidades del cliente? ¿En qué consistió? ¿Tuvo alguna relevancia o significado particular para el proceso?</i>	...

Bloque 8: TAREAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS

La TFE se caracteriza por su arraigo en el modelo centrado en la persona y por su orientación complementaria hacia la facilitación del proceso (Greenberg, Rice y Elliott, 1993). Eso implica la creación de una fuerte alianza terapéutica sobre la base de la exploración empática y de la validación emocional como: (a) Una fuente de marcadores de tarea específicos, (b) un refugio seguro al que volver cuando un tema o una experiencia problemática superen la tolerancia emocional del cliente, o (c) un espacio reflexivo donde dar sentido a las nuevas experiencias emocionales vividas en el trabajo con tareas terapéuticas, así como para crear una perspectiva de significado para la propia vida a partir de ese trabajo.

En este contexto, el "aprendizaje terapéutico" (AT) es entendido como un proceso de diferenciación de necesidades y de definición de metas, que en última instancia conduce a una "formulación de foco" (FF) y a la intervención diferencial guiada por marcadores de tarea. Tanto el AT como la FF son los dos aspectos principales de la formulación del Bloque 8. Para eso, el *Formato Guía* hace preguntas al terapeuta relativas a ese aprendizaje (Tabla 78), así como a la relevancia y contenido de los temas que fueron emergiendo, y respecto a cuáles fueron las tareas terapéuticas sobre las que se acordó trabajar en diferentes momentos, y sus resultados (Tabla 77). Eventualmente también se puede formular si fue necesario establecer algún tipo de meta intermedia a fin de hacer posible el tratamiento (i.e., no beber inmediatamente antes de la sesión), o qué logros o sucesos significativos del cliente hicieron que decidiera iniciar la terapia (i.e., una crisis vital o de identidad). En conclusión, el subtema del Bloque 8 consiste en el tipo de crecimiento personal que supuso la

terapia para el cliente, y en los procesos que condujeron al cambio terapéutico junto con sus resultados.

A continuación se presentan brevemente las categorías clínicas conceptuales de la primera parte del Bloque 8, relativas al aprendizaje terapéutico, seguidas de la Tabla 76 en la que además se especifican las correspondientes preguntas de formulación:

- "Aprendizaje terapéutico" (AT): Evolución del paciente desde una ubicación inicial potencialmente auto-protectora hacia actitud y un modo de implicación más productivos, ambos asociados a la diferenciación de necesidades y metas y al compromiso con ellas.
- "Diferenciación de necesidades y respuestas" (DNR): Supone la especificación de cambios narrativos en el modo en que el cliente considera sus necesidades personales a lo largo de la terapia, como resultado del aprendizaje y del proceso terapéutico. Esta categoría se puede formular como la auto-comprensión novedosa de las dinámicas personales, o la relectura de determinados datos existenciales propios, o como la emergencia de formas de auto-organización más saludables o creativas, así como de nuevas motivaciones.
- "Definición de metas y actitudes" (DMA) como resultado del aprendizaje terapéutico, y que el cliente asume como propias. Pudieron ser el resultado de la reflexión de la persona sobre la historia emocional-relacional de sus dificultades, y entonces se pudieron concretar en términos de "metas de cambio terapéutico" y "actitudes hacia la experiencia orgánica". O también pudieron ser resultado de la reflexión de la persona sobre sus nuevas posibilidades experienciales respecto a su posición en la vida, quedar concretadas en términos de "actitudes existenciales" y "metas vitales".

Tabla 76

Bloque 8: TAREAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS / Aprendizaje terapéutico

FC 13

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Aprendizaje terapéutico (AT):</i> Evolución del paciente desde una ubicación inicial potencialmente auto-protectora hacia actitud y un modo de implicación más productivos (asociados a la diferenciación de necesidades y metas y al compromiso con ellas).</p>	<p><i>¿Cómo entró el cliente en la terapia y cómo evolucionó en términos de comprensión y compromiso con el estilo de trabajo terapéutico y con la lógica experiencial-existencial de la TFE?</i></p> <p><i>¿Cómo se concreta esa evolución en términos del cambio en las narrativas del cliente respecto a las dificultades o la sintomatología que le llevaron a terapia?</i></p>	...

FC 13.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Diferenciación de necesidades y respuestas (DNR):</i> Cambios narrativos en el modo en que el cliente considera sus necesidades personales a lo largo de la terapia, como resultado del aprendizaje y del proceso terapéutico.</p> <p>Potencialmente expresado a través de una auto-comprensión novedosa de las dinámicas personales, o de la relectura de determinados datos existenciales propios, o de la emergencia de formas de auto-organización más saludables o creativas, así como de la formación de nuevas motivaciones.</p>	<p><i>¿Cómo se concreta el aprendizaje terapéutico en términos de nuevas necesidades del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué necesidades importantes (en cualquier nivel) fueron clarificándose o despertando a medida que el proceso terapéutico avanzaba?</i></p> <p><i>¿Cómo se modificó la narrativa del cliente respecto a sus necesidades?</i></p> <p><i>¿Cómo afectó la consciencia de esas necesidades a la auto-determinación del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué nuevas tendencias a la acción surgieron del acceso a las emociones primarias adaptativas? ¿En qué nuevas respuestas a la vida se concretaron?</i></p> <p><i>¿Qué supuso esto para el cliente y qué nuevos asuntos llevó a la terapia a causa de su mayor nivel de congruencia y autenticidad?</i></p>	...

FC 13.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Definición de metas y actitudes (DMA)</i> como resultado del aprendizaje terapéutico.</p> <p>Cuando son resultado de la reflexión de la persona sobre la historia emocional-relacional de sus dificultades, se pudieron concretar en términos de "metas de cambio terapéutico" y "actitudes hacia la experiencia orgánica".</p> <p>Cuando son resultado de la reflexión de la persona sobre sus nuevas posibilidades experienciales respecto a su posición en la vida, se pudieron concretar en términos de "actitudes existenciales" y "metas vitales".</p>	<p><i>¿Cómo se concreta el aprendizaje terapéutico en términos del cambio en las narrativas del cliente respecto a su experiencia orgánica?</i></p> <p><i>¿Cómo se concreta el aprendizaje terapéutico en términos del cambio en las narrativas del cliente respecto a sus metas en la terapia?</i></p> <p><i>¿Qué metas u objetivos de cambio terapéutico (en varios niveles) se planteó la persona a medida que el proceso terapéutico avanzaba?</i></p> <p><i>¿Qué metas vitales se planteó la persona a medida que la terapia avanzaba?</i></p> <p><i>¿Cómo afectó la formulación más clara de esas metas y objetivos a la auto-determinación del cliente en su ambiente y en sus relaciones, o a su modo de estar en el mundo, así como a su compromiso con la realidad o su participación en la vida social?</i></p> <p><i>¿Qué nuevas actitudes existenciales asumió o desarrolló la persona como modo de responder a su vida desde el contacto profundo con la experiencia orgánica?</i></p>	...

Por último, se argumentan de modo sucinto las categorías clínicas conceptuales de la segunda parte del Bloque 8, referidas a la formulación de foco (Goldman y Greenberg, 2015) y a la evolución del tratamiento a través del trabajo terapéutico guiado por marcadores (Greenberg, Rice y Elliott, 1993; Elliott et al., 2004), seguidas de la Tabla 77 en la que además se especifican las correspondientes preguntas de formulación:

- "Formulación de foco y evolución" (FFE): Que es la narrativa de la formulación de foco que guió el tratamiento, y se apoya en los elementos que componen el foco en TFE bajo el acrónimo MENSIT: M (Marcadores); E (Emoción primaria); N (Necesidad); S (Emoción secundaria); I (Procesos interruptores), y T (Temas).
- "Nueva formulación de foco" (NFF): Potencialmente, en algunos casos, la evolución del tratamiento (i.e., si se desvela un secreto o se produce una reacción que revela una psicopatología primaria), o alguna novedad en la vida del cliente, pueden hacer necesaria una segunda formulación de foco.
- "Tareas terapéuticas principales" (TTP) que fueron facilitadas y que fueron responsables de los cambios principales. Incluye desde la identificación de las tareas, a la especificación de los impactos progresivos en la transformación del dolor nuclear del cliente. También puede incluir fracasos o procesos infructuosos.
- Establecimiento de una "meta contextual o intermedia" (MCI): Eventualmente, pudo ser necesario establecer una meta que permitiera progresar a la terapia o hacerla viable, ya sea por causa del contexto (i.e., obtener una aprobación externa, o decir la verdad sobre una enfermedad de transmisión sexual a la pareja, cuando este asunto le ha sido revelado al terapeuta), o propia del individuo (i.e., el compromiso de no cometer suicidio, o de no beber alcohol cuando se va conduciendo a la sesión).
- "Macro-cambios o resultados" de la terapia (MCR): Consistente en una síntesis de los cambios logrados por el cliente al final del tratamiento, formulados en varios niveles, que van desde la reducción de síntomas al logro de objetivos personales del cliente.

Tabla 77

Bloque 8: TAREAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS / Formulación de foco y evolución del tratamiento

FC 14

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Formulación de foco y evolución (FFE):</i> Narrativa de la formulación de foco que guió el tratamiento</p> <p>Debe incluir la articulación de los elementos que componen el foco en TFE bajo el acrónimo MENSIT: M: Marcadores; E: Emoción primaria; N: Necesidad; S: Emoción secundaria; I: Procesos interruptores, y T: Temas.</p>	<p><i>¿Cuál fue la formulación de foco que finalmente co-construyeron cliente y terapeuta y que sirvió para guiar el tratamiento?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó? ¿Hubo alguna reformulación?</i></p>	...

FC 14.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Nueva formulación de foco (NFF):</i> Potencialmente, en algunos casos, la evolución del tratamiento (i.e., si se desvela un secreto o se produce una reacción que revela una psicopatología primaria), o alguna novedad en la vida del cliente, pueden hacer necesaria una segunda formulación de foco.</p>	<p><i>¿Qué novedades sobre la psicopatología primaria del cliente o que sucesos vitales hicieron necesaria la formulación de un nuevo foco terapéutico?</i></p> <p><i>¿Cuál es la narrativa del nuevo foco basada en el MENSIT?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó? ¿Hubo alguna reformulación?</i></p>	...

FC 14.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Tareas terapéuticas facilitadas (TTF)</i> y que fueron responsables de los cambios principales.</p> <p>Incluye: (1) la identificación de las tareas, (2) la descripción de algún proceso determinante para el caso, relacionado con su facilitación, (3) la descripción de micro-resultados en la sesión, y (4) la identificación de impactos progresivos en la transformación del dolor nuclear del cliente.</p> <p>También puede incluir fracasos o procesos infructuosos.</p>	<p><i>¿A través de qué tareas terapéuticas principales se fueron logrando las metas terapéuticas formuladas en el foco?</i></p> <p><i>¿Hubo alguna tarea que resultara especialmente relevante para la terapia o en alguna fase del tratamiento?</i></p> <p><i>¿Cuáles fueron los resultados específicos consecuencia de la resolución de estas tareas?</i></p> <p><i>¿Cómo fue contribuyendo el trabajo con tareas terapéuticas a la transformación del dolor nuclear del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué tareas fallaron o permanecieron en niveles insuficientes de resolución? ¿A qué pudo ser debido? ¿Qué es lo que en última instancia no se logró?</i></p>	...

FC 14.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p>Establecimiento de una <i>meta contextual o intermedia (MCI)</i>: Eventualmente, pudo ser necesario establecer una meta que permitiera progresar a la terapia o hacerla viable, ya sea por causa del contexto (i.e., obtener una aprobación externa, o decir la verdad sobre una enfermedad de transmisión sexual a la pareja, cuando este asunto le ha sido revelado al terapeuta), o propia del individuo (i.e., el compromiso de no cometer suicidio, o de no beber alcohol cuando se va conduciendo a la sesión).</p>	<p><i>¿Sucedio algo que condujo a la negociación y/o al establecimiento de alguna meta intermedia, que permitiera la realización de la terapia?</i></p> <p><i>¿En qué consistió? ¿Cómo se logró establecer?</i></p> <p><i>¿Qué supuso? ¿Sometió a alguna tensión a la relación terapéutica?</i></p> <p><i>¿Fue lograda? ¿Qué consecuencias tuvo? ¿Tuvo alguna relevancia especial como tema de fondo para la terapia?</i></p>	...

FC 14.4

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Macro-cambios o resultados de la terapia (MCR): Síntesis de los cambios logrados por el cliente al final del tratamiento, formulados en varios niveles.</i></p> <p>Puede incluir: (1) reducción de síntomas, (2) logro de objetivos terapéuticos asociados al foco y al dolor nuclear, (3) cambios en las narrativas de identidad, (4) desarrollo de nuevas actitudes existenciales, y (5) logro de objetivos personales (i.e., reconciliaciones, cambios de trabajo, inicio de proyectos, etc.).</p>	<p><i>¿Qué cambios significativos logró la persona a lo largo de la terapia? ¿Qué implicaciones tuvieron?</i></p> <p><i>¿Qué síntomas desaparecieron o se redujeron y cuáles no?</i></p> <p><i>¿Qué cambios estructurales se produjeron en la personalidad del cliente al trabajar con las dificultades formuladas en el foco y al trabajar sobre el dolor nuclear?</i></p> <p><i>¿Cómo cambió y en qué dimensiones evolucionó la narrativa de identidad del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué nuevas actitudes existenciales desarrolló la persona y qué sentido tuvieron en su contexto vital?</i></p> <p><i>¿Qué objetivos personales logró el cliente?</i></p>	...

6.4.3. Utilización del *Formato Guía*: Manual de uso

A fin de que el *Formato Guía* pueda ser utilizado en condiciones óptimas y homogéneas, se elaboró el correspondiente manual de uso, que puede consultar en el Apéndice IX de este trabajo.

6.5. Desarrollo de la *Escala de Similitud* entre formulaciones

6.5.1. Introducción

Como anticipábamos en el apartado 6.2. sobre la estrategia y metodología de este segundo estudio empírico sobre FC en TFE, hemos elaborado una *Escala de Similitud de Formulaciones de Caso Globales* (ES-FCG), que permite valorar la similitud o equivalencia entre dos FCG. Bien entre las formulaciones producidas por dos clínicos, o entre una de ellas y una *benchmark* o formulación de referencia. Así pues, el uso primario de esta escala será la evaluación la validez de las formulaciones generadas por los participantes en el estudio de caso piloto (apartado 6.7.), y secundariamente la comparación entre ellas.

Esta estrategia psicométrica fue seguida en estudios análogos Haarhoff (2008) y Kuyken, et al. (2005), tal y como fue planteado en el apartado 3.2.2., en el que revisamos la investigación sobre validez de las FC. En ese mismo apartado, considerábamos el criterio de Mumma (2011) respecto a cómo entender el problema de la validez. Según este autor, el investigador ha de desarrollar, inicialmente, una descripción guiada por la teoría respecto al contenido y la estructura de una FC ideal, a la cual denomina "explicación del constructo" (*construct explication*). Para después adaptar, a esta descripción, un método de evaluación de la validez. Por tanto, y a fin de fundamentar nuestra

opción, en el marco de la TFE, hicimos una comparación entre las aproximaciones al tema en los modelos de FC cognitivo-conductuales, conductuales y psicodinámicos -que quedó plasmada en la Tabla 14-, y que completamos con una propuesta respecto a cómo debería ser abordada la cuestión en este trabajo (Tabla 15). Este análisis fue realizado tomando en cuenta de tres categorías de información: 1) La estrategia del modelo para trabajar con la explicación del constructo, 2) lo que hemos denominado la "pregunta sobre la validez" (qué se pregunta el investigador para saber si una formulación es válida), y 3) el método de evaluación -que cada uno ha elegido- para testar la validez de contenido de las formulaciones, de acuerdo con el constructo explicado.

Respecto a la *estrategia de trabajo con la explicación del constructo* en la evaluación de las FCG en TFE, proponemos que los terapeutas reflexionen sobre el conjunto del caso y generen un reporte explicativo global de éste, utilizando el FG (mediante el cual informan acerca de cuáles eran los problemas que presentaba el cliente, sus necesidades de cambio emocional-experiencial, sus habilidades y dificultades en términos de la teoría de base, la estructuración histórica de su personalidad y su articulación con sus problemas intra-/interpersonales o existenciales actuales, el dolor nuclear y los esquemas de emoción subyacentes en las categorías anteriores, las metas de la terapia que fueron negociadas, las principales tareas terapéuticas que fueron trabajadas, y los principales resultados terapéuticos obtenidos al final del tratamiento).

Como *pregunta sobre la validez*, nos hacemos la siguiente: ¿Explica suficientemente bien la FCG elaborada por el terapeuta-formulador qué es lo que sucedió en el caso, de acuerdo con la información disponible?

Y como *método para evaluar la validez de contenido* de las formulaciones empíricas frente al constructo explicado, proponemos su comparación con una FCG *benchmark* en términos de similitud, entendiendo que: 1) La *benchmark* explica "verdaderamente" lo que sucedió en el caso, porque hace un uso óptimo de la estrategia de trabajo con la explicación del constructo de las FCG en TFE; y 2) si la FCG generada por un terapeuta-formulador se asemeja a la *benchmark*, entonces es igualmente válida.

La contrastación de la hipótesis de similitud mediante la comparación de las formulaciones con una *benchmark*, ofrece algunas limitaciones, pues se basa en las apreciaciones realizadas por uno o varios expertos respecto a una serie de items de contenido (normalmente puntuados en una escala Likert), sin que se precise su justificación (i.e., codificando unidades de contenido en el texto y presentándolas como evidencia del juicio de similitud), o sin que se discuta su propiedad o ajuste (i.e., como se hace en los métodos cualitativos como la investigación cualitativa de consenso de C. Hill (Hill et al., 2005). Sin embargo, y como señalábamos antes, el uso de escalas de similitud es un

método consolidado en este contexto de investigación (Haarhoff, 2008; Kuyken, et al., 2005), en el que resulta ser al menos "suficientemente bueno", a la vez que económico.

Con ese fin, hemos desarrollado la ES-FCG, respecto a cuya validación, las hipótesis que trataremos de contrastar a continuación, se refieren tanto a su consistencia interna, como a su capacidad para generar valoraciones diferentes cuando se comparan textos de variada similitud, referidos a un mismo caso de terapia. En ese sentido, hipotetizamos que:

- 1) La utilización de la ES-FCG para comparar textos de diversa similitud, producirá medias diferentes en cada condición de comparación.
- 2) El promedio de las puntuaciones en la ES-FCG para textos altamente similares a la formulación original, será mayor que aquel correspondiente a textos que, según la estrategia descrita en el apartado de procedimientos, guarden una similitud menor.
- 3) Lo mismo sucederá para textos considerados como moderadamente similares, frente a textos propuestos como escasamente similares, y que por tanto, se podrán obtener tres niveles de puntuación promedio diferentes.

Además, se estudiará la estructura factorial de la ES-FCG, a fin de conocer empíricamente el modo en que los participantes en la evaluación de los textos perciben la tarea.

6.5.2. Método

Participantes

La escala fue respondida por 62 alumnos del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia Comillas 52 mujeres (84 %) y 10 varones, con una media de edad de 24,35 años (DE= 4.32), que habían cursado la asignatura de "Introducción a la TFE", y a quienes se les propuso esta colaboración, como una actividad de la asignatura con bonificación académica extra.

Materiales

- *La Escala de Similitud de Formulaciones de Caso Globales (ES-FCG)*: Un instrumento de 20 ítems tipo Likert (0-5), 19 referidos a diferentes aspectos de contenido paralelos a las pistas y bloques del FG (con la posibilidad de responder "no aplicable"), y un ítem extra consistente en una opinión global de similitud (Apéndice III). Eso supone una estructura de cuatro grupos, referidos a las cuatro pistas de formulación del *Formato Guía* (Tabla 78): (F1) Grado de similitud respecto a

la formulación de la estructuración de la personalidad (items 1 a 7); (F2) grado de similitud respecto a la formulación del funcionamiento actual (items 8 a 10); (F3) grado de similitud respecto a la formulación de la interacción dentro de la sesión (items 11 a 13); y (F4) grado de similitud respecto a la formulación del trabajo experiencial y emocional que condujo al cambio terapéutico (items 14 a 19).

- *Benchmark*: FCG del caso "David", publicada en el volumen *Case studies of Emotion-Focused Therapy of Depression* de Watson, Goldman, y Greenberg (2008) y traducida al español por el investigador, que fue utilizada como FCG de referencia, bajo la denominación en clave de FO (formulación original).
- Textos de comparación: Tres FCG sobre el caso "David" redactadas por el investigador, y que divergían de la original en distintos grados. Para generarlas, se recurrió a un procedimiento de "degeneración creativa" del texto en tres fases: En la primera se trató de producir una formulación *altamente similar* (texto AS), recurriendo a sinónimos y respetando el tono de la redacción, así como el grado de especificidad del lenguaje; en la segunda, la formulación fue redactada a partir del texto AS, aplicando la regla de recurrir a conceptos abstractos, que redujeran la especificidad y viveza del lenguaje original, y a rellenar los huecos con paráfrasis poco informativas, hasta generar un texto tan solo *moderadamente similar* (texto MS), y que constituyera una especie de "material deshidratado"; finalmente, en la tercera fase, se partió del texto MS usando la metáfora de la "rehidratación sesgada", por la cual se rellenaron los huecos y paráfrasis con información inventada, a la que se añadió un sesgo interpretativo y patologizante, en un sentido cualitativamente diferente al de la FO, de modo que se obtuviera un texto vivo o evocador, pero *escasamente similar* al original (texto ES).

Procedimiento

Para recoger los datos, se creó un protocolo (ver Apéndice IV) que contenía: (1) una explicación breve de la escala; (2) unas instrucciones de uso y un vocabulario; (3) unas instrucciones sobre el modo de trabajar con los textos y el orden en el que se debía conducir ese trabajo; (4) el texto de la FO, y (5) los textos ES, MS y AS para hacer las comparaciones. Todo este material iba integrado en un cuadernillo grapado, del cual se crearon seis versiones (de la A a la F), en las que se contrabalanceaba el orden de realización de las comparaciones.

Tabla 78

Ítems de la *Escala de Similitud* de FCG (ES-FCG) de acuerdo con su agrupación por pistas

PISTA 1: Estructuración de la personalidad del cliente

- 01 El modo en que explican cómo se produjo la estructuración de la personalidad del cliente.
 - 02 El modo en el que reflejan los recuerdos del cliente acerca de sus experiencias traumáticas tempranas.
 - 03 El modo en el que explican cómo las experiencias traumáticas tempranas del cliente, contribuyeron a la formación de las heridas clave, que estructuraron su personalidad.
 - 04 El modo en que describen cómo los patrones interpersonales problemáticos vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones negativas (que constituyen vulnerabilidades y/o fuentes de conflicto interpersonal).
 - 05 El modo en que describen cómo los patrones interpersonales más saludables vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones positivas (que constituyen fortalezas en términos de autoestima y/o de sociabilidad).
 - 06 El modo en que relatan los hechos biográficos que marcaron la entrada del paciente en la vida adulta (y sus eventuales efectos negativos).
 - 07 El modo en que describen cómo aprendió el cliente a adaptarse a su realidad (quizá desarrollando algún recurso psicológico, creencia, actitud, etc.).
-

PISTA 2: Funcionamiento actual

- 08 El modo en que describen el funcionamiento actual del cliente, en términos de sus dificultades de procesamiento emocional subyacentes.
 - 09 El modo en que informan sobre cuál es sentimiento nuclear que organiza la experiencia y la acción del cliente en la actualidad, en función de los esquemas de emoción desadaptativos subyacentes.
 - 10 El modo en que explican cómo el sentimiento nuclear del cliente y sus anticipaciones negativas, afectan a sus relaciones interpersonales.
-

PISTA 3: Interacción con el terapeuta dentro de la sesión

- 11 El modo en que describen la relación cliente-terapeuta dentro de la sesión.
 - 12 El reporte que hacen del tipo de relación que el cliente mantiene con el terapeuta al inicio del tratamiento.
 - 13 El reporte que hacen de las eventuales rupturas de la alianza y del trabajo que terapeuta y cliente hicieron para repararla.
-

PISTA 4: Trabajo experiencial y emocional que condujo al cambio

- 14 El reporte que hacen acerca de cuál fue el tipo de trabajo experiencial y emocional realizado en la terapia y sus resultados principales.
 - 15 El modo en que describen estilo de procesamiento del cliente (cualidad vocal, nivel experiencial, tipo de afrontamiento emocional, etc.)
 - 16 El reporte que hacen de las reacciones y experiencias clave del cliente en la sesión, que pudieron suponer algún tipo de experiencia emocional correctora o aprendizaje vital.
 - 17 El modo en que describen las necesidades personales y metas terapéuticas o de crecimiento, que el cliente diferenció a lo largo del tratamiento.
 - 18 La formulación de foco que relatan (en la que se explican los temas principales del malestar del cliente, los determinantes emocionales subyacentes, y el tipo de tareas terapéuticas que contribuyeron al cambio terapéutico).
 - 19 El reporte que hacen sobre los principales logros y cambios terapéuticos del cliente al final del tratamiento.
-

Ítem de Similitud Global

- 20 El contenido global del texto (en función de las descripciones, explicaciones y reportes integrados en la formulación de caso).
-

Análisis de datos

Los participantes realizaron tres comparaciones cada uno (ES-FO, MS-FO y AS-FO), lo que supuso la acumulación de 186 aplicaciones de la escala, que constituyeron la muestra para el análisis de sus propiedades psicométricas básicas y de su estructura factorial.

A fin de contrastar las hipótesis relativas a la capacidad de la escala para diferenciar grados de similitud entre textos, se realizó un ANOVA de un factor de medidas repetidas, utilizando como variable dependiente los promedios en la puntuación global en la ES-FCG, correspondientes a cada condición de comparación entre formulaciones (ES-FO, MS-FO y AS-FO).

Para explorar la estructura factorial de la escala, se realizó un análisis factorial, método de componentes principales, y se estudió la correlación entre el ítem 20, que preguntaba sobre la similitud global de los dos textos, y el resto de la escala.

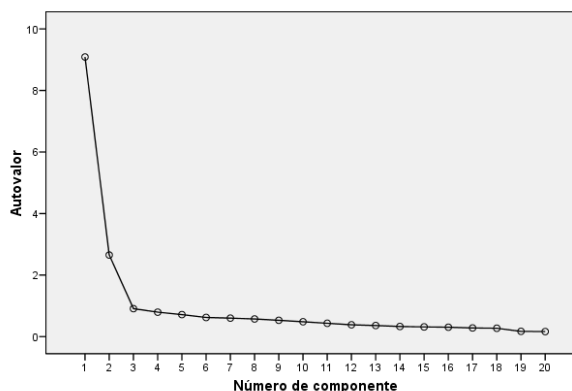
6.5.3. Resultados

Propiedades psicométricas básicas de la ES-FCG

El análisis factorial aplicado (método de componentes principales y rotación *varimax*) mostró una estructura de dos dimensiones. Como se observa en la Tabla 79, dicho análisis arrojó dos factores que alcanzaban a explicar el 58,81% de la varianza total, siendo el criterio utilizado para definir los factores finales, que la saturación de los ítems fuera mayor que 0.30. El gráfico de sedimentación obtenido (Gráfico 7) muestra cómo de los dos únicos factores con autovalores mayores que 1, el primero explica el 45.55% de la varianza, mientras que el segundo tan solo el 13.26%. Estos datos indican la práctica unidimensionalidad de la escala, y aunque la interpretación de los factores no resulta del todo evidente, sí parece tener cierta racionalidad, al menos teniendo presente no sólo el contenido de los ítems, sino el tipo de operación que los participantes debían hacer con ellos (a saber, comparar la similitud entre dos entre dos explicaciones del mismo caso, tomando como criterio una serie de temas, correspondientes en realidad a las pistas de formulación del FG).

Gráfico 7

Gráfico de sedimentación del EFE de la *Escala de Similitud* (ES-FCG)



Así pues, el primer factor reúne cinco de los siete ítems de la pista 1 (*Estructuración de la personalidad del cliente*), los tres ítems de la pista 2 (*Funcionamiento actual*), sólo uno de los tres ítems de la pista 3 (*Interacción con el terapeuta dentro de la sesión*), dos de los seis ítems de la pista 4 (*Trabajo experiencial y emocional que condujo al cambio*), y el ítem de similitud global (SG20). Atendiendo al significado específico de las cuestiones sobre las que se pide evaluar la similitud entre textos en este conglomerado, entendemos que aquello que los participantes están comparando es un gran paquete de formulaciones, referido a la historia básica del cliente, o a la "explicación del cliente como paciente" o persona que acude a terapia, que es como finalmente hemos decidido llamar a este factor. Esto incluye elementos relativos a su historia vital, a su funcionamiento socio-emocional, a la explicación de sus dificultades y a su estilo de procesamiento, que son las cosas lo que la persona lleva a la terapia.

Complementariamente, el factor 2, compuesto por dos de los siete ítems de la pista 1, dos de los tres ítems de la pista 3 y cuatro de los seis ítems de la pista 4, parece contener las comparaciones relativas a la "explicación del caso como proceso terapéutico": lo que incluye a los aspectos relacionales de las pistas 1 y 3, y a los aspectos de proceso y resultado terapéutico de la pista 4. Esto parece coherente con la propia estructura del FG, como se argumentará más adelante en la sección de *Discusión y conclusiones*.

Tabla 79
Matriz de componentes rotados de las respuestas en la *Escala de Similitud (ES-FCG)*

Items		F1	F2
3 (P1)	El modo en el que explican cómo las experiencias traumáticas tempranas del cliente, contribuyeron a la formación de las heridas clave, que estructuraron su personalidad.	,837	-
8 (P2)	El modo en que describen el funcionamiento actual del cliente, en términos de sus dificultades de procesamiento emocional subyacentes.	,815	-
2 (P1)	El modo en el que reflejan los recuerdos del cliente acerca de sus experiencias traumáticas tempranas.	,815	-
15 (P4)	El modo en que describen estilo de procesamiento del cliente (cualidad vocal, nivel experiencial, tipo de afrontamiento emocional, etc.)	,803	-
1 (P1)	El modo en que explican cómo se produjo la estructuración de la personalidad del cliente.	,801	-
9 (P2)	El modo en que informan sobre cuál es sentimiento nuclear que organiza la experiencia y la acción del cliente en la actualidad, en función de los esquemas de emoción desadaptativos subyacentes.	,774	-
20 (SG)	El contenido global del texto (en función de las descripciones, explicaciones y reportes integrados en la formulación de caso).	,747	-
4 (P1)	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales problemáticos vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones negativas (que constituyen vulnerabilidades y/o fuentes de conflicto interpersonal).	,739	-
6 (P1)	El modo en que relatan los hechos biográficos que marcaron la entrada del paciente en la vida adulta (y sus eventuales efectos negativos).	,706	-
11 (P3)	El modo en que describen la relación cliente-terapeuta dentro de la sesión.	,690	-
18 (P4)	La formulación de foco que relatan (en la que se explican los temas principales del malestar del cliente, los determinantes emocionales subyacentes, y el tipo de tareas terapéuticas que contribuyeron al cambio terapéutico).	,646	,401
10 (P2)	El modo en que explican cómo el sentimiento nuclear del cliente y sus anticipaciones negativas, afectan a sus relaciones interpersonales.	,632	-
5 (P1)	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales más saludables vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones positivas (que constituyen fortalezas en términos de autoestima y/o de sociabilidad).	-	,789
19 (P4)	El reporte que hacen sobre los principales logros y cambios terapéuticos del cliente al final del tratamiento.	-	,788
16 (P4)	El reporte que hacen de las reacciones y experiencias clave del cliente en la sesión, que pudieron suponer algún tipo de experiencia emocional correctora o aprendizaje vital.	-	,767
13 (P3)	El reporte que hacen de las eventuales rupturas de la alianza y del trabajo que terapeuta y cliente hicieron para repararla.	-	,725
12 (P3)	El reporte que hacen del tipo de relación que el cliente mantiene con el terapeuta al inicio del tratamiento.	-	,714
17 (P4)	El modo en que describen las necesidades personales y metas terapéuticas o de crecimiento, que el cliente diferenció a lo largo del tratamiento.	,369	,628
7 (P1)	El modo en que describen cómo aprendió el cliente a adaptarse a su realidad (quizá desarrollando algún recurso psicológico, creencia, actitud, etc.).	,490	,533
14 (P4)	El reporte que hacen acerca de cuál fue el tipo de trabajo experiencial y emocional realizado en la terapia y sus resultados principales.	,450	,452
Porcentaje de varianza explicada		45.55%	13.26%

Una vez explorada la estructura factorial subyacente a la ES-FCG se pasó a determinar el índice de fiabilidad de ésta, calculándose la consistencia interna a partir del *alpha* de Cronbach, que resultó ser singularmente elevado ($\alpha = 0.93$). Aunque no se pretende el uso de los factores hallados

para comparar textos, se ha considerado oportuno reportar el *alpha* de ambos, considerados como subescalas, de cara a posible usos posteriores (i.e., en contextos de formación) (Tabla 80).

Tabla 80
Fiabilidad de la *Escala de Similitud* (ES-FCG)

	<i>Alpha de Cronbach</i>
<i>Escala de Similitud</i>	.93
Explicación del cliente como paciente	.93
Explicación del caso como proceso terapéutico	.86

El estudio de los items de la escala y su comportamiento, llevó a no descartar ninguno a causa de que afectara negativamente a la fiabilidad, pues el índice de fiabilidad si se eliminaba cualquiera de los elementos no bajaba de 0,92. La Tabla 81 muestra los rangos y las medias y desviaciones estándar de los items de la *Escala de Similitud*, considerados en cada condición de comparación. En general se aprecia una progresión decreciente de los rangos de respuesta, según se pasa de menor a mayor similitud del texto a comparar con la formulación original (FO). Esta mayor dispersión en las respuestas probablemente tenga que ver con que la tarea de comparación se vuelve más borrosa y se multiplican las opiniones de acuerdo con la sensibilidad personal, cuando el encaje entre unidades de contenido es menos evidente, lo cual habla en favor de la hipótesis sobre la utilidad de la ES-FCG para ser empleada como herramienta para el estudio de la validez de contenido de una FCG cuando es comparada con una *benchmark*.

Efectividad de la ES-FCG como instrumento de comparación

En cualquier caso, el análisis determinante la cuestión respecto a la utilidad y efectividad de la *Escala de Similitud* como instrumento de comparación de FCG proviene del estudio de las diferencias de medias en las puntuaciones de la escala bajo las diferentes condiciones de comparación. Estas medias y sus desviaciones estándar, aparecen recogidas en la Tabla 82, junto con la media de la escala sin el ítem 20 de similitud global y la media en este elemento, para cada condición de comparación. Además, como complemento a estos datos, en la Tabla 83 se resumen medias y desviaciones estándar de la *Escala de Similitud* por pistas, en cada condición de comparación. De la lectura de ambas tablas y de la observación del Gráfico 8, en el que se comparan gráficamente las medias de similitud las tres condiciones (ES, MS y AL), así como del Gráfico 9 en el que esta misma comparación se repite para cada pista de formulación, se concluye que los resultados parecen confirmar la utilidad y efectividad del instrumento. Es decir, su capacidad para diferenciar entre FCG más o menos similares a un texto tomado como término de comparación.

Gráfico 8

Medias en la *Escala de Similitud* (ES-FCG) en las tres condiciones de comparación

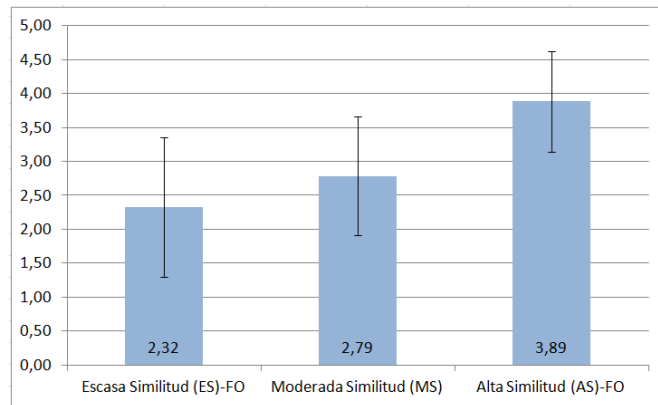


Tabla 81

Rangos, medias y DE por ítems de la *Escala de Similitud* en cada condición de comparación

Ítem	No similitud					Máxima similitud						
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
	R_{ES}	R_{MS}	R_{AS}	M_{ES}	DE	M_{MS}	DE	M_{AS}	DE			
1(P1)	5	4	4	2,42	1,29	2,87	1,06	3,80	1,05			
2(P1)	5	5	4	2,11	1,30	2,62	1,38	3,70	1,17			
3(P1)	5	5	4	2,11	1,42	2,80	1,17	3,84	0,95			
4(P1)	5	5	3	2,21	1,24	2,73	1,31	3,88	0,97			
5(P1)	5	5	5	2,38	1,29	2,59	1,32	3,29	1,51			
6(P1)	5	4	4	2,28	1,54	3,21	1,21	4,05	1,05			
7(P1)	5	4	3	2,14	1,30	2,38	1,06	3,90	0,91			
8(P2)	5	4	4	2,49	1,35	2,87	1,01	4,18	0,85			
9(P2)	5	5	3	2,29	1,51	2,79	1,32	4,08	0,96			
10(P2)	5	5	4	2,52	1,46	2,53	1,19	3,98	1,01			
11(P3)	5	5	4	2,19	1,38	2,75	1,15	4,17	0,89			
12(P3)	5	5	5	2,13	1,58	2,63	1,31	3,90	0,98			
13(P3)	5	5	5	2,41	1,74	2,44	1,73	3,43	1,56			
14(P4)	5	5	4	2,54	1,30	2,60	1,34	3,98	0,98			
15(P4)	5	5	4	2,39	1,31	2,64	1,28	4,00	0,91			
16(P4)	5	5	4	2,78	1,34	2,78	1,31	3,74	1,08			
17(P4)	5	5	4	2,38	1,28	2,78	1,42	3,80	1,15			
18(P4)	5	5	4	2,39	1,28	2,66	1,27	4,00	0,99			
19(P4)	5	5	4	2,65	1,66	2,81	1,65	3,86	1,25			
20(SG)	5	5	3	2,52	1,26	2,97	0,98	4,02	0,77			

R = Rango (en las diferentes condiciones de comparación)

M_{ES} = Media en la comparación Escasa Similitud-FO

M_{MS} = Media en la comparación Moderada Similitud-FO

N= 62 sujetos, 186 aplicaciones

M_{AS} = Media en la comparación Alta Similitud-FO

DE = Desviación estándar

Tabla 82

Medias y desviaciones estándar de la *Escala de Similitud* global en cada condición de comparación, y comparación de la media en las cuatro pistas de formulación con el ítem de similitud global (20SG)

Condición de comparación	M	DE	m	DE	20(SG)	DE
ES Escasa Similitud-FO	2,32	1,03	2,36	0,19	2,52	1,26
MS Moderada Similitud-FO	2,79	0,88	2,71	0,18	2,97	0,98
AS Alta Similitud-FO	3,89	0,74	3,87	0,23	4,02	0,77

M= Media DE= Desviación estándar m= Media sin el ítem 20 20(SG)= Media en ítem 20 de Similitud Global

Tabla 83

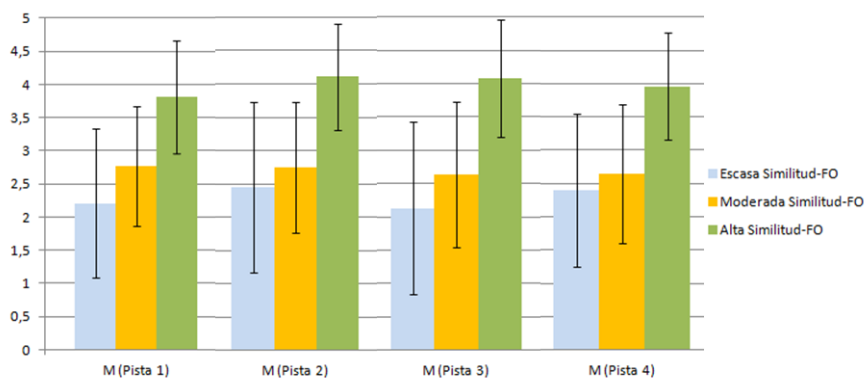
Medias y desviaciones estándar de la *Escala de Similitud* por pistas en cada condición de comparación

Condición de comparación	M(P1)	DE	M(P2)	DE	M(P3)	DE	M(P4)	DE
ES Escasa Similitud-FO	2,21	1,13	2,45	1,28	2,13	1,30	2,39	1,15
MS Moderada Similitud-FO	2,77	0,90	2,74	0,98	2,63	1,09	2,65	1,04
AS Alta Similitud-FO	3,82	0,85	4,11	0,80	4,08	0,88	3,96	0,81

M(P1)= Media en la Pista 1 DE= Desviación estándar

Gráfico 9

Medias de la *Escala de Similitud* por pistas en cada condición de comparación



Los resultados del ANOVA de un factor y medidas repetidas realizado, permitieron apoyar estadísticamente la veracidad de esa afirmación. Efectivamente, las respuestas de los 62 sujetos participantes permitieron obtener tres medias de similitud, diferentes en cada condición de comparación (Tabla 83): ES-FO (M= 2.32 DE=1.02), 2.77 para MS-FO (DE= 0.87) y 3.88 para AS-FO (DE= 0.74). El ANOVA informó de que el grado de similitud entre formulaciones (medido por la puntuación en la ES-FCG) se ve afectado por la condición de comparación, $F(2, 120)= 73.54$, $p<0.05$, $\eta^2_p= 0.551$. Esto permite aceptar la H_1 , que afirma la diferencia de medias entre las condiciones de comparación, y por tanto, que la ES-FCG es eficaz en este sentido.

En cuanto a las comparaciones por pares, se confirmó de modo estadísticamente significativo el orden esperado en las diferencias de similitud, debido a la cualidad de los textos: entre la condición de ES y la de MS ($t(2)= 4.52$, $p<0.05$); entre la condición de ES y la de AS ($t(2)= 10.72$, $p<0.05$); y entre la condición de MS y la de AS ($t(2)= 7.63$, $p<0.05$). Así, aceptando la H_1 respecto a las magnitudes de las diferencias de medias esperadas, confirmamos la hipótesis de que la ES-FCG es un instrumento suficientemente sensible como para detectar grados de similitud entre formulaciones.

Por último, se decidió realizar un análisis de la correlación entre el ítem de similitud global (20SG) y el resto de la escala. Para ello se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, que resultó ser 0.75 ($p<0.01$ bilateral). Rechazando la H_0 de independencia entre las variables, se afirma la existencia de una relación lineal significativa entre las valoraciones sobre similitud realizadas de modo analítico por los participantes (según los 19 ítems de las cuatro pistas), y los juicios sintéticos elaborados por estos mismos evaluadores, basados en su impresión global sobre este mismo aspecto (expresados en el ítem 20SG).

6.5.4. Discusión y conclusiones

Los datos del análisis factorial exploratorio apuntan en favor de una estructura bidimensional del instrumento. Una primera dimensión, responsable de la explicación del 45,55% de la varianza, parece tener que ver con una serie de comparaciones que los evaluadores hacen al responder a la escala, respecto a cómo dos textos explican al cliente como paciente que se beneficia de un tratamiento. Mientras, la segunda dimensión (13,26% de la varianza), parece tener que ver con cómo los evaluadores comparan la similitud entre los dos textos, respecto a cómo explican el caso como un proceso que conduce a unos resultados.

A su vez, la correlación positiva, significativa y relativamente alta ($r= 0.75$, $p<0.01$ bilateral) entre el ítem 20SG (*En qué medida ambas formulaciones son similares en términos del contenido*

global del texto) y los 19 ítems restantes, sugiere que: (1) Estos ítems, los cuales promueven comparaciones acordes con los contenidos de las cuatro pistas de formulación del FG, generan información congruente con una impresión global de similitud entre los textos; y (2) que al ser este ítem el último de la escala, probablemente es respondido sopesando el conjunto de la experiencia de comparación precedente. La interpretación de este resultado en términos del proceso de hacer comparaciones -que es la tarea implícita en la escala-, nos lleva a considerar que, probablemente, los participantes en el estudio realizaron primero un trabajo analítico de valoración de la similitud entre textos, seguido de emisión posterior de un juicio sintético al respecto. Sea como sea que se explique esta correlación (como hecho independiente o como efecto), la consideramos un dato positivo en favor de la funcionalidad de la ES-FCG.

Por otra parte, el índice de consistencia *alpha* de Cronbach obtenido ($\alpha = 0.93$) refrenda la confianza en la escala como instrumento de medida. Además, el ANOVA confirma la hipótesis sobre la efectividad de esta medida a la hora de diferenciar entre textos situados sobre un gradiente de similitud (escasa, moderada y alta), respecto a una formulación de referencia. Dado que dicha formulación fue, en este estudio, una formulación original (FO) respecto a la cual el investigador generó una serie de textos análogos pero no equivalentes, los resultados avalan la eficacia de la ES-FCG como instrumento para comparar las FCG generadas por una serie de terapeutas-formuladores frente a un material clínico dado, con otra formulación *benchmark* considerada válida.

6.6. Evaluación de la calidad de las Formulaciones de Caso Globales en TFE

A continuación nos ocupamos del tema de la calidad de las FCG, y proponemos un modelo de calidad basado en la evaluación de tres dimensiones principales, así como una *Rúbrica de evaluación de la calidad de FCG* (Apéndice V). Para ello, primero haremos un planteamiento conceptual, del que luego derivaremos un modelo multidimensional, que será la base para dicho cuestionario.

6.6.1. Planteamiento teórico-conceptual

Más allá de los aspectos gramaticales, la calidad de las FCG reside en su capacidad para *representar* el caso, crear un texto *legible* y ser *informativas* para una audiencia específica (compuesta por clínicos, terapeutas en supervisión o investigadores). En general, esto significa: (1)

Un uso adecuado de los conceptos propios de la TFE y una síntesis leal y precisa de lo que realmente sucedió en el caso según los reportes y datos de archivo; (2) una estructuración interna de las formulaciones que componen el texto, que permitan comunicar un significado (a quien escribe) y crear un contexto de comprensión (en quien lee); y (3) un número suficiente de formulaciones no redundantes y ricas, que permiten que el texto diga algo valorado como "útil" o relevante, según las intenciones o necesidades de la audiencia específica.

Las cuestiones relativas a la "representatividad", tienen que ver fundamentalmente con aspectos de validez de constructo y de contenido, y complementariamente con los de fiabilidad. Sin embargo, no es exactamente lo mismo valorar estas propiedades en un instrumento de formulación - como el FG-, que valorarlas en uno de sus productos, es decir, en una FCG, que es un texto.

En una FCG, la noción de validez se refiere fundamentalmente a su capacidad para representar el caso de un proceso psicoterapéutico singular, valorable únicamente cuando alguien la lee teniendo los datos de ese proceso en perspectiva, o cuando la compara con otra formulación de referencia, que se considera válida *per se* -como es el caso de una *benchmark*. La evaluación empírica de este aspecto puede abordarse en términos de análisis y contraste del contenido, o bien en términos de su "validez aparente", es decir, en términos de si lo que se dice en ella es fácilmente reconocido por un lector experto, como representativo de un caso de TFE. Al argumentar que "Las mediciones empíricas pueden concordar o no con nuestros consensos y nuestras imágenes mentales respecto a un concepto.", Babbie (2000, p.103) se refiere a este tipo de validez como "validez patente". Así, desde este doble planteamiento deducimos que: En una FCG con adecuada validez aparente, se dará fácilmente una concordancia entre la imagen mental que un clínico tiene de un caso típico de TFE, y el relato de éste expresado por esa FCG; o sea, que *se hará patente* de modo subjetivo o como impresión, su validez. Por otra parte, excluimos la cuestión del análisis del contenido como criterio de validez de esta evaluación, por dos motivos: porque nos ocuparemos de ella más adelante, en el estudio de validación del FG; y porque el objetivo último de la conceptualización de la calidad de las FCG que estamos abordando, es elaborar un sistema de evaluación relativamente simple, para el que, el cotejo del contenido de las unidades-idea que componen una formulación, resultaría demasiado laborioso.

En cuanto a la fiabilidad, decimos que una FCG es fiable cuando por sus propiedades, al ser leída en momentos diferentes, se entiende lo mismo y se pueden extraer de ella las mismas conclusiones. Dicho de otro modo, cuando el acceso al conocimiento clínico que representa, no se halla entorpecido por cuestiones de redacción (vaguedad-concreción, despliegue secuencial de contenidos, enlace lógico entre *explanans* y *explanandum*, etc.), precisamente porque además de estar basada en datos representativos, la narrativa:

- a) Posee calidad formal, basada en un uso preciso (vs. vago) del lenguaje.
- b) Es suficientemente rica (y no requiere que el lector especule o "rellene huecos").
- c) Posee la suficiente coherencia interna como para minimizar la necesidad del lector de hacer inferencias para entender el texto.
- d) Alcanza la necesaria capacidad explicativa, como para generar en el lector la sensación de que "se hace cargo" de lo sucedido y se encuentra orientado respecto al caso.

En ese sentido, el aspecto de calidad relacionado con la fiabilidad del texto de una FCG -que es el producto de un acto de escritura-, puede ser entendido en términos del concepto de *legibilidad*. Este concepto desarrolló un amplio cuerpo de investigación en el marco de la psicología cognitiva en la década pasada (Dufty, McNamara, Louwerse, Cai y Graesser, 2004; Graesser, McNamara y Louwerse, 2003; Louwerse, 2004), que dio lugar a una segunda generación de investigaciones sobre la capacidad de una persona para escribir textos de calidad (Allen, Snow y McNamara, 2016; Crossley y McNamara, 2016; Weston-Sementelli, Allen y McNamara, 2016). Así pues, trataremos de fundamentar nuestra conceptualización de la calidad de las FCG en la evidencia disponible, procedente del esfuerzo colaborativo de la psicología cognitiva y de la psicolingüística. Un aspecto que, por otra parte, ha sido obviado o tratado de modo muy superficial en la investigación precedente sobre la calidad de las formulaciones de caso (Baer, 2004; Eells y Lombart, 2003; Eells, et al., 2005; Haarhoff, 2008; Haarhoff, Flett y Gibson, 2011; Kendjelic y Eells, 2007; Kuyken, Fothergill, Musa y Chadwick, 2005).

Por último, la cuestión de que una formulación resulte *informativa* puede ser evaluada según la experiencia de un lector, o desde una perspectiva cuantitativa. La valoración de la cualidad informativa puede apoyarse en el mapa de categorías clínicas conceptuales, que ofrece un conjunto de elementos codificables, y concretarse en el cálculo de una serie de indicadores e índices, pensados para valorar la presencia de dichas categorías clínicas, así como de los temas y de los subtemas del FG en una FCG concreta. Esto podría realizarse de modo análogo a como Eells, Lombart, Kendjelic, Turner y Lucas (2005) hicieron al trabajar con el *Case Formulation Content Coding System* (CFCCS), codificando las FCG, contabilizando frecuencias de diferentes elementos, y calculando después aspectos de parsimonia, riqueza e integridad. Sin embargo, el desarrollo de un sistema completo de codificación de FCG en TFE, así como su correspondiente validación (con el cálculo de la fiabilidad interjueces para todas las categorías y elementos) es un trabajo que posponemos para futuras investigaciones. No obstante, y en el marco de la aproximación exploratoria a la producción y evaluación de FCG en TFE que realizamos en este trabajo, no renunciamos a la evaluación cuantitativa de la dimensión informativa del texto, pero sustituimos la

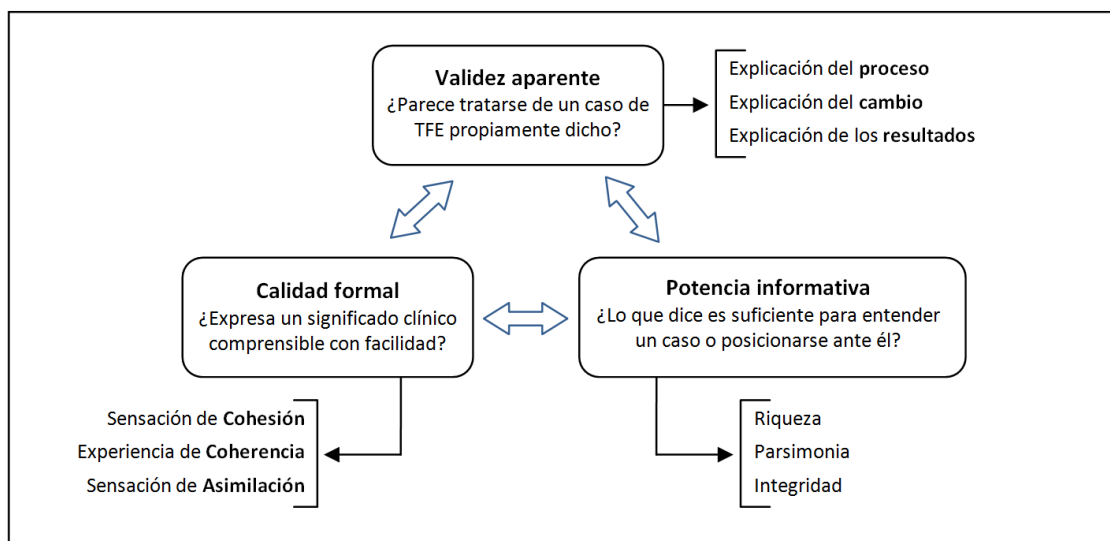
estrategia de "medición fiable" por la de "estimación consensuada" -que explicaremos más adelante, y por la cual, los miembros de un equipo de investigación utilizan criterios de estimación de parámetros comunes, y luego discuten sus apreciaciones tratando de alcanzar un consenso (Hill et al., 2005).

Teniendo en cuenta lo anterior, en este trabajo nos planteamos desarrollar el concepto de *calidad de las FCG* atendiendo a las cuestiones de validez aparente, cualidades formales del texto que inciden en su fiabilidad-legibilidad, y capacidad informativa que acabamos de proponer, e integradas en un modelo conceptual de calidad que trataremos de fundamentar a continuación.

6.6.2. Un modelo multidimensional de calidad de las FCG

De la conceptualización anterior, derivamos un planteamiento de tres dimensiones relativas a la calidad de una FCG como producto, entendiendo que pueden ser valoradas independientemente, aunque probablemente se encuentren mutuamente determinadas: (1) su validez aparente, (2) la calidad formal del texto, y (3) la potencia informativa de la formulación. Las tres conforman un modelo (Figura 6), a partir del cual se construirá, posteriormente, un instrumento de evaluación aplicable a cualquier FCG, basado en el mapa de categorías clínicas conceptuales del FG.

Figura 6
Modelo dimensional de la calidad de las Formulaciones de Caso Globales en TFE



Dimensión de validez aparente de la formulación

La pregunta subyacente es, en síntesis: *¿Permite la FCG identificar que se trata de un caso de TFE?* Al igual que en la evaluación de instrumentos es posible recurrir al juicio de los expertos para apoyar o rechazar la validez de un ítem de un cuestionario, también podemos considerar que una FCG en TFE tendrá calidad, si resulta fácilmente reconocible como tal por un experto.

Los criterios transversales en esta dimensión pueden ser los de "pertinencia" -como plantea Barraza (2007) en su revisión sobre la valoración de la validez aparente-, y los de "suficiencia" y "relevancia" -como proponen Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) en su examen acerca del mismo. En el caso del diseño de instrumentos psicométricos, un experto debería opinar: (1) Si un ítem *pertenece* o no a la dimensión estudiada; (2) si los ítems que pertenecen a cierta dimensión bastan o *son suficientes* para obtener la medición de ésta; y (3) si cada ítem puede ser eliminado o no, sin que se vea afectada la medición de la dimensión, por razón de que aun siendo pertinente, otro ítem puede estar ya incluyendo lo que ése mide -en cuyo caso, no sería suficientemente relevante. Del mismo modo, un experto podría opinar acerca de si los elementos que componen una FCG en TFE son pertinentes, suficientes y relevantes, como para que reciba ese nombre. Y en consecuencia, la obtención de evidencia sobre la validez aparente de una FCG puede realizarse mediante una rúbrica o plantilla de evaluación, como se suele hacer en las estrategias de juicio por expertos.

La rúbrica de evaluación de validez aparente podría a su vez enfocarse en dos tipos de contenidos de la FCG: *Procesos* y *resultados*, atendiendo a la distinción clásica en investigación en psicoterapia entre estos dos géneros, trazada por Greenberg y Pinsof (1986), y que forma parte de las raíces constitutivas de la TFE (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak y Freire, 2013). A su vez, al tratarse de una FC, la narrativa es, entre otras cosas, una explicación basada en la evidencia (Eells, 2016), de la relación entre: (a) Los problemas del cliente y sus mecanismos productores, (b) los procesos técnicos que fueron facilitados (principalmente tareas en TFE) mediados por la relación terapéutica, y (c) los resultados obtenidos, expresados en este contexto en términos de cambio emocional-existencial.

En conclusión, si combinamos los tres aspectos de juicio sobre validez aparente (pertinencia, suficiencia y relevancia) y los tres contenidos sobre los que es posible emitir juicios (problemas del cliente y mecanismos productores, proceso de cambio y resultado), tenemos un total de nueve evaluaciones. Las cuales, agrupadas en una rúbrica, pueden aportar una evidencia sobre la validez aparente de una FCG, que se movería en el continuo débil-aceptable-fuerte, y que constituiría un dato sobre su calidad (Tabla 84).

Tabla 84

Items y criterios de validez aparente como dimensión de calidad evaluable en las FCG

Items	
VA1	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los problemas del cliente al comienzo del tratamiento, se hallan formuladas en términos de la TFE.
VA2	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los problemas del cliente al comienzo del tratamiento, son suficientes como para documentar y entender el caso en términos de la TFE (no se echa nada en falta).
VA3	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los problemas del cliente al comienzo del tratamiento, son pertinentes para explicar el caso en términos de la TFE (es decir, no sobran).
VA4	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la explicación de los procesos de cambio en la sesión , se hallan formuladas en términos de la TFE.
VA5	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la explicación de los procesos de cambio , son suficientes como para documentar y entender lo que sucede en las sesiones, en términos de la TFE (no se echa nada en falta).
VA6	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la explicación de los procesos de cambio , son pertinentes para explicar el caso en términos de la TFE (es decir, no sobran).
VA7	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los resultados terapéuticos al final del tratamiento, se hallan formuladas en términos de la TFE.
VA8	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los resultados terapéuticos al final del tratamiento, son suficientes como para documentar y entender el caso en términos de la TFE (no se echa nada en falta).
VA9	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los problemas del cliente al comienzo del tratamiento, son pertinentes para explicar el caso en términos de la TFE (es decir, no sobran).

Dimensión de calidad formal del texto

La pregunta subyacente en esta dimensión es: *¿Expresa el texto de la formulación un significado clínico comprensible con facilidad y que posiciona al lector respecto al caso unimodalmente? Veamos que no se trata sólo de valorar si el texto es "comprensible" en cuanto al modo en que se halla redactado, sino si permite comprender fiablemente un significado clínico relativamente complejo y altamente específico, que es el resultado del proceso de gestión del conocimiento (de los *datos* a la *información* y de ésta al *conocimiento* aplicable) que es, en sí, cualquier FC. Por eso, la calidad formal del texto generado, depende del modo en que se ha usado el lenguaje y del modo en que se ha estructurado la narrativa explicativa para crear un texto legible y significativo. Es decir, del modo en el que en el texto se hace uso de los conceptos y principios teóricos de la TFE a partir de un material clínico dado, y en él se equilibra lo técnico (texto expositivo) y lo vital (el relato personal), teniendo en perspectiva las necesidades del lector de la formulación.*

Consideramos que la posibilidad de expresar de modo claro y comprensible un significado clínico relativo a la globalidad de un caso de terapia, incide en su legibilidad para un lector que quiere acceder al caso, y depende al menos, tres aspectos o factores: *Cohesión, coherencia y asimilación*. Louwerse (2004) elaboró un modelo sobre las relaciones entre *cohesión* del texto y *coherencia* en la comprensión -que posteriormente fue utilizado para el diseño de sistemas inteligentes de evaluación de la producción de textos- basado en los desarrollos de la Psicología Cognitiva sobre procesamiento del discurso (Louwerse y Jeuniaux, 2009). En ese marco, y de acuerdo con las teorías del discurso (Kintsch, 1998, citado por Louwerse, 2004), se afirma que los lectores comprenden un texto cuando al leerlo, activan, construyen y codifican representaciones cognitivas sobre aquello a lo que dicho texto se refiere. Y que lo hacen en varios niveles: El *código de superficie*, la *base textual* y un *modelo de situación*.

- El código de superficie -que apenas se retiene en memoria segundos o minutos después de la lectura-, preserva las palabras literales utilizadas por el redactor, así como la sintaxis de las cláusulas, y su calidad contribuye a la *cohesión local* del texto. Dicha cohesión, se entiende como el grado en que los componentes del texto se encuentran relacionados -ya sea de modo causal, intencional, temporal, referencial, espacial o estructural.
- A su vez, la base textual está constituida por las proposiciones que el código de superficie describe, las cuales, preservan el significado pero no las palabras ni la sintaxis exactas. Contribuye a la *cohesión global* del texto, organizándolo en bloques que expresan ideas, secuencias de acción o significados parciales, que se retienen en memoria tan solo minutos u horas, si no son encuadrados en un escenario mayor, en el que cobran significado contextual.
- Ese contexto mayor es el llamado modelo de situación (o modelo mental), que consiste en la representación del mundo que el texto trata de transmitir, la cual puede permanecer en la memoria horas, días, semanas, meses o incluso años. Siguiendo a Louwerse (2004), dicho modelo mental constituye un micro-mundo en el que los lectores representan la situación a la que se refiere el texto, integrando al menos cinco dimensiones para generar una *experiencia de coherencia*: Tiempo (*cuándo*), espacio (*dónde*), causalidad (*qué causó qué*), intencionalidad (*por qué motivos*) y agencia (*quién y en qué grado es dueño de sus acciones*). Así, cuando una persona crea un texto de calidad, en este sentido, es porque consigue crear un modelo de situación en el que al lector le resulta fácil establecer relaciones de coherencia entre distintos elementos en varios niveles. O dicho de otro modo, la coherencia en la comprensión depende de las posibilidades de que el lector desarrolle un modelo de situación unificado a partir del texto. Y cuanto mayor sea la calidad de un texto desde esta perspectiva,

menos inferencias tendrá que hacer un lector para entrelazar los elementos del texto en un modelo de situación coherente.

Por tanto, la coherencia es una resultante de la interacción entre la cohesión del texto y la actividad mental del lector que lo usa para construir un modelo de situación. Las conexiones dentro de la representación mental del lector están basadas en tres elementos: (1) La calidad del código de superficie, de la base textual y de las estrategias narrativas destinadas a articular el modelo de situación; (2) las habilidades cognitivas y de comprensión lectora de quien accede al texto; y (3) sus intenciones y necesidades como lector. Así pues, y en nuestro marco de investigación, esto se refiere a las posibilidades de un clínico, para entender una FCG cuando accede a ella.

En términos del tema que nos ocupa, el lector que valora la calidad de una FCG es un evaluador familiarizado con la producción de este tipo de documentos en el marco de la TFE. Y a su vez, el redactor es un terapeuta formulador, que pone en juego sus conocimientos y capacidades para generar el texto de la FCG. Sin embargo, dado que, si bien un nivel particular de cohesión puede conducir a una representación mental coherente para un lector, también puede conducir a una representación incoherente para otro (McNamara et al., 1996), necesitamos desarrollar alguna manera de "fijar" un criterio de coherencia. Al igual que el trabajo del redactor-formulador puede ser asistido por una herramienta como el *Formato Guía* (FG), la perspectiva de lectura del evaluador puede ser trasladada a un dispositivo de evaluación, que la operativice, en forma de rúbrica o un cuestionario.

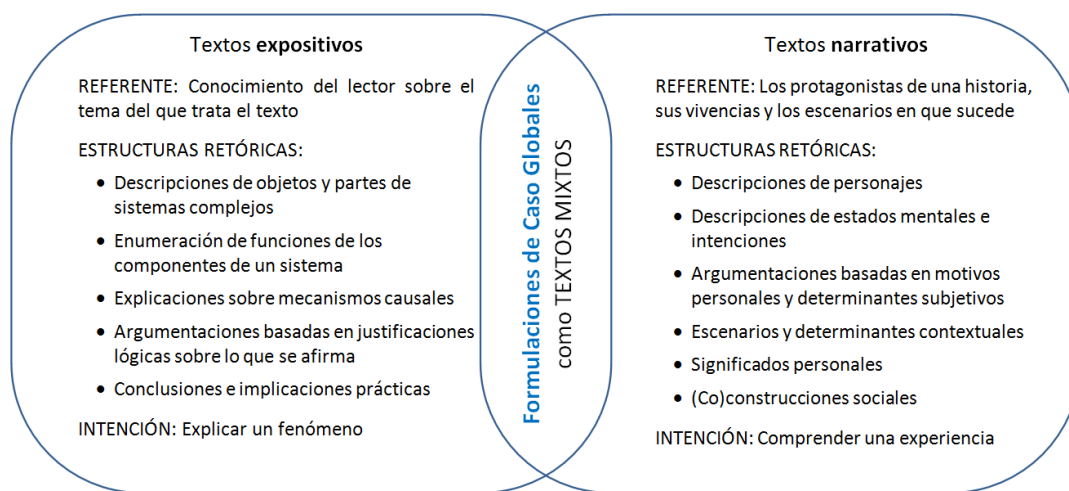
Efectivamente, la pretensión de desarrollar el FG puede ser expresada en estos términos: Primero, ser una herramienta de formulación, que facilite la creación de textos con suficiente cohesión (local y global) -al ayudar al redactor a seleccionar un número de componentes, a nombrarlos de modo específico, a relacionarlos entre sí y a crear significados complejos-; y segundo, ser un sistema de formulación de caso estructurada, que ayude a producir textos en los que, un modelo de situación permite al lector establecer relaciones de coherencia sobre los datos de un proceso terapéutico, y llegar a entenderlo y asimilarlo.

Los teóricos en esta área de la psicología han diferenciado los distintos de modelos de situación que es necesario construir en diversas modalidades o géneros de texto (Graesser, McNamara y Louwerse, 2003). Así como el modelo de situación para un texto expositivo se refiere al conocimiento del lector sobre el tema del que trata, el modelo de situación para un relato se refiere a los protagonistas, al escenario en el que se desenvuelven, a los sucesos que acontecen, a las emociones que sienten y a la variedad de estados mentales de las personas que "viven" dentro del micro-mundo del texto. Creemos pues, que las FCG son un texto mixto (Figura 7). En ellas, al igual que en los textos expositivos, se describen objetos y partes de sistemas complejos, se exponen las

funciones de sus componentes, se explicitan mecanismos causales y se hacen justificaciones lógicas sobre lo que se afirma. Y como sucede en los textos narrativos que desarrollan un relato, se construye una trama, se introducen personajes con intenciones, se cuenta lo que hicieron y se pone en relación con sus estados mentales, y se da cuenta de algún tipo de desenlace y de su significado subjetivo. Por todo ello, una FCG es un texto cuyas propiedades permiten -en mayor o menor medida-, que un lector comprenda lo que en ella se cuenta, construyendo un modelo de situación con elementos de ambos géneros.

Figura 7

Características de los modelos de situación de las FCG como textos mixtos



El micro-mundo mixto de la FCG combina dos estructuras retóricas diferentes, que responden a una audiencia con una doble necesidad: que el caso de terapia le sea *explicado* (qué traía el cliente, cómo se hizo el tratamiento, en qué consistió, para qué sirvió), y *comprender* el proceso personal del cliente (qué le hizo elegir pedir ayuda, cuál era la vivencia subjetiva de su malestar, cómo se fue modulando su deseo de cambio, con qué se comprometió, qué descubrió, y qué significado tuvo todo eso para su identidad y su vida). Además, de modo complementario, también articula la explicación y la comprensión de los procesos propios del terapeuta, especialmente en los contextos de supervisión -véase la articulación reciente de este aspecto en el marco específico de la TFE (Greenberg y Tomescu, 2016).

Este micro-mundo o modelo de situación mixto, es construido inferencialmente por el lector -como sucede con cualquier texto (Louwerse, 2004)-, a través de la interacción entre (a) el texto explícito, (b) su acervo de conocimientos específicos sobre el tema del texto y su experiencia previa acerca del mundo, y (c) por sus metas de comprensión. En el caso de la producción de FCG y de la evaluación de su calidad, tenemos que:

- Las metas de comprensión pueden ser fijadas *a priori*, en términos de qué es y para qué sirve un FCG (todo lo dicho anteriormente sobre que es una representación de un proceso de terapia, que lo explica a la vez que permite obtener una comprensión del mismo).
- El conocimiento previo del lector en la evaluación de calidad a través de un instrumento, es fijado como "el máximo operativo", y substanciado en una serie de items y criterios de evaluación (el cual debería ser validado psicométricamente).
- El texto explícito queda como parte variable, cuya construcción pretende apoyar el FG, a fin de maximizar su calidad.

Ahora bien, la investigación acerca de la escritura de calidad y el logro de la "competencia escritora" (*writing proficiency*) ha puesto de manifiesto una serie de hallazgos, que empiezan a constituir un cuerpo de conocimiento interesante. Creemos que dicho *corpus*, relativo a cómo se construyen textos de calidad, debería ser tenido en cuenta en el marco de la FC en Psicoterapia; y que -al igual que ocurrió en la década pasada con los procesos cognitivos subyacentes a la comprensión- corren el riesgo de ser obviados. Con la idea de evitar esto, queremos recoger en este trabajo los estudios más recientes sobre competencia escritora y calidad del texto, y ponerlos en relación con las cuestiones de calidad de las FCG, especialmente cuando son facilitadas por el FG. Para ello se ha elaborado la Tabla 85.

Tabla 85

Estudios sobre competencia escritora y calidad del texto, en relación con los determinantes de la calidad de las FCG en TFE

Crossley, S. A. y McNamara, D. S. (2016)

Say more and be more coherent: How text elaboration and cohesion can increase writing quality

Crossley y McNamara (2016) examinaron la relación entre calidad y cohesión del texto en los ensayos producidos por una muestra de estudiantes bajo diferentes condiciones. Hallaron que los juicios sobre coherencia y calidad del texto realizados por los evaluadores, se incrementaban cuando se ayudaba a los redactores a mejorar la cohesión del texto a través de unas instrucciones sencillas, aunque no cuando tan sólo se les invitaba a elaborarlo más (revisión y ampliación o mayor desarrollo). Además, y más interesante para nuestro trabajo, no se encontraron interacciones entre textos con alta cohesión y elaboración añadida, pero sí en los textos de baja cohesión. Desde nuestra perspectiva, el FG podría ayudar diferencialmente a los formuladores que, por sus características, pudieran tender a producir textos menos cohesivos, al obligarles a reflexionar sobre un número amplio de categorías a través de múltiples preguntas.

Como afirman, "[...] pedir a los estudiantes que desarrollen su ideas en un ensayo [con unas instrucciones simples] conduce tanto a incrementos en los juicios sobre su calidad, como a incrementos en la cohesión local [vínculos entre los elementos básicos del texto, en el nivel de microestructura] y en la cohesión global [vínculos entre piezas más grandes en el nivel de macroestructura] dentro de los ensayos (p. 363). Por eso afirman que la calidad del texto no emerge tan solo de las diferencias individuales, pues si éstas fueran el principal factor, dar 15 minutos extra para mejorar la redacción no sería efectivo -como sí fue en el estudio. Al contrario, concluyen que dicha calidad depende más de que el alumno conozca y comprenda lo que se requiere o espera en la tarea.

Por lo que a nosotros toca, esto constituye una base más de evidencia sobre cómo esperamos que el FG contribuya a la producción de FCG de calidad, a la vez que un sustento de la idea de evaluar las FCG en los términos que venimos abordando (calidad formal y legibilidad).

Continúa en página siguiente

Viene de la página anterior

Allen, L. K., Snow, E. L. y McNamara, D. S. (2016)

The Narrative Waltz: The role of flexibility in writing proficiency

Allen, Snow y McNamara (2016) estudiaron el rol de la flexibilidad de los redactores en el uso de las propiedades lingüísticas del texto correspondientes a los diversos géneros, sobre la competencia escritora. En su revisión de la literatura precedente, hallaron inconsistencias en las relaciones entre legibilidad y calidad de un texto por una parte, y el uso de determinados elementos narrativos frente al uso de elementos expositivos por otra. Por eso recurrieron a una *hipótesis situacional*, y se plantearon si la competencia escritora dependía quizá más de la flexibilidad de cada individuo en el uso de esos elementos, que de las diferencias interindividuales en otras variables bien conocidas en este campo y tratadas en otras investigaciones (i.e., el grado de conocimiento previo de los redactores, su motivación, o el manejo de un vocabulario más o menos amplio). También revisaron las investigaciones sobre variabilidad situacional (múltiples situaciones determinadas por el grado de conocimiento de un sujeto sobre un tema) y calidad de la escritura. Dichos trabajos ponían de manifiesto que los ensayos de alta calidad pueden tomar múltiples formas, dependiendo de las combinaciones más o menos efectivas de las propiedades lingüísticas de los textos, y que de ese modo se podía identificar hasta cuatro perfiles de redactor exitoso. Por todo ello, Allen, Snow y McNamara (2016) investigaron empíricamente si la competencia escritora estaba relacionada -al menos en parte-, con la sensibilidad de los redactores hacia los diferentes estilos, y por su habilidad para adaptar flexiblemente las propiedades de sus ensayos, de acuerdo con el contexto aportado por una tarea determinada.

Los datos confirmaron su hipótesis en una muestra de 45 estudiantes, y mostraron cómo por ejemplo, redactores con un sólido conocimiento previo sobre el tema en una tarea de escritura, no necesitaban emplear las propiedades narrativas del texto (que ayudan a producir modelos de situación basados en relatos), a fin de generar textos argumentativos eficaces y de calidad. Y complementariamente, mostraron cómo en el caso de que un redactor se enfrentara a un tema sobre el cual tuviera un conocimiento más débil, podía recurrir a los elementos narrativos, con el propósito de implicar al lector, activando una reacción emocional.

De nuevo en relación con lo que aquí nos interesa, consideramos que el FG es una ayuda para que un formulador produzca un texto con calidad formal, en tanto que por su propia estructura y dinámica, le requiere el manejo tanto de elementos expositivos como narrativos. Y por ello, diferentes formuladores pueden tanto desarrollar más el recurso en el que por defecto trabajan con más comodidad, como trabajar de modo asistido en aquel que, si dependiera tan sólo de su conocimiento o iniciativa, tenderían a evitar. Análogamente, la evaluación de la calidad formal de una FCG puede referirse a este aspecto de combinación situacional de estilos -basado en la flexibilidad del redactor-, que puede de manera espontánea o asistida.

Weston-Sementelli, J. L., Allen, L. K y McNamara, D. S. (2016)

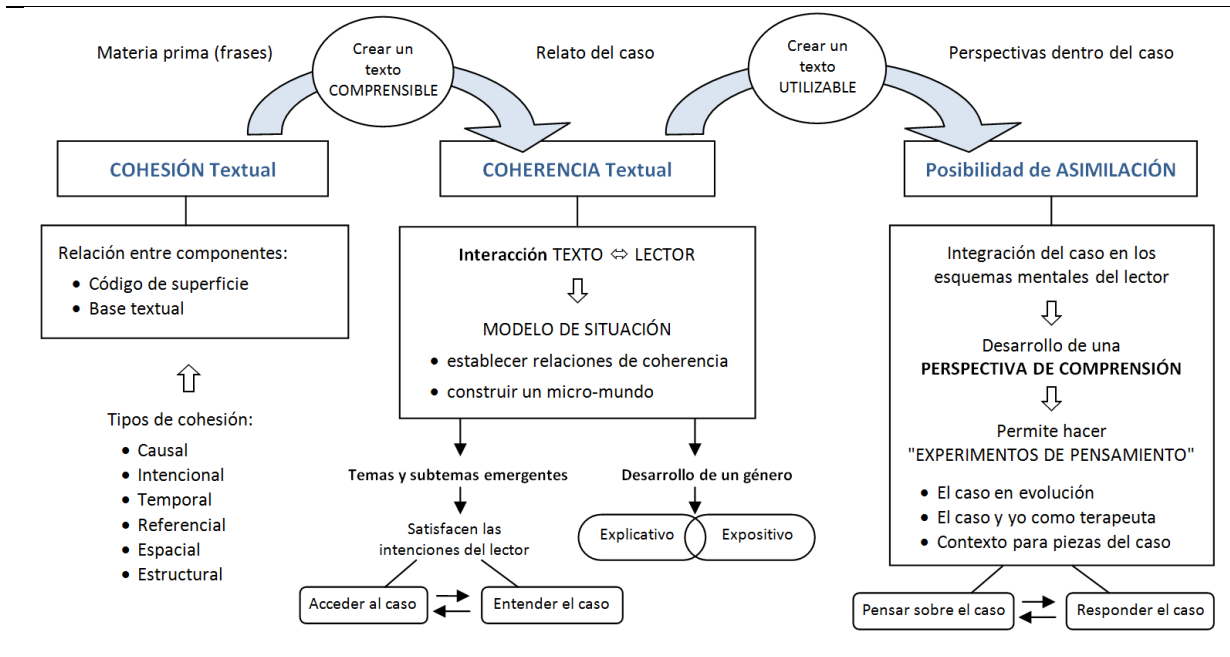
Comprehension and writing strategy training improves performance on content-specific source-based writing tasks

Weston-Sementelli, Allen y McNamara (2016) evaluaron la producción de ensayos en una tarea de escritura a partir de un contenido y un material específicos, que es un ejercicio análogo al que se enfrenta un terapeuta cuando debe construir una FCG al final de un proceso de terapia. Para ello, 175 estudiantes universitarios recibieron entrenamiento y practicaron apoyados por dos sistemas inteligentes de tutoría, uno de apoyo a la comprensión lectora (entrenamiento en lectura y pensamiento activos), y otro de apoyo a la escritura. Los resultados indicaron que los participantes en la condición de entrenamiento en una estrategia mixta (lectura y escritura), produjeron textos de mayor calidad que en el resto de condiciones, sin que se observaran diferencias significativas entre ellas (control, sólo lectura y sólo escritura). Por otra parte, encontraron que la condición de entrenamiento sólo explicaba del 2 al 5 % de la varianza en la calidad de los textos, por lo que se plantearon que, dado que los individuos se beneficiaban del apoyo en sistemas de entrenamiento débilmente alineados con la estructura y contenidos específicos de la tarea de escritura -dado su carácter genérico-, qué pasaría si se utilizaran sistemas más estrechamente alineados con dicha tarea.

Así, en su reflexión, propusieron crear y añadir un módulo sobre "selección de información relevante para resolver preguntas" al sistema de apoyo a la lectura; y otro módulo en el sistema de apoyo a la escritura, destinado a la "instrucción en estrategias para hacer inferencias al establecer conexiones entre fuentes dentro del material de partida." Dos desarrollos que consideramos que, en otro nivel, forman parte de la lógica interna y de la estructura del FG, y que pueden ser de igual modo, criterios de evaluación estándar de las FCG (qué información del caso se selecciona, y cómo se realizan inferencias o se establecen conclusiones sobre esa información, que son plasmadas luego en el texto).

Para concluir el planteamiento de la dimensión de calidad formal de las FCG, queremos plantear un desarrollo teórico, realizado a partir del modelo de Louwerse (2004) sobre la relación entre cohesión del texto y coherencia en la comprensión.

Figura 4
Modelo de calidad del texto de las FCG: Cohesión-Coherencia-Asimilación



Dicho desarrollo (Figura 8), bebe en parte del *Modelo de Asimilación de experiencias problemáticas* de Stiles (Stiles, 2001, 2002; Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999), y más concretamente de la noción de asimilación de experiencias mediante la construcción de "puentes de significado" (Stiles, 1999). Así, en lugar de ocuparnos de este proceso en relación con las experiencias problemáticas en el escenario de la experiencia subjetiva del cliente en psicoterapia, nos ocupamos de un proceso análogo, que sin connotaciones patológicas, puede suceder en el escenario de la experiencia y de la subjetividad del lector. Nos referimos a dicho proceso como la creación de puentes de significado entre lo leído y el modelo de situación construido en la mente del lector (*la experiencia*) por una parte, y los esquemas mentales y el conocimiento previo que configura la mente del lector por otra. El resultado de la asimilación de "la experiencia de lo leído" en una FCG, debería ser la creación de una *perspectiva de comprensión* acerca del caso y de un *posicionamiento del lector como agente*. Dicha perspectiva debería permitir -al menos virtualmente-, "hacerse cargo" del caso globalmente, y manejarlo eficientemente como un micro-mundo mental que no sólo se entiende porque resulta familiar y transitable, sino que es susceptible de ser visitado. Es decir, tal asimilación implicaría: (1) La apreciación de que, si otras cuestiones de orden técnico no lo impidieran, uno podría entrar en el mundo construido en el modelo de situación y operar en él; y (2) tal mundo perdura dentro del lector como un *contexto interno*, en el que la historia del caso y sus personajes siguen "vivos" y podrían ser interpelados.

Los puentes de significado entre el relato del caso y los esquemas cognitivos del lector, son propiedades lingüísticas del texto que no sólo contribuyen a la creación del modelo de situación como un entramado coherente relativo al caso de terapia, sino como un texto significativo y útil, en el marco de las operaciones posibles y de los atributos del lector. O lo que es lo mismo, en el marco de los intereses y tareas de los miembros de una audiencia determinada -construida primariamente por otros terapeutas. Así pues, la creación de un contexto interno para el caso en el lector, así como la creación de una perspectiva de comprensión y de un posicionamiento operativo de éste como agente, puede traducirse en una serie de indicadores que atestiguarían la calidad formal de la FCG en términos de asimilación, más allá de la mera comprensión. Entre ellos, en nuestra conceptualización, proponemos los siguientes:

- a) Cualquier dato o formulación parcial nuevos, podría ser integrado por el lector en lo que sabe del caso. Ante un dato aparentemente incongruente, el texto le habría situado en una posición suficiente como para iniciar una reflexión crítica fundamentada en datos del caso y en el conjunto integrado de formulaciones parciales que componen la FCG.
- b) Cualquier fragmento de la FCG tomado parcialmente en una segunda lectura, podría ser bien entendido por la persona que accede al caso a través de su formulación, ya que se vería capaz de encuadrarlo en el contexto global -en lugar de aceptarlo pasivamente.
- c) El conocimiento del proceso terapéutico aportado por la FCG permitiría al lector cualificado, desarrollar expectativas de autoeficacia respecto a su capacidad para afrontar un encuentro con el cliente "como si" estuviera en la posición del terapeuta original (que por ejemplo le permitiría hacerse cargo del caso o mantener una conversación relevante con el cliente acerca del proceso).

En síntesis, la calidad formal de una FCG depende del logro de un texto bien cohesionado y legible sin sobreesfuerzos, que ayude a un lector bien formado a establecer relaciones de coherencia dentro del mismo y a varios niveles (desde la percepción de frases con sentido, hasta la creación de un micro-mundo o modelo de situación que explica y permite comprender el proceso terapéutico), y que en última instancia, ayuda a dicho lector a asimilar la información en sus propios esquemas, y le sitúa en una perspectiva de comprensión-acción respecto al caso. Consecuentemente, los distintos aspectos de calidad formal que acabamos de fundamentar, pueden ser concretados en una rúbrica de evaluación como la que se presenta en la Tabla 86, y que habrá de formar parte del *Cuestionario de calidad de FCG en TFE*.

Tabla 86
 Rúbrica de evaluación de la calidad formal de las FCG

	Items
CF1	Las frases que componen el texto de la formulación, están bien construidas y resultan fáciles de leer.
CF2	Los párrafos que componen el texto de la formulación, tienen sentido y son comprensibles como unidades.
CF3	El texto se lee con fluidez (sin saltos adelante y atrás que confundan, y con la sensación de que se avanza a lo largo de un proceso).
CF4	La lectura del texto me permite imaginar el proceso de terapia y lo que en él sucede (sin la sensación de lagunas y sin la necesidad de tener que completar huecos para hacerme una idea del caso).
CF5	El texto explica bien el proceso psicoterapéutico , de modo que, a partir de su lectura, yo mismo/a lo entiendo y podría explicárselo a un colega de profesión.
CF6	El texto transmite bien la perspectiva subjetiva de los actores en el proceso (cliente y terapeuta), de modo que a partir de su lectura, tengo la sensación de haber comprendido sus vivencias y su experiencia de la terapia.
CF7	Si fuera testigo de una nueva sesión de terapia de este caso (la 8ª o bien una a la que no se hubiera hecho referencia en la formulación original), la lectura del texto me pondría en condiciones de entender los nuevos datos a la luz del caso global .
CF8	Tras la lectura de esta formulación, si me dieran cualquier fragmento de una sesión, sabría encuadrarlo en el caso , (ya fuera en términos de a qué dificultades del cliente se refiere, a qué procesos de cambio en terapia hace referencia, o qué resultados o metas terapéuticos refleja).
CF9	Poniéndome en el lugar de un terapeuta que tuviera que continuar con el caso (p.e., si el cliente se mudara a otra ciudad), esta formulación me pondría en situación de trabajar con él, casi como si el caso hubiera sido mío .

Dimensión de potencia informativa del texto

La potencia informativa del texto se refiere principalmente a la ausencia o presencia relativa y proporcionada, de los elementos o formulaciones que se refieren a contenidos concretos y diferentes entre sí, procedentes del FG. La pregunta latente es: Lo que dice el texto ¿es suficiente para entender un caso o posicionarse ante él? Una FCG será un texto con suficiente potencia informativa, si:

- Es suficientemente *rico* en cuanto a la variedad de categorías clínicas conceptuales del FG que recoge, así como en lo que se refiere a las pistas y bloques de formulación sobre los que informa.

- Es *parsimonioso* en la manera de articular la riqueza de datos, de modo que la abundancia objetiva no vaya en detrimento de las capacidades del lector para gestionar los datos. Dicho de otro modo, se refiere a qué hace el formulador para que la variedad de formulaciones sea aprovechable. Esto supone varias propiedades: (1) El equilibrio en el reparto de la información a lo largo del texto; (2) el equilibrio de contenidos dentro de cada pista de formulación.
- Es *íntegro*, en el sentido de que hay suficiente información sobre todo lo que puede necesitar el lector, ya sea para comprender el caso y construir su modelo de situación, o bien para posicionarse ante él y utilizarlo, de modo que no eche nada a faltar.
- La *riqueza e integridad* del texto sirven también a la presentación de información sobre la especificación de los problemas del cliente (inicio de la terapia), los procesos de cambio (a lo largo de la terapia), y los resultados alcanzados (al final del tratamiento), de modo tal que los tres aspectos de una FC queden representados, y además lo hagan de modo equilibrado y ajustado (*parsimonia*).

La Tabla 87 recoge los items de la rúbrica, que permiten a un lector evaluar las tres dimensiones de la potencia informativa de una FCG que acabamos de explicar. Si bien un método ideal para valorarlas sería contar con indicadores cuantitativos sobre ellas -basados en la codificación de las unidades de contenido de una formulación-, ese es un trabajo que queda para posteriores desarrollos. Por otra parte, la rúbrica, con sus pros y sus contras relativos a la fiabilidad interjueces e intrajuez, es un medio económico y rápido, que puede ser utilizado por un equipo de evaluadores que reflexionan sobre un texto.

Tabla 87

Rúbrica de evaluación de la calidad formal de las FCG

	Items
CF1	Es un texto rico : Está compuesto por un número elevado (pero manejable) de unidades de información: es rico pero no abrumador.
CF2	Es un texto equilibrado , en el sentido de que la información sobre el caso se va repartiendo a lo largo de toda la formulación.
CF3	Es un texto íntegro , es decir, que se percibe como completo (es decir, lo contrario a la sensación de que faltara algo).
CF4	En esta formulación, se hallan representadas categorías clínicas de cada una de estas áreas : 1) Estructuración de la personalidad del cliente, 2) Funcionamiento actual, 3) Interacción con el terapeuta dentro de la sesión, y 4) Trabajo experiencial y emocional que condujo al cambio.

Continúa en página siguiente

Viene de la página anterior

CF5	En el texto hay equilibrio entre los contenidos formulados de cada una de estas áreas : 1) Estructuración de la personalidad del cliente, 2) Funcionamiento actual, 3) Interacción con el terapeuta dentro de la sesión, y 4) Trabajo experiencial y emocional que condujo al cambio.
CF6	En el texto no se echa en falta información relativa a ningún aspecto en particular de alguna de las pistas del Formato Guía : 1) Estructuración de la personalidad del cliente, 2) Funcionamiento actual, 3) Interacción con el terapeuta dentro de la sesión, y 4) trabajo experiencial y emocional que condujo al cambio.
CF7	Los datos del caso relativos a la especificación de los problemas del cliente al comienzo del tratamiento, son suficientemente abundantes como para representar este aspecto.
CF8	Los datos del caso relativos a la explicación de los procesos de cambio a lo largo de la terapia son suficientemente abundantes como para representar este aspecto.
CF9	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los resultados de la terapia al final del tratamiento, son suficientemente abundantes como para representar este aspecto.

6.6.3. La Rúbrica de evaluación de la calidad de las FCG en TFE (RC-FCG)

La resultante práctica del modelo de calidad que acabamos de desarrollar, es la *Rúbrica de evaluación de calidad de las FCG en TFE (RC-FCG)*, empleada en el estudio de casos piloto con el que cierra este trabajo, y que se puede consultar en el Apéndice XIII. Como rúbrica, se trata de un instrumento de evaluación que se sitúa más en el campo de la valoración de resultados de aprendizaje que en el de la medición psicológica propiamente dicha, aunque sus propiedades psicométricas pueden ser evaluadas desde esta perspectiva. Dado que en la sección 5.4.3. nos ocupamos ya del tema del uso de rúbricas de desempeño y de sus implicaciones, remitimos al lector a ese punto a la hora de encuadrar y fundamentar su uso en este caso.

Estructuralmente, la RC-FCG es el de una, que permite evaluar múltiples aspectos de calidad de cualquier FCG elaborada en el marco de la TFE, si bien se trata de una versión simple, por cuanto se basa en una escala Likert de 1 a 7 sobre un continuo que responde, de modo general, a la pregunta sobre con qué claridad, determinado aspecto de calidad se aprecia en el texto evaluado (vagamente, moderadamente y claramente), pero no ofrece descripciones de cada criterio. Aspecto que debería ser mejorado en futuros desarrollos sobre el tema.

Como veremos más adelante, el empleo de la rúbrica en el estudio de casos piloto que hemos conducido, se limita al objetivo de ayudar a los miembros del equipo de investigación a examinar el material empírico de los casos, y a generar valoraciones que puedan ser discutidas y contrastadas con el material de cada caso, y no tanto a la producción de mediciones fiables. No obstante, hemos conducido un análisis estadístico descriptivo básico de los items y dimensiones de la *Rúbrica de evaluación de la calidad de las FCG* en TFE con una pequeña muestra.

Análisis descriptivo preliminar de la rúbrica

El objetivo de este análisis es obtener datos preliminares sobre la herramienta, que sirvan para considerarla críticamente. Su empleo en el estudio de caso como instrumento de medida no será del todo confiable, debido a que no contamos con datos de validación psicométrica, sino tan solo con el análisis estadístico descriptivo de los items. No obstante, aunque su empleo quedará reducido al de una rúbrica de evaluación -análoga a las que se utilizan en contextos formativos para la evaluación del aprendizaje-, esperamos que al menos, su aplicación al análisis de la calidad de una FCG *benchmark*, arroje datos que apunten en el sentido esperado. Es decir, en el sentido de que la *benchmark* posee alta calidad en las tres dimensiones del modelo y en todos los items. Por otra parte, esperamos también que los datos descriptivos en esta muestra no muestren anomalías o excepciones reseñables.

Método

Participantes

La escala fue respondida por una muestra incidental de 27 personas (63 % mujeres), de las cuales, 10 (37%) eran alumnos del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia Comillas (que habían cursado la asignatura de "Introducción a la TFE", y 17 (63%) eran profesionales que habían participado en seminarios y cursos sobre TFE. La media de edad en la muestra era de 33,22 años (DE=10.87), con un rango entre los 23 y los 59 años.

Materiales

- *Rúbrica de evaluación de calidad de las FCG en TFE (RC-FCG)*: Una rúbrica analítica de carácter general compuesta por 27 items tipo Likert (1-7), distribuidos en tres grupos de 9, de acuerdo con las tres dimensiones del modelo de calidad, lo que supone una estructura teórica de tres bloques: Validez Aparente (VA), Calidad Formal (CF) y Potencia Informativa (PI) (Apéndice III).
- *Benchmark* o formulación de referencia: Una FCG correspondiente al caso de la película "El indomable Will Hunting", elaborada por el investigador utilizando el *Formato Guía*, y revisada junto con una colega de profesión, formada en TFE.

Procedimiento

Para realizar el análisis descriptivo elemental de la rúbrica, se recurrió a una muestra incidental de alumnos de máster y psicoterapeutas profesionales con formación básica en TFE, por considerar que tendrían la competencia para realizar las distinciones y evaluaciones que propone cada uno de los items. Los participantes recibieron las siguientes instrucciones: (1) Leer el texto de la *benchmark*; (2) familiarizarse con las preguntas de la rúbrica; (3) leer de nuevo la formulación, y (4) utilizar la rúbrica para evaluar su calidad desde la perspectiva de un clínico que accede a la FCG presentada por un compañero de profesión, en una sesión clínica. La parte de la muestra correspondiente a los alumnos del Máster recibió la propuesta en clase, mientras que el resto de personas la recibieron por correo-e. En ambos casos, se aportó un enlace a un formulario online para introducir las respuestas.

Resultados

Dado el reducido tamaño de la muestra no es posible hacer cálculos de fiabilidad ni analizar la estructura factorial de la rúbrica, pero sí que se pueden apreciar los siguientes resultados relativos a las medidas de tendencia central y dispersión, sintetizados en la Tabla 88:

- La media general en Calidad Global (CG) es de 6.02 (DE= 0.7), con ligeras variaciones para los subgrupos en los que se puede dividir la muestra, lo que sitúa las apreciaciones sobre la FCG evaluada en un nivel alto.
- La media en la dimensión de Validez Aparente (VA) es de 5.81 (DE= 0.96), con mínimas variaciones entre subgrupos. Esto sitúa la percepción de los participantes acerca del grado en que la FCG evaluada parece evidentemente una formulación realizada en el marco de la TFE, rozando el nivel alto.
- La media en la dimensión de Calidad Formal (CF) es de 6.14 (DE= 0.65), también con mínimas diferencias entre subgrupos. Esto indica que la percepción de los participantes acerca del grado en que la FCG evaluada es fácil de leer, ayuda a entender el caso y a posicionarse ante el cliente, se sitúa en un nivel alto.
- Finalmente, la media en la dimensión de Potencia Informativa (PI) es de 6.12 (DE= 0.72), con pequeñas variaciones entre subgrupos. Esto muestra que la opinión de los participantes acerca del grado en que la FCG contiene información abundante, relevante y equilibrada acerca de los diferentes aspectos del proceso terapéutico, se sitúa también en un nivel alto de la escala.

Tabla 88

Medias y desviaciones estándar de las dimensiones de calidad de la *Rúbrica de calidad de las FCG en TFE*: general, por grupos y por sexos

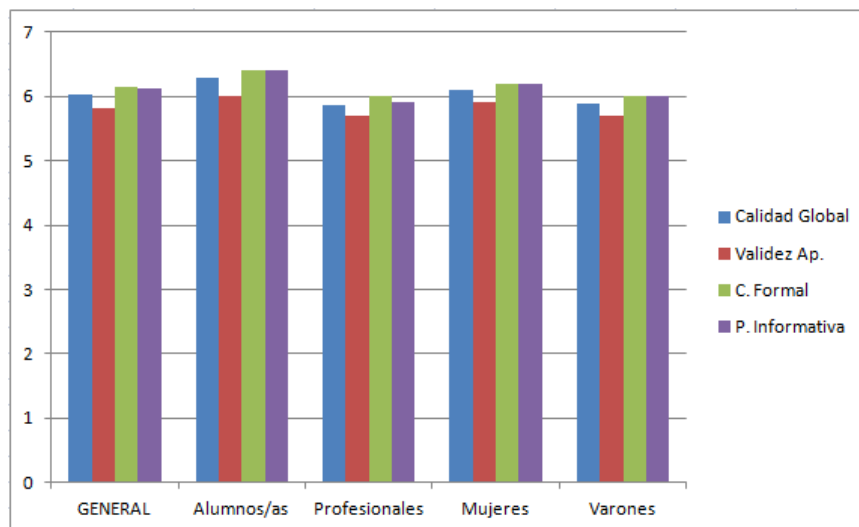
	Alumnos/as		Profesionales		Mujeres		Varones		General	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Calidad Global	6,29	0,44	5,87	0,79	6,11	0,67	5,88	0,76	6,02	0,7
Validez Aparente	6	0,6	5,7	1,1	5,9	1	5,7	0,9	5,81	0,96
Calidad Formal	6,4	0,5	6	0,7	6,2	0,5	6	0,8	6,14	0,65
P. Informativa	6,4	0,5	5,9	0,8	6,2	0,7	6	0,8	6,12	0,72

N = 27 M = Media DE = Desviación estándar

En el Gráfico 10 se comparan la media global y las medias en las dimensiones de la RC-FCG para el grupo general, y para los diferentes subgrupos de la muestra (Alumnos vs. profesionales y por sexos).

Gráfico 10

Media global y medias en las dimensiones de la *Rúbrica de calidad de las FCG en TFE* para el grupo general y para los diferentes subgrupos (Alumnos vs. profesionales y por sexos)



Respecto al análisis de los ítems que componen la rúbrica, en la Tabla 89 observamos que:

- Los valores medios de los diversos elementos, oscilan entre 5,37 y 6.44 y los de desviación estándar no superan el 1.43.
- Aunque algunos ítems muestran rangos mayores (VA1, R=6; VA2 y VA3, R= 5; CF3, R=5), la mayoría de los ítems poseen rangos entre 2 y 4.

Dado que las opciones de respuesta tipo Likert de la rúbrica iban de 1 a 7, y estaban situadas sobre un continuo con tres descriptores (*vagamente*, *moderadamente* y *claramente*), que indicaban la claridad con la que el contenido del ítem se podía observar o apreciar en el texto, si establecemos un punto de corte arbitrario en 5,75 respecto a lo que consideramos una puntuación alta en un ítem, observamos que:

- Dentro de la subescala de la dimensión VA, los ítems con menos puntuaciones medias son VA3 (M=5,37), VA2 (M=5.44) y VA1 (M= 5.74), los tres referidos a la *especificación de los problemas del cliente al inicio del tratamiento*.
- Dentro de la subescala de la dimensión CF, el ítem CF8 (referido a la percepción que los evaluadores tienen de ser capaces de encuadrar dentro del caso, cualquier fragmento de una sesión seleccionado al azar), obtiene la media más baja (M=5.74).
- En la subescala de la dimensión PI, es el ítem PI6 (referido a la sensación que tiene el lector de que no se echa en falta información referente a ninguna de las pistas del *Formato Guía*), el único que obtiene una media por debajo del punto de corte (M= 5,67).

El Gráfico 11 es un gráfico de barras, en el que se pueden comparar visualmente las medias de los 27 ítems de la rúbrica.

Tabla 89

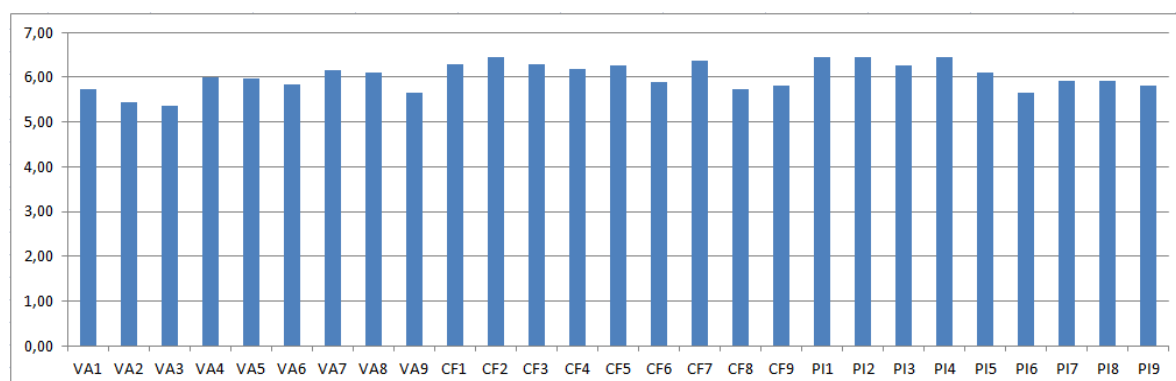
Rangos, medias y desviaciones estándar por ítems de la *Rúbrica de calidad de las FCG en TFE*

Leyenda	VAGAMENTE		MODERADAMENTE		CLARAMENTE		M en la Dimensión	M en la Escala
	1	2	3	4	5	6		
Ítem	R	M	DE					
VA1	6	5,74	1,43			5,81		6,02
VA2	5	5,44	1,28					
VA3	5	5,37	1,36					
VA4	4	6,00	1,04					
VA5	4	5,96	1,16					
VA6	3	5,85	1,06					
VA7	4	6,15	0,99					
VA8	4	6,11	1,05					
VA9	4	5,67	1,14					
CF1	4	6,30	1,14			6,14		
CF2	3	6,44	0,85					
CF3	5	6,30	1,14					
CF4	3	6,19	0,88					
CF5	3	6,26	0,86					
CF6	3	5,89	1,01					
CF7	2	6,37	0,69					
CF8	2	5,74	0,81					
CF9	3	5,81	1,04					
PI1	2	6,44	0,58			6,12		
PI2	2	6,44	0,58					
PI3	3	6,26	1,06					
PI4	2	6,44	0,70					
PI5	4	6,11	1,01					
PI6	4	5,67	1,21					
PI7	4	5,93	0,96					
PI8	4	5,93	1,11					
PI9	4	5,81	1,14					

N = 27 R = Rango M = Media DE = Desviación estándar

Gráfico 11

Medias de los ítems de la *Rúbrica de calidad de las FCG en TFE*



Discusión y conclusiones

Dado que la FCG evaluada es considerada *a priori* como una *benchmark* del trabajo con el FG con un caso clínico, la expectativa era que los participantes, seleccionados por sus conocimientos de TFE, produjeran puntuaciones altas en la rúbrica. Esta expectativa se confirmó, puesto que tanto la puntuación global promedio, como las correspondientes a las subescalas de cada una de las dimensiones de calidad, se encuentran por encima del punto de corte de 5,75 sobre 7. Esta expectativa se confirmó también para los subgrupos de participantes, dentro de los cuales se observa que, al menos en esta muestra, tanto los varones como los profesionales parecen ser más exigentes respecto a las tres dimensiones. No obstante, debido a las limitaciones muestrales, no es posible afirmar que se trate de diferencias significativas.

En relación con el comportamiento de los items, los resultados indican que prácticamente todos ellos obtuvieron puntuaciones promedio por encima del punto de corte que hemos establecido. No obstante, aquellos que no lo hicieron, no bajan de 5,37, por lo que la valoración de calidad sigue siendo elevada, dato consistente con la expectativa de que el ejercicio de evaluación se realizara con una FCG de referencia.

La revisión individualizada de los items con menores puntuaciones promedio, sugiere que los participantes vieron con menos claridad que el texto especificara claramente los problemas del cliente al inicio del tratamiento en términos de los conceptos y la teoría de la TFE. Esta ligera variación a la baja puede ser debida a que el estilo de formulación respecto a este aspecto es más bien descriptivo-fenomenológico, y, aun reflejando elementos relevantes teóricamente, recurre poco a tecnicismos. Razón por la cual, creemos que los evaluadores pudieron ponderar este aspecto más bajo.

La puntuación media en el ítem CF8, situada en el límite del punto de corte (5,74), sugiere que los participantes consideraron que el texto no les facilitaba al máximo la sensación de que les permitía encuadrar cualquier fragmento de una sesión en el conjunto del caso. Esta experiencia se postula en el modelo de calidad como un efecto de una formulación de calidad, y la puntuación ligeramente más baja que la media de la escala en este ítem puede ser interpretada en estos términos: tal operación de encuadre, puede ser percibida como algo bastante exigente, que requiere información muy detallada para asegurar el acierto, además de competencias técnicas bastante sólidas. En cualquier caso, al no haber certeza estadística respecto a que este ítem puntúe más bajo, esto es tan solo una conjetura.

De modo análogo, los evaluadores relacionaron la CF del texto -que facilita su lectura y su comprensión desde una perspectiva clínica-, con su riqueza conceptual y el equilibrio entre temas de

formulación ($r= 0,760$, $p<.001$). Esto es coherente con la idea de que un texto es bueno cuando, integrando múltiples datos, resulta fácil de leer y permite al lector utilizarlo de acuerdo con sus fines (en este contexto, entender el caso y posicionarse respecto al cliente).

Finalmente, la correlación significativa entre VA y CF (0.573 , $p<.001$) apunta en favor de la relación positiva entre ambas dimensiones, y completa el retrato de tres dimensiones de calidad relacionadas entre sí. Sin embargo, su carácter de correlación moderada, es congruente con la idea de que para construir un texto de lectura fluida, que permita comprender el caso y situarse ante el cliente, no es condición necesaria que esté redactado según los conceptos de un modelo teórico particular (en este caso la TFE).

En conclusión, el análisis preliminar de la RC-FCG parece indicar que se trata de un instrumento útil para valorar las tres dimensiones de calidad del modelo propuesto (VA, CF y PI), si bien sigue pendiente del estudio de validación que permita utilizarla como instrumento de medida propiamente dicho. Además, la evaluación de la FCG elaborada para ser utilizada como *benchmark* en el estudio de caso, indica que, al menos para esta muestra, es una formulación de calidad alta. Y por ello sumamos evidencia en favor de lo pertinente de su uso.

6.6.4. Conclusiones y pasos congruentes

Este modelo de calidad de las FCG que acabamos de desarrollar, responde tanto a nuestro interés por ocuparnos globalmente del tema de la FC en TFE, como por aportar una herramienta o un método para evaluar la eficacia, utilidad y validez del FG para la elaboración de FCG. Sin embargo, la validación del propio modelo de calidad y de la herramienta que lo incorpora, exceden nuestra capacidad en este momento, y quedan aplazados para posteriores trabajos. Creemos no obstante, que el fundamento en la evidencia sobre la producción de textos de calidad a partir de los temas de legibilidad y de competencia escritora, constituye un punto de partida razonable y justificado para el desarrollo teórico y práctico que acabamos de proponer.

Respecto a la herramienta de evaluación de las FCG basada en el modelo, la *Rúbrica de evaluación de calidad de las FCG en TFE*, creemos que puede ser empleado tentativamente en un trabajo empírico, y así se hará en el apartado de validación del FG en este mismo trabajo, mediante un estudio piloto. Tal y como se informó en el apartado 3.2.3. de este trabajo, la investigación sobre calidad de las FC en otros modelos, se ha apoyado frecuentemente en el uso de rúbricas de evaluación, si bien normalmente se refieren a aspectos de contenido y sólo alguna incluyen items relativos a la calidad formal del texto, por lo cual creemos que este desarrollo supone una pequeña contribución al área.

6.7. Estudio de casos piloto sobre el uso del *Formato Guía*

6.7.1. Marco metodológico-conceptual

El método de estudio de casos nos permite observar un aspecto de un problema del mundo real, que se manifiesta en toda su complejidad (cantidades, frecuencias, relaciones, representaciones mentales, sentimientos y significados en situación y en evolución), desde diferentes puntos de vista, integrados de acuerdo con algún propósito o pregunta de investigación. Pese a la pluralidad de metodologías para conducir estudios de caso científicos, un valor transversal es que su objetivo no es la generalización de los resultados respecto a una población, ni la contrastación de una hipótesis de acuerdo con la lógica de la representatividad muestral y de la minimización de la probabilidad del error. Al contrario, los estudios de caso, en general, pretenden ser fidedignos y válidos en términos de: (1) Una buena selección de la unidad de observación ("cuál es el caso"); (2) del establecimiento de procesos de observación que no desvirtúen su naturaleza (y que puedan ser utilizados por otros); (3) del modo de analizar los datos y de presentar los resultados más a través de palabras que a través de números (poniendo a disposición del lector los datos originales); y (4) en general, en términos del uso de las evidencias y su análisis para conocer mejor una realidad y teorizar sobre ella, ofreciendo un término de comparación para casos similares. Estas afirmaciones podrían ser una síntesis global sobre las características de esta "familia de perspectivas de investigación", que son los estudios de caso, que con frecuencia combinan metodologías no positivistas de corte cualitativo (fenomenológicas, etnográficas, hermenéuticas, narrativas, constructivistas, críticas, etc.), y metodologías positivistas cuantitativas (lógica experimental en los estudios N=1, análisis de series temporales, inclusión de mediciones, etc.). Como tal, familia, ha dado lugar a una bibliografía sumamente extensa y variada, con campos de especialización como los estudios de caso en psicoterapia basados en casos clínicos (i.e., McLeod, 2010), en los que esta disciplina hunde sus raíces desde Freud. No obstante, ha sido Robert Yin quien en su preocupación sobre el tema, ha puesto orden en este vasto campo, y ha creado un marco de referencia analítico (qué son los estudios de caso, qué estudian, qué tipos hay y cuáles son sus procesos epistemológicos en la investigación) y práctico (cómo se conducen), en el que nos apoyaremos en este trabajo (Yin, 1989, 2003) y al que citaremos frecuentemente.

En el contexto de esta investigación -y como se detallará más adelante-, afrontamos el problema de explorar cómo funciona la versión preliminar del FG para la elaboración de FCG en TFE

en un contexto o en una situación de uso plausible: Cuando un clínico se ve frente a la demanda de formular un caso de terapia concluido, a partir de un material clínico dado. Ese "cómo funciona" se refiere tanto a la experiencia directa del terapeuta-formulador utilizando la herramienta, como a la valoración de los productos que genera (la FCG), de modo que cada situación de uso del FG constituye un caso de estudio. No obstante, esta primera pregunta encierra una serie de preguntas más específicas, que pueden ser respondidas a través de varias estrategias:

- La *triangulación*: Por la cual el objeto de estudio (el uso del FG) es considerado desde varias perspectivas de observación (incluidos los actores implicados en el caso), y mediante diversos métodos, de modo que todos los aspectos del caso estén considerados y los sesgos del observador puedan ser mutuamente compensados. En esta ocasión, y como se especificará más tarde, incluyendo la perspectiva múltiple de un equipo de investigación, la perspectiva del investigador, la perspectiva de los formuladores, y el uso tanto de medidas psicométricas como de la discusión entre jueces.
- La *saturación*: Concepto que se refiere tanto al punto límite en el cual, nueva información procedente de un caso no logra aportar mayor claridad sobre el fenómeno o no permite crear una nueva categoría en su análisis, como al esfuerzo por justificar cada afirmación con múltiples pruebas (procedentes de diversas perspectivas), para alcanzar tal punto de saturación.
- La *contextualización*: Consistente en el establecimiento de las coordenadas naturales en las que el caso sucede, debido a que se trata de una investigación empírica sobre un fenómeno actual en un contexto real. Esto permite al lector ponerse en el lugar de los actores, y reducir así su "extrañeza" respecto a su experiencia. En este trabajo trataremos de reducir la distancia cognitiva respecto a la utilización del FG, ofreciendo, de una manera ordenada, claves suficientes y relevantes sobre esa situación en dos casos.

Yin (1989, 2003) identificó varios tipos de estudios de caso, atendiendo al propósito del investigador, los cuales desglosamos a continuación, a fin de justificar luego nuestras elecciones para este trabajo:

- *Estudios de caso exploratorios*: Son investigaciones iniciales, que tratan de buscar patrones en los datos y generar un modelo dentro del cual situar esos mismos datos y observarlos. El tipo de preguntas de investigación más apropiadas para esta clase de estudios, son las de tipo "qué" (i.e., ¿qué es lo que produce un determinado método de formulación? o ¿qué es lo que dicen los usuarios acerca de su experiencia?), o de tipo "cuál" (i.e., cuál es la dificultad principal de este procedimiento?).

- *Estudios de caso descriptivos*: Dan un paso más allá de la intención exploratoria y tratan de obtener información más precisa sobre las características y cualidades de un asunto. Requieren algún tipo de teoría previa para orientar la recolección de datos, y las preguntas de investigación más acordes con ellos siguen siendo las de tipo "qué/cuál" pero con mayor especificidad, y encuadradas en el marco de observación de una serie de proposiciones teóricas o conceptuales (i.e., ¿cuál es el grado de coincidencia entre la formulación producida por un usuario del FG y una formulación de referencia?
- *Estudios de caso explicativos*: Tratan de analizar el "cómo" o de explicar el "por qué" de un suceso (pasado o presente), para lo cual requieren no sólo un marco teórico sino registro sobre el orden en el que suceden las cosas, así como algún tipo de indagación en las motivaciones de los actores o en sus procesos de toma de decisiones (i.e., ¿cómo utiliza un determinado terapeuta el FG, más allá de las instrucciones dadas con la herramienta? o ¿por qué hay diferencias en la calidad de las formulaciones cuando sus autores utilizan el FG?).

En este trabajo **optamos por un estudio de caso mixto, que combine los dos primeros propósitos (exploratorio y descriptivo)**, pues pretendemos identificar algunas regularidades o patrones de uso del FG dentro de cada caso (exploración de *qué sucede*), así como obtener datos preliminares acerca de algunos indicadores de calidad y validez de las FCG producidas utilizando esta herramienta (describir *qué dio calidad o validez a una formulación* cuando fue realizada por un determinado terapeuta-formulador).

Otra distinción establecida por Yin (1989, 2003) respecto a los estudios de caso se refiere a la finalidad última del estudio, y diferencia entre:

- *Estudio de caso intrínseco*: Aquel que se ocupa de casos elegidos por su propio valor, interés o singularidad, y no porque sean representativos o ejemplares en el marco de un determinado problema.
- *Estudio de caso instrumental*: Aquel que sirve a la construcción de una teoría, entendida ésta no necesariamente como una teoría científica específica, sino como una teorización o abstracción respecto a un fenómeno o respecto a un proceso. En este marco, el caso en sí juega un papel secundario, y su examen es utilizado para profundizar en un tema, o para revisar o refinar una teoría o un modelo.
- *Estudio de caso colectivo*: Aquel que se utiliza cuando lo que se quiere estudiar es un fenómeno, una población o una problemática amplios, de modo que se seleccionan varios casos que representan la variedad de formas del fenómeno, y se analiza cada uno de ellos intensivamente.

Para los propósitos de nuestra investigación, **consideramos un uso instrumental de los casos**, cuyo análisis será puesto al servicio de la respuesta a una serie de preguntas de investigación, que permiten construir una mini-teoría local, acerca de la versión preliminar del FG en la producción de FCG en TFE.

En relación con el tipo de informes o reportes en que se materializa un estudio de caso, Yin (1989, 2003) distingue seis tipos diferentes:

- *Análisis lineal*: En él, la información es representada en términos de la secuencia argumentativa o explicativa, propia de la mirada científica natural hacia un fenómeno.
- *Comparativo*: La mirada se dirige a los mismos temas o asuntos varias veces y desde diferentes perspectivas, realizando comparaciones sucesivas.
- *Cronológico*: En él, la evidencia se presenta en orden temporal, según fue siendo obtenida o según los datos del fenómeno iban apareciendo de acuerdo con su naturaleza evolutiva, de modo que la estructura descriptiva o analítica del caso, se va construyendo gradualmente.
- *Construcción de teoría*: Cada nueva sección muestra las evidencias y las argumentaciones de la teoría que se está presentando al lector, a través del caso.
- *Suspense*: La conclusión o el resultado del estudio son presentados desde el principio, de modo que el resto del informe se ocupa de la explicación de ese resultado.
- *No secuenciado*: Consistente en la presentación de múltiples estudios pequeños, para los que luego se presenta una conclusión global.

Nuestra opción es **realizar un reporte que combine la estructura lineal y comparativa dentro de cada estudio de caso**, y asuma, de modo tentativo, la **estructura no secuenciada al enunciar una serie de conclusiones generales**.

Respecto a las conclusiones, es necesario dejar claro que un estudio de caso no pretende la generalización de los resultados, sino obtener información valiosa y rica para obtener situaciones concretas, y para ofrecer un referente con el que comparar situaciones similares. De ese modo, y de acuerdo con Walker (1983), es el lector quien debe preguntarse qué hay en un estudio, que pueda aplicar a su propia situación o a otra con la que opera, y qué es lo que claramente no se aplica a ninguna de ellas. En este trabajo, el lector es la comunidad científica en general, pero primariamente el propio investigador, que utiliza el estudio de caso como medio para conocer mejor ciertos aspectos de su objeto de estudio: El FG en situación.

Aunque es posible agregar diversos estudios de caso con una intención acumulativa, en este tipo de metodología cualitativa se considera más oportuno hablar de posibilidades de "transferencia", sobre la base de una lógica diferente a la de la generalización estadística (Álvarez y San Fabián, 2012): Las conclusiones de un estudio de caso pueden ser transferibles a un caso similar, para lo cual son necesarias buenas descripciones iniciales de cada caso, y que haya ajuste entre ambas, de modo que lo que sea válido para un caso, pueda serlo para otro. En ese sentido, Yin (1989, 2003) introduce el concepto de "generalización analítica", por el cual, la teorización emergente del caso, es ofrecida como patrón con el cual comparar otras observaciones procedentes de otros casos.

En lo que se refiere al diseño de los estudios de caso, se entiende que éste funciona como una plantilla que sirve para resolver cuatro problemas: Qué preguntas formular, cuáles son los datos relevantes, cómo recoger esos datos, y cómo analizar los resultados. En esencia, el diseño no sólo trata con un problema *logístico*, sino con un problema *lógico*. Es decir, con el problema sobre cuál es la racionalidad que vincula la producción de conclusiones con los datos a recoger, y a estos con las preguntas iniciales (Yin, 2003). La estructura más general de un estudio de caso en lo que se refiere al diseño, ha de dar cuenta de los siguientes elementos: (1) Las preguntas de investigación (qué se quiere saber); (2) las proposiciones teóricas del estudio (de qué se parte); (3) cuál es la unidad de análisis que constituye el caso; (4) cuál es la lógica que enlaza los datos y las proposiciones para responder a las preguntas de investigación; y (5) cuáles son los criterios para interpretar los resultados.

Además, Yin (2003) establece una matriz 2x2 para explicar los tipos de diseños de estudio de caso, más allá de la metodología específica en que éstos se basen. Así, esta meta-clasificación se basa en la combinación entre: (a) Estudios de caso único vs. estudios de caso múltiples, y (b) estudios de caso holísticos vs. estudios de caso integrados (*embedded*). Lo primero que el investigador debe decidir es si la pregunta de investigación se puede responder con un estudio de caso único o múltiple:

- Los *estudios de caso único* son especialmente apropiados cuando el caso representa un "caso crítico" en el testeado de una teoría bien formulada. Cuando la teoría ha especificado un conjunto de proposiciones, así como las circunstancias dentro de las cuales se cree que esas proposiciones son ciertas, hallar un caso que las cumpla integralmente, se considera una prueba en favor de la teoría. Además, cuando el caso representa un "caso extremo" o "singular", el estudio de caso único permite dar cuenta de esa singularidad, que por sí no es algo habitual en una población. Otra circunstancia favorable para este tipo de diseño se da cuando el caso posee un carácter "revelador", en el sentido de que el investigador tiene la oportunidad de estudiar un fenómeno que, siendo más o menos frecuente, en contadas

ocasiones resulta accesible. Y por último, cuando el caso es el prelude de un estudio más amplio, del cual constituye un piloto.

- Los *estudios de caso múltiples* tienen sentido en el resto de circunstancias, especialmente cuando el investigador pretende alcanzar algún tipo de generalización, no en el sentido estadístico muestral (los casos no son unidades de la muestra), sino mediante procedimientos de generalización analítica: cuando se comprueba si dos o más casos se replican mutuamente apoyando una misma teoría, pero no una teoría rival igualmente plausible.

Complementariamente, el investigador debe decidir estas dos posibilidades:

- Un *estudio de caso holístico*, en el que se considera la naturaleza global de un asunto, el cual es adecuado cuando no es posible establecer subunidades en el caso, y/o cuando la teoría subyacente es en sí misma de naturaleza holística.
- Un *estudio de caso integrado*, que implica la consideración de más de una unidad de análisis cuando esto es posible y útil, si bien el investigador ha de tener cuidado de no quedarse en el nivel de análisis de las sub-unidades, y tratar de hacer algún tipo de consideración global.

Los estudios de caso múltiples pueden hacer que la investigación sea más robusta mediante la replicación secuencial, de modo que un nuevo caso prediga resultados similares (*replicación literal*), o bien prediga resultados diferentes, pero por razones predecibles, acordes con una teoría, que son las que llevaron a seleccionar ese nuevo caso (*replicación teórica*).

Dado el alcance y los recursos disponibles en este trabajo, nos hemos planteado tan solo la realización de un **estudio piloto** basado en el método de estudio de caso, consistente en la siguiente opción: un **estudio de casos múltiple holístico**, limitado a solo **dos casos**, que, dada su similitud, permitan:

1. Conocer mejor el fenómeno (el uso del FG),
2. responder a una serie de preguntas relativas a las propiedades del FG cuando es empleado por un terapeuta-formulador que conoce el marco teórico de la TFE (en términos de calidad y validez de las formulaciones), y
3. desarrollar un movimiento de replicación literal respecto a esas propiedades, cuando son consideradas en dos casos sucesivamente.

6.7.2. Preguntas de investigación

Desde la perspectiva de la validación del FG como herramienta útil para los fines que pretende, nos preguntamos:

1. ¿Sirve el FG para producir FCG *válidas* cuando es utilizado por un terapeuta-formulador con experiencia formativa y clínica en TFE? ¿En qué grado?
2. ¿Qué evidencias hay de que el uso del FG permite producir FCG equivalentes o análogas ante el mismo material clínico, como expresión de su *fiabilidad*?
3. ¿Sirve el FG para producir FCG *de calidad*, de acuerdo con el modelo multidimensional que hemos propuesto, cuando es utilizado por un terapeuta-formulador con experiencia formativa y clínica en TFE?

Además, y dado que las FCG de los participantes en el estudio no son un producto puramente personal, sino textos mediados por el FG, también nos preguntamos:

4. ¿Cómo parece haber utilizado cada terapeuta-formulador el FG y para qué, en cada caso de aplicación, más allá de las instrucciones estándar?
5. ¿Cómo parece haberse relacionado cada terapeuta-formulador con la tarea de escribir-formular, con el texto en proceso, y con la propia herramienta (el FG)?
6. ¿Cuál es la experiencia personal y subjetiva de los terapeutas-formuladores participantes en el estudio, respecto al uso del FG?

6.7.3. Propositiones del estudio

El proceso de producir FCG está afectado por aspectos individuales de sus productores, por aspectos derivados de las herramientas de formulación empleadas, y por la interacción entre ambas cuestiones. Sin embargo, en cuanto productos finalizados, las FCG pueden ser valoradas en términos de la experiencia subjetiva de un lector, que, mediante ellas, trata de acceder a un caso.

Tal experiencia, a su vez, puede ser articulada y valorada por día medios: el uso de cuestionarios y rúbricas que traten de homogeneizar las valoraciones en términos de medida, y el uso de procedimientos de reflexión -eventualmente apoyados en rúbricas y escalas-, que sirvan para simbolizar en el lenguaje, una serie de apreciaciones.

Así pues, una **primera proposición** de este estudio es que las FCG producidas mediante el FG son textos evaluables por diversos medios -complementarios y más o menos estructurados-, desde la perspectiva de un lector motivado. Como **segunda proposición**, afirmamos que, atendiendo a lo que

puede ser evaluado, las FCG pueden diferir en términos de su similitud con una *benchmark* o formulación de referencia, y que siendo evaluable el grado de similitud, esta comparación puede ser utilizada como criterio de validez de contenido. Y como **tercera proposición**, planteamos que en cada caso de uso del FG que produce una FCG suficientemente similar a una formulación *benchmark*, se genera evidencia en favor de la utilidad y validez del FG.

No obstante, el objetivo de un estudio de caso como éste, no es generar evidencia con significación estadística en favor de ninguna característica o propiedad del FG, sino **identificar algún patrón en los datos del caso, acerca de lo que se considera una FCG válida y de calidad**. El hallazgo de este tipo de patrón puede responder a alguna o a varias de las preguntas de investigación, y cada nuevo caso estudiado sirve tanto para confirmarlo, como para, potencialmente, modificar dicho patrón. Este tipo de comparaciones caso por caso son la base del procedimiento de generalización analítica, que en este estudio piloto de tan solo dos casos va a ser tan solo esbozada, a partir de las intenciones exploratoria y descriptiva del trabajo.

Por último, una **cuarta proposición** se refiere a que el uso del FG permite la producción de FCG de calidad, de acuerdo con los parámetros del modelo que hemos propuesto. La evaluación de la calidad de un texto es también algo que puede ser abordado de dos formas: a través de instrumentos psicométricos que moldean, capturan y cuantifican la experiencia subjetiva del lector, y a través del cuestionamiento directo de esta experiencia. En este trabajo optamos por el uso de una rúbrica de evaluación, que combina ambas posibilidades.

6.7.4. Diseño

Se trata de un estudio de caso múltiple (2 mini-casos), holístico (cada caso tomado como una única unidad), con un propósito instrumental (responder a las preguntas de investigación y desarrollar una teoría local acerca de la versión preliminar del FG, en términos de la validez y la calidad de las FCG que se producen mediante su uso).

Unidad de análisis

El uso del FG interpone una explicación de constructo específica (Mumma, 2011) (revisar apartado 3.2. en este trabajo), entre los datos del caso clínico y el sistema cognitivo del terapeuta-formulador. Dicha explicación de constructo, en el FG se halla estructurada en temas y subtemas, y se concreta en preguntas sobre categorías clínicas conceptuales, que conforman un proceso reflexivo

sistemático, a lo largo del cual el formulador puede moverse y hacer zoom para ir generando el texto de la FCG.

Su utilización para producir FCG con la intención de facilitar el acceso al caso, su comprensión y su asimilación por parte de un lector motivado, constituye una acción profesional de gestión del conocimiento clínico. Dicha acción, como ha demostrado repetidamente la investigación sobre entrenamiento en FC (ver apartado X), puede mejorar con la práctica y con el entrenamiento específico. Por ello, cada aplicación del FG constituye un caso que puede ser estudiado (un profesional enfrentándose a una tarea) con independencia de que sus dimensiones sean reducidas (por eso hablamos de mini-casos), al menos en comparación con otros procesos que pueden ser estudiados en este campo (i.e., el trabajo con un cliente a lo largo de un tratamiento completo, o el uso de determinada técnica terapéutica).

Así pues, la unidad de análisis que constituye cada uno de los mini-casos de este estudio piloto, puede ser definida de este modo: *El uso del FG para producir, individualmente, una FCG a partir de la exposición del terapeuta-formulador al visionado de las sesiones de terapia que componen un caso, y del estudio y manejo de la documentación clínica sobre el mismo, suministrada por el investigador.*

Participantes

- Terapeuta-formuladora "A": Mujer de 25 años, psicóloga recién graduada en el Máster de Psicología General Sanitaria y en el Máster de Psicoterapia Humanista-Experiencial y TFE de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Terapeuta-formuladora "B": Mujer de 36 años, psicóloga clínica con 12 años de experiencia en salud mental, y psicoterapeuta con 3 años de experiencia y formación avanzada en TFE.

Materiales

- FCG de referencia (*Benchmark*): FCG correspondiente al caso de la película "El indomable Will Hunting", elaborada por el investigador utilizando el *Formato Guía*, y revisada junto con una colega terapeuta, formada en TFE (Apéndice XV).
- Vídeo de las siete secuencias de la película "El indomable Will Hunting", correspondientes a las sesiones de terapia en las que participa el protagonista.

- Sumario de notas clínicas sobre cada una de las siete sesiones de terapia que aparecen en la película, elaborado por el investigador junto con la misma terapeuta colaboradora, utilizando para ello el *Formulario de Evaluación de la Sesión* (TSEF) en TFE (Elliott, 2002) (Apéndice XIV).
- *Formato Guía* para la elaboración de FCG en TFE (Apéndice VIII): Instrumento de reflexión y formulación sobre un caso de terapia en TFE, compuesto por 46 preguntas que arrojan sendas formulaciones, y que el terapeuta-formulador utiliza como guía para construir un texto integrado.
- *Escala de Similitud de las FCG en TFE* (ES-FCG): Instrumento de 20 ítems tipo Likert (0-7), 19 de ellos referidos a distintas dimensiones de contenido paralelas a los elementos del *Formato Guía*, y un ítem de similitud global (Apéndice X).
- *Rúbrica de evaluación de la calidad de las FCG en TFE* (RC-FCG): Instrumento de evaluación de la calidad de los textos de las FCG (Likert 1-7), formado por tres grupos de 9 ítems cada uno, correspondientes a tres categorías: Validez Aparente (VA), Calidad Formal (CF) y Potencia Informativa (PI) (Apéndice XIII). Instrucciones breves sobre el uso del FG y sobre el tipo de texto que se considera "una buena FCG" producida con esa herramienta (Apéndice XVIII).
- *Cuestionario post-formulación del FG*: Herramienta de reflexión sobre la experiencia de utilizar el FG, compuesta por siete preguntas relativas al tipo de texto que el terapeuta-formulador cree haber producido (Apéndice XVII). Cada pregunta posee dos polos opuestos respecto a una característica posible del texto, separados por una escala Likert (1-7).

Procedimiento de recolección y análisis de los datos

- **Fase I: Recogida de datos primarios.**- En la primera fase, las terapeutas formuladoras recibieron una instrucción breve al FG y al tipo de textos cuyo uso debería permitir. Después, se les presentó una sinopsis de la película "El indomable Will Hunting" y observaron, correlativamente, las siete sesiones de terapia en las que participa el protagonista. Tras cada sesión, se les dio un tiempo para revisar individualmente el sumario de material clínico basado en el TSEF correspondiente a esa sesión, así como para hacer sus propias anotaciones. Después de un breve descanso, procedieron a escribir la FCG utilizando el FG. Además, al día siguiente respondieron a la versión online del *Cuestionario post-formulación del FG*.
- **Fase II: Recogida de datos secundarios.**- Al día siguiente, las terapeutas-formuladoras respondieron a la versión online del *Cuestionario post-formulación del FG*. Posteriormente, las FCG fueron revisadas utilizando un procedimiento analítico, inspirado en la metodología

de la investigación cualitativa de consenso (Hill et al., 2005). Ambos textos fueron analizados por un equipo de investigación, compuesto por cuatro psicólogos alumnos del Máster en Psicoterapia Humanista-Experiencial y TFE de la Universidad Pontificia Comillas (3 varones y una mujer). El análisis se hizo siguiendo un protocolo y las indicaciones dadas por el investigador autor del trabajo, quien, en esta fase, ejerció como auditor (administrando el trabajo del equipo, planteando preguntas para la reflexión y promoviendo el debate y la producción de consenso en el equipo). Cada miembro del equipo recibió una carpeta con los las FCG producidas por ambas terapeutas-formuladoras (A y B), así como dos ejemplares del cuestionario de similitud (CS-FCG), y de la rúbrica de calidad (RC-FCG).

El investigador auditor invitó a los miembros del equipo a evaluar los textos A y B utilizando las herramientas suministradas, partiendo esta perspectiva: "Vas a leer la FCG sobre un caso, elaborada por dos colegas en el contexto de una sesión clínica de un equipo terapéutico. Después, trata de evaluarlas respondiendo a los cuestionarios incluidos en la carpeta." El objetivo fue activar o construir una posición de diálogo intersubjetivo con el texto, caracterizada por: (a) El deseo de comprender el caso clínico y al cliente, (b) entender el caso en términos de la explicación de los procesos terapéuticos y sus resultados, y (c) asimilar lo que sucedió, con el fin de desarrollar un posicionamiento ante el caso y ante el propio cliente. La Tabla 90 resume el protocolo de análisis, en el que se contrabalanceó el orden de respuesta al CS-FCG y a la RC-FCG por parte de los miembros del equipo.

Tabla 90
 Protocolo de evaluación de las FCG en el equipo de investigación de consenso

Equipo de investigación + Auditor				
Sub-Equipo 1			Sub-Equipo 2	
EVALUACIÓN	Evaluador 1.1.	Evaluador 1.2.	Evaluador 2.1.	Evaluador 2.1.
Similitud	Caso A - Benchmark	Caso B - Benchmark	Caso A - Benchmark	Caso B - Benchmark
	Caso B - Benchmark	Caso A - Benchmark	Caso B - Benchmark	Caso A - Benchmark
Calidad	Caso A	Caso B	Caso A	Caso B
	Caso B	Caso A	Caso B	Caso A

Finalmente, el investigador-auditor promovió un diálogo abierto y un debate franco, a partir de varias preguntas relativas a: (1) La similitud de las FCG (A y B) con la *benchmark*, (2) la calidad de los textos, (4) la experiencia de leerlos, y (5) las inferencias de los lectores acerca del modo de relacionarse de las terapeutas-formuladoras con el texto y con la herramienta

de formulación. Tema a tema y pregunta a pregunta, fue tratando de recoger notas acerca de los consensos y disensos en el grupo, y promoviendo la discusión para obtener opiniones más matizadas y facilitar la búsqueda de consensos.

- **Fase III: Revisión e integración de datos.**- Por último, el investigador principal creó un archivo con las notas tomadas en la fase II y las puntuaciones de las formulaciones A y B en los cuestionarios y rúbricas, así como las respuestas de las terapeutas-formuladoras al cuestionario post-formulación. Entonces utilizó estos datos secundarios para tratar de encontrar patrones en cada caso, que, mediante procedimientos de triangulación y saturación, permitieran ir respondiendo a las preguntas de investigación. Finalmente, revisó las respuestas a dichas preguntas, comparando los dos mini-casos.

6.7.5. Resultados y conclusiones

A continuación desarrollamos el informe que relata los resultados y hallazgos del estudio, respondiendo una por una a las preguntas de investigación.

1. ¿Sirve el FG para producir FCG *válidas* cuando es utilizado por un terapeuta-formulador con experiencia formativa y clínica en TFE? ¿En qué grado?

Respecto a la pregunta sobre si el FG sirve para producir FCG válidas por un terapeuta-formulador con experiencia formativa en TFE, el caso A nos mostró que sí, en tanto los evaluadores asignaron a su formulación una puntuación promedio de 3,31 en la *Escala de Similitud* (ES-FCG) y de 3,5 en el ítem de similitud global (SG20). Teniendo en cuenta que la puntuación promedio obtenida en el estudio de validación de la ES-FCG para la FCG de "alta similitud" fue de 3,89 (DE= 0,74), podemos considerar válida por su contenido a la FCG_A. Además, cuando como equipo fueron cuestionados para argumentar acerca de si la FCG_A era equivalente a la *benchmark* (FCG_{Bench}), el consenso obtenido fue que, si bien la FCG_{Bench} era más prolija en detalles, daba la impresión de que "ambos formuladores habrían estado de acuerdo entre sí, respecto a lo esencial que sucedió en el caso."

Invitados a encontrar pruebas en contra de esta equivalencia, acordaron que la FCG_{Bench} se extiende y focaliza más en asuntos que la FCG_A aborda colateralmente, y que, en ese sentido, si el formulador A se implicara en completar esos aspectos, quizá ambas formulaciones podrían llegar a diferenciarse (si bien éste no era el caso).

Este patrón de apreciaciones se repitió para el caso B, si bien se consideró que la FCG_B era menos similar a la *benchmark* en términos de las puntuaciones en la ES-FCG (2,62 y 2,57 en el ítem SG20) (Tabla 91) . De acuerdo con los datos de validación de la ES-FCG, esto sitúa a la FCG_B en una posición de similitud moderada. Lo cual nos hace preguntarnos, qué puede haber sucedido. Cuando se procedió al debate, los miembros del equipo llegaron a la conclusión de que no se trataba tanto de diferencias de contenido, como de una cuestión de "profundidad." Al parecer, la FCG_B se asemejaba a la FCG_{Benchmark}, pero se quedaba en un nivel más superficial al explicar el caso en términos psicológicos.

Así pues, la comparación de ambos casos sugiere que el uso del FG permite estructurar en contenido de la FCG de modo que se generen discursos similares acerca de un caso clínico, si bien es posible que incluso partiendo del mismo material (i.e., un sumario de notas clínicas), ciertos aspectos dependientes del formulador pueden modular el grado en que esos discursos llegan a ser representaciones fieles del caso.

Tabla 91

Valoraciones en la *Escala de Similitud de las FCG* dadas por los miembros del equipo

	Similitud Total	Pista 1	Pista 2	Pista 3	Pista 4	Ítem SG20
Caso A	3,31	3,28	3,75	2,75	3,38	3,50
Caso B	2,62	2,75	2,75	1,75	2,83	2,75

2. ¿Qué evidencias hay de que el uso del FG permite producir FCG equivalentes o análogas ante el mismo material clínico, como expresión de su *fiabilidad*?

En relación con la cuestión de la validez, se pidió a los miembros del equipo que opinaran en qué medida consideraban que la FCG_A y la FCG_B eran equivalentes entre sí, y en qué medida no. Los acuerdos principales giraron en torno a que:

- 1) Podían ser consideradas equivalentes en términos de contenido, a pesar de las diferencias de profundidad, de modo que "uno se podía fiar de cualquiera de ellas" para saber lo que había pasado en el caso en el plano técnico; y
- 2) que podían ser consideradas no equivalentes en términos de la experiencia de leerlas, pues tanto la FCG_A como la FCG_B producían una imagen mental del cliente, del terapeuta y de la relación diferentes.

En ese sentido, era difícil saber cuál de las dos construía más fielmente el mundo subjetivo de la terapia, pero la experiencia de la lectura decantaba una preferencia en los miembros del equipo por el trabajo del terapeuta-formulador A.

En conclusión, y respecto a la cuestión de la fiabilidad, las evidencias resultado de cruzar los casos sugieren que en este terreno es preciso matizar qué supone decir que dos FCG son equivalentes (debido sobre todo a ciertas propiedades de los formuladores que utilizan el FG, así como las expectativas de cada audiencia para la cual crean un texto). En ese sentido, el estudio de caso no anima a afirmar que el FG puede funcionar como una herramienta suficientemente fiable, pero que podría mejorar si incluyera alguna forma de asistir a los terapeutas-formuladores en la gestión de los aspectos más "líricos" de la producción del texto, o algún tipo de control reflexivo sobre el proceso.

Dicho en otras palabras, el FG por sí mismo es una estructura de producción de textos "prosaicos", que se emplea en un contexto en el que lo lírico (entendido como lo relativo al mundo de los sentimientos y los significados personales) es una variable importante. Una variable que queda al cargo del formulador, no de la herramienta, y que puede introducir ruido en el proceso de formulación.

Estas cuestiones, que afectan a la fiabilidad del FG y a la validez final de las FCG producidas con él, serán ampliadas al responder a la pregunta 6 y siguientes.

3. ¿Sirve el FG para producir FCG *de calidad*, de acuerdo con el modelo multidimensional que hemos propuesto, cuando es utilizado por un terapeuta-formulador con experiencia formativa y clínica en TFE?

En relación con la pregunta sobre si el FG sirve para producir FCG de calidad, las puntuaciones de los miembros del equipo en la RC-FCG así lo sugieren, y sitúan a ambos textos en ligeramente sobre el 5 en una escala 1-7 (Tabla 92). Lo cual indica que ambos formuladores han sobrepasado ampliamente la suficiencia en los criterios de la rúbrica. No obstante, dando por buena la apreciación de los jueces (que habría que sopesar en función de su exigencia y de la falta de parámetros de referencia u otros baremos), ambos formuladores podrían mejorar en este aspecto para dar un mejor uso al FG (recuérdese que la *benchmark* recibió una puntuación media de 6,02 en el piloto).

Tabla 92

Valoraciones en la *Rúbrica de evaluación de calidad de las FCG* dadas por los miembros del equipo

	Global	Validez Aparente	Calidad Formal	Potencia Informativa
Caso A	5,26	5,28	5,36	5,14
Caso B	4,76	4,64	4,97	4,67

Una vez más, para el equipo, el terapeuta-formulador A sale mejor parado que el B, y si bien las diferencias son mínimas, son lo suficientemente grandes como para que la FCG_B no supere una puntuación de 5 (Gráfico 12).

Atendiendo a las tres dimensiones de la rúbrica, el patrón se repite, y nos sugiere que el estilo de relación con el instrumento y la disposición personal frente al caso al utilizarlo, pueden ser determinantes a la hora de producir un texto de calidad.

Gráfico 12

Comparativa de los casos A y B en la *Rúbrica de evaluación de calidad de las FCG*: Global y dimensiones

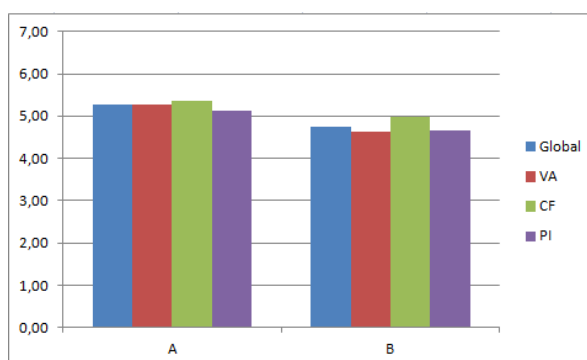
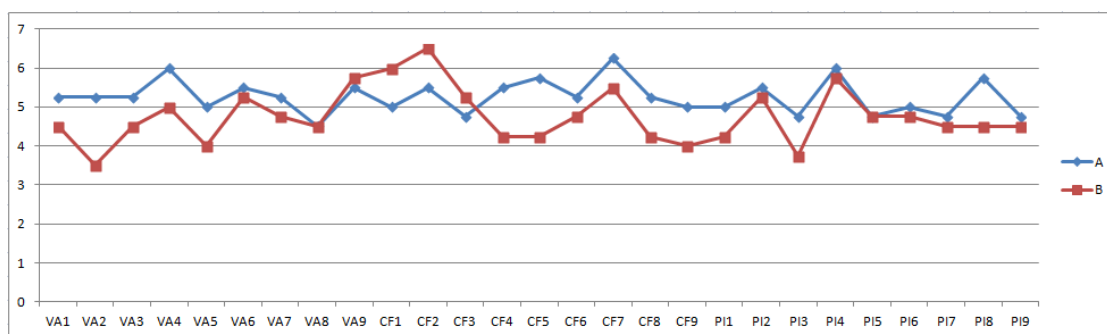


Gráfico 13

Comparativa de los casos A y B en la *Rúbrica de evaluación de calidad de las FCG* por ítems



Atendiendo a los ítems de la rúbrica, el Gráfico 13 nos sugiere dónde hacer tres comparaciones entre casos. A simple vista se observa un dato llamativo, que quizá habla más del instrumento y

de la tarea de producir FCG que de las diferencias entre formuladores: La sincronía en la variación de las puntuaciones de ambos casos ítem por ítem, en los cuales el caso B se mantiene por debajo de A y hace los mismos movimientos en el gráfico. Excepto en tres ocasiones:

En el ítem VA2:

(VA2) Las afirmaciones sobre el caso relativas a la **especificación de los problemas del cliente** al comienzo del tratamiento, son suficientes como para documentar y entender el caso en términos de la TFE (no se echa nada en falta).

En esta ocasión, a juicio de los evaluadores, el terapeuta-formulador B cae en picado (hasta un 3,5 frente a un 5,25 del A). Quizá esto venga explicado por cuestiones relativas a cómo se relacionó el terapeuta-formulador con el FG (ver preguntas 4 y 5), pero sería deseable que el instrumento de formulación minimizara estas cuestiones, y mantuviera estable la calidad de sus productos. Quizá esto sea mucho pedir, salvo que, una vez más, introduzca una serie de controles, como por ejemplo una lista de auto-comprobación de determinados aspectos de forma y contenido. O por qué no, un sistema de comprobación basado en la propia rúbrica. Esta idea se considera un excelente producto del estudio de casos, y se anota para futuros desarrollos.

En los ítems CF4 y CF5:

(CF4) La lectura del texto me permite **imaginar el proceso de terapia y lo que en él sucede** (sin la sensación de lagunas y sin la necesidad de tengo que completar huecos para hacerme una idea del caso).

(CF5) El texto **explica bien el proceso psicoterapéutico**, de modo que, a partir de su lectura, yo mismo/a lo entiendo y podría explicárselo a un colega de profesión.

En ambos, cuando A sube, B baja. Quizá el compromiso del terapeuta-formulador A con la idea de hacer visible y transitable el caso ha sido mayor, pero al menos el trabajo del terapeuta-formulador B no baja de un 4 en ambos ítems de la rúbrica. Una vez más, quizá si el terapeuta-formulador B hubiera contado con algún sistema de *feedback* habría podido mantener la calidad en este punto.

En el ítem PI8:

(PI8) Los datos del caso relativos a la **explicación de los procesos de cambio** a lo largo de la terapia son suficientemente abundantes como para representar este aspecto.

En esta ocasión la distancia la pone A, que en este punto roza el 6, lo cual representa un dato más de su compromiso con la representación del caso, lo cual, como reflexión a partir de los casos, nos sugiere que la estructura de gestión del conocimiento clínico del FG probablemente funciona de modos diferentes según la intención que preside el trabajo del formulador. Lo cual afecta entre otras cosas, a la calidad de sus producciones.

Por último, y aunque no se trata de un "fallo" en esta sincronía, los ítem CF1 y CF2 son las dos únicas ocasiones en las que B supera a A:

(CF1) Las **frases** que componen el texto de la formulación, están bien construidas y resultan fáciles de leer.

(CF2) Los **párrafos** que componen el texto de la formulación, tienen sentido y son comprensibles como unidades.

Estos ítems se refieren a un aspecto de calidad formal en el que las diferencias individuales en competencias básicas, no específicamente psicológicas pueden ser relevantes y afectar a la calidad. Efectivamente, el FG puede "garantizar" un pensamiento clínico ordenado, pero no la capacidad de un individuo para transformarlo en un texto.

4. ¿Cómo parece haber utilizado cada terapeuta-formulador el FG y para qué, en cada caso de aplicación, más allá de las instrucciones estándar?

El equipo encontró plausible que el terapeuta-formulador A trabajaba intentando abarcar toda la información, "sin dejarse nada", al responder a las preguntas del FG; y que a su vez, parecía mantenerse fiel al intento de relejar una comprensión del cliente, y no un mero reporte de la mayor cantidad de datos posibles. Apreciaban así, lo que en el debate llegaron a acordar como "las ganas de contarle todo, sin por ello dejar de hacer honor a la persona."

En el caso del terapeuta-formulador B, detectaban "mucho emoción" en el texto, la cual no necesariamente provenía del caso en sí. Y llegaron a consensuar, respecto a su modo de formular, que quizá no estaba planteándose tanto el hacerlo mejor o peor, como "fluir desde el contacto consigo mismo" (aun con los costes en objetividad y diríamos también que en eficiencia en la objetivación, que eso pudo producir). De ese modo, el terapeuta-formulador B, pareció utilizar el FG para contar el caso desde las categorías clínicas y a través de las pistas y bloques temáticos que lo componen, pero también como soporte para producir su propia resonancia. La cual, por utilizar una metáfora, no se perdió como un eco, o no se disipó como el calor en una resistencia, sino que pasó, de alguna manera, a formar parte del texto.

5. ¿Cómo parece haberse relacionado cada terapeuta-formulador con la tarea de escribir-formular, con el texto en proceso, y con la propia herramienta (el FG)?

Preguntado el equipo sobre su percepción respecto al modo de relacionarse del terapeuta-formulador A con el texto, el acuerdo se produjo en torno a la idea de que hablaba del cliente (Will) como si de hecho fuera su propio cliente, y que si bien recurría a la teoría para explicar lo que decía, se percibía un equilibrio entre la preocupación por los datos, y una "actitud empática" hacia la persona de la que se hablaba. Por otro lado, apreciaban que el terapeuta-formulador A

oscilaba entre expresarse con seguridad y precisión, y "tratar con mimo" el caso. Un equilibrio que no siempre era logrado, y eso producía momentos de pérdida de naturalidad.

En el caso B, los miembros del equipo coincidieron en apreciar que el terapeuta-formulador transmitía una actitud relativamente "paternalista". Por la cual, desde el principio "se permitía" presentar la información generada a partir del FG en forma de síntesis (por oposición a descripciones enumerativas) o de conjeturas acerca del cliente (por oposición a meras descripciones). En ese sentido, su manera de relacionarse con la tarea de contar el caso, mantenía un estilo menos inductivo (que consistiría en un seguimiento lineal del proceso para terminar generando explicaciones de los datos), y sí más deductivo. Quizá hablando desde una posición de experto para unos en el equipo, o quizá adoptando una posición de perspectiva superior para otros (o por utilizar una analogía con la literatura, desde la posición de narrador omnisciente).

En el equipo se llegó a un consenso interpretativo sobre lo que pudo haber causado este modo de formular. La utilidad de esta conjetura, advertimos, no es de tipo diagnóstico o de verdad, sino su potencial para dar qué pensar de cara a la revisión y perfeccionamiento del FG como instrumento de formulación. En síntesis, partiendo de las vivencias individuales al leer la FCG_B, y tras la discusión, acordaron que: "El terapeuta-formulador se había quedado impresionado y *enganchado* por algún aspecto emocional del caso, y en cierto modo, por momentos, se estaba hablando más a sí mismo que a una audiencia interesada entender el caso."

Por tanto, si bien esa lectura no es relevante por lo acertado de la interpretación, sí lo es por la cuestión de la que nos informa: el FG no es para nada inmune respecto a la posición emocional del formulador, cuya subjetividad no sólo se filtra inevitablemente, sino que puede llegar a tomar el control. Es más, es posible que el grado de detalle y de descripción de la experiencia de los clientes con los que el FG fuerza a trabajar, sean en sí mismos factores de estimulación emocional relevantes. Un asunto que, de nuevo, nos lleva al tema del perfeccionamiento del FG con algún tipo de control.

En esta ocasión, al comparar los casos, lo que hemos obtenido es una desconfirmación del patrón de los datos encontrado en el primero de ellos. Es decir, se pluralizan los modos en los que las personas se relacionan con la tarea mediada por el FG, de modo que lo que se confirma es la necesidad de introducir cautelas básicas respecto a su uso, que bien podrían traducirse en los controles de los que venimos hablando, o también en una opción convencida por la formación en este tipo de tareas.

6. ¿Cuál es la experiencia personal y subjetiva de los terapeutas-formuladores participantes en el estudio, respecto al uso del FG?

Nos pareció interesante completar los casos con la perspectiva de los terapeutas-formuladores, por lo cual, al día siguiente de construir la FCG se les pidió que respondieran al *Cuestionario post-formulación del FG*. Como explicábamos en la sección sobre materiales del estudio, es una herramienta de reflexión sobre la experiencia de utilizar el FG, compuesta por siete preguntas relativas al tipo de texto que el terapeuta-formulador cree haber producido (Apéndice XII). Tanto A como B respondieron diligentemente y llama la atención la alta coincidencia en sus respuestas, que puede sintetizarse del siguiente modo (Tabla 93):

- 1) Ambos creen haber producido un texto que muestra a un formulador motivado, que trabaja con brío utilizando el FG.
- 2) Los dos dudan respecto a que su formulación transmita la lógica de algún modelo de formulación, que permita producir un texto integrado y que fluya, y prefieren situarse en una conservadora posición intermedia. Quizá sea una cuestión de modestia respecto a sus propias producciones.
- 3) Ambos se escoran hacia la creencia de haber producido un texto reflexivo, que muestra cómo el formulador se hace preguntas y las usa para generar un texto vivo y evocador. Algo que fue percibido diferencialmente por los evaluadores del equipo
- 4) Lo mismo sucede con la apreciación que ambos hacen, por la cual creen haber creado una formulación que expresa preocupación y respeto por el cliente.
- 5) Respecto a la percepción que tienen de haber creado un texto que refleja un trabajo concienzudo y personal, y consigue generar nuevas *gestales* o *insights* acerca del caso que permiten comprender mejor al cliente (texto profundo), las puntuaciones discrepan más intensamente: para A es un logro moderado, mientras que para B es un logro más bien evidente.
- 6) En lo que se refiere a la claridad del texto (ágil de leer, claro y bien estructurado, en el que es fácil orientarse y hacerse una idea del proceso terapéutico seguido), ambos formuladores perciben que su texto es más claro que confuso.
- 7) Curiosamente tanto A como B consideran que su formulación es tan solo moderadamente explicativa.

El hecho de que las autovaloraciones se sitúen en el lado izquierdo de la escala, nos hace pensar que el FG ha sido de utilidad para los terapeutas-formuladores, sin embargo, no

sabemos cuánto más a la izquierda se podrían emplazar, si por ejemplo hubieran recibido una formación en su uso, o si la herramienta mejorara en forma o contenido.

Para cerrar este análisis, tomaremos en consideración las valoraciones retrospectivas que ambos terapeutas-formuladores hicieron cuando, dos semana después de participar en el estudio, se les hizo la siguiente pregunta: "¿Cómo recuerdas tu experiencia de utilizar el *Formato Guía* para escribir la formulación del caso de Will?"

Tabla 93
 Comparativa de las respuestas de los formuladores A y B en el *Cuestionario post-formulación del FG*

		1								
		1	2	3	4	5	6	7		
Muestra MOTIVACIÓN: El texto es reflejo de un formulador motivado por producir una buena FCG (representativa e informativa) - Refleja a alguien que <i>trabaja con brío</i> aplicando el FG.		1	2	3	4	5	6	7	Muestra DESMOTIVACIÓN: El texto es reflejo de un formulador motivado desmotivado por producir una buena FCG (representativa e informativa) - Refleja cómo <i>el trabajo se le vuelve cuesta arriba</i> .	
		1	2	3	4	5	6	7		
Muestra INTEGRACIÓN: La formulación transmite la lógica de algún modelo de formulación, de modo que resulta un texto integrado, en el que el relato que explica el caso, evoluciona fluidamente.		1	2	3	4	5	6	7	Muestra DESINTEGRACIÓN La formulación no trasmite la lógica ni las categorías de ningún modelo. La sensación es que se trata de un conjunto de afirmaciones inconexas que no forman un relato explicativo fluido.	
		1	2	3	4	5	6	7		
Texto REFLEXIVO El texto muestra cómo el formulador se hace preguntas sobre el caso, y las usa para reflexionar y generar un texto vivo y evocador, que resulta interesante.		1	2	3	4	5	6	7	Texto ANODINO El texto muestra cómo el formulador más bien enumera datos sobre el caso de manera rutinaria, produciendo así, un texto plano y anodino, que resulta aburrido.	
		1	2	3	4	5	6	7		
Muestra PREOCUPACIÓN El texto muestra cómo el formulador habla del cliente de un modo afectuoso y respetuoso, que expresa cuidado por la persona singular que es cliente.		1	2	3	4	5	6	7	Muestra DISTANCIAMIENTO El texto muestra cómo el formulador habla del cliente de un modo frío y abstracto, que expresa distancia respecto la persona singular que es el cliente.	
		1	2	3	4	5	6	7		
Texto PROFUNDO El texto refleja un trabajo concienzudo y personal, y consigue generar nuevas gestales o insights acerca del caso (síntesis frescas a partir de la información recogida), que permiten alcanzar un mayor nivel de comprensión sobre la persona del cliente.		1	2	3	4	5	6	7	Texto SUPERFICIAL El texto refleja un trabajo mecanizado e impersonal, por el cual los párrafos son meros resúmenes de los datos del caso, que no aportan nada en términos de insight ni mueven a un mayor nivel de comprensión de la persona del cliente.	
		1	2	3	4	5	6	7		
Texto CLARO Es un texto ágil de leer, claro y bien estructurado, en el que es fácil orientarse y hacerse una idea del proceso terapéutico seguido, así como de sus resultados.		1	2	3	4	5	6	7	Texto CONFUSO ES un texto incómodo de leer, por confuso y poco estructurado, en el que cuesta orientarse y hacerse una idea del proceso terapéutico seguido, así como de sus resultados.	
		1	2	3	4	5	6	7		
Texto EXPLICATIVO Es un texto con alto poder explicativo (los procesos de cambio se hacen transparentes y se puede aprender del caso o sacar conclusiones).		1	2	3	4	5	6	7	Texto DESCRIPTIVO Es un texto inconexo y meramente descriptivo (los procesos de cambio no son evidentes y es difícil aprender algo del caso o sacar conclusiones).	
		1	2	3	4	5	6	7		

En la Tabla 94 se reproducen las dos respuestas, en las que hemos puesto en negrita los aspectos que los informantes consideran más positivos, y hemos subrayado los que afirman haber vivido como más negativos. Lo que nos parece más importante de estas respuestas es que para el terapeuta-formulador A, la experiencia de trabajo combinó AYUDA (uso intuitivo apoyado en los epígrafes del FG) con DIFICULTAD (lo relativamente *tedioso* de la multiplicidad de información que propone gestionar el instrumento). Este patrón de experiencia *ayuda-dificultad* se repite en el terapeuta-formulador B, aunque con matices: su valoración de cómo le AYUDA el FG tiene más que ver con que le aporta una estructura que guía la reflexión, y la experiencia de DIFICULTAD tenía que ver más con la *complejidad de la síntesis*, que la multiplicidad de preguntas exigía.

Estas diferencias pueden explicar parcialmente, al menos, las diferencias de uso de la herramienta, y ponen de relieve lo importante de la formación para su uso, ya que no se puede hacer equivalente el tener conocimientos sobre la TFE con saber producir una FCG usando el FG. Por ejemplo, un formulador entrenado utilizaría los epígrafes de las pistas y de los bloques para hacer zoom sobre determinados temas, unas veces "hacia dentro", entrando en el detalle (y para eso utilizaría las categorías clínicas conceptuales y sus preguntas de una en una), mientras que en otras ocasiones haría zoom "hacia afuera" (y para eso sintetizaría las respuestas a varias categorías en una frase que sirviera para crear perspectiva).

Por otra parte, aunque sea asistido por una herramienta, el trabajo de crear una buena FCG no es necesariamente fácil, y como apunte de experiencia personal, el autor de este trabajo puede referir la suya propia practicando con el FG para crear la FCG_{BENCHAMRK}:

"No sólo fue un trabajo fatigoso al tratar de hacerlo con espero para crear un referente de alta calidad, sino que pude experimentar cómo la herramienta ayuda a trabajar duro, y no quita trabajo, sino que lo da, aunque de una manera ordenada. Por otra parte, mi experiencia ha sido que, cuando uno lo usa reflexivamente (bien sea por su motivación didáctica o por la responsabilidad de preparar la herramienta para la investigación), es decir, tratando de aprender sobre la propia tarea y no solo de resolverla, aprende. Algo que, por otra parte, es común al desarrollo de cualquier competencia profesional, más aún en un campo como la Psicoterapia."

Tabla 94

Comparativa de las respuestas de los formuladores A y B en el *Cuestionario post-formulación del FG*

Terapeuta- Formulator A	Terapeuta- Formulator B
<p>Mi experiencia al usar el texto fue muy intuitiva ya que los enunciados facilitaban mucho la descripción.</p>	<p>Por una parte la guía ofrece estructura y facilita reflexionar sobre los hitos clave a la hora de generar el relato en la FC.</p>
<p><u>Los lados menos buenos serían su gran extensión y a veces sensación de que se repetían las cosas.</u></p>	<p>Ayuda a poder pensar antes de sintetizar sin perder información relevante.</p> <p>Ayuda a saber qué incluir y que no.</p> <p><u>Por otro y solo en algunas partes la sensación es que había demasiadas preguntas que hacían alusión a lo mismo y se hacía algo tedioso.</u></p> <p>Mi sensación global fue buena aunque en algunos momentos, la cantidad de información a integrar al final del proceso era tanta que <u>se hacía complicada la síntesis.</u></p>

7. Conclusiones finales

Aunque el trabajo de Goldman y Greenberg (2014) sobre FC en TFE -publicado por la APA- es el hito y el marco de referencia prácticamente absoluto sobre el tema, creemos haber realizado, no obstante, una serie de contribuciones que han hecho que el esfuerzo mereciera la pena. Algunas son más sólidas que otras, y utilizando una metáfora cartográfica, podríamos decir lo siguiente:

Por un lado, hemos realizado una larga navegación de cabotaje, manteniéndonos cerca de la costa para conseguir trazar la silueta de un vasto territorio, del que, como sucedía a los navegantes antiguos, no disponíamos de una visión global. La ventaja de esto es obtener una visión de conjunto, en la cual, la forma deja de ser solo intuida, para convertirse en un referente, en un mapa en el que situarnos y sobre el que marcar nuevos rumbos. No obstante, el peligro o el coste de este tipo de navegación es la pérdida de profundidad y detalle, problema que aqueja sin duda a alguna de las partes de este trabajo.

Por otro, creemos haber desembarcado en alguna playa, y haber hecho incursiones en profundidad en el extenso territorio de la FC en TFE. Hemos hecho hallazgos, pero como sucedía a muchos exploradores, "casi morimos en el intento." Otras veces, el tesoro encontrado es tan pesado, que uno solo no puede volver con él hasta el barco, y no le queda más remedio que ir desprendiéndose de partes valiosas por el camino. Esa es también nuestra sensación. Por ejemplo, nos habría gustado transformar la nomenclatura de las categorías clínicas conceptuales del *Formato Guía* (FG) en un sistema de codificación. Gran parte de ese tesoro, al menos del que hemos logrado embarcar, creemos que son los materiales de evaluación de la calidad, la adecuación, la similitud, etc. de las producciones de formulación, que tienen un uso formativo y de investigación aún por explotar.

Sin embargo, también nos queda la satisfacción de haber cartografiado con cierto detalle territorios nuevos como el de las Formulaciones de Caso Globales (FCG), y creemos que las versiones mejoradas del FG podrán dar juego en el proyecto universitario y académico orientado a generar evidencias sobre el funcionamiento de la terapia, mediante la FC en TFE. Además, haber incorporado una metodología consolidada de investigación de la precisión empática, como la desarrollada por Ickes (2005), al repertorio de recursos de investigación en TFE, constituye un punto de referencia que situar en el mapa. Quizá no a mucha altura, debido a las limitaciones metodológica por las que se

puede criticar a este trabajo (especialmente en lo relativo a la corrección de las ejecuciones de los participantes, y a la falta de un índice de acuerdo más confiable que el del mero porcentaje, como sería el índice *Kappa* de Cohen), pero sí bien centrado y a la vista, para que pueda servir de referente y orientación a futuras investigaciones en este campo.

Complementariamente, hemos observado cómo el mapa -como sucede con los modernos sistemas de información geográfica-, posee varias capas. De ese modo un mapa "a la antigua" ya no es suficiente, y es necesario introducir en la consideración del aprendizaje, el entrenamiento y el desarrollo de las competencias de FC en TFE, variables transversales que vayan más allá de los contenidos y del ensayo y el modelado. Nos referimos por ejemplo a las expectativas de autoeficacia, que se combinan con el conocimiento previo en TFE a la hora de predecir el rendimiento global en formulación en proceso, y muy probablemente en las habilidades de razonamiento abductivo. O a determinados aspectos de la empatía autopercebida, como la capacidad para adoptar perspectivas, que de nuevo combinada con el conocimiento previo sobre TFE, parece poder predecir los rendimientos en diagnóstico de emoción. O también a la dimensión Comprensión Emocional dentro de la IE, que igualmente asociada al conocimiento previo del modelo, fue capaz de predecir el rendimiento en el diagnóstico de marcadores de tarea.

Una contribución para la que nos sentíamos especialmente motivados fue el desarrollo del concepto y del modelo teórico de las Intenciones Epistemológicas en FC. No se trata precisamente de una reflexión a vuelapluma, sino que es el resultado de "haber viajado " y de haber pisado muchos puertos. Nos referimos a la posibilidad, no solo de haber leído, sino de haber conversado con figuras líderes en la investigación en Psicoterapia. Gracias por ejemplo a la Beca FPU de la Universidad Pontificia Comillas, viajar hasta las fuentes del conocimiento, acudir a congresos y hacerse miembro de sociedades científicas y profesionales en las que las conversaciones tocan los temas palpitantes del área, se convirtió en parte de la identidad personal del autor del trabajo, y esperamos que esa experiencia quede aquí vertida de alguna manera. Así pues, el agradecimiento por los aprendizajes que le ponen a uno en la situación de "tener algo que decir" (en este caso desde una epistemología crítica en psicoterapia y FC), se hace extensivo a todas esas personas y a la Universidad.

Para terminar, además de tener en mente -en forma de una sensación sentida que va ganando en claridad- a todos aquellos que de una manera o de otra han contribuido a llevar adelante este proyecto, nos gustaría plantear una última aplicación de la metáfora cartográfica, que nos sirve para elaborar estas breves conclusiones: el reto histórico de la cartografía, el empeño que más quebraderos de cabeza ha producido en la historia de esta disciplina, es el intento de generar una representación bidimensional de lo que en realidad es una esfera. Lo cual produce, inevitablemente,

una serie de deformaciones. Cerramos así con un gesto de humildad, personal y científica, pensando en qué medida todo lo producido es quizá válido y como cualquier mapa, más o menos preciso, pero no deja de proyectar una imagen deformada de lo que quiera que sean, en realidad, los procesos de FC en TFE, en todos sus órdenes.

Esperamos no obstante que la deformación no sea excesiva, y que por ser fiel al tamaño de algunos continentes no hayamos perdido mucho en la forma, y viceversa. Al menos nos queda la esperanza de que para el lector, el terreno de la FC en TFE se haya hecho, al llegar a este punto, más fácilmente transitable, sepa dónde está cada cosa importante, le resulte interesante para visitar, y lo más valioso: le ayude a mantener el Norte, el cual no es otro, en este campo, que el de tratar de servir de mejor y más ayuda a las personas que acuden a terapia.

8. Referencias

- Abbas, M., Walton, R., Johnson, A. & Chikoore, M. (2012). Evaluation of teaching an integrated case formulation approach on the quality of case formulations: randomised controlled trial. *The Psychiatrist*, 36, 140-145.
- Adelman, R. W., Castonguay, L. G., Kraus, D. R. & Zack, S. E. (2015). Conducting research and collaborating with researchers: The experience of clinicians in a residential treatment center, *Psychotherapy Research*, 25(1), 108-120
- Al-Darmaki, F. R. (2004). Counselor training, anxiety, and counselling self-efficacy: Implications for training of psychology students from the United Arab Emirates University. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 32(5), 429–440.
- Al-Darmaki, F. R. (2005). Counselling Self-Efficacy and its relationship to anxiety and problem-solving in United Arab Emirates. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27(2), 323-335.
- Allen, L. K., Snow, E. L. & McNamara, D. S. (2016). The Narrative Waltz: The role of flexibility in writing proficiency. *Journal of Educational Psychology*, 108(7), 911–924.
- Álvarez, C. & San Fabián, J. L. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gaceta de Antropología*, 28(1), artículo 14. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/20644>.
- American Psychological Association (2007). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. (Video) Washington, DC: American Psychological Association.
- Angus, L. & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, 35(2), 190-203.
- Angus, L. E. & Greenberg, L. S. (2011). *Working with narrative in Emotion-Focused Therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: APA Books.
- Angus, L. E. & McLeod, J. (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 3–14). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Angus, L. E., Lewin, J., Bouffard, B. & Rotondi-Trevisan, D. (2004). “What is the story?” Working with narrative in Experiential Psychotherapy. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of Narrative Psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 87-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Angus, L., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The Narrative Processes Coding System: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1255-1270.
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K. & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330-347
- Araci, D. & Clarke, I. (2016): Investigating the efficacy of a whole team, psychologically informed, acute mental health service approach. *Journal of Mental Health*, Early Online: 1–5.
- Aston, R. (2009). A literature review exploring the efficacy of case formulation in clinical practice. What are the themes and pertinent issues? *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(2), 63–74.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.

- Avila, A. y Poch, J. (1998). *Investigación en Psicoterapia: La contribución psicoanalítica*. Paidós, Barcelona.
- Babbie, E. (1996). *Manual para la práctica de la investigación social*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Baer, S. (2004). *Case formulation quality as a predictor of psychotherapy treatment response*. Doctoral Dissertation. Marquette University, Milwaukee, WI.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2006). Guide for creating self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307-337). Greenwich: Information Age Publishing.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Barkham, M., Hardy, G. E. & Mellor-Clark, J. (Eds.) (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. Chichester: Wiley.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., and Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6(1), 3-15.
- Barraza, A. (2007). La consulta a expertos como estrategia para la recolección de evidencias de validez basadas en el contenido. *Investigación Educativa Duranguense*, 7, 5-14.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapy response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, 1-33.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counselling Psychology*, 28, 91-100.
- Bedwell, S. (2003). *Emotional Judgment Inventory (EJI): Administration and technical manual*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing, Inc.
- Berman, P. S. (2010). *Case conceptualization and treatment planning: Integrating theory with clinical practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bob, S. R. (1999). Narrative approaches to supervision and case formulation. *Psychotherapy*, 36, 146-153.
- Bohart, A. C. (2000). A passionate critique of empirically supported treatments and the provision of an alternative paradigm. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century: Advances in theory, research and practice* (pp. 258-277). Ros-on-Wye, Herefordshire, UK: PCCS Books.
- Bohart, A. C. et al. (1996). Experiencing, knowing, and change. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid, & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 199-211). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Bohart, A. C., O'Hara, M. & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8(2), 141-157.
- Borkovec, T. D. (2004). Research in training clinics and practice research networks: A route to the integration of science and practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 211-215.

- Bruner, J. (2004). The narrative creation of self. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 3–14). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Buber, M. (1923/1970). *I and thou*. New York, NY: Touchstone.
- Caparrós, A. (1978). La psicología, ciencia multiparadigmática. *Anuario de Psicología*, 19, 79-110.
- Caro, C. (2005). El concepto de “auto-organización” en Psicoterapia Experiencial y de Proceso. *Miscelánea Comillas*, 63(123), 367-396.
- Caro, C. (2010, October). *Gestión del Conocimiento en Psicoterapia y psicoterapia de la gestión del conocimiento*. Paper presented at IV Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO), Barcelona, Spain.
- Caro, C. (2017). *El concepto de personalidad en el marco de la teoría humanista-experiencial y de la Terapia Focalizada en la Emoción*. Unpublished manuscript.
- Caro, C. (2017). *La Formulación de Caso en los programas del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria: Revisión de su presencia curricular, retos y oportunidades*. Manuscript submitted for publication.
- Caro, C. & Jódar, R. (2013). *Epistemological intentions in Case Formulation: An integrative review from an emotion-focused and process-experiential perspective*. 29th Annual Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI). Barcelona.
- Caro, C. & Montesano, A. (2016). Una mirada a la formulación de caso en psicoterapia: Introducción conceptual y perspectiva de futuro. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45.
- Caro, C., Jódar, R., Pitillas, C. & Núñez, J. P. (2008). CACEM: Un cuestionario abierto para la evaluación de la consciencia emocional-motivacional en psicoterapia. In I. Etxbarría et al. (Eds.), *Emoción y motivación, contribuciones actuales* (pp. 199-210). Astigarraga (Guipuzcoa): Ediciones de la Asociación Motivación y Emoción (AME).
- Caspar, F., Berger, T. & Hautle, I. (2004). The right view of your patient: A computer assisted, individualized module for psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 125-135.
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2008) Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13.
- Castonguay, L. et al. (2017). Clinicians’ prediction and recall of therapeutic interventions: A practice research network study. *Counselling Psychology Quarterly*. DOI: 10.1080/09515070.2017.1334628.
- Castonguay, L. G. & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25(1), 1-5.
- Castonguay, L. G., Youn, S. J., Xiao, H., Muran, J. C., & Barber, J. P. (2015). Building clinicians-researchers partnerships: Lessons from diverse natural settings and practice-oriented initiatives. *Psychotherapy Research*, 25(1), 166-184.
- Chadwick, P., Williams, C., & Mackenzie, J. (2003). Impact of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 671–680.
- Chase Gray, J. & Grant, A. (2005). Cognitive Behavioural Therapy: Helping the client find her voice. *Mental Health Practice*, 8, 34-37.

- Ciarrochi, J. & Mayer, J. D. (2007). The key ingredients of emotional intelligence interventions: Similarities and differences. In J. Ciarrochi & J. D. Mayer (Eds.), *Improving emotional intelligence: A practical guide* (pp. 144-156). Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Clarke, I. (2015). The emotion focused formulation approach: Bridging individual and team formulation. *Clinical Psychology Forum* (Special Issue: Team Formulation), (Extended online edition), 275, 27-32.
- Comer, J. S. & Kendall, P. C. (2013). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. Lambert, Bergin and Garfield's *handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 21-48). Joboken, NJ: John Willey & Sons.
- Constantine, M. G. (2001). Multicultural training, theoretical orientation, empathy, and multicultural case conceptualization ability in counselors. *Journal of Mental Health Counselling*, 23(4), 357-372.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261–288.
- Cooper, M. (2003). *Existential therapies*. London: Sage.
- Corbella, S. (2002) Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente. Tesis doctoral. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13, 3-21.
- Corrie, S. & Lane, D. A. (2010). *Constructing stories, telling tales: A guide to formulation in applied psychology*. London, UK: Karnac.
- Crespo, M., Bernaldo de Quirós., M., Roa, A., Gómez, M. M., Roa, R. (2012). *Guía de referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico*. Recuperado 18/06/2016, del sitio web del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid: <http://www.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/index.php>
- Crossley, S. A. & McNamara, D. S. (2016). Say more and be more coherent: How text elaboration and cohesion can increase writing quality. *Journal of Writing Research*, 7(3), 351-370.
- Curry, J. R. (2007). *An investigation on the relationship between counselling self-efficacy and counselor wellness among counselor education students*. Unpublished doctoral dissertation, University of Central Florida, Orlando, FL.
- Cushway, D. (2009). Reflective practice and humanistic psychology: The whole is more than the sum of the parts. In J. Stedmon & R. Dallos (Eds.), *Reflective practice in psychotherapy and counselling* (pp. 73-62). New York, NY: McGraw-Hill.
- Dattilio, F. M., Edwards, D. J. A. & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: Toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 427-441.
- de Vicente, A. & Berdullas, S. (2013). El debate mundial generado por el DSM-5. *Infocop*, 63, 12-13.
- Dekeyser, M. Elliott, R. & Leijssen, M. (2009). Empathy in psychotherapy: Dialogue and embodied understanding. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 113-124). Cambridge, MA: The MIT Press
- Dickerson V. (2010). Positioning oneself within an epistemology: Refining our thinking about integrative approaches. *Family Process*, 49(3), 349-68.

- Didonna, F. (Ed.) (2011). *Manual clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Dillon, F.R., & Worthington, R.I. (2003). The lesbian, gay, and bisexual affirmative counselling self-efficacy inventory (LGB-CSI): Development, validation, and training implications. *Journal of Counselling Psychology, 50*(2), 235-251.
- Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines for the use of psychological formulation*. Leicester, UK: The British Psychological Society.
- Division of Clinical Psychology (2013). *Classification of Behaviour and Experience in relation to Functional Psychiatric Diagnoses - Time for a Paradigm Shift. DCP Position Statement*. Leicester, UK: British Psychological Association.
- Dolhanty, J. & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-Focused Therapy in the treatment of eating disorders. *European Psychotherapy, 7*(1), 97-116.
- Dolhanty, J. & Greenberg, L. S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 336–382. doi: 10.1002/cpp.624
- Dufty, D. F., McNamara, D., Louwse, M., Cai, Z. & Graesser, A. C. (2004). automatic evaluation of aspects of document quality. In S. Tilley & S. Huang (Eds.), *Proceedings of the 22nd Annual International Conference on Design of Communication: The Engineering of Quality Documentation* (pp. 14-16). New York, NY: ACM Press.
- Easton, C., Martin, W. E. & Wilson, S. (2008). Emotional intelligence and implications for counselling self-efficacy: Phase II. *Counselor Education & Supervision, 47*(4), 218-232.
- Eells, T. D. & Lombart, K. G. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research, 13*(12), 187-204.
- Eells, T. D. & Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to Case Formulation. In P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation* (pp. 1-32). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Eells, T. D. & Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to Case Formulation. In P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation* (pp. 1-32). Chichester, RU: Wiley-Blackwell.
- Eells, T. D. (2007a). *Handbook of Case Formulation*. New York: Guilford Press.
- Eells, T. D. (2007b). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*(1), 35-54.
- Eells, T. D. (2009). Contemporary themes in Case Formulation. In P. Sturmey (Ed.), *Clinical Case Formulation: Varieties of approaches* (pp. 293-315). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Eells, T. D. (2011). What is an Evidence-Based Psychotherapy Case Formulation? *Psychotherapy Bulletin, 46*(2), 17-21.
- Eells, T. D. (2013). In support of Evidence-Based Case Formulation in Psychotherapy (From the perspective of a clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 9*(4), 457-467.
- Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy case formulation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Eells, T. D. (2016). Qué es una formulación de caso basada en la evidencia. *Revista de Psicoterapia, 27*(104), 47-57.
- Eells, T. D., Kendjelic, E. M. & Lucas, C. P. (1998). What is in a case formulation?: Development and use of a content coding manual. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*(2), 144-153.

- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C. & Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 579-589.
- Eells, T. D. & Lombart, K. G. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research, 13*(12), 187-204.
- Elkins, D. N. (2009). The medical model in psychotherapy: Its limitations and failures. *Journal of Humanistic Psychology, 49*(1), 66-84.
- Elliott R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy & behavior change* (pp. 493-539). New York, NY: John Wiley.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review, 9*, 443-468.
- Elliott, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research, 1*, 92-103.
- Elliott, R. (2001). Hermeneutic single-case efficacy design: an overview. In K. J. Schneider, J. Bugental and J. F. Pierson (Eds.), *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading edges in theory, research and practice* (351-360). Thousand Oaks, CA: Sage
- Elliott, R. (2002). *Process-experiential therapist evaluation form*. Toledo, OH: University of Toledo, Department of Psychology.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*(2), 123-135.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.) (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.
- Elliott, R. & Greenberg, L. S. (2017). Humanistic-Experiential Psychotherapy in practice: Emotion-Focused Therapy. In A. J. Consoli, L. E. Beutler & B. Bongar (Eds.), *Comprehensive textbook of Psychotherapy: Theory and practice* (pp.106-120). New York, NY: Oxford University Press.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. y Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. In M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 495-538). New York, NY: Wiley.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: APA Books.
- Escobar-Pérez, J. & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición, 6*(1), 27-36.
- Feixas, G. (2001). *La psicología de los constructos personales: Textos escogidos de George A. Kelly*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. (2004). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia, 56*, 107-112.
- Feixas, G. & Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl. L. A., Botella, L., Corbella, S. González, E., Bados, A., García-Grau, E. & López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia, 23*(89), 109-135.

- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(2), 284-298.
- Fishman, D. B. (2000). Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: Proposal for a new, electronic "Journal of Pragmatic Case Studies". *Prevention and Treatment*, 3, [online] Article, 8.
- Fishman, D. B. (2005). Editor's introduction to PCSP – From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1(1). Available at <http://pcsplibraries.rutgers.edu/index.phd/pcsp/article/view/855/2167>.
- Fishman, D. B. (2013). The pragmatic case study method for creating rigorous and systematic, practitioner-friendly research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, Module 4, Article 2, 403-425.
- Flinn, L., Braham, L. & Nair, R. D. (2015). How reliable are case formulations? A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 266–290.
- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships: Origins of communication, self and culture*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Fogel, A. (2001). A relational perspective on the development of self and emotion. In H. A. Bosma & E. S. Kunnen (Eds.), *Identity and emotion: Development through self-organization* (93-114). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fogel, A. (2008). Relationships that support human development. In A. Fogel, B. J. King, & S. Shanker (Eds.). *Human development in the 21st century: Visionary policy ideas from systems scientists*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fogel, A., de Koeber, I, Bellagamba, F & Bell, H. (2007). The dialogical self in the first two years of life. *Theory and Psychology*, 12(2), 191-205.
- Frankl, V. (2000). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Fransella, F., Bell, R. & Bannister, D. (2004). *A Manual for repertory grid technique*. Second Edition. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Freire, E., Elliott, R. & Westwell, G. (2013). Person Centred and Experiential Psychotherapy Scale (PCEPS): Development and reliability of an adherence/competence measure for person-centred and experiential psychotherapies. *Counselling and Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/14733145.2013.808682
- Friedlander, M. L. & Snyder, J. (1983). Trainees' expectations for the supervisory process: Testing a developmental model. *Counselor Education and Supervision*, 22(4), 343-348.
- García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.
- Garvey, A. & Fogel, A. (2007). Dialogical change processes, emotions, and the early emergence of self. *International Journal for Dialogical Science*, 2(1), 51-76.
- Gatica-Lara, F. & Uribarren-Berrueta, T. N. J. (2012). ¿Cómo elaborar una rúbrica? *Investigación en Educación Médica*, 2(1), 61-65.
- Geller, S. & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic Presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington: APA Books.
- Gendlin, E. T. (1966) Existentialism and Experiential Psychotherapy. In C. Moustakas (Ed.), *Existential child therapy* (pp. 70-94). New York: Basic Books.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York, NY: Guilford Press.

- Gendlin, E. T. (1997a). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Gendlin, E. T. (1997b). Los valores y el proceso experiencial. In C. Alemany, *Psicoterapia Experiencial y Focusing. La aportación de E. T. Gendlin* (pp. 95-99). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gesn, P. R. & Ickes, W. (1999). The development of meaning contexts for empathic accuracy: Channel and sequence effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 746-761.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia Centrada en la Compasión: Características distintivas*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Giorgi, A. (1970). *Psychology as a human science: A phenomenology based approach*. New York, NY: Harper & Row.
- Giorgi, A. (1992). The idea of human science. *Humanistic Psychologist*, 20(2), 119-135.
- Giorgi, A. (2000). Psychology as a human science revisited. *Journal of Humanistic Psychology*, 40(3), 56-73.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Adeline.
- Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in Emotion-Focused Therapy: Co-creating clinical maps for change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2015). *Case Formulation in Emotion-Focused Therapy: Co-creating clinical maps for change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. & Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 5-22
- Goldman, R. N., Watson, J. S., & Greenberg, L. S. (2011). Contrasting two clients in Emotion-Focused Therapy for depression 2: The Case of "Eloise," "It's like opening the windows and letting the fresh air come in." *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(2), 305-338. Available at http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal.
- Gonçalves, O. F. (1995). Hermeneutics, constructivism, and cognitive-behavioral therapies: From the object to the project. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 195-230). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gonçalves, O. F. (1999). Cognitive Narrative Psychotherapy: Research foundations. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1179-1191.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiencia*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. F. (2015). The counselor's wandering mind: Being empathic by default. *Counseling Today*, April, 12-15.
- Gonçalves, O., Korman, Y. & Angus, L. E. (2000). Constructing psychopathology from a Cognitive Narrative perspective. In R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.) *Constructions of Disorder* (pp. 265-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- González-Brignardello, M. P. (2016). La formulación de caso en supervisión clínica: Proceso colaborativo apoyado en mapas conceptuales. *Revista de Psicoterapia*, 20(104), 101-118.
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E. & Sterneberg, R. J. (2006). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington, DC: APA Books.

- Graesser, A. C., McNamara, D. S. & Louwerse, M. M. (2003). What readers need to learn in order to process coherence relations in narrative and expository text? In A. P. Sweet, C. E. Snow (Eds.), *Rethinking reading comprehension* (pp.82-98). New York, NY: Guilford Press.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gravetter, F., & Wallnau, L. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Green, D., & Latchford, G. (2012). *Maximising the benefits of psychotherapy: A practice-based evidence approach*. Chichester, RU: Wiley-Blackwell.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. (1997). *Working with emotion in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. (1984). A task analysis of intrapersonal conflict resolution. In L. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 67-123). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: a study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1467-80.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-Focused Therapy: Coaching clients to work through their emotions*. Washington, DC: APA Books.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17, 15-30.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A clinical synthesis. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32-42.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2014). Emotion-Focused Therapy. In L. S. Greenberg, N. McWilliams & A. Wenzel (Eds.), *Exploring three approaches to psychotherapy* (pp. 15-69). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Angus L. E. (2004). The contributions of emotion processes to narrative change in psychotherapy: A dialectical constructivist approach. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The Handbook of narrative and psychotherapy. Practice, Theory and research* (pp. 331-349). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Greenberg, L. S. & Angus, L. E. (2011). *Working with narrative in Emotion-Focused Therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Dolhanty, J. (2007). Emotion-Focused Therapy in the treatment of eating disorders. *European Psychotherapy*, 7(1), 97-116.
- Greenberg, L. S. & Elliott, R. (1997). Varieties of empathic responding. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 167-186). Washington, DC: American Psychological Association.

- Greenberg, L. S. & Elliott, R. (2012). Corrective experience from a humanistic-experiential perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 85-101). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Goldman, R. (2007). Case Formulation in Emotion-Focused Therapy. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Case Formulation*, (pp. 379-412). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-Focused Couples Therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. Washington, DC: American Psychological Association
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. (1986). When to evoke emotion and why: Process diagnosis in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 19-23.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, A. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why “the only way is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 169-191). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, J. (1997). Emotion in the creation of personal meaning. In M. Power & C. Brewin. *Transformation of meaning*, (pp. 157-174). London, UK: John Wiley.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, J. (2001). A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(3), 165-186.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. & Rushanski-Rosenberg, R. (2002). Therapist’s Experience of Empathy. In J. C. Watson, R. N. Goldman, & M. S. Warner (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century: Advances in theory, research and practice* (pp. 168-181). Ross-on Wye: PCCS Books.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. New York, NY: Guilford.
- Greenberg, L. S. & Tomescu, L. R. (2017). *Supervision essentials for Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2005). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R. & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380-384.
- Green, D. & Latchford, G. (2012). *Maximizing the benefits of psychotherapy: Emotional intelligence and your success. A practice-based approach*. Oxford, UK: John Willey & Sons.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1990). Can there be a human science? Constructivism as an alternative. In D. J. Cain (Ed.), *Classics in the Person-Centered Approach* (pp. 323-338). Ros-on-Wye, Herefordshire, UK: PCCS Books.
- Gündüz, B. (2012). Self-Efficacy and burnout in professional school counselors. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 12(3), 1761-17-67.

- Haarhoff, B. A. (2008). *The map, the navigator, and the explorer: evaluating the content and quality of CBT case conceptualisations and the role of self-practice/self-reflection as a training intervention*. Unpublished doctoral dissertation, Massey University, Auckland, New Zealand.
- Haarhoff, B. A. Flett, R. A. & Gibson, K. L. (2011). Evaluating the content and quality of cognitive-behavioural therapy case conceptualizations. *New Zealand Journal of Psychotherapy*, 40(3), 104-114.
- Hallam, R. (2013). *Individual Case Formulation. Practical resources for the mental health professional*. Oxford, UK: Academic Press.
- Halpin, E., Kugathasan, V., Hulbert, C., Alvarez-Jimenez, M., & Bendall, S. (2016). Case Formulation in Young People with Post-Traumatic Stress Disorder and First-Episode Psychosis. *Journal of Clinical Medicine*, 5(11), 106.
- Hanson, M. (2006). *Counselor self-efficacy: Supervision contributions, impact on performance, and mediation of the relationship between supervision and performance*. Unpublished doctoral dissertation, Southern Illinois University, Carbondale, US.
- Harper, D. & Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating 'formulation.' *Clinical Psychology*, 25, 6–10.
- Hart, S., Sturmey, P. Logan, C & McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 118-126.
- Hendricks, M. (2002). Experiencing level as a therapeutic variable. In D. J. Cain (Ed.) *Classics in the Person-Centered Approach: The best of the Person-Centered Review* (71-83). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Hendricks, M. N. (2006) Focusing-oriented/experiential psychotherapy. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 221-251). Washington, DC: American Psychological Association.
- Henton, I. (2012). Practice-based research and counselling psychology: A critical review and proposal. *Counselling Psychology Review*, 27(3), 11-28.
- Heppner, P. P., Wampold, B. E. & Kivlighan, D. M. (2008). *Research design in counselling*. Belmont, CA: Thomson.
- Hervás, G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research: An update. *Journal of Counselling Psychology*, 52(2), 196-205.
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M. & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counselling Psychologist*, 45(1), 7-53.
- Hodges S. & Wegner, D. M. (1997). Automatic and controlled empathy. In: W. J. Ickes (Ed.) *Empathic accuracy* (pp. 311-339). New York: Guilford.
- Holloway, E. L., & Wolleat, P. L. (1980). Relationship of counselor conceptual level to clinical hypothesis formation. *Journal of Counselling Psychology*, 27, 539-545.
- Holzman, L. (2013). "Vygotskian-izing" Psychotherapy. *Mind, Culture, and Activity*, 21(3), 184-199.
- Honos-Webb, L., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counselling Psychology*, 50(2), 189–198.
- Ickes, W. (1993). Empathic accuracy. *Journal of Personality*, 61, 587-610.

- Ickes, W. (2001). Measuring empathic accuracy. In J. A. Hall & F. J. Bernieri (Eds.), *Interpersonal sensitivity: Theory and measurement* (pp. 219–241). Mahwah, NJ: Erlbaum .
- Ickes, W. (2003). *Every day mindreading: Understanding what other people think and feel*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Ickes, W. (2009). Empathic accuracy: Its links to Clinical, Cognitive, Developmental, Social, and Pshysiological Psychology. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 57-70). Cambridge, MA: The MIT Press
- Ingram, B. L. (2006). *Clinical case formulations: Matching the integrative treatment plan to the client*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Jarry, J. L., & Paivio, S. C. (2006). Emotion-Focused Therapy for anger. In E. L. Feindler (Ed.) *Anger related disorders: A practitioner's guide to comparative treatments* (pp. 203-229). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Johnstone, L. & Dallos, R. (Eds.) (2014). *Formulation in Psychology: Making sense of people's problems* (2ª Ed.). Hove, RU: Routledge.
- Johnstone, L. & Dallos, R., (Eds.) (2014). *Formulation in psychology and psychotherapy: making sense of people's problems*. London: Routledge.
- Johnstone, L. (2006) Controversies and debates about formulation. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: making sense of people's problems* (pp. 260-289). Hove, RU: Routledge.
- Johnstone, L. (2014). Using formulation in teams. In L. Johnstone, L. & Dallos, R., (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: making sense of people's problems* (pp. 216-242). London: Routledge.
- Johnstone, L. (2014, August). *Formulation: The radical alternative to psychiatric diagnosis*. Paper presented at the Global Summit on Diagnostic Alternatives, Society for Humanistic Psychology, Washington, DC, EEUU.
- Johnstone, L. (2015). Editorial. *Clinical Psychology Forum* (Special Issue: Team Formulation), (Extended line edition), 275, 1-2.
- Johnstone, L. & Dallos, R. (Eds.) (2017). *La formulación en la psicología y la psicoterapia: Dando sentido a los problemas de la gente*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kaplowitz, M.J., Safran, J.D., & Muran, C.J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 199(2), 74-84.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kelly GA (1955/1991). *The psychology of personal constructs*. Vol. I, II. (2nd printing), New York, NY: Routledge.
- Kendjelic, K. M. & Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy*, 44(1), 66-77.
- Kahlon, S., Neal, A., & Patterson, T. G. (2014). Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *Cognitive Behaviour Therapist*, 7(8), 1-15.
- Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T. & Kiesler, D. J. (1969). *The Experiencing Scale: A research and training manual* (Vol. 1). Madison, WI: Wisconsin Psychiatric Institute.
- Klein, M. J. & Elliott, J. (2006). Client accounts of personal change in Process-Experiential psychotherapy: A methodological pluralistic approach. *Psychotherapy Research*, 16, 91-105.

- Koerner, K. & Castonguay, L. G. (2015). Practice-oriented research: What it takes to do collaborative research in private practice. *Psychotherapy Research*, 25(1), 67-83.
- Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M. & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behavioral Research and Therapy*, 43(9), 1187-1201.
- Kuyken, W., Padesky, C. A. & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clientes in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford.
- Lafrance Robinson, A., Dolhanty, J. & Greenberg, L. S. (2013). Emotion-Focused Family Therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129) New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G.E., Walker, P.A. & Zeitlin, S. B. (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 124-34.
- Larson, L. M., Suzuki, L. A., Gillespie, K. N., Potenza, M. T., Bechtel, M. A. & Toulouse, A. L. (1992). Development and validation of the Counselling Self-Estimate Inventory. *Journal of Counselling Psychology*, 39(1), 105-120.
- Larson, L., & Daniels, J. (1998). Review of the counselling self-efficacy literature. *The Counselling Psychologist*, 26(2), 179-218.
- Lautherbach, W. & Newman, C. F. (1999). Computerized intrapersonal conflict assessment in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(5), 357-374.
- Leeds, A. M. (2013). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11(3), 311-330.
- Lent, R. W., Hill, C. E. & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of Counselling Psychology*, 50(1), 97–108.
- Lepper, G. & Riding, N. (2006). *Researching the psychotherapy process: A practical guide to transcript-based methods*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Liese, B. S., & Esterline, K. M. (2015). Concept mapping: A supervision strategy for introducing case conceptualization skills to novice therapists. *Psychotherapy*, 52(2), 190-194.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I. & Abad, F. J. (2008). TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva. Madrid: TEA Ediciones, SA.
- Lorence, D. W. (2009). *Counselling self-efficacy in practicum students: Contributions of supervision*. Doctoral Dissertation, The Pennsylvania State University: Pennsylvania, US.
- Louwerse, M. M. (2004). Un modelo conciso de cohesión en el texto y coherencia en la comprensión. *Revista Signos*, 37(56), 41-58.

- Louwerse, M. & Graesser, A. (2006). Macrostructure. In E. K. Brown (Ed.), *Encyclopedia of language and linguistics* (pp. 426-429). Amsterdam: Elsevier.
- Louwerse, M. & Jeuniaux, P. (2009). Computational psycholinguistic techniques to measure cohesion in discourse. In J. Renkema (Ed.), *Discourse of course* (pp. 213-226). Amsterdam: Benjamins.
- Macran, S., Stiles, B. F. & Smith, J. A. (1999). How does personal therapy affect therapist's practice? *Journal of Counselling Psychology*, 46(4), 419-431.
- Mahoney, M. J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process: Current issues and future directions* (pp. 157-180). New York: Plenum Press.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy: A practical guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Mahrer, A. R. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research: Rationale, aims, and methods. *American Psychologist*, 43, 694 –703.
- Mahrer, A. R., & Boulet, D. B. (1999). How to do discovery-oriented psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1481–1493.
- Marangoni, C., Garcia, S., Ickes, W., & Teng, G. (1995). Empathic accuracy in a clinically relevant setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 854-869 .
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clarck, J. M., Audin, K. & Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clarck, J. M., Audin, K. & Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Martin, W. E., Easton, C., Wilson, S., Takemoto, M. & Sullivan, S. (2004). Salience of motional Intelligence as a core Characteristic of being a counselor. *Counselor Education and Supervision*, 44(1), 17–30.
- Mateu, C., Campillo, C., González, R. & Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 1-18.
- May, R. (1967/2000). *El dilema del hombre: Respuestas a los problemas del amor y de la angustia*. Barcelona: Gedisa.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test - User's Manual*. Toronto, ON: MHS.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(3), 503-517.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2009). *Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso - Manual*. Madrid: TEA.
- Mayfield, W. A., Kardash, C. M. & Kivlighan, D. M. (1999). Differences in experienced and novice counselors' knowledge structures about clients: Implications for case conceptualization. *Journal of Counselling Psychology*, 46(4), 504-514.

- McAdams, D. P & Janis, L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 159–173). Thousand Oaks, CA: Sage.
- McAleavey, A. A., Lockard, A. J., Castonguay, L. G., Hayes, J. A., & Locke, B. D. (2015). Building a practice research network: Obstacles faced and lessons learned at the center for collegiate mental health. *Psychotherapy Research*, 25(1), 134-151.
- McClelland, L. (2014). Reformulating the impact of social inequalities: Power and social justice. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in Psychology and Psychotherapy* (pp. 121-144). New York, NY: Routledge.
- McLeod, J. (2003). *Doing counselling research* (2ª Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- McLeod, J. (2010). *Case study research in Counselling and Psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McLeod, J. (2013). Increasing the rigor of case study evidence in therapy research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, Module 4, Article 1, 382-402.
- McLeod, R., Elliott, R., & Rodgers, B. (2012). Process-experiential/emotion-focused therapy for social anxiety: A hermeneutic single-case efficacy design study. *Psychotherapy Research*, 22(1), 67-81.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2004). *La Terapia Centrada en la Persona hoy: nuevos avances en la teoría y en la práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525-543.
- Melchert, T., Hays, V., Wiljanen, L., & Kolocek, A. (1996). Testing models of counselor development with a measure of counselling self-efficacy. *Journal of Counselling and Development*, 74, 640-644.
- Melnick, J. & Nevis, S. M. (1992). Diagnosis: The struggle for a meaningful paradigm. In E. Nevis (Ed.), *Gestalt Therapy: Perspectives and applications* (pp. 57-77). New York: Gardner Press.
- Messer, S. B. (2001). Empirically supported treatments: What's a nonbehaviorist to do? In B. D. Slife, R. N. Williams & S. H. Barlow (Eds.), *Critical issues in psychotherapy: Translating new ideas into practice* (pp. 3-19). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miller, S. (2012, May 13). *Revolution in Swedish mental health practice: The cognitive behavioral therapy monopoly gives way*. Retrieved from <http://scottdmiller.com/icce/revolution-in-swedish-mental-healthpractice-the-cognitive-behavioral-therapy-monopoly-gives-way/>
- Minoudis P., Craissati J., Shaw J., McMurrin M., Freestone M., Chuan S. J., Leonard A. (2013). An evaluation of case formulation training and consultation with probation officers. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(4), 252-262.
- Mischel, W. & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective systems theory of personality: Reconceptualizing the invariances in personality and the role of situations. *Psychological Review*, 102(2), 246-268.
- Moskal, B. (2000). Scoring rubric development: Validity and reliability. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 7(3). Available online at: <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=7&n=3>.
- Mumma, G. H. (2011). Current issues in case formulation. In P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.), *Forensic case formulation*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

- Myers, M. W., & Hodges, S. D. (2009). Making it up and making do: Simulation, imagination and empathic accuracy. In K. Markman, W. Klein, & J. Suhr (Eds.), *The handbook of imagination and mental simulation* (pp. 281-294). New York: Psychology Press.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.) (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2010). *Evidence-based therapy relationships*. Module on SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Available at <http://www.nrepp.samhsa.gov/Norcross.aspx>
- O'Hara, D. J. (2012). Reconciling technical and practical knowledge in psychotherapy through Polanyi's tacit knowing. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 64-72.
- O'Brien, K.M., Heppner, M. J., Flores, L.Y. & Bikos, L.H. (1997). The Career Counselling Self-Efficiency Scale: Instrument development and training applications. *Journal of Counselling Psychology*, 44(1), 20-31.
- O'Hara, M. (2001). Emancipatory therapeutic practice for a new era. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental & J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of Humanistic Psychology: Leading edeges in theory, research, and practice* (pp. 473-489). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Padesky, C. A., Kuyken, W. & Dudley, R. (2010). *Collaborative Case Conceptualization Rating Scale & Coding Manual*. Unpublished manuscript (Version 5, July 19).
- Páez-Blarrina, M. P. & Gutiérrez-Martínez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.
- Page, A. C., Stritzke, W. G. K. & McLean, N. J. (2008). Toward science-informed supervision of clinical case formulation: a training model and supervision method. *The Australian Psychologist*, 43, 88-95.
- Pain C. M., Chadwick P., Abba N. (2008). Clients' experience of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 127-138.
- Paivio, S. & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy for complex trauma: An integrative approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pajares, F. (2002). Overview of social cognitive theory and of self-efficacy. Retrieved May 31, 2014, from <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>
- Paris, S. G., & Paris, A. H. (2001). Classroom applications of research on self-regulated learning. *Educational Psychologist*, 36, 89-101.
- Pascual-Leone, A. & Andreescu, C. (2013). Repurposing process measures to train psychotherapists: Training outcomes using a new approach. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(3), 210-219.
- Pascual-Leone, A., Gillespie, N. M., Orr, E. S. & Harrington, S. J. (2016). Measuring subtypes of emotion regulation: From broad behavioural skills to idiosyncratic meaning-making. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 203-216.
- Pascual-Leone, A. & Kramer, U. (2016). Developing emotion-based case formulations: A research-informed method. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1998
- Pascual-Leone, A. & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 527-542.

- Patel, N. (2011). Difference and power in supervision: The case of culture and racism. In I. Fleming & L. Steen (Eds.), *Supervision and clinical psychology: Theory, practice and perspectives*. New York, NY: Routledge.
- Peirce, C. S. (1931-1958). *Collected papers* (C. Hartshorne, P. Weiss & A. Burks, Eds., Vols. 1-8). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pérez, A. M. & Bermúdez, J. (2003). Modelos teóricos en psicología de la personalidad. In J. Bermúdez, A. M. Pérez & P. Sanjuán (Eds.), *Psicología de la personalidad* (Vol. 1) (pp. 61-91). Universidad Nacional de Educación a Distancia: Madrid.
- Pérez-Albéniz, A., de Paul, J., Etxeberría, J., Paz, M. & Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, *15*(2), 267-272.
- Poch, J. & Espada, A. (1998). *Investigación en psicoterapia: La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Polanyi, M. (2009). *The tacit dimension*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Polkinghorne, D. E. (2001). The self and humanistic psychology. In K. J. Schneider, J. F. Bugental, & J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research and practice* (pp. 81-99). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pos, A. E. (2014). Emotion focused therapy for avoidant personality disorder: Pragmatic considerations for working with experientially avoidant clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *44*(2), 127-139.
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *26*(1), 84-107.
- Rainforth, M. & Laurenson, M. (2014). A literature review of case formulation to inform mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*(3), 206-213.
- Rapley, M., Moncrieff, J. & Dillon, J. (2011). *De-medicalizing misery. Psychiatry, Psychology and the human condition*. Basingstoke, UK.: Palgrave-MacMillan.
- Reddy, Y. M. & Andrade, H. (2010). A review of rubric use in higher education. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, *35*(4), 435-448.
- Redhead, S., Johnstone L. & Nightingale J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *88*(4), 453-67.
- Rennie, D. L. & Toukmanian, S. G. (1992). Explanation in psychotherapy process research. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 235-251). Newbury Park, CA: Sage.
- Rennie, D. L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. In S. Toukmanian & D. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A.S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., Basto, I. & Salgado, J. (2016): Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases, *Psychotherapy Research*
- Rice, L. N. (1992). From naturalistic observation of psychotherapy process to micro theories of change. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches*, (pp. 1-21). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Rice, L. N., & Greenberg, L. (Eds.). (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
- Rice, L. N. & Kerr, G. P. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: a research handbook* (pp. 73-106). New York, NY: Guilford Press.
- Richert, A. J. (2002). The self narrative therapy: Thoughts from a humanistic/existential perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 77-104.
- Rieck, T. & Callahan, J. L. (2013). Emotional intelligence and psychotherapy outcomes in the training clinic. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(1), 42-52.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counselling Psychologist*, 5(2), 2-10.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95- 103.
- Rowan, J. (2001). Existential Analysis and Humanistic Psychotherapy. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental & J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of Humanistic Psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 447-464). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counselling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counselling Psychologist*, 39, 193–260.
- Safran, J. D. & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2^a ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Sarbin, T. R. (Ed.) (1986). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- Scaife, J. (2008). *Supervision in clinical practice: A practitioner's guide*. New York, NY: Routledge.
- Schaefer, A. (2014). Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52(3), 177-184.
- Schneider, K. J. (1998). Existential processes. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of Experiential Psychotherapy* (103-120). New York, NY: Guilford.
- Schneider, K. J. (2001). The revival of the romantic means a revival of psychology. In K.J. Schneider, J. F. T. Bugental, & J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice*, (pp.65-76). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Shahar, B. (2013). Emotion-Focused Therapy for the treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1853
- Sharpless, B. A. & Barber, J. P. (2009). A Conceptual and Empirical Review of the Meaning, Measurement, Development, and Teaching of Intervention Competence in Clinical Psychology. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 47-56.

- Sheu, H-B., & Lent, R.W. (2007). Development and initial validation of the multicultural counselling self-efficacy scale-Racial diversity form. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), 30-45.
- Silberschatz, G. (2005). An overview of research on contro-mastery theory. In S. Silberschatz (Ed.), *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy* (pp. 189-218). New York, NY: Routledge.
- Slife, B. D. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: The constraint of naturalism. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 44-83). New York, NY: Wiley.
- Slife, B. D., & Gantt, E. (1999). Methodological pluralism: A framework for psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1-13.
- Slife, B. D., Burchfield, C. & Hedges, D. (2010). Interpreting the "bilogization" of psychology. *Journal of Mind and Behavior*, 31(3-4), 165-177.
- Slife, B. D., Wiggins, B. J., & Graham, J. T. (2005). Avoiding an EST monopoly: Toward a pluralism of philosophies and methods. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 83-97.
- Sperry, L. (2010). *Highly effective therapy: Developing essential clinical competencies in counselling and psychotherapy*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Stenberg, R. J. & Grigorenko, E. L. (2001). Unified psychology. *American Psychologist*, 56(12), 1069-1079.
- Stiles, B. F. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(11), 1-21.
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38, 462- 465.
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press.
- Stiles, W. B. (2003). When is a case study scientific research? *Psychological Bulletin*, 38(1), 6-11.
- Stiles, W. B. (2007). Theory building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 7(2), 122-127.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86-91.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 521-543.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Lani, J.A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1213-1226.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquía: Editorial de la Universidad de Antioquía.
- Sung, Y. (2013). *A qualitative investigation of master group therapists' case conceptualization of group counselling*. Doctoral Dissertation, University of Minnesota, Minneapolis, MN.
- Talley, P. F., Strupp, H. H., & Butler, S.F. (1994). *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap*. New York, NY: Basic Books.
- Tate, K. A., Amatea, E. A. (2010). Exploring the process of case conceptualization: A review of the literature. *Wisconsin Counselling Journal*, 24, 10-21.

- Taylor, C. (1989). *Sources of self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, C. (1994). *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós/ICE de la Universidad de Barcelona.
- Teachman, B. A., Drabick, D. A., Hershenberg, R., Vivian, D., Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (2012). Bridging the gap between clinical research and clinical practice: Introduction to the special section. *Psychotherapy, 49*(2), 97-100.
- Timulak L. & Pascual-Leone, A. (2014). New developments for case conceptualization in Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 2*(6), 619-636.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research, 17*, 305-314.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(4), 421-447.
- Tomicic, A., Martínez, C., Chacón, L., & Reinoso, A. (2011). Patrones de cualidad vocal en psicoterapia: Desarrollo y estudio de confiabilidad de un sistema de codificación. *Psykhé, 20*(1), 77-93.
- Tomicic, A., Martínez, C., & Krause, M. (2015). The sound of change: A study of the psychotherapeutic process embodied in vocal expression. Laura Rice Ideas Revisited. *Psychotherapy Research, 25*(2), 263-276.
- Torre, J. C. (2008). Estrategias para potenciar la autoeficacia y la autorregulación en estudiantes universitarios. In L. Prieto Navarro (Coord.), *La enseñanza universitaria centrada en el aprendizaje*, (pp. 61-90). Barcelona: Octaedro-ICE de la Universidad de Barcelona.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Goodyear, R. K., & Lichtenberg, J. W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin, 50*(1), 7-13.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal. *American Psychologist, 69*, 218- 229.
- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counselling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago, IL: Aldine.
- Tsimopoulou, I. (2016). *Literature Review-Case Formulation*. LETC Upskilling Project, University of Birmingham. Unpublished manuscript.
- Valverde, J. & Ciudad, A. (2014). El uso de e-rúbricas para la evaluación de competencias en estudiantes universitarios. Estudio sobre fiabilidad del instrumento. *Revista de Docencia Universitaria, 12*(1), 49-79.
- Vanaerschot, G. (1997). Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 141-165). Washington, DC: American Psychological Association.
- Villegas, M. (1988). El análisis existencial: cuestiones de método". *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, 25*, 55-70.
- Villegas, M. (2005). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia, 63/64*, 59-132.
- Walker, R. (1983). La realización de estudios de casos en Educación. Ética, teoría y procedimientos. In W. B. Dockrell & D. Hamilton (Eds.), *Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa* (pp. 42-82). Madrid: Narcea.
- Wampold, B. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. (2ª Ed) New York, NY: Routledge.

- Wampold, B. E. & Freund, R. D. (1987) Use of multiple regression in counselling psychology research: A flexible data-analytic strategy. *Journal of Counselling Psychology*, 34(4), 372-382.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? Un update. *World Psychiatry*, 14, 270-277.
- Wan Marzuki et al., (2009). The Influence of counselling self-efficacy towards trainee counselor performance. *International Journal of Learning*, 16(8), 247-260.
- Wang, Y.-W. (2008). Qualitative research. In P. P. Heppner, D. M. Kivlighan, & B. E. Wampold. (Eds.), *Research design in counselling* (3rd ed., pp. 256–295). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Watkins, C. E. & Milne, D. L. (2014). *The Wiley international handbook of clinical supervision*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2008). *Case studies of Emotion-focused Therapy of Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2011). Contrasting two clients in Emotion-Focused Therapy for depression 1: The Case of "Tom," "Trapped in the tunnel." *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(2), 268-304. Available at http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal.
- Watson, J. C., Goldman, R., & Vanaerschot, G. (1998). Empathic: A post modern way of being. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *The handbook of experiential psychotherapy* (pp. 61-81). New York: Guilford.
- Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy*, 33, 262-274.
- Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2009). Empathic resonance: A neuroscience perspective. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 125-137). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety*. Washington, DC: American psychological Association.
- Weck, F., Bohn, C., Ginzburg, D.M. & Stangier, U. (2001). Treatment integrity: Implementation, assessment, evaluation, and correlations with outcome. *Verhaltenstherapie. Praxis, Forschung and Perspektiven*, 21, 99-107.
- Wendler, A. M. (2007). *Validation of the Addiction Counselling Self-Efficacy Scale (ACSES)*. Doctoral Dissertation. University of Missouri-Kansas City, Kansas City, MO.
- Wendt, D., & Slife, B. D. (2009). Recent calls for Jamesian pluralism in the natural and social sciences: Will psychology heed the call? *Journal of Mind and Behavior*, 30(3), 185-204.
- Weston-Sementelli, J. L., Allen, L. K & McNamara, D. S. (2016). Comprehension and writing strategy training improves performance on content-specific source-based writing tasks. *International Journal of Artificial Intelligence in Education*, Diciembre, 1-32.
- Whelton, W. J. & Greenberg, L. S. (2001). The self as a singular multiplicity: A process-experiential perspective. In J. C. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapy process* (87-130). Washington, DC: American Psychological Association.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Psidós.
- Williams, R. N. (2001). The biologization of psychotherapy: Understanding the nature of influence. In B. D. Slife, R. N. Williams & S. H. Barlow (Eds.), *Critical issues in psychotherapy: Translating new ideas into practice* (pp. 51-67). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin, R. (1989). *Case Study Research. Design and Methods*. London, UK: SAGE.

Yin, R. (2003). *Applications of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

9. Apéndices

Índice de apéndices

- I. Consentimiento informado
- II. Formulario de datos socio-demográficos
- III. Ejercicio de formulación para producir la Secuencia de Formulación Multipista
- IV. *Benchmark* de la SFMP para el ejercicio de formulación en proceso
- V. *Benchmark* del MENSIT de la tarea de formulación
- VI. Escala de Expectativas de Autoeficacia frente a la FC (EA-FC)
- VII. *Rúbrica de Evaluación de la Adecuación de las FF* en TFE (REA-FF).
- VIII. *Formato Guía* para a elaboración de Formulaciones de Caso Globales en TFE.
- IX. Manual de uso del *Formato Guía* para a elaboración de Formulaciones de Caso Globales en TFE.
- X. *Escala de Similitud* de Formulaciones de Caso Globales en TFE.
- XI. Ejercicio de comparación entre Formulaciones de Caso Globales para la validación de la *Escala de Similitud*.
- XII. Instrucciones del ejercicio de prueba de la *Rúbrica de Calidad de Formulaciones de Caso Globales*
- XIII. *Rúbrica de evaluación de la calidad de las Formulaciones de Caso Globales en TFE*.
- XIV. Materiales clínicos para el ejercicio de aplicación del FG en el estudio de casos exploratorio.
- XV. Formulación *benchmark* del Caso de Will Hunting
- XVI. Documentación de los mini-casos del estudio de casos piloto
- XVII. Cuestionario post-formulación del *Formato Guía* para FCG en TFE
- XVIII. Instrucciones breves sobre el uso del FG y sobre el tipo de texto que se considera "una buena FCG."

Apéndice I

Formulario de consentimiento informado

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Evaluación del modelo de Formulación de Caso de la Terapia Focalizada en la Emoción

1. ¿Para qué se firma este documento?

Lo firma para poder participar en el estudio.

2. ¿Por qué se está haciendo este estudio de investigación?

Queremos conocer en profundidad cómo los psicólogos y psicoterapeutas aprenden y aplican las habilidades de Formulación de Caso específicas de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), así como las relaciones entre algunas de sus características personales y las diferencias en dicho aprendizaje.

3. ¿Qué sucede si digo “sí, quiero participar en el estudio”?

Si dice que sí:

- a) Le invitaremos a participar en un seminario de formación en Formulación de Caso en TFE, que culminará con una evaluación de su aprendizaje.
- b) Previo al seminario, le pediremos que responda a un cuestionario de datos socio-demográficos y dos cuestionarios psicológicos: uno sobre Inteligencia Emocional (el MSCEIT) y otro sobre Empatía (el TECA), ambos editados por TEA.

4. ¿Cuánto tiempo tomará el estudio y dónde se realizará?

En conjunto, el estudio tomará entre un mes y un mes y medio, si bien la dedicación a éste se limitará a la participación en las sesiones de trabajo (entre 5 y 7), las cuales tendrán lugar en grupos pequeños (de entre 5 y 15 participantes) y de acuerdo con un calendario y horario convenidos. El lugar de realización de las sesiones podrá ser en la UNINPSI (Unidad de Intervención Psicosocial) o en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid (Campus de Cantoblanco).

5. ¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

Usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento, sin que suponga ningún tipo de penalización o consecuencia negativa, y aun en ese caso, estaremos encantados de hacerle una devolución acerca de los datos de evaluación que eventualmente hubiera llegado a generar (por ejemplo, los resultados de los cuestionarios).

6. ¿Quién verá mis respuestas? ¿Cómo será tratada la confidencialidad?

Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio (el Investigador, un ayudante y el Director de la Tesis).

Por otra parte, los datos se archivarán de modo dissociado, es decir, que con la firma de este consentimiento se le asigna un código, el cual será el único dato identificativo presente en la documentación que usted rellene o en cualquier otro soporte de sus respuestas. Su código personal es:

A su vez, la lista de códigos y una copia firmada de este documento se mantendrán bajo llave en nuestros archivos. Respecto al uso de la información:

- Cuando compartamos los resultados del estudio, (ya sea en publicaciones de investigación, en la elaboración de materiales didácticos o en la impartición de acciones formativas) no incluiremos el nombre de ninguno de los participantes.
- Cuando la realización de cualquiera de las actividades anteriores (publicación o formación) requiera la ilustración mediante alguna de las aportaciones de uno de los participantes en el estudio, se garantizará el anonimato de su autor.

7. Participar en el estudio, ¿me ayudará de alguna manera?

Participar en este estudio le podrá ayudar a incrementar sus habilidades en TFE a la vez que le ofrecerá datos que, eventualmente, podrán contribuir a su desarrollo personal.

8. Participar en este estudio, ¿podría ser malo para mí, de alguna manera?

Se trata de un estudio con riesgo mínimo, si bien es posible que las preguntas de los cuestionarios o la exposición al material clínico (casos) sobre el que se le pedirá que trabaje (tanto en la fase formativa como en la de evaluación), despierten en usted sentimientos y recuerdos con significado emocional.

Por ello debe saber que cuenta con la asistencia y disponibilidad del Investigador para tratar esas posibles experiencias y ayudarle a procesarlas o a decidir acerca de ellas siempre que lo desee.

9. ¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

Por favor llame al Investigador (Ciro Caro: 657 685 606) si:

- Tiene alguna pregunta sobre el estudio.
- Tiene preguntas sobre sus derechos.
- Cree que se ha lesionado de alguna manera por participar en este estudio.

10. ¿Qué debo hacer si quiero participar en el estudio?

Tiene que firmar este documento, del cual le entregaremos una copia. Al firmar este documento está diciendo que:

- Está de acuerdo con participar en el estudio.
- Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Nombre:

Nombre: CIRO CARO GARCÍA

DNI:

DNI: 51.415.257-E

Fecha:

Fecha: 10 / 01 / 2014

Apéndice II

Formulario de datos socio-demográficos

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Investigación Doctoral:
FORMULACIÓN DE CASO
 en Terapia Focalizada en la
 Emoción (TFE)

CLAVE DE PARTICIPANTE 3 últimas cifras del DNI+Letra	
Seminario	0

<p>(01) Edad:</p>	<p>(02) Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre</p>
--------------------------	---

<p>(03) Años de experiencia como terapeuta (o profesional de la relación de ayuda) ⇒</p>	
---	--

<p>(04) Perfil personal</p>
<p>Rodea con un círculo la opción que mejor te describa:</p>
<ul style="list-style-type: none"> a) Alumno/a del Grado en Psicología Comillas b) Alumno/a del Grado en Psicología de otras Universidades c) Alumno/a del MPGS Comillas (1º o 2º) d) Antiguo/a alumno/a Máster de Psicología Clínica y de la Salud de Comillas e) Graduado/a o Ldo./a. en Psicología Comillas f) Graduado/a o Ldo./a. en Psicología por otras universidades g) Profesional asistente a Cursos sobre TFE (UNINPSI o Instituto de Interacción) h) Profesional con otras experiencias formativas específicas en TFE i) Profesional sin experiencias formativas específicas en TFE pero con formación Humanista j) Profesional sin experiencias formativas específicas en TFE y sin formación Humanista

<p>(05) Grado de conocimiento de la TFE</p>
<p>Valora por favor tu grado de familiaridad con el marco teórico de la TFE:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MUY ALTO (conozco los fundamentos teórico y domino los conceptos) <input type="checkbox"/> ALTO (conozco los fundamentos teóricos aunque no domino los conceptos) <input type="checkbox"/> MODERADO (conozco fundamentos teóricos y los conceptos en un nivel básico) <input type="checkbox"/> INICIAL (todo me suena, pero no podría explicarlo por mí mismo/a) <input type="checkbox"/> BAJO (aunque sé o he leído algunas cosas, no diría que conozco el modelo) <input type="checkbox"/> MUY BAJO (sé de qué tipo de terapia se trata, pero no conozco el marco propiamente)

<p>(06) Formación de postgrado en Psicoterapia</p>
<p>Puedes elegir dos opciones</p>
<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Humanista <input type="checkbox"/> Sí otras</p>

<p>(07) Orientación terapéutica con la que te identificas</p>
<p>Usa la expresión que consideres más adecuada:</p>

<p>(08) Perfil profesional</p>
<p>Describe brevemente tu ámbito de trabajo (tipo de servicio, población, etc.):</p>

(09) Experiencia psicoterapéutica y de crecimiento personal (como paciente)

¿En qué medida dirías que tus experiencias psicoterapéuticas (en terapia o en grupos de formación vivenciales o de crecimiento personal) han consistido en **un trabajo en el nivel emocional-experiencial profundo**? Valóralo de acuerdo con esta escala:

<input type="checkbox"/> No tengo experiencias de ese tipo	Fue una experiencia de autoconocimiento en la que aprendí a identificar mis sentimientos y su relación con mis pensamientos y conductas, así como a regular mis emociones de un modo más eficaz o adaptativo	Fue una experiencia de autoconocimiento en el nivel emocional, en la que me familiaricé con mi mundo interno y aprendí a reconocer mis conflictos y necesidades y a ser más espontáneo/a	Fue una experiencia de trabajo intenso con mi experiencia y con las heridas emocionales de mi vida. Hice transformaciones y aprendí a vivir guiado por mi emoción y a ser más auténtico/a en mis relaciones	Fue una experiencia de contacto con el nivel experiencial profundo de mi ser y de mi identidad. Además de sanar heridas, encontré una "brújula interna" que me ayuda a vivir conectado/a y a orientarme en la vida						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Apéndice III

Ejercicio de formulación para producir la Secuencia de Formulación Multipista

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE



Investigación Doctoral en Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) Ejercicio de Formulación		Clave:
0 h. 16' 48"	LES: ¿Y qué pasa en su vida ahora? ¿En qué cree que estaría bien centrarnos? [...]	
0 h. 17' 00"	DION: Bien, ahora mismo sólo siento que estoy forzándome a mí misma a seguir levantándome y yendo a trabajar.	



		001
01	¿Cuál es el estado interno de la cliente justo ahora?	
02	¿Qué dificultad o necesidad de procesamiento de su experiencia parece subyacer a ese estado? ¿Qué trata de hacer o de evitar?	
03	¿Qué necesitaría para procesar adecuadamente ese estado?	
04	¿Qué respuesta vivencial le podrías ofrecer justo en este instante como terapeuta?	


[...]	Después de validar las necesidades que, en todo el "empujar y empujar" al que se somete la cliente, nunca se satisfacen.	
0h . 21' 11"	LES: ¿Y qué es lo que más echa de menos?	
0 h. 21' 16"	DION: No lo sé. He intentado pensar mucho sobre todo esto. LES: Sí... Bien... DION: Y no puedo entender bien qué es	



		 002
01	¿Cuál es el estado interno de la cliente justo ahora?	
02	¿Qué dificultad o necesidad de procesamiento de su experiencia parece subyacer a ese estado? ¿Qué trata de hacer o de evitar?	
03	¿Qué necesitaría para procesar adecuadamente ese estado?	
04	¿Qué respuesta vivencial le podrías ofrecer justo en este instante como terapeuta?	

0h . 28' 55" [...]	LES: Por lo tanto de alguna manera te castigas a ti misma.	
0 h. 29' 38"	DION: Sigo tratando de decirme que no conocía en aquel momento nada mejor... [carraspea] y sigo tratando de perdonarme. Pero simplemente no funciona	



		 003												
01	¿Crees que estamos ante un marcador de tarea específico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
02	<p>En caso afirmativo, ¿De qué marcador de una tarea terapéutica crees que se trata?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Exploración empática general</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Focusing ante un sentimiento sentido con poca claridad</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Diálogo con las dos sillas para resolver auto-interrupciones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Afirmación empática de la vulnerabilidad</td> <td><input type="checkbox"/> Facilitación de la expresión de sentimientos</td> <td><input type="checkbox"/> Diálogo con las dos sillas antes escisiones autocríticas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reparación de rupturas en la alianza terapéutica</td> <td><input type="checkbox"/> Re-narración del trauma ante una historia bloqueada</td> <td><input type="checkbox"/> Trabajo con la silla vacía para asuntos inacabados</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Despejar un espacio ante una dificultad atencional</td> <td><input type="checkbox"/> Despliegue evocador ante una reacción problemática</td> <td><input type="checkbox"/> Auto-consuelo compasivo en una emoción desregulada</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Exploración empática general	<input type="checkbox"/> Focusing ante un sentimiento sentido con poca claridad	<input type="checkbox"/> Diálogo con las dos sillas para resolver auto-interrupciones	<input type="checkbox"/> Afirmación empática de la vulnerabilidad	<input type="checkbox"/> Facilitación de la expresión de sentimientos	<input type="checkbox"/> Diálogo con las dos sillas antes escisiones autocríticas	<input type="checkbox"/> Reparación de rupturas en la alianza terapéutica	<input type="checkbox"/> Re-narración del trauma ante una historia bloqueada	<input type="checkbox"/> Trabajo con la silla vacía para asuntos inacabados	<input type="checkbox"/> Despejar un espacio ante una dificultad atencional	<input type="checkbox"/> Despliegue evocador ante una reacción problemática	<input type="checkbox"/> Auto-consuelo compasivo en una emoción desregulada	
<input type="checkbox"/> Exploración empática general	<input type="checkbox"/> Focusing ante un sentimiento sentido con poca claridad	<input type="checkbox"/> Diálogo con las dos sillas para resolver auto-interrupciones												
<input type="checkbox"/> Afirmación empática de la vulnerabilidad	<input type="checkbox"/> Facilitación de la expresión de sentimientos	<input type="checkbox"/> Diálogo con las dos sillas antes escisiones autocríticas												
<input type="checkbox"/> Reparación de rupturas en la alianza terapéutica	<input type="checkbox"/> Re-narración del trauma ante una historia bloqueada	<input type="checkbox"/> Trabajo con la silla vacía para asuntos inacabados												
<input type="checkbox"/> Despejar un espacio ante una dificultad atencional	<input type="checkbox"/> Despliegue evocador ante una reacción problemática	<input type="checkbox"/> Auto-consuelo compasivo en una emoción desregulada												

[...]	Una vez se ha estructurado el diálogo con las dos sillas y se está trabajando con la escisión autocrítica. Habla desde la <i>voz crítica</i> .	
0h . 32' 40"	LES: Dígale otra vez que esto es en lo que usted se siente tan...	
0 h. 32' 44"	DION: ¡Eres tonta porque no te alejaste de él cuando te golpeó por primera vez. Y debería haber tenido más autoestima [llanto ahogado]...	



		004
01	¿Cuál es el estado interno de la cliente justo ahora?	
02	¿Qué dificultad o necesidad de procesamiento de su experiencia parece subyacer a ese estado? ¿Qué trata de hacer o de evitar?	
03	¿Qué necesitaría para procesar adecuadamente ese estado? (en el marco de la terea terapéutica de trabajo con las dos sillas que se halla iniciada)	
04	¿Qué respuesta vivencial le podrías ofrecer justo en este instante como terapeuta?	

[...]	Después de cambiar a la posición de la <i>voz experienciante</i> .	
0h . 34' 10"	DION: Me siento indigna y me siento realmente mal cuando me dices esas cosas.	
0 h. 34' 18"	LES: Dile cómo te duele... Déjale ver el dolor.	
0 h. 34' 26"	DION: Eso me duele y no sé cómo puedo hacer esto	
0 h. 34' 33"	LES: Aha... Por tanto parte de esto es que quiero arreglarlo, quiero... Pero parece tan doloroso... Imagino que debe de ser como llevar el dolor en tu cuerpo [gesticula]... ¿Qué se siente con el dolor dentro?	
0 h. 34' 51"	DION: Me siento muy mal. Siento como si quisiera subir, acurrucarme y poner una manta sobre mi cabeza y solamente...	
0 h. 35' 02"	LES: Esconderme o desaparecer... ¿correcto?	

0 h. 35' 06"	DION: Sí... LES: Sí... Es un sentimiento horrible querer únicamente encoger y que te trague la tierra o desaparecer, ocultarte porque ¡es tan doloroso recibir esto! DION: [Asiente]	
0 h. 35' 19"	LES: Entonces dígame que solamente quiero encogerme como una bola y...	
0 h. 35' 23"	DION: Solamente quiero encogerme como una bola y desaparecer... Y yo no sé qué hacer para hacerlo mejor.	



		✍️ 005
01	<p>¿Qué parte o qué partes del esquema emocional sobre el que se organiza la experiencia de la cliente, está ayudándole el terapeuta a simbolizar en este fragmento de un modo más claro o evidente?</p> <p>Selecciona la/s respuesta/s correcta/s:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La <u>expresión verbal</u> de lo que cuenta la persona acerca de un asunto (la historia, su comprensión, las descripciones, etc.). <input type="checkbox"/> Los <u>conceptos o aspectos de identidad</u> que la persona utiliza para categorizar su experiencia o para referirse a sí misma. <input type="checkbox"/> Las <u>evaluaciones primarias</u> de su organismo respecto a una situación percibida, en términos de bueno/malo y aproximación/evitación. <input type="checkbox"/> <u>Recuerdos o memorias episódicas</u> sobre algo vivido en el pasado, pero unido emocionalmente a lo que se está viviendo ahora en la sesión. <input type="checkbox"/> <u>Tendencias a la acción</u> del organismo ante un estímulo o situación con significado emocional, que organizan respuestas de supervivencia. <input type="checkbox"/> <u>Necesidades</u> profundas de la persona, cuya satisfacción le permitiría llevar adelante su existencia de modo significativo y adaptativo. <input type="checkbox"/> <u>Sensaciones corporales</u> en el nivel <u>experiencial</u> (sensaciones sentidas) a partir de las cuales se puede simbolizar nuevo significado emocional (o sea, cualquier otro elemento del esquema). <input type="checkbox"/> <u>Aspectos de la expresión no verbal</u> de la persona aquí y ahora y que comunican analógicamente un significado aún no simbolizado en palabras (relativo a cualquier otro aspecto del esquema). 	


[...]	Cambiar a la silla de la voz <i>experienciante</i> y duda de que la parte en la silla de la voz <i>crítica</i> le haya perdonado de verdad, de modo que si comete otro error, la castigue de nuevo.	
0h . 43' 15"	DION: Bueno, yo creo que lo que quiero es que ella me dé un respiro. LES: Ahá....	
0h . 43' 24"	DION: Porque no soy perfecta. Y no siento que necesite ser perfecta, porque soy un ser humano. LES: Ahá... DION: Y todo el mundo comete errores. LES: Sí, sí... Díselo...	
0h . 43' 52"	DION: Vale. ¿Quiero que me des un respiro porque soy un ser humano y todo el mundo comete errores. Y si cometo errores, simplemente es algo que va a ocurrir de vez en cuando.	



		006
01	¿Qué emoción dirías que está experimentando la cliente en este preciso instante?	
02	¿De qué tipo de emoción se trata? <input type="checkbox"/> Emoción Primaria Adaptativa <input type="checkbox"/> Emoción Primaria Desadaptativa <input type="checkbox"/> Emoción Secundaria	
03	Si fueras el terapeuta... ¿Qué le propondrías hacer a la cliente justo en este instante y en el marco de la tarea terapéutica en la que se encuentra implicada?	
04	¿Qué relación tiene tu propuesta/respuesta a la cliente con el tipo de emoción que acabas de identificar y diagnosticar? (argumenta brevemente)	

[...]	La cliente habla desde la voz <i>experienciante</i> expresando emociones, ayudada por el terapeuta.	
0h . 44' 00"	LES: Dígale a ella lo que le molesta o por qué está enfadada con ella.	
0h . 44' 12"	<p>DION: Estoy enfadada contigo porque estás sentada ahí mirándome, diciéndome lo que debería haber hecho. Y es fácil decirme qué debería haber hecho porque es después del acontecimiento.</p> <p>LES: Bien...</p> <p>DION: Y no siento que estuvieras conmigo cuando yo iba atravesando todas esas cosas...</p>	

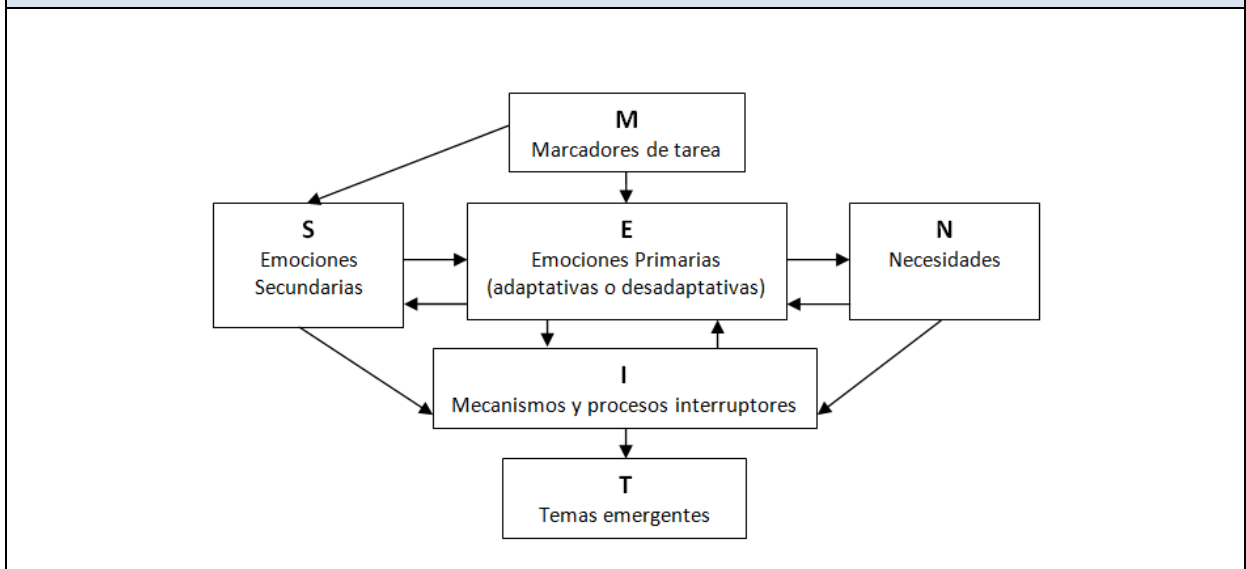



		✎ 007
01	¿Cuál es el estado interno de la cliente justo ahora?	
02	¿Qué dificultad o necesidad de procesamiento de su experiencia parece subyacer a ese estado? ¿Con qué podría empatizar el terapeuta?	
03	¿Qué necesitaría para procesar adecuadamente ese estado?	
04	¿Qué respuesta le podrías ofrecer con ese fin, justo en este instante como terapeuta?	

Revisión global de la Sesión ✎ 008

Tareas terapéuticas posiblemente presentes en la sesión (marca con una X)	Principal	Subsidiaria
(01) - Afirmación Empática ante un marcador de intensa vulnerabilidad		
(02) - Desarrollar y mantener una Alianza Terapéutica segura		
(03) - Diálogo sobre la relación para la Reparación de Dificultades en la Alianza Terapéutica		
(04) - Despejar un Espacio ante una dificultad en el foco atencional		
(05) - Focusing (Enfoque) Experiencial ante un sentimiento poco claro		
(06) - Facilitación de la Expresión de Sentimientos ante dificultades de expresión de la emoción		
(07) - Re-Narración/Re-Experienciación de una Experiencia Traumática		
(08) - Despliegue Evocador Sistemático para reacciones problemáticas		
(09) - Creación de Sentido ante una protesta de significado		
(10) - Trabajo con las dos Sillas para resolver Escisiones Auto-evaluativas y Autocríticas		
(11) - Representación con las dos Sillas para resolver Escisiones Auto-interruptoras		
(12) - Trabajo con la Silla Vacía para resolver Asuntos Inacabados		
(13) - Auto-consuelo compasivo ante una emoción intensamente desregulada		

Elementos para la formulación de foco



Narrativa de la formulación de foco	 009
<p>Una narrativa empática y centrada en la persona, que podrías compartir directamente con Dion, que le permita entender cómo se deprime.</p> <p>Una narrativa en la que se identifique y a través de la cual se pueda reconocer en los procesos y experiencias explorados hasta ahora.</p> <p>Una explicación tentativa de su dificultad basada en lo trabajado en las primeras sesiones, que le ofrezca una dirección de trabajo y cambio posible, y que le permita comprometerse con el trabajo en las próximas sesiones.</p>	

Apéndice IV

Benchmark de la Secuencia de Formulación Multipista

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

0 h. 16' 48"	LES: ¿Y qué pasa en su vida ahora? ¿En qué cree que estaría bien centrarnos? [...]
0 h. 17' 00"	DION: Bien, ahora mismo sólo siento que estoy forzándome a mí misma a seguir levantándome y yendo a trabajar.

		001
01	¿Cuál es el estado interno de la cliente justo ahora?	
	DOLOR (por lo que diariamente se hace a sí misma mandándose a trabajar)	A
	<p><i>Complementariamente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ese dolor puede expresarse en términos de Fragilidad y Desesperanza (o descripciones de ambas emociones) Otras emociones negativas causadas por estar forzándose a sí misma a seguir y seguir (i.e., tristeza o agotamiento) 	B
02	¿Qué dificultad o necesidad de procesamiento de su experiencia parece subyacer a ese estado? ¿Qué trata de hacer o de evitar?	
	<p><i>Principal:</i></p> <p>Poder sentir plenamente ese dolor (porque no está experienciándolo), para poder simbolizarlo en la consciencia</p>	A
	<p><i>Complementariamente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Una combinación de (a) abrirse a sus necesidades, (b) escuchar los motivos de la parte exigente, y (c) validar los motivos de la parte exigente <p><i>Complementariamente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ayuda o una intervención para conectar con el dolor. Alguna forma de ayudarla a aproximarle a las experiencias dolorosas de su vida y procesarlas. 	B
	<p><i>Alternativa:</i></p> <p>La respuesta del sujeto describe lo que la paciente hace en el instante para no sentir el dolor.</p>	A
	<i>Complementariamente:</i> Referencias a lo que la paciente hace en su vida para no sentir el dolor	B
03	¿Qué necesitaría para procesar adecuadamente ese estado?	
	<p><i>Principal:</i></p> <p>Conectar con, estar con, o a sentir ese dolor aquí ahora</p>	A
	<p><i>Alternativas:</i></p> <p>Algún tipo de respuesta empática o de propuesta del terapeuta, <u>que le permita vivenciar ese dolor</u> (i.e., validación)</p> <p>Ayuda del terapeuta para regular su emoción (pero tiene que tener como fin el <u>sentir el dolor</u>, no el “no sufrir” por sentir el dolor).</p>	
	<p><i>Complementariamente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Expresar el dolor (porque implica vivirlo). Alguna forma de acercarse al dolor pero indirecta o inespecífica (i.e., un silencio facilitador) Conectar con la experiencia pero con una emoción erróneamente identificada o imprecisa 	B

	(diferente del dolor)	
	<i>Claramente errónea:</i> Conectar con otros dolores como los del maltrato (porque no son los que se están sintiendo ahora)	C
04	¿Qué respuesta vivencial le podrías ofrecer justo en este instante como terapeuta?	
	<i>Principal:</i> Un reflejo evocador (i.e. "Empujándote una y otra vez...")	A
	<i>Alternativas:</i> Una propuesta de proceso que permita acceder al sentir (i.e., Respira) También otras respuestas que faciliten el experimentar el dolor aquí y ahora (i.e., otros tipos de reflejo).	
	<i>Complementariamente:</i> Algún tipo de formulación que recoge: <ul style="list-style-type: none"> • el dolor, el cansancio o la tristeza y que potencialmente permitiría sentirlos, pero que es aún abstracta o indirecta, • o el modo de evitar esos sentimientos que usa la paciente (i.e., una respuesta empática pero poco evocadora). También una propuesta de ayuda para sentir la experiencia, pero referida a una emoción erróneamente identificada o imprecisa.	B
	<i>Claramente errónea:</i> Un reflejo del estado interno, que intensifica las reacciones secundarias (i.e., "Y cada vez con más angustia, día tras día...")	C

[...]	Después de validar las necesidades que, en todo el "empujar y empujar" al que se somete la cliente, nunca se satisfacen.
0h . 21' 11"	LES: ¿Y qué es lo que más echa de menos?
0 h. 21' 16"	DION: No lo sé. He intentado pensar mucho sobre todo esto. LES: Sí... Bien... DION: Y no puedo entender bien qué es.

		002
01	¿Cuál es el estado interno de la cliente justo ahora?	
	<i>Principal:</i> Desconcierto o duda (con algo de angustia, y/o enfado o desesperanza, incluso perplejidad)	A
	<i>Alternativas:</i> Angustia ante la duda o el desconcierto Una descripción del estado de desconcierto (i.e., <i>perdida y confusa</i>) o bien una metáfora que lo sintetice.	
	<i>Complementariamente:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Angustia (u otros sentimientos similares) • Una descripción de sentimientos como la angustia, el bloqueo, el vacío, la incomprensión o la desesperanza/tristeza. 	B

02	¿Qué dificultad o necesidad de procesamiento de su experiencia parece subyacer a ese estado? ¿Qué trata de hacer o de evitar?	
	<i>Principal:</i> Hay una necesidad activa (pujante), pero ella está desconectada de un referente interno que la informe	A
	<i>Alternativas:</i> Trata de buscar respuestas fuera de sí (pensamientos sobre lo que lo que necesita) en lugar de enfocar en el interior	
<i>Complementariamente:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se refiere al terapeuta indirectamente como fuente de respuestas; o busca respuestas en el terapeuta. • Algún tipo de operación sobre la experiencia que, mejor o peor, implique el diagnóstico de proceso relativo a estar desconectada del referente interno . 	B	
03	¿Qué necesitaría para procesar adecuadamente ese estado?	
	<i>Principal:</i> Dirigir la atención al interior (o a la experiencia) y vivenciar la emoción	A
	<i>Alternativas:</i> Conectar con la pista corporal (o con el cuerpo), que ya está viviendo el significado en segundo plano Acceder a la emoción primaria y crear significado desde ahí.	
<i>Complementariamente:</i> Recibir validación por parte del terapeuta respecto al desconcierto (eso potencialmente podría permitir la necesidad de procesamiento principal que es dirigir la atención al interior) <i>Complementariamente:</i> Enfocar en la emoción que está sintiendo (i.e., a través de focusing)	B	
04	¿Qué respuesta vivencial le podrías ofrecer justo en este instante como terapeuta?	
	<i>Principal:</i> Propuesta de proceso: “Detenerse y respirar” Respira o Respira y mira a ver qué pasa ahí	A
	<i>Alternativa:</i> Otras propuestas de proceso más estructuradas (i.e., Focusing, dirigir la atención al cuerpo)	
<i>Complementariamente:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecerle una formulación experiencial que exprese cómo es ser Dion en ese momento (ajustada al diagnóstico de proceso) • Una propuesta de proceso emocional, pero que no se oriente principalmente al cuerpo o al interior. 	B	

0h . 28' 55"	LES: Por lo tanto de alguna manera te castigas a ti misma.
[...]	DION: Sigo tratando de decirme que no conocía en aquel momento nada mejor... [carraspea] y sigo tratando de perdonarme. Pero simplemente no funciona
0 h. 29' 38"	

		003
01	¿Crees que estamos ante un marcador de tarea específico? <input type="checkbox"/> Sí	
02	En caso afirmativo, ¿De qué marcador de una tarea terapéutica crees que se trata?	
	<input type="checkbox"/> Diálogo con las dos sillas antes escisiones autocríticas	A

[...]	Una vez se ha estructurado el diálogo con las dos sillas y se está trabajando con la escisión autocrítica. Habla desde la voz crítica.
0h . 32' 40"	LES: Dígale otra vez que esto es en lo que usted se siente tan...
0 h. 32' 44"	DION: ¡Eres tonta porque no te alejaste de él cuando te golpeó por primera vez. Y debería haber tenido más autoestima [llanto ahogado]...

		004
01	¿Cuál es el estado interno de la cliente justo ahora?	
	<i>Principal:</i> Enfado despreciativo y dolor por los efectos de la crítica (efecto de la culpabilización) AMBOS ASPECTOS!	A
	<i>Alternativas:</i> Otras formulaciones análogas de ambos estados conjuntos	
	<i>Complementariamente:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Ambos sentimientos propios de las dos partes, pero sin encuadrarlos en la dinámica de la crítica interna 	B
02	¿Qué dificultad o necesidad de procesamiento de su experiencia parece subyacer a ese estado? ¿Qué trata de hacer o de evitar?	
	<i>Principal:</i> Vive de un modo fusionado los dos aspectos de su experiencia que están en conflicto mientras una parte del sí mismo trata de “controlar” o contrarrestar los efectos de las malas elecciones del pasado	A
	<i>Alternativas:</i>	
	<i>Complementariamente:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Formulaciones que expresan la fusión de las partes pero establecen una dinámica no correctamente diagnosticada o confusa en su formulación (i.e., “la tristeza impide que se enfade del todo”) • Se castiga a sí misma por lo que hizo en otro momento • Trata de reparar lo que hizo en el pasado 	B

03	¿Qué necesitaría para procesar adecuadamente ese estado? (en el marco de la terea terapéutica de trabajo con las dos sillas que se halla iniciada)	
	<i>Principal:</i> Permitir que la parte castigadora o culpabilizadora se organice por completo y se exprese	A
	<i>Alternativas:</i>	
	<i>Complementariamente:</i> <u>Sostener el dolor que causa la voz crítica y procesar su emoción (que sienta) para que pueda seguir expresándose</u> sin interrumpirse dentro del diálogo de las dos sillas	B
04	¿Qué respuesta vivencial le podrías ofrecer justo en este instante como terapeuta?	
	<i>Principal:</i> Propuesta de proceso: <u>Respira</u> (para regular la emoción e incrementar y desarrollar la voz crítica antes de cambiar a la silla experienciante)	A
	<i>Alternativas:</i>	
	<i>Complementariamente:</i> Proponerle darse cuenta del estado interno de dolor (que comienza a sentir la parte experienciante) y proponerle cambiar de silla	B

[...]	Después de cambiar a la posición de la <i>voz experienciante</i> .
0h. 34' 10"	DION: Me siento indigna y me siento realmente mal cuando me dices esas cosas.
0 h. 35' 23"	LES: Dile cómo te duele... Déjale ver el dolor. DION: Eso me duele y no sé cómo puedo hacer esto LES: Aha... Por tanto parte de esto es que quiero arreglarlo, quiero... Pero parece tan doloroso... Imagino que debe de ser como llevar el dolor en tu cuerpo [gesticula]... ¿Qué se siente con el dolor dentro? DION: Me siento muy mal. Siento como si quisiera subir, acurrucarme y poner una manta sobre mi cabeza y solamente... LES: Esconderme o desaparecer... ¿correcto? DION: Sí... LES: Sí... Es un sentimiento horrible querer únicamente encoger y que te trague la tierra o desaparecer, ocultarte porque ¡es tan doloroso recibir esto! DION: [Asiente] LES: Entonces dígame que solamente quiero encogerme como una bola y... DION: Solamente quiero encogerme como una bola y desaparecer... Y yo no sé qué hacer para hacerlo mejor.

		005
01	¿Qué parte o qué partes del esquema emocional sobre el que se organiza la experiencia de la cliente, está ayudándole el terapeuta a simbolizar en este fragmento de un modo más claro o evidente?	
	<input type="checkbox"/> Tendencias a la acción del organismo [...]. <input type="checkbox"/> Sensaciones corporales en el nivel experiencial (sensaciones sentidas) [...]	A
	<input type="checkbox"/> Tendencias a la acción del organismo [...]. <input type="checkbox"/> Sensaciones corporales en el nivel experiencial (sensaciones sentidas) [...] <input type="checkbox"/> Y además cualquier otra (siempre que sólo sea 1 más)	
	<input type="checkbox"/> Sólo Tendencias a la acción [...]	B
	<input type="checkbox"/> Sólo Sensaciones corporales en el nivel experiencial [...]	
	<u>Cualquiera de las dos</u> (<i>Tendencias a la acción</i> o <i>Sensaciones corporales</i> en el nivel experiencial) junto con otra de las opciones.	
	<input type="checkbox"/> Tendencias a la acción del organismo [...]. <input type="checkbox"/> Sensaciones corporales en el nivel experiencial (sensaciones sentidas) [...] <input type="checkbox"/> Y además cualquier otra (siempre que sólo sean 2 más)	
	<input type="checkbox"/> Tendencias a la acción del organismo [...]. <input type="checkbox"/> Sensaciones corporales en el nivel experiencial (sensaciones sentidas) [...] <input type="checkbox"/> Y además 3 ó más del resto de opciones	C
	<input type="checkbox"/> Sólo Tendencias a la acción [...]	
	<input type="checkbox"/> Y además 2 ó más del resto de opciones	
	<input type="checkbox"/> Sólo Sensaciones corporales en el nivel experiencial [...]	
	<input type="checkbox"/> Y además 2 ó más del resto de opciones	

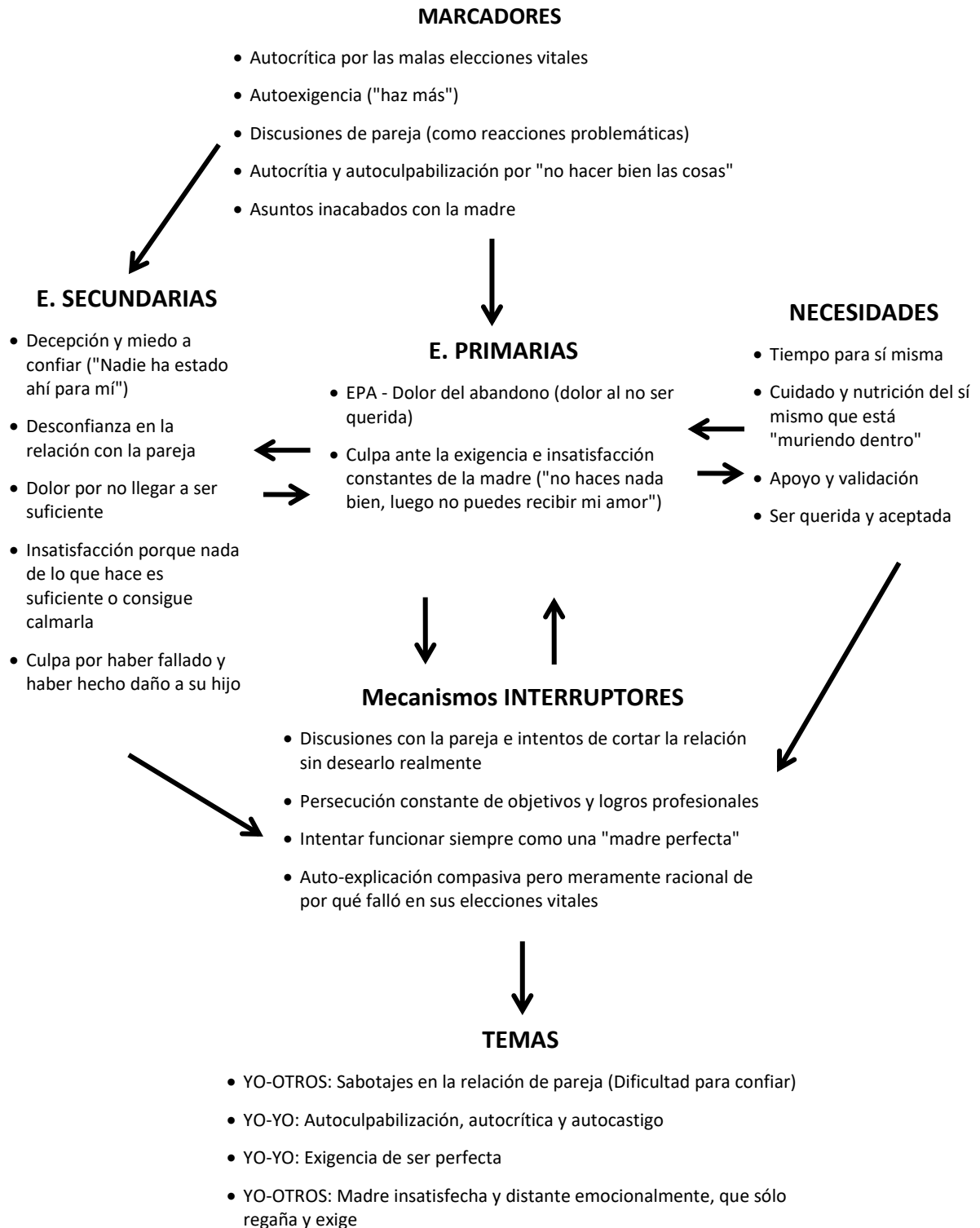
[...]	Cambiar a la silla de la voz <i>experienciante</i> y duda de que la parte en la silla de la voz <i>crítica</i> le haya perdonado de verdad, de modo que si comete otro error, la castigue de nuevo.
0h . 43' 15"	DION: Bueno, yo creo que lo que quiero es que ella me dé un respiro.
0h . 43' 52"	LES: Ahá.... DION: Porque no soy perfecta. Y no siento que necesite ser perfecta, porque soy un ser humano. LES: Ahá... DION: Y todo el mundo comete errores. LES: Sí, sí... Díselo... DION: Vale. ¿Quiero que me des un respiro porque soy un ser humano y todo el mundo comete errores. Y si cometo errores, simplemente es algo que va a ocurrir de vez en cuando.

		006
01	¿Qué emoción dirías que está experimentando la cliente en este preciso instante?	
	<i>Principal:</i> Enfado primario adaptativo	A
	<i>Alternativas:</i> Enfado	
Complementariamente: Rabia		B
02	¿De qué tipo de emoción se trata?	
	<input type="checkbox"/> Emoción Primaria <input type="checkbox"/> Adaptativa	A
03	Si fueras el terapeuta... ¿Qué le propondrías hacer a la cliente justo en este instante y en el marco de la tarea terapéutica en la que se encuentra implicada?	
	<i>Principal:</i> Pedirle que exprese ese enfado a la voz crítica [para que en un segundo tiempo le pueda explicar (a) lo que significa para ella su presión y su crítica, así como (b) lo que necesitaría o quería de ella]	A
	<i>Alternativas:</i> Propuesta de proceso: <i>Respira</i> (para <u>sentir</u> el enfado y <u>diferenciar</u> aspectos de esa emoción que le permitan ser más específica y autoafirmada ante la voz crítica a la hora de expresarle una necesidad)	
Complementariamente: dddd		B
04	¿Qué relación tiene tu propuesta/respuesta a la cliente con el tipo de emoción que acabas de identificar y diagnosticar? (argumenta brevemente)	
	NO SE VALORA <i>Deshacer la vergüenza primaria desadaptativa precedente</i>	

Apéndice V

Benchmark del MENSIT para la tarea de Formulación de Foco

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE



Apéndice VI

Escala de Autoeficacia en Formulación de Caso (AE-FC)

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Años de experiencia:	Clave:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
-----------------------------	---------------	--------------	---

La Formulación de Caso es una competencia profesional que permite al clínico trabajar con base en la evidencia, a la hora de aplicar el conocimiento teórico (que constituye su marco de referencia para la intervención) a un caso concreto.

En ese sentido, formular un caso implica tanto evaluar como tomar decisiones fundamentadas, de cara a la intervención.

Esta escala pretende recoger tus percepciones y valoraciones acerca de tu capacidad actual para poner en práctica diversos aspectos y actividades, que constituyen la Formulación de Caso.

Instrucciones:

A continuación encontrarás una lista de actividades relacionadas con el trabajo clínico. Van agrupadas por epígrafes más generales, que se refieren a diferentes fases del trabajo clínico:

- A) Identificar y plasmar en la formulación los síntomas y problemas principales del paciente.
- B) Identificar y plasmar en la formulación los factores y sucesos estresantes, que precipitaron el malestar del paciente.
- C) Identificar y plasmar las predisposiciones debidas a sucesos vitales traumáticos o estresantes ocurridos en el pasado, y que probablemente aumentaron la vulnerabilidad para desarrollar los síntomas actuales.
- D) Inferir y plasmar en la formulación los mecanismos subyacentes productores de los problemas del paciente.
- E) Decidir y plasmar en la formulación las posibles metas terapéuticas y las intervenciones que conducirán a esas metas.
- F) Detectar y plasmar en la formulación aspectos del paciente que puedan afectar el curso del tratamiento y que deban ser tenidos en cuenta para adaptar la intervención.

Por favor, lee cada una de las actividades específicas y valora qué certeza tienes respecto a tu capacidad actual para realizar cada una de ellas.

Escribe tu respuesta en la columna de la derecha, utilizando la escala de confianza que va de 0 a 100 y que aparece debajo de estas instrucciones. Recuerda que puedes utilizar puntuaciones intermedias (por ejemplo 82, 34, etc.).

Grados de confianza en mi capacidad actual para realizar cada actividad

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Creo que no soy capaz de hacerlo en absoluto			Moderada certeza de que soy capaz de hacerlo				Alta certeza de que soy capaz de hacerlo			

ACTIVIDADES	CONFIANZA en mi capacidad
(A) Identificar y plasmar en la formulación los síntomas y problemas principales del paciente	
01 Identificar y plasmar en la formulación los síntomas, las señales y otros fenómenos que sirvan para identificar un trastorno o dificultad específica.	
02 Identificar y plasmar en la formulación las quejas principales del paciente.	
03 Identificar y plasmar en la formulación los problemas que pueden no ser evidentes para el paciente, pero sí para el profesional.	
(B) Identificar y plasmar en la formulación los factores y sucesos estresantes que precipitaron el malestar del paciente	
04 Identificar y plasmar en la formulación los eventos que catalizan, exacerbaban o complican la sintomatología actual del paciente.	
05 Identificar y plasmar en la formulación los estresores que conducen directamente a los problemas.	
06 Identificar y plasmar en la formulación los estresores que incrementan la severidad de problemas preexistentes, llevándolos a un nivel de significatividad clínica.	
(C) Identificar y plasmar en la formulación las predisposiciones debidas a sucesos vitales traumáticos o estresantes ocurridos en el pasado, y que probablemente aumentaron la vulnerabilidad para desarrollar los síntomas actuales	
07 Identificar y plasmar en la formulación las experiencias traumáticas sucedidas en etapas tempranas del desarrollo.	
08 Identificar y plasmar en la formulación las pérdidas sufridas por el paciente en diversas etapas de su vida.	
09 Identificar y plasmar en la formulación los fracasos y desengaños sufridos por la persona en diversos momentos de su vida.	

Grados de confianza en mi capacidad actual para realizar cada actividad

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Creo que no soy capaz de hacerlo en absoluto			Moderada certeza de que soy capaz de hacerlo				Alta certeza de que soy capaz de hacerlo				

(D) Inferir y plasmar en la formulación los mecanismos subyacentes* productores de los problemas del paciente

*Estos mecanismos inferidos son hipótesis acerca de la causa de las dificultades actuales del paciente, que el clínico elabora a fin de explicar e integrar las relaciones entre los tres apartados anteriores: síntomas y dificultades, estresores precipitantes y sucesos vitales predisponentes.

10 Identificar y plasmar en la formulación los *mecanismos psicológicos* que están causando las dificultades actuales del paciente.

Ejemplos.- Conflictos nucleares, pensamientos disfuncionales, esquemas emocionales problemáticos, déficits conductuales o de destrezas, aspectos problemáticos del sí mismo, dificultades relacionales, mecanismos de defensa, estilos de afrontamiento, déficits de simbolización, etc.

11 Identificar y plasmar en la formulación los *mecanismos biológicos* que están causando las dificultades actuales del paciente.

Ejemplos.- Condiciones médicas heredadas o adquiridas, como la predisposición genética para la depresión, los trastornos del ánimo asociados al hipotiroidismo, los traumatismos craneoencefálicos, el deterioro neurológico, etc.

12 Identificar y plasmar en la formulación los *mecanismos socioculturales* que están causando las dificultades actuales del paciente.

Ejemplos.- Factores como las dificultades de integración debidas a la condición de minoría (étnicas, culturales o raciales), la discriminación (racial, sexual, etc.), el desarraigo (por causas migratorias), o las situaciones de exclusión por causas socioeconómicas (desempleo, desestructuración familiar, etc.).

(E) Decidir y plasmar en la formulación las posibles metas terapéuticas e intervenciones

13 Plantear y plasmar en la formulación las metas y objetivos de cambio coherentes con el análisis de los síntomas y de los mecanismos productores de los problemas del paciente.

14 Plantear y plasmar en la formulación las intervenciones terapéuticas más coherentes con el análisis de los problemas del paciente, y con la propuesta de metas y objetivos de cambio.

(F) Detectar y plasmar en la formulación aspectos del paciente que puedan afectar el curso del tratamiento

15 Detectar y plasmar en las fortalezas o recursos psicológicos del paciente que puedan apoyar la intervención o favorecer los resultados.

16 Detectar y plasmar características problemáticas del paciente que podrían dificultar la intervención o entorpecer los resultados.

Anexo VII

Rúbrica de Evaluación de la Adecuación de las FF en TFE (REA-FF)

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Caso:	Formulador:	Fecha:
-------	-------------	--------

(A)

Aspectos funcionales de la adecuación de la FF

	0	1	2	3	4
A.1. Incorpora todos los elementos del MENSIT	No hace referencia a ninguno	Sólo uno o dos de ellos o más, pero ninguno es la Emoción Primaria	Sólo tres y alguno de ellos es la Emoción Primaria	Cuatro o más, siendo uno de ellos la Emoción Primaria	MENSIT completo
A.2. Identifica correctamente los elementos del MENSIT	No. Puede que los nombre, pero no lo hace correctamente	Sólo identifica bien algunos (1 ó 2)	Sólo identifica bien algunos (3 ó 4)	Identifica correctamente 4 ó 5	Identifica correctamente los 6
A.3. El texto de la FF es fácil de leer para un cliente promedio	Está mal redactado y se hace difícil	Redacción correcta pero demasiado enrevesado (por redacción o por abstracción)	Suficientemente concreto aunque poco estructurado o desordenado	Bastante concreto, estructurado y/o ordenado pero mejorable (falta fluidez)	La claridad de la expresión, así como el orden y la estructura hacen fácil y fluida la lectura
A.4. Es un texto evocador y conmovedor (permite resonar al cliente)	No. Es abstracto o demasiado descriptivo (resulta frío e impersonal)	Incluye referencias emocionales pero de modo conceptual	Habla de los sentimientos del cliente y los pone en situación	Refleja el sentir del cliente y sus significados personales en situación	Ídem, pero se expresa como "hablando al corazón de la persona"

Observaciones:

(B.1.)

Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (I): Estructura y coherencia

B.1.1.	0	1	2	3	4
Orientación (qué, quién, cuándo, dónde)	No hay referencias (es más bien un esquema)	Apenas hay referencias (toca imaginar para situarse)	Faltan referencias aunque es posible hacerse una idea básica	Suficientes referencias en cantidad pero falta variedad	Abundantes referencias y equilibrio entre informaciones
B.1.2.	0	1	2	3	4
Secuencia estructural (cómo suceden las cosas)	No informa o no refleja cómo suceden los procesos del cliente	Ofrece una descripción somera de los procesos del cliente	Ofrece una descripción básica pero poco detallada de los procesos del cliente	La descripción es completa y detallada pero vaga en algunos puntos	La descripción de los procesos del cliente es completa y explicativa
B.1.3.	0	1	2	3	4
Compromiso evaluativo (significado afectivo de los sucesos: cómo le hizo sentir y porqué algo le importa)	No refiere los sentimientos del cliente	Refiere los sentimientos pero no los contextualiza o vincula a sucesos	Refiere los sentimientos y los vincula a sucesos, pero no refleja el significado	Refiere los sentimientos, los vincula a sucesos y refleja el significado personal	Además crea una perspectiva desde dentro del cliente (nos ayuda a sentir desde él)
B.1.4.	0	1	2	3	4
Integración (relación funcional entre elementos; sin partes descolgadas)	Apenas hay relaciones entre los elementos de los que informa (desperdigados)	Enumera los elementos o los presenta en orden de ocurrencia	Relaciona los elementos entre sí pero en forma de clasificación	Establece relaciones causales entre elementos por bloques	Idem, y genera una sensación de globalidad (permite decir "ese soy yo").

Observaciones:

(B.2.)

Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (II): Proceso y complejidad

B.2.1.	0	1	2	3	4
Objetivación de la experiencia (mundo sensorial del cliente)	No hace referencia a aspectos sensoriales.	Refiere aspectos sensoriales sólo como síntomas o hechos	Refiere aspectos sensoriales como partes de la experiencia	Usa los aspectos sensoriales para describir la experiencia (constitutivos)	Ídem pero además en el modo idiosincrásico del cliente
B.2.2.	0	1	2	3	4
Subjetivación emocional (riqueza y precisión en la representación de los sentimientos)	Apenas nombra los sentimientos o emociones del cliente	Refiere emociones pero como síntomas o sucesos	Refiere emociones como experiencias del cliente pero aún algo abstractas	Refiere emociones como experiencias vivas del cliente de	Ídem pero con su forma idiosincrásica de vivirlas
B.2.3.	0	1	2	3	4
Subjetivación cognitiva (variedad y precisión de los pensamientos del cliente)	Apenas nombra pensamientos del cliente	Refiere pensamientos como síntomas o sucesos	Refiere pensamientos como reflexiones del cliente aún vagas	Refiere pensamientos como reflexiones del cliente de modo preciso	Ídem, reflejando además un significado o conclusión personales
B.2.4.	0	1	2	3	4
Metaforización (uso de metáforas empáticas que sintetizan vivamente experiencia y significado)	No emplea ninguna metáfora o imagen	Utiliza alguna imagen para un aspecto parcial	Usa alguna metáfora pero no es empática (es significativa quizá para el terapeuta)	Metáfora empática pero falta viveza o captación del significado personal	La metáfora sintetiza viva y empáticamente la experiencia del cliente y su significado

Observaciones:

(B.3.)

Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (III): Contenido - Multiplicidad

B.3.1.	0	1	2	3	4
Temas (temas clave en la historia de la persona)	Apenas hace referencia a ninguno	Alusiones colaterales y vagas	Alusiones claras (les otorga relevancia) pero imprecisas	Alusiones claras y precisas pero falta desarrollo	Ídem pero bien desarrollados e integrados
B.3.2.	0	1	2	3	4
Personajes (personajes de su historia o del presente)	Apenas hace referencia a ninguno	Alusiones colaterales y vagas a personajes clave	Alusiones claras (les otorga relevancia) pero imprecisas	Alusiones claras y precisas pero falta conexión (qué les une)	Ídem pero bien desarrollando la conexión con ellos
B.3.3.	0	1	2	3	4
Contextos (situaciones y marcos de referencia donde sucede la acción)	Apenas hace referencia a ninguno o los describe	Ofrece sólo referencias vagas o generales	Ofrece referencias más precisas pero no establece su relevancia	Sirven para encuadrar qué fue relevante de modo preciso pero impersonal	Sirven para encuadrar qué fue relevante de modo preciso y personal
B.4.4.	0	1	2	3	4
Sucesos (hechos relevantes de la vida del cliente o en la sesión)	Apenas hace referencia a ninguno	Ofrece sólo referencias vagas o generales	Ofrece referencias más precisas pero no establece su relevancia	Permite saber qué sucedió y fue relevante de modo preciso pero impersonal	Permite saber qué sucedió y fue relevante de modo preciso y personal

Observaciones:

Hoja resumen de la Rúbrica de Evaluación de la Adecuación de las FF en TFE (REA-FF)

Caso:	Formulador:	Fecha:
-------	-------------	--------

A - Aspectos funcionales de la adecuación de la FF

A.1. Incorpora todos los elementos del MENSIT	0	1	2	3	4	⇒
A.2. Identifica correctamente los elementos del MENSIT	0	1	2	3	4	⇒
A.3. El texto de la FF es fácil de leer para un cliente promedio	0	1	2	3	4	⇒
A.4. Es un texto evocador y conmovedor (permite resonar al cliente)	0	1	2	3	4	⇒

B.1. - Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (I): Estructura y coherencia

B.1.1. Orientación (qué, quién, cuándo, dónde)	0	1	2	3	4	⇒
B.1.2. Secuencia estructural (cómo suceden las cosas)	0	1	2	3	4	⇒
A.4. Es un texto evocador y conmovedor (permite resonar al cliente)	0	1	2	3	4	⇒
B.1.4. Integración (relación funcional entre elementos)	0	1	2	3	4	⇒

B.2. - Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (II): Proceso y complejidad

B.2.1. Objetivación de la experiencia (mundo sensorial del cliente)	0	1	2	3	4	⇒
B.2.2. Subjetivación emocional (riqueza y precisión de los sentimientos)	0	1	2	3	4	⇒
B.2.3. Subjetivación cognitiva (variedad y precisión de los pensamientos)	0	1	2	3	4	⇒
B.2.4. Metaforización (metáforas que sintetizan experiencia y significado)	0	1	2	3	4	⇒

B.3. - Aspectos de adecuación de la FF basados en la calidad narrativa (III): Contenido - Multiplicidad

B.3.1. Temas (temas clave en la historia de la persona)	0	1	2	3	4	⇒
B.3.2. Personajes (personajes de su historia o del presente)	0	1	2	3	4	⇒
B.3.3. Contextos (situaciones y marcos de referencia de la acción)	0	1	2	3	4	⇒
B.3.4. Sucesos (hechos relevantes de la vida del cliente o en la sesión)	0	1	2	3	4	⇒

Apéndice VIII

Formato Guía para la elaboración de Formulaciones de Caso Globales en TFE

(Versión de uso)

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Mapa de categorías clínicas conceptuales

Pistas temáticas del *Formato Guía* de Formulación de caso global en TFE

Pista 1 ↓ Estructuración de la personalidad		Pista 2 ↓ Funcionamiento actual		Pista 3 ↓ Interacción dentro de la sesión		Pista 4 ↓ Trabajo experiencial y emocional	
<i>Formulaciones clínicas</i>	Bloque	<i>Formulaciones clínicas</i>	Bloque	<i>Formulaciones clínicas</i>	Bloque	<i>Formulaciones clínicas</i>	Bloque
↓ 1 ↓ 2	Memoria temprana de un suceso traumático Interpretación del daño	↓ 7 7.1 7.2 7.3	(1) HERIDA CLAVE	↓ 9 ↓ 9.1 9.2	(5) ESTILO DE RELACIÓN	↓ 11 11.1 11.2 11.3 11.4 11.5 11.6 ↓ 12 12.1 12.2 12.3	Estilo de procesamiento experiencial Reacciones clave del dentro de la sesión
Debilidades ↓ 3 3.1 3.2 ↓ 5 5.1 5.2 ↓ 6	Fortalezas ↓ 4 4.1 4.2 Transiciones vitales Recurso adaptativo	Efecto de los problemas afectivos en las relaciones ↓ 8 8.1 8.2 8.3	(2) APRENDIZAJE EMOCIONAL	↓ 10 10.1 10.2	(6) DIFICULTADES EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA	↓ 13 13.1 13.2 ↓ 14 14.1 14.2 14.3 14.4	Aprendizaje terapéutico Formulación de foco y evolución del tratamiento
Número de códigos posibles en esta pista (NCP)	12	NCP en esta pista	8	NCP en esta pista	6	NCP en esta pista	19

Pista 1: Estructuración de la personalidad

TEMA: Cómo llegó el cliente a ser la persona que es en el momento de acudir a terapia

Bloque 1: HERIDA CLAVE

Subtema: Conciencia del cliente, acerca de las experiencias patogénicas o destructivas, y acerca del sufrimiento y sus efectos experimentados a lo largo de su vida

Bloque 1: HERIDA CLAVE

FC 01

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Una <i>experiencia temprana problemática</i> (ETP) acerca de algún tipo de suceso traumático.	¿Qué contó la persona, acerca algún suceso traumático específico o significativo, sucedidos en su vida? (infancia y adolescencia) ¿Qué le marcó?	...

FC 02

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Interpretación del daño</i> (ID): Una interpretación o lectura personal que hace el cliente acerca del daño producido por el/los suceso/s codificados en FC 02.	¿Cómo interpreta la persona, o cómo parece que llegó a interpretar el daño causado por los sucesos traumáticos que vivió en la infancia o adolescencia?	...

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL

Subtema: Cómo la persona aprendió a sentir en las situaciones interpersonales durante la crianza, a evaluar afectivamente la presencia de los otros, y a responder a ella de modos más o menos adaptativos y auténticos

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Debilidades

FC 03

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Descripción o ejemplo del <i>patrón interpersonal temprano negativo</i> (PITn) más relevante, asociado a una experiencia de maltrato o de negligencia durante la crianza.	¿Qué interacciones refirió y exploró la persona que pudieron constituir patrones repetitivos de maltrato o negligencia en su infancia o adolescencia? ¿A qué estructuración del vínculo de apego dieron lugar?	...

FC 03.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Descripción contextualizada del PIT negativo</i> (DC-PITn) (puede incluir recuerdos específicos, información sensorial y sentimientos)	¿Qué solía ocurrir entonces? ¿Dónde/Cómo/Con quién/Cuándo? ¿Qué sentía la persona entonces?	...

FC 03.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Consecuencias del PIT negativo en las expectativas (CE-PITn) de la persona dentro de las relaciones interpersonales (anticipaciones negativas específicas del estilo de apego resultante).</i>	<p><i>¿Qué aprendió la persona a esperar de sus otros significativos o de los adultos, de la gente, de la autoridad, de las figuras protectoras, etc.?</i></p> <p><i>¿Qué aprendió la persona a esperar de sí misma?</i></p> <p><i>¿Cuál fue el estilo de apego resultante?</i></p>	...

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Fortalezas

FC 04

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Descripción o ejemplo del <i>patrón interpersonal temprano positivo (PITp)</i> más relevante, asociado a una experiencia de cuidado o vinculación durante la crianza.	<p><i>¿Qué interacciones refirió y exploró la persona que pudieron constituir patrones repetitivos de cuidado o buena vinculación en su infancia o adolescencia?</i></p> <p><i>¿A qué estructuración del vínculo de apego dieron lugar? (O si el vínculo de apego resultó principalmente dañado, ¿qué figuras de apego alternativas o complementarias pudieron existir?).</i></p>	...

FC 04.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Descripción contextualizada del PIT positivo (DC-PITp)</i> (puede incluir recuerdos específicos, información sensorial y sentimientos).	<p><i>¿Qué solía ocurrir entonces?</i></p> <p><i>¿Dónde/Cómo/Con quién/Cuándo?</i></p> <p><i>¿Qué sentía la persona entonces?</i></p>	...

FC 04.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Consecuencias del PIT positivo en las expectativas (CE-PITp) de la persona dentro de las relaciones interpersonales (anticipaciones positivas específicas del estilo de apego resultante).</i>	<p><i>¿Qué aprendió la persona a esperar de sus otros significativos o de los adultos, de la gente, de la autoridad, de las figuras protectoras, etc.?</i></p> <p><i>¿Qué aprendió la persona a esperar de sí misma?</i></p> <p><i>¿Cuál fue el estilo de apego resultante?</i></p>	...

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Hechos biográficos

FC 05

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Memoria autobiográfica significativa (MAS):</i> Recuerdo de un hecho biográfico relevante sucedido en la adultez (i.e., un divorcio u otras crisis), o durante la transición a la edad adulta (i.e., el abandono del hogar familiar para ir a la universidad o un embarazo no deseado) que significó un momento problemático, el cual incrementó las dificultades anteriores, o acentuó el funcionamiento desadaptativo previo.	<p><i>¿Qué marcó la entrada de la persona en la vida adulta?</i></p> <p><i>¿Qué tuvo que hacer la persona para lograr su propio espacio como adulto? ¿Qué "precio" tuvo esto?</i></p>	...

FC 05.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Descripción narrativa de la MAS (DN-MAS).	¿Qué sucedió? ¿Qué significó para la persona? ¿Cómo lo interpretó?	...

FC 05.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
Consecuencia principal de la MAS (DN-MAS) (ya sea entonces o en el momento de acudir a terapia).	¿Cuáles fueron las consecuencias? ¿Qué relató la persona como la peor de ellas? ¿Cómo afectaron esas consecuencias a su vida actual?	...

Bloque 2: APRENDIZAJE EMOCIONAL / Recursos psicológicos preferidos

FC 06

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
El recurso psicológico preferido (RPP) desarrollado por la persona para afrontar el dolor o las dificultades personales o sociales (puede tratarse de un recurso relativamente saludable o de una compensación o manera de ser o de actuar inauténticas).	¿Logró desarrollar la persona alguna actitud adaptativa o bien alguna manera de relacionarse con los otros, que valora o aprecia especialmente, debido a que supuso para ella una forma de sobrevivir o de manejar el dolor? ¿Cuál y cómo es? ¿Cómo funciona actualmente ese recurso psicológico preferido? ¿Cuáles han sido hasta la fecha y cuáles son sus consecuencias en el momento de acudir a terapia?	...

Pista 2: Funcionamiento actual

TEMA: Cómo venía siendo el funcionamiento afectivo y social del cliente, a la hora de entrar en terapia y tal y como se iba mostrando a lo largo de las primeras sesiones

Bloque 3: FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL

Subtema: Especificación y descripción del funcionamiento emocional relativo a su dolor nuclear, haciendo referencia al esquema de emoción problemático nuclear

Bloque 3: FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL

FC 07

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	R
<p><i>Dolor nuclear</i> (DN) que organiza la experiencia y la acción.</p> <p>Es el centro del funcionamiento afectivo basado en emociones primarias desadaptativas, y puede incluir las autoevaluaciones del cliente de carácter patológico o causantes de malestar.</p> <p>Este DN puede ser el causante de la evitación experiencial (que impide el contacto con emociones primarias adaptativas y la satisfacción de necesidades).</p>	<p><i>¿Qué emoción o sentimiento doloroso se encontraba en el centro del malestar de la persona? ¿Cuál era la vivencia subjetiva y el significado experiencial de ese dolor específico para el cliente?</i></p> <p><i>¿Cuáles eran los sentimientos nucleares dolorosos que se hallaban organizando su experiencia de sí mismo o del mundo?</i></p> <p><i>¿Qué emociones primarias desadaptativas dominaban la auto-organización de la persona en las situaciones que se veían comprometidas por este dolor?</i></p>	...

FC 07.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	R
<p><i>Esquema de emoción problemático nuclear</i> (EENP), descrito en términos de los elementos estructurales que rodean a la emoción vivenciada (significados simbolizados, elementos motivacionales-conductuales, elementos corporales-expresivos y elementos perceptivo-situacionales).</p>	<p><i>¿Cómo se manifestaba el dolor nuclear en términos de los significados simbolizados por el cliente? (Relato de la dificultad, conceptos que maneja y relatos de identidad)</i></p> <p><i>¿Cómo se manifestaba este dolor en términos de los elementos motivacionales-conductuales presentes en las dificultades del cliente? (Necesidades y tendencias a la acción).</i></p> <p><i>¿Cómo se manifestaba este dolor en términos de los elementos corporal-expresivos presentes en las dificultades del cliente? (Sensaciones sentidas y conducta no verbal)</i></p> <p><i>¿Cómo se manifestaba este dolor en términos de los elementos perceptivo-situacionales presentes en las dificultades del cliente? (Evaluaciones primarias de las situaciones y memoria episódica).</i></p>	...

FC 07.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	R
<p><i>Explicación del esquema</i> (EE): Auto-percepción del cliente y percepción de las personas de su entorno (i.e., pareja, familia, compañeros, etc.) acerca de la reactividad emocional producida por el EENP.</p> <p>Puede incluir la descripción de los círculos viciosos en los que el cliente se venía viendo atrapado de manera más o menos consciente (i.e., conflictos repetitivos, modos de culpar a otros y de no asumir la propia responsabilidad, patrones de relación disfuncionales, etc.)</p>	<p><i>¿Qué solía ocurrir en la vida de la persona cuando sus experiencias estaban afectadas por el dolor nuclear y sus reacciones a éste?</i></p> <p><i>¿Cuál era la forma habitual en la que la persona perdía agencia, auto-determinación o auto-orientación?</i></p> <p><i>¿En qué círculos viciosos se enganchaba la persona, ya sea con otros o consigo misma?</i></p> <p><i>¿Cómo solía comprender la persona lo que ocurría fatal e inevitablemente una y otra vez cuando se veía dominada por sus emociones?</i></p> <p><i>¿Cómo relataba la persona que esto mismo era interpretado por los demás?</i></p>	...

FC 07.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Estilo de Auto-relación (EAR):</i> Cómo se percibe y se trata a sí misma la persona en el contexto de un EEPN activado.	<p><i>¿Cuál es la acción más dolorosa que la persona se dirigió a sí misma?</i></p> <p><i>¿Cómo entendía la persona las razones para criticarse, atacarse, humillarse, apartarse, bloquearse, amenazarse, etc.?</i></p>	...

Bloque 4: FUNCIONAMIENTO SOCIAL

Subtema: Cuál era o venía siendo el efecto de los problemas afectivos sobre las relaciones interpersonales, y sobre la adaptación/implicación social de la persona

Bloque 4: FUNCIONAMIENTO SOCIAL

FC 08

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Efecto de los problemas afectivos en las relaciones sociales (ERS):</i> Una descripción de cómo una vida dominada por el EEPN afecta a las relaciones de la persona en su vida cotidiana.	<p><i>¿Cómo discurrió una vida (o una gran parte de ella) al estar dominada por un sentimiento nuclear problemático?</i></p> <p><i>¿Cómo venía afectando ese sentimiento nuclear a la vida social de la persona?</i></p>	...

FC 08.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>La percepción de los otros (PO)</i> como resultado la conducta derivada del EEPN en las relaciones interpersonales.	<p><i>¿Cómo ha llegado la persona a ser percibida o vivida por los demás?</i></p> <p><i>¿Cómo venía modulando esa narrativa las vivencias de la persona y su experiencia de los demás?</i></p>	...

FC 08.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>El tipo de relación (TR)</i> con los demás que mantiene la persona en diferentes ambientes o marcos relacionales (puede incluir un análisis de la circularidad, la complementariedad, la formación de patrones de relación, ciclos interpersonales problemáticos y otros fenómenos sistémicos y de reciprocidad en las dinámicas relacionales).	<p><i>¿Qué tipo de relación tendía la persona a repetir y qué efectos tenía eso en su mundo social?</i></p> <p><i>¿Cómo venían siendo sus relaciones interpersonales en diversos ambientes?</i></p> <p><i>¿Cómo estaban determinadas total o parcialmente por los efectos de sus dificultades emocionales?</i></p>	...

FC 08.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Consecuencias sociales (CS)</i> de las dificultades emocionales en el deterioro de las relaciones, en el apoyo social, en la autonomía y en el ajuste de la persona.	<p><i>¿Cuáles han sido las consecuencias finales de las dificultades emocionales de la persona en su ajuste social? ¿Y en su autonomía?</i></p> <p><i>¿En qué posición social ha quedado? ¿Qué supone o significa este cambio o pérdidas para el cliente?</i></p>	...

Pista 3: Interacción dentro de la sesión

TEMA: Cómo lidió el terapeuta con las necesidades y temores del cliente, así como sus acciones y conductas resultado de procesamientos automáticos y no simbolizados en su campo de consciencia -especialmente aquellos que se activan en el marco de la relación terapéutica

Bloque 5: ESTILO DE RELACIÓN CON EL TERAPEUTA

Subtema: El escenario relacional en el que el terapeuta tuvo que aplicar los principios de trabajo de la TFE (relación/seguir y tarea/guiar) y cómo terapeuta y cliente fueron capaces de construir una relación de trabajo productiva

Bloque 5: ESTILO DE RELACIÓN CON EL TERAPEUTA

FC 09

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Estilo de relación con el terapeuta (ERT) consecuente con el EEPN (aquí la relación con el terapeuta puede fluctuar entre la posibilidad más sana y auténtica del encuentro congruente, y la posibilidad menos sana e inauténtica de la máscara o el personaje, pasando por la situación de conflicto o de hipersensibilidad)</i>	<p><i>Siendo el terapeuta un nuevo otro en el mundo relacional del cliente, ¿repetió éste alguno de sus patrones relacionales?</i></p> <p><i>¿Qué caracterizaba a la relación con el terapeuta en términos de expectativas?</i></p> <p><i>¿Qué emociones trataba de regular a través del modo de relacionarse con éste?</i></p> <p><i>¿Qué trataba de evitar?</i></p>	...

FC 09.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Necesidades insatisfechas (NI) y su potencial reflejo en el manejo de conductas compulsivas que reportaban beneficios relacionados con, y lo que esto significó para el tratamiento.</i>	<p><i>¿Qué necesidad/es no satisfecha/s y/o no reconocida/s trataba de satisfacer el cliente en su modo de comportarse con el terapeuta?</i></p> <p><i>¿A qué situaciones o marcadores dio/dieron lugar?</i></p> <p><i>¿Cómo fue manejada esta dinámica en pos de un funcionamiento más congruente? ¿Qué supuso esto para el cliente y/o para la relación?</i></p>	...

FC 09.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Reacciones a daños anticipados (RDA) en el contexto de la relación, y manejo de respuestas automáticas que eran parte de estas reacciones, y que surgían como automatismos o recursos desadaptativos de regulación emocional (Puede incluir lo que su manejo significó para el tratamiento).</i></p> <p>Incluye quejas sobre algún aspecto banal del terapeuta.</p>	<p><i>¿Qué miedo inconsciente estaba el cliente tratando de evitar a través de su estilo de relación con el terapeuta?</i></p> <p><i>¿Cómo trataba de hacerlo? (por ejemplo a través de una queja sobre algún aspecto banal del terapeuta) ¿Por qué? (significado emocional)</i></p> <p><i>¿Qué hicieron cliente y terapeuta para manejarlo productivamente? Y ¿cuál fue la consecuencia?</i></p>	...

Bloque 6: DIFICULTADES EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA

Subtema: Cuáles fueron las dificultades específicas o las rupturas en la alianza terapéutica y cómo fueron manejadas

Bloque 6: DIFICULTADES EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA

FC 10

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Problemas objetivos en la relación (POR) que hicieron inviable el tratamiento (i.e., violencia, consumo de drogas, violación de determinados límites del encuadre).</i>	<i>¿Ocurrió algo entre terapeuta y cliente que de modo objetivo supuso alguna dificultad para continuar trabajando?</i>	...

FC 10.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Dificultades y/o rupturas en la alianza (DRA) que fueron trabajadas en la terapia (puede incluir las consecuencias potenciales para el tratamiento). Dificultades superiores a quejas.</i>	<i>¿Se produjo alguna dificultad que amenazara a la alianza terapéutica? ¿Cuál fue su naturaleza? ¿Cómo se manejó y qué significó esto para el tratamiento? ¿Se produjo alguna ruptura de la alianza terapéutica? ¿Cuál fue su naturaleza? ¿En qué circunstancias se dio? ¿Cómo se manejó y qué significó esto para el tratamiento?</i>	...

FC 10.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<i>Causas externas de interrupción (CEI) del tratamiento que produjeron su cese o interfirieron en su marcha y cómo fueron manejadas (puede incluir problemas económicos y psicosociales, el impacto negativo de la terapia en el ambiente de la persona, etc.).</i>	<i>¿Hubo algún incidente o problema externo que produjera una interrupción del tratamiento? ¿Cuál fue su naturaleza? ¿Cómo fue manejado? ¿Qué significó esto para la terapia?</i>	...

Pista 4: Trabajo experiencial y emocional

TEMA: El del cambio terapéutico en clave humanista y facilitado en los términos experienciales y por los medios propios de la TFE

Bloque 7: PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL Y EMOCIONAL

Subtema: El estilo de procesamiento experiencial del cliente y los ajustes responsivos que fueron necesarios para que la terapia avanzara y la sesión se convirtiera en un espacio de exploración de la propia experiencia/existencia productivo

Formulaciones sobre el estilo de procesamiento del cliente

Bloque 7: PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL Y EMOCIONAL / Estilo de procesamiento experiencial

FC 11

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Estilo de procesamiento experiencial (EPE)</i> típico del cliente y modo usual de relacionarse con la experiencia (puede incluir datos acerca de su evolución).</p> <p>Las formulaciones pueden basarse en los diferentes modos de implicación experiencial.</p>	<p><i>¿Cómo era el modo habitual de procesamiento experiencial del cliente?</i></p> <p><i>De qué manera parecía relacionarse con su mundo interno, emociones, sensaciones corporales, pensamientos, etc.?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó?</i></p>	...

FC 11.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	R
<p><i>Estilo de cualidad vocal (ECV)</i> dominante (puede incluir datos acerca de su evolución).</p>	<p><i>¿Cuál solía ser el estilo de cualidad vocal del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué sensación de conexión con su flujo de experiencia parecía transmitir la persona mientras hablaba? ¿Qué parecía hacer o tratar de hacer con ella?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó?</i></p> <p><i>¿Había algún suceso especial o algún tema en particular en relación con el cual la cualidad vocal cambiaba de modo consistente? (de una voz más experiencial a una voz más externa, o viceversa)</i></p>	...

FC 11.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	R
<p><i>Dificultades de regulación emocional (DRE)</i> principalmente dentro de la sesión, pero también en la vida cotidiana (i.e., mediante ejercicio, consumo, uso de fármacos, autolesiones, etc.)</p> <p>Puede incluir datos acerca de su evolución y acerca de los medios idiosincrásicos de regulación utilizados por la persona.</p> <p>Las formulaciones correspondientes a esta categoría se pueden apoyar en los factores de la Escala DERS de dificultades en la regulación emocional. Igualmente pueden ser informadas por los cuatro grupos de estrategias de regulación de la emoción descritos en la Escala de complejidad de la regulación emocional (CERS).</p>	<p><i>¿Cómo aparecía el cliente en la sesión: desregulado o sobrerregulado? ¿Qué consecuencias tenía eso en la sesión? ¿Qué intervenciones del terapeuta eran necesarias?</i></p> <p><i>¿De qué formas particulares intentaba el paciente regular sus estados emocionales?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionaron sus dificultades de regulación emocional?</i></p> <p><i>¿Qué fue necesario para facilitar esa evolución? ¿Cómo progresó de formas de regulación explícitas a formas implícitas?</i></p>	...

FC 11.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	R
<p><i>Grado de consciencia emocional</i> (GCE). Puede incluir: (1) Datos acerca de su evolución y ejemplos; (2) ilustraciones sobre las consecuencias inmediatas en la sesión o fuera de ella, de un determinado GCE del cliente; (3) necesidades de aprendizaje que se manifestaron en la terapia, y (4) reportes del efecto de momentos de enseñanza experiencial.</p> <p>Las formulaciones pueden apoyarse en las distinciones establecidas en el Cuestionario abierto de evaluación de la consciencia emocional-motivacional en psicoterapia (Tabla 15).</p> <p>También pueden tener en cuenta los 6 niveles de la Escala de niveles de conciencia emocional (LEAS).</p>	<p><i>¿Cuál era el grado de consciencia emocional inicial del cliente? ¿Qué facilidad tenía para distinguir entre Emociones Primarias y Secundarias de modo práctico?</i></p> <p><i>¿Qué consecuencias para la vida cotidiana del cliente solía tener su grado de consciencia emocional? ¿En qué medida afectaba a sus sensaciones de agencia, orientación, autodeterminación, etc.?</i></p> <p><i>¿En qué situaciones se manifestaban esas consecuencias? (i.e., en términos de reconocer sensaciones corporales, identificar emociones, etiquetar necesidades y deseos, o "darse cuenta de algo" como forma de crear una perspectiva de significado personal-existencial).</i></p> <p><i>¿Cómo fue evolucionando? ¿Qué efectos tuvo esta evolución?</i></p> <p><i>¿Qué ayudó a facilitar dicha evolución?</i></p> <p><i>¿Hubo algún momento de enseñanza experiencial? ¿En qué consistió? ¿Qué aportó?</i></p>	...

FC 11.4

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	R
<p><i>Niveles de la Escala Experiencial</i> (NEE) (puede incluir datos acerca de su evolución).</p>	<p><i>¿En qué nivel de la Escala Experiencial funcionaba habitualmente el cliente?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó a lo largo de la terapia?</i></p> <p><i>¿Hubo algún incidente o experiencia críticos que facilitaran esa evolución?</i></p>	...

FC 11.5

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	R
<p><i>Modos Narrativos</i> (MN) (puede incluir datos acerca de su evolución).</p> <p>MN-1: Externo (Cuenta qué sucedió)</p> <p>MN-2: Interno (Cuenta qué sintió)</p> <p>MN-3: Enfocado (Cuenta qué significó)</p>	<p><i>¿En qué Modo Narrativo relataba el cliente sus experiencias y dificultades de modo habitual?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó el Modo Narrativo a lo largo de la terapia?</i></p> <p><i>¿Hubo algún incidente o experiencia críticos que facilitaran esa evolución?</i></p>	...

FC 11.6

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	R
<p><i>Otros indicadores experienciales</i> (OIE) como los correspondientes a la Escala de procesamiento perceptual del cliente, o a la Escala de asimilación de experiencias problemáticas (puede incluir datos acerca de su evolución).</p>	<p><i>¿Hay algún otro dato disponible que pueda ayudar a entender los modos en que el cliente procesaba su experiencia y sus emociones, así como su evolución?</i></p> <p><i>¿Qué se puede decir en términos de cómo el proceso terapéutico facilitó la asimilación de experiencias problemáticas del cliente (i.e., a través de la integración de voces o aspectos del sí mismo)?</i></p>	...

Formulaciones sobre reacciones clave del cliente dentro de la sesión

Bloque 7: PROCESAMIENTO EXPERIENCIAL Y EMOCIONAL / Reacciones clave dentro de la sesión

FC 12

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Reacciones clave dentro de la sesión (RCS):</i> Reacciones relevantes del cliente frente a la experiencia de estar en la terapia, o a los ajustes responsivos del terapeuta ante el estilo del cliente, su acervo afectivo/interpersonal o sus necesidades específicas.</p>	<p><i>¿Cómo reaccionó el cliente frente a la experiencia de estar en terapia? ¿Hubo alguna reacción clave dentro de alguna de las sesiones? ¿Qué significó?</i></p> <p><i>¿Cómo aprovechó el terapeuta (o no) el significado personal revelado por el cliente en esa reacción clave, para generar una nueva intervención (incluido el contemplar, celebrar o agradecer), o para adaptarse responsivamente al proceso del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué significaron para el cliente las actitudes terapéuticas de apertura a la experiencia, mirada positiva y aceptación incondicional, empatía, interés genuino y congruencia del terapeuta?</i></p>	...

FC 12.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Significado emocional-existencial de experiencia de estar en terapia (SEET)</i> la, en la vida de la persona.</p>	<p><i>¿Qué tuvo de único, liberador, sanador o transformador la experiencia de estar en terapia para el cliente? ¿Qué relación estableció entre esa experiencia y su vida o sus dificultades? ¿Qué nuevas perspectivas de significado se abrieron o qué nuevos sentimientos o deseos se despertaron?</i></p>	...

FC 12.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p>Una <i>reacción memorable del cliente (RMC)</i> hacia alguna de las propuestas de proceso del terapeuta, o frente a alguna de sus invitaciones a prestar atención a la experiencia interna y las sensaciones corporales.</p> <p>Puede incluir la reacción inicial del cliente y sus consecuencias inmediatas (i.e., cambios en los modos narrativos, en los niveles experienciales, o en la cualidad vocal, así como la creación de nuevo significado o un acceso cualitativamente diferente a una emoción primaria).</p>	<p><i>Si fue significativo, ¿cómo reaccionó inicialmente el cliente ante el planteamiento del modo de trabajar en TFE experimentado y eventualmente explicado en la primera sesión?</i></p> <p><i>¿Qué ocurrió o qué hubo de novedoso o llamativo en las primeras ocasiones en las que el terapeuta ayudó al cliente a trabajar experiencialmente?</i></p> <p><i>¿Cuáles fueron las consecuencias de este potencialmente nuevo modo de relacionarse con su mundo interno y de procesar su experiencia? ¿Cómo utilizó el terapeuta esta nueva información?</i></p> <p><i>¿Fue necesario algún tipo de enseñanza experiencial? ¿Ante qué y en qué consistió? ¿Qué consecuencias tuvo?</i></p>	...

FC 12.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Otras oportunidades de adaptación responsiva (OAR)</i> del modo de encuadrar o conducir la terapia.</p>	<p><i>¿Hubo algún otro momento memorable en el cual el terapeuta tuvo que ajustar sus propuestas, su estilo o su presencia para ser adecuadamente responsivo?</i></p> <p><i>¿Hubo algún momento que requiriera al terapeuta afinar en términos de congruencia o que le invitara a hacer algún tipo de autorevelación? ¿Qué impacto tuvo?</i></p> <p><i>¿Fue necesario hacer algún tipo de replanteamiento o aclaración mutua para lograr un mejor equilibrio entre trabajo centrado en la persona y orientación al proceso? ¿Cómo fue validado y asumido por el terapeuta? ¿Qué consecuencias tuvo?</i></p> <p><i>¿Hubo alguna situación especial que requiriera ajustar la estructura de la terapia, el modo de facilitar el tratamiento, el lugar donde realizarlo, etc. en relación con las necesidades y posibilidades del cliente? ¿En qué consistió? ¿Tuvo alguna relevancia o significado particular para el proceso?</i></p>	...

Bloque 8: TAREAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS

Subtema: El tipo de crecimiento personal que supuso la terapia para el cliente, y en los procesos que condujeron al cambio terapéutico junto con sus resultados

Bloque 8: TAREAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS / Aprendizaje terapéutico

FC 13

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Aprendizaje terapéutico (AT):</i> Evolución del paciente desde una ubicación inicial potencialmente auto-protectora hacia actitud y un modo de implicación más productivos (asociados a la diferenciación de necesidades y metas y al compromiso con ellas).</p>	<p><i>¿Cómo entró el cliente en la terapia y cómo evolucionó en términos de comprensión y compromiso con el estilo de trabajo terapéutico y con la lógica experiencial-existencial de la TFE?</i></p> <p><i>¿Cómo se concreta esa evolución en términos del cambio en las narrativas del cliente respecto a las dificultades o la sintomatología que le llevaron a terapia?</i></p>	...

FC 13.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Diferenciación de necesidades y respuestas (DNR):</i> Cambios narrativos en el modo en que el cliente considera sus necesidades personales a lo largo de la terapia, como resultado del aprendizaje y del proceso terapéutico.</p> <p>Potencialmente expresado a través de una auto-comprensión novedosa de las dinámicas personales, o de la relectura de determinados datos existenciales propios, o de la emergencia de formas de auto-organización más saludables o creativas, así como de la formación de nuevas motivaciones.</p>	<p><i>¿Cómo se concreta el aprendizaje terapéutico en términos de nuevas necesidades del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué necesidades importantes (en cualquier nivel) fueron clarificándose o despertando a medida que el proceso terapéutico avanzaba?</i></p> <p><i>¿Cómo se modificó la narrativa del cliente respecto a sus necesidades?</i></p> <p><i>¿Cómo afectó la consciencia de esas necesidades a la auto-determinación del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué nuevas tendencias a la acción surgieron del acceso a las emociones primarias adaptativas? ¿En qué nuevas respuestas a la vida se concretaron?</i></p> <p><i>¿Qué supuso esto para el cliente y qué nuevos asuntos llevó a la terapia a causa de su mayor nivel de congruencia y autenticidad?</i></p>	...

FC 13.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Definición de metas y actitudes (DMA)</i> como resultado del aprendizaje terapéutico.</p> <p>Cuando son resultado de la reflexión de la persona sobre la historia emocional-relacional de sus dificultades, se pudieron concretar en términos de "metas de cambio terapéutico" y "actitudes hacia la experiencia orgánica".</p> <p>Cuando son resultado de la reflexión de la persona sobre sus nuevas posibilidades experienciales respecto a su posición en la vida, se pudieron concretar en términos de "actitudes existenciales" y "metas vitales".</p>	<p><i>¿Cómo se concreta el aprendizaje terapéutico en términos del cambio en las narrativas del cliente respecto a su experiencia orgánica?</i></p> <p><i>¿Cómo se concreta el aprendizaje terapéutico en términos del cambio en las narrativas del cliente respecto a sus metas en la terapia?</i></p> <p><i>¿Qué metas u objetivos de cambio terapéutico (en varios niveles) se planteó la persona a medida que el proceso terapéutico avanzaba?</i></p> <p><i>¿Qué metas vitales se planteó la persona a medida que la terapia avanzaba?</i></p> <p><i>¿Cómo afectó la formulación más clara de esas metas y objetivos a la auto-determinación del cliente en su ambiente y en sus relaciones, o a su modo de estar en el mundo, así como a su compromiso con la realidad o su participación en la vida social?</i></p> <p><i>¿Qué nuevas actitudes existenciales asumió o desarrolló la persona como modo de responder a su vida desde el contacto profundo con la experiencia orgánica?</i></p>	...

Bloque 8: TAREAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS / Formulación de foco y evolución del tratamiento

FC 14

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Formulación de foco y evolución (FFE):</i> Narrativa de la formulación de foco que guió el tratamiento</p> <p>Debe incluir la articulación de los elementos que componen el foco en TFE bajo el acrónimo MENSIT: M: Marcadores; E: Emoción primaria; N: Necesidad; S: Emoción secundaria; I: Procesos interruptores, y T: Temas.</p>	<p><i>¿Cuál fue la formulación de foco que finalmente co-construyeron cliente y terapeuta y que sirvió para guiar el tratamiento?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó? ¿Hubo alguna reformulación?</i></p>	...

FC 14.1

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Nueva formulación de foco (NFF):</i> Potencialmente, en algunos casos, la evolución del tratamiento (i.e., si se desvela un secreto o se produce una reacción que revela una psicopatología primaria), o alguna novedad en la vida del cliente, pueden hacer necesaria una segunda formulación de foco.</p>	<p><i>¿Qué novedades sobre la psicopatología primaria del cliente o que sucesos vitales hicieron necesaria la formulación de un nuevo foco terapéutico?</i></p> <p><i>¿Cuál es la narrativa del nuevo foco basada en el MENSIT?</i></p> <p><i>¿Cómo evolucionó? ¿Hubo alguna reformulación?</i></p>	...

FC 14.2

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Tareas terapéuticas facilitadas (TTF) y que fueron responsables de los cambios principales.</i></p> <p>Incluye: (1) la identificación de las tareas, (2) la descripción de algún proceso determinante para el caso, relacionado con su facilitación, (3) la descripción de micro-resultados en la sesión, y (4) la identificación de impactos progresivos en la transformación del dolor nuclear del cliente.</p> <p>También puede incluir fracasos o procesos infructuosos.</p>	<p><i>¿A través de qué tareas terapéuticas principales se fueron logrando las metas terapéuticas formuladas en el foco?</i></p> <p><i>¿Hubo alguna tarea que resultara especialmente relevante para la terapia o en alguna fase del tratamiento?</i></p> <p><i>¿Cuáles fueron los resultados específicos consecuencia de la resolución de estas tareas?</i></p> <p><i>¿Cómo fue contribuyendo el trabajo con tareas terapéuticas a la transformación del dolor nuclear del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué tareas fallaron o permanecieron en niveles insuficientes de resolución? ¿A qué pudo ser debido? ¿Qué es lo que en última instancia no se logró?</i></p>	...

FC 14.3

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p>Establecimiento de una <i>meta contextual o intermedia (MCI)</i>: Eventualmente, pudo ser necesario establecer una meta que permitiera progresar a la terapia o hacerla viable, ya sea por causa del contexto (i.e., obtener una aprobación externa, o decir la verdad sobre una enfermedad de transmisión sexual a la pareja, cuando este asunto le ha sido revelado al terapeuta), o propia del individuo (i.e., el compromiso de no cometer suicidio, o de no beber alcohol cuando se va conduciendo a la sesión).</p>	<p><i>¿Sucedió algo que condujo a la negociación y/o al establecimiento de alguna meta intermedia, que permitiera la realización de la terapia?</i></p> <p><i>¿En qué consistió? ¿Cómo se logró establecer?</i></p> <p><i>¿Qué supuso? ¿Sometió a alguna tensión a la relación terapéutica?</i></p> <p><i>¿Fue lograda? ¿Qué consecuencias tuvo? ¿Tuvo alguna relevancia especial como tema de fondo para la terapia?</i></p>	...

FC 14.4

Categoría clínica conceptual	Preguntas de formulación	Respuesta
<p><i>Macro-cambios o resultados de la terapia (MCR): Síntesis de los cambios logrados por el cliente al final del tratamiento, formulados en varios niveles.</i></p> <p>Puede incluir: (1) reducción de síntomas, (2) logro de objetivos terapéuticos asociados al foco y al dolor nuclear, (3) cambios en las narrativas de identidad, (4) desarrollo de nuevas actitudes existenciales, y (5) logro de objetivos personales (i.e., reconciliaciones, cambios de trabajo, inicio de proyectos, etc.).</p>	<p><i>¿Qué cambios significativos logró la persona a lo largo de la terapia? ¿Qué implicaciones tuvieron?</i></p> <p><i>¿Qué síntomas desaparecieron o se redujeron y cuáles no?</i></p> <p><i>¿Qué cambios estructurales se produjeron en la personalidad del cliente al trabajar con las dificultades formuladas en el foco y al trabajar sobre el dolor nuclear?</i></p> <p><i>¿Cómo cambió y en qué dimensiones evolucionó la narrativa de identidad del cliente?</i></p> <p><i>¿Qué nuevas actitudes existenciales desarrolló la persona y qué sentido tuvieron en su contexto vital?</i></p> <p><i>¿Qué objetivos personales logró el cliente?</i></p>	<p>...</p>

Apéndice IX

Manual de uso del *Formato Guía* para la elaboración de Formulaciones de Caso Globales en TFE

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Objetivo:

El objetivo del *Formato Guía* (FG) es ayudarte a producir un texto que explique lo sucedido en un caso de terapia, estableciendo puentes de significado entre datos del caso que funcionan como antecedentes, y otros datos que funcionan como consecuentes. Tal puente explicativo es lo que denominamos formulación global, la cual se desglosa en una serie de formulaciones parciales.

En un nivel macro, la formulación de caso consistiría en decir: "El cliente A, con las características B, con la ayuda del terapeuta se implicó en las experiencias y tareas C, que condujeron a los resultados D". Sin embargo, dada la riqueza y multidimensionalidad de los procesos de psicoterapia, la formulación de un caso global supone dar cuenta de múltiples elementos, que tuvieron significado clínico en diferentes momentos del proceso.

Proceso:

Para hacer lo anterior paso a paso y de un modo sistemático, el FG te orientará a través de la realización de 45 preguntas que se distribuyen en cuatro grandes pistas de formulación. De ese modo, cada vez que respondas a una pregunta, habrás realizado una formulación parcial, y la acumulación de formulaciones parciales irá generando el texto de la formulación de caso global.

Cada pista de formulación constituye una especie de "camino de reflexión" presidido por un gran tema, acerca de los datos del caso con los que cuentes: hechos que recuerdes, registros, anotaciones, observaciones, etc.

A su vez, cada pista se divide en dos bloques -presididos por sendos subtemas-, con un número variable de preguntas, correspondientes a un número igual de categorías clínicas conceptuales. Es decir, a cuestiones clave de formulación con relevancia teórica en el marco de la TFE. Por todo ello es preciso que te familiarices primero con la estructura lógica y los contenidos del FG (pistas > bloques > categorías clínicas > preguntas de formulación).

Fases de trabajo:

Para facilitar el uso del FG, se proponen las siguientes fases de trabajo:

Fase 1: Documentación

El trabajo con el FG se beneficia de un ejercicio sistemático de documentación del caso paralelo a su desarrollo. Así no sólo es más fácil realizar la formulación global al final de la terapia, sino que ésta depende menos de la memoria del terapeuta formulador -y de los sesgos que el recuerdo pueda producir.

En general, puede ser útil llevar una bitácora del caso, o utilizar el propio FG como soporte y mapa para ir recogiendo datos sesión tras sesión. Ambas ideas constituyen excelentes recursos en contextos de supervisión clínica, que pasan a ser algo más que ideas en contextos de investigación, en los cuales, la estrategia de documentación vendrá prescrita de antemano.

Sea como sea, en la fase de documentación, que concluye con la organización del material del caso, puede ser útil tomar en consideración las orientaciones de McLeod (2010) relativas a este tema, para la conducción de estudios de caso en psicoterapia.

Fase 2: Reflexión sistemática o formulación

Consiste en el trabajo con el FG propiamente dicho. Deberás responder en orden, e ir acumulando las respuestas.

Si bien el orden en que respondas a las preguntas del FG puede no ser determinante, a efectos prácticos (para generar textos homogéneos y fácilmente comparables), la recomendación es colocar las respuestas en el mismo orden que propone el instrumento. No obstante, se considera que trabajar en orden permite al terapeuta formulador ir entrando progresivamente en el caso y crear orden y significado de una manera lógica, que va de lo más general a lo más específico, del pasado a lo más reciente, de lo descriptivo a lo explicativo, de lo categorial a lo procesual, etc.

En el transcurso de la formulación asistida por el FG se pueden dar una o varias de las siguientes situaciones, en las que deberás seguir las instrucciones que las acompañan:

- **Categorías no formulables:** Algunas preguntas de formulación pueden quedar sin responder debido a que la categoría clínica conceptual de la que parten no fue relevante o no fue parte del caso. Esto podría deberse a varios motivos: que el caso fue conducido de modo deficiente, que por alguna razón externa se trató de un caso de mal resultado, en el cual algunos procesos terapéuticos no pudieron darse, o bien que

determinado asunto no tuvo la relevancia suficiente, y la consecuencia objetiva de esto es que no contamos con esa información y no es posible formularla.

Instrucciones: Sea cual sea el motivo, debes incluir una *nota de descargo*, haciendo patente -y en su caso explicando- la ausencia de esa información, preferentemente en el lugar en que siguiendo el orden de trabajo con el FG, debería aparecer.

- **Categorías sin información:** Si no se dispone de la información necesaria, no se puede responder a determinadas preguntas de formulación.

Instrucciones: Puesto que no se trata de "rellenar" ni de especular, se deberá incluir la correspondiente nota de descargo que explique tal situación.

Fase 3: Revisión y perfeccionamiento

Al concluir la reflexión sistemática, deberás hacer una **revisión de la redacción** que te permita hilar las formulaciones dentro de cada bloque, entre bloques y entre pistas temáticas, a fin de dotar al texto de parsimonia y fluidez.

Después, deberás utilizar la siguiente **lista de comprobación** para, de acuerdo con lo que te respondas en cada pregunta, tomar las decisiones de mejora del texto que creas oportuno.

1. ¿Resulta informativa, clarificadora y parsimoniosa la FC que se ha redactado?
En caso negativo, trata de mejorar los aspectos que hayas detectado como mejorables. También puedes pedir que otra persona la lea y te dé retroalimentación a este respecto.
2. ¿Hay alguna formulación redundante que podría ser integrada en una única frase o unidad-idea?
3. ¿Da la sensación de que el texto informa adecuadamente sobre cada uno de los temas y subtemas? ¿Hay alguno huérfano?
4. ¿Hay algún dato del caso que no se haya utilizado y que podría ser susceptible de ser empleado al responder a alguna de las preguntas de formulación?
En caso afirmativo trata de buscar la categoría y la pregunta de formulación en que se podría utilizar.

Si no fuera posible hacer lo anterior, plantéate si quizá ese dato podría encajar en una categoría conceptual nueva, que pudiera servir para mejorar el FG. En caso afirmativo, genera un *memo* haciendo esta sugerencia y añádelo al final del texto.
5. ¿Aparenta ser el texto una "buena representación" del caso en el que he trabajado?
Si la respuesta es sí, puedes dar por concluido el proceso de formulación. En caso contrario, utiliza las cuatro preguntas anteriores para tratar, hasta donde sea posible, de mejorar la formulación.

Apéndice X

Escala de Similitud de Formulaciones de Caso Globales en TFE

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Instrucciones:

El propósito de esta escala es hacer una serie de valoraciones acerca de la similitud entre dos formulaciones de caso referidas al mismo cliente, y hechas por dos terapeutas distintos.

Tu tarea es utilizar la *Escala de Similitud* que va de 0 a 5, para hacer una apreciación sobre *en qué medida las dos formulaciones son parecidas*, en relación con los diferentes aspectos a los que se refieren los items. Siendo 0 equivalente a "No se parecen en nada" y 5 equivalente a "Son prácticamente idénticas".

Puede ocurrir que te parezca que una de las dos formulaciones o ambas, no refieran ningún contenido relativo al aspecto al que se refiere alguno de los items, o no estés seguro/a de si lo hacen realmente o no. En tal caso, marca la casilla "No aplicable" (NA).

¿En qué medida ambas formulaciones de caso son similares en términos de...?		GRADO DE SIMILITUD	
01	El modo en que explican cómo se produjo la estructuración de la personalidad del cliente.	T1-PS0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
02	El modo en el que reflejan los recuerdos del cliente acerca de sus experiencias traumáticas tempranas.	T1-KH1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
03	El modo en el que explican cómo las experiencias traumáticas tempranas del cliente, contribuyeron a la formación de las heridas clave, que estructuraron su personalidad.	T1-KH2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
04	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales problemáticos vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones negativas (que constituyen vulnerabilidades y/o fuentes de conflicto interpersonal).	T1-EL1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
05	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales más saludables vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones positivas (que constituyen fortalezas en términos de autoestima y/o de sociabilidad).	T1-EL2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
06	El modo en que relatan los hechos biográficos que marcaron la entrada del paciente en la vida adulta (y sus eventuales efectos negativos).	T1-L3 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
07	El modo en que describen cómo aprendió el cliente a adaptarse a su realidad (quizá desarrollando algún recurso psicológico, creencia, actitud, etc.).	T1-EL4 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
08	El modo en que describen el funcionamiento actual del cliente, en términos de sus dificultades de procesamiento emocional subyacentes.	T2-CF0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
09	El modo en que informan sobre cuál es sentimiento nuclear que organiza la experiencia y la acción del cliente en la actualidad, en función de los esquemas de emoción desadaptativos subyacentes.	T2-CF1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
10	El modo en que explican cómo el sentimiento nuclear del cliente y sus anticipaciones negativas, afectan a sus relaciones interpersonales.	T2-CF2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
11	El modo en que describen la relación cliente-terapeuta dentro de la sesión.	T3-I10	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

¿En qué medida ambas formulaciones de caso son similares en términos de...?		GRADO DE SIMILITUD	
		<input type="checkbox"/> NA	
12	El reporte que hacen del tipo de relación que el cliente mantiene con el terapeuta al inicio del tratamiento.	T3-II1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
13	El reporte que hacen de las eventuales rupturas de la alianza y del trabajo que terapeuta y cliente hicieron para repararla.	T3-II1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
14	El reporte que hacen acerca de cuál fue el tipo de trabajo experiencial y emocional realizado en la terapia y sus resultados principales.	T4-EEW0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
15	El modo en que describen estilo de procesamiento del cliente (calidad vocal, nivel experiencial, tipo de afrontamiento emocional, etc.)	T4-EEW1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
16	El reporte que hacen de las reacciones y experiencias clave del cliente en la sesión, que pudieron suponer algún tipo de experiencia emocional correctora o aprendizaje vital.	T4-EEW2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
17	El modo en que describen las necesidades personales y metas terapéuticas o de crecimiento, que el cliente diferenció a lo largo del tratamiento.	T4-EEW3 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
18	La formulación de foco que relatan (en la que se explican los temas principales del malestar del cliente, los determinantes emocionales subyacentes, y el tipo de tareas terapéuticas que contribuyeron al cambio terapéutico).	T4-EEW4 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
19	El reporte que hacen sobre los principales logros y cambios terapéuticos del cliente al final del tratamiento.	T4-EEW5 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
20	El contenido global del texto (en función de las descripciones, explicaciones y reportes integrados en la formulación de caso).	GEN	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Item ⇨	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
T1-PS																				
T2-CF																				
T3-II																				
T4-EEW																				
Similitud General:																				
Nº de ítems valorados:																				
Puntuación Total:																				
Puntuación Promedio:																				
Observaciones:																				

Apéndice XI

Ejercicio de comparación entre FCG para la validación de la *Escala de Similitud*

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Cuadernillo **A**

Trabajo de COMPARACIÓN DE TEXTOS SOBRE CASOS

Datos demográficos

SEXO	EDAD	NOMBRE (opcional)
<input type="checkbox"/> Mujer		
<input type="checkbox"/> Hombre		

AVISOS:

Gracias por participar en esta investigación.

Para que todo salga bien y los datos recogidos resulten válidos, es muy importante que sigas las instrucciones de este protocolo que aparecen en el reverso.

También es muy importante que trabajes en el orden en que se van indicando los pasos.

Puedes hacer pausas para descansar, especialmente tras cada ejercicio de comparación, aunque es conveniente que no fracciones excesivamente el trabajo.

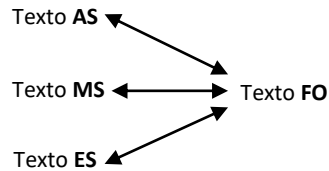
RCOMENDACIÓN:

Para trabajar con mayor comodidad, será práctico que **saques del cuadernillo la página 2 (Texto FO)**. Como comprenderás más adelante, eso te permitirá tener a la vista los textos que deberás comparar.

INSTRUCCIONES:

¿En qué consiste tu participación?

Lo que te pedimos es esencialmente que compares tres textos sobre un caso de terapia (los textos AS, MS y ES), con un texto de referencia sobre ese mismo caso (texto FO).



Para ello deberás: **(1)** leer los textos, **(2)** hacer una revisión del contenido de cada uno, y **(3)** responder a una escala con 20 preguntas acerca del parecido o similitud entre cada uno de los textos (AS, MS y ES) y el texto de referencia FO. Sigue leyendo estas instrucciones, para conocer con más precisión el orden en que necesitamos que realices el trabajo, y el tipo de operaciones en que consiste.

Resumen de pasos y lista de comprobación

A continuación se resumen los pasos de trabajo con los textos, en forma de lista de comprobación, para que los puedas **seguir en orden**, e ir **marcando con un "tic"** su realización.

- (1) Familiarizarte con la *Escala de Similitud*.
Lee detenidamente las instrucciones hasta asegurarte de que comprendes bien la tarea. Después lee los items uno por uno para familiarizarte con los temas y conceptos sobre los que preguntan.
- (2) Lee el Texto FO con calma y haz las reflexiones que se piden en esa hoja.
- (3) Lee el Texto AS con calma y haz las reflexiones que se piden en esa hoja.
- (4) Responde a la *Escala de Similitud* para comparar los textos AS y FO.
- (5) Lee el Texto MS con calma y haz las reflexiones que se piden en esa hoja.
- (6) Responde a la *Escala de Similitud* para comparar los textos MS y FO.
- (7) Lee el Texto ES con calma y haz las reflexiones que se piden en esa hoja.
- (8) Responde a la *Escala de Similitud* para comparar los textos ES y FO.
- (9) Cuando termines, introduce el cuadernillo en el sobre adjunto y entrégalo.

Como verás, las diferentes hojas con la *Escala de Similitud* impresa, se encuentran intercaladas en el cuadernillo, para realizar cada comparación.

Texto FO

TEXTO DIVIDIDO EN PÁRRAFOS	NOTAS (opcional)
<ol style="list-style-type: none"> 1. David describió una infancia solitaria y caótica. En cuanto niño, se sintió maltratado, ignorado y desatendido. 2. Recordó que las emociones dominantes que se expresaban en su casa entonces eran el miedo y la ira. 3. Había un conflicto entre su madre y su abuela, que vivía con ellos. Hizo memoria de un incidente en el que tras una discusión con su madre, su abuela rompió una ventana llena de furia. 4. Describió a su madre como crítica y despegada. 5. A los diez años su vida se tornó sombría, cuando su madre enfermó y quedó postrada en cama; murió cuando él tenía trece. 6. Tras esto, su padre cayó en el alcoholismo y virtualmente abandonó a los niños al cuidado de los vecinos. David asumió la responsabilidad sobre sus hermanos, hasta que dejó la casa para ir a la universidad cuando cumplió los dieciocho. 7. El esquema de emoción nuclear de David se correspondía con que él no fue amado, careció de apoyo y fue desatendido. 8. Era muy autocrítico y se culpaba de las cosas que no salían bien. Se sentía avergonzado y tendía a silenciar sus sentimientos y necesidades en la interacción con los otros, particularmente con su mujer. 9. En términos de su procesamiento emocional, David mostraba características tanto de hallarse sobreactivado, como de lo contrario: a veces se mostraba muy intelectual y analítico al presentar su experiencia; y otras, particularmente al relatar situaciones dolorosas, reactivo e irreflexivo respecto a sus sentimientos. 10. Lloraba fácilmente en las sesiones de terapia. Aunque era consciente de sus sentimientos y era capaz de nombrarlos, era difícil para él modularlos y reflexionar sobre ellos. De modo consistente con su procesamiento emocional, su conducta no verbal -especialmente en 	

<p>sus descripciones- era emotiva, congruente y coherente, y su cualidad vocal predominantemente externalizante y emocional, indicando que se movía dentro y fuera del análisis de su experiencia y de la expresión de sus sentimientos.</p> <p>11. Su lenguaje corporal era relajado, y parecía vincularse fácilmente con el terapeuta.</p> <p>12. Las tres tareas primarias que se identificaron como posibles vías de intervención para ayudar a David a resolver su depresión fueron: el trabajo con las dos sillas para abordar la autocrítica, el trabajo con la silla vacía para resolver sus sentimientos de duelo respecto a la muerte de su madre, y la afirmación empática para procesar sus sentimientos de intensa vulnerabilidad.</p>	
---	--

REFLEXIÓN:

¿En qué párrafos parecen abordarse los siguientes temas?

TEMAS	PÁRRAFOS
<p>La estructuración de la personalidad del cliente</p> <p>Cómo llegó ser la persona que es, en el momento de acudir a terapia.</p>	
<p>Funcionamiento actual del cliente</p> <p>Cómo venía siendo el funcionamiento afectivo y social del cliente, a la hora de entrar en terapia y tal y como se iba mostrando a lo largo de las primeras sesiones.</p>	
<p>Interacción cliente-terapeuta dentro de la sesión</p> <p>Cómo el terapeuta lidió con las necesidades y temores del cliente, así como con sus acciones y conductas resultado de procesamientos automáticos.</p> <p>También cómo ambos aprovecharon estos fenómenos para promover experiencias emocionales correctoras.</p>	
<p>El trabajo experiencial y emocional típico en TFE realizado</p> <p>Cómo se relata El cambio terapéutico en claves humanista y facilitado en términos experienciales y focalizados en la emoción.</p>	

Texto AS

TEXTO DIVIDIDO EN PÁRRAFOS	NOTAS (opcional)
<ol style="list-style-type: none">1. David vivió una mala infancia: sin orden y con falta de contacto. Como niño, se sintió poco importante y tratado con negligencia por su familia.2. Según contó, en su casa estaban siempre enfadados y eso creaba un clima emocional de temor y agresividad. En esa época la familia vivía un enfrentamiento entre su abuela -que vivía en la misma casa-, y su madre. Recordó una ocasión en que tras una bronca con su madre, la abuela se enfureció e hizo saltar en pedazos el cristal una ventana.3. Recordaba a su madre como una mujer distante. A la edad de diez años su pequeña existencia se oscureció: su madre enfermó, no volvió a salir de la cama, y murió tres años después.4. Después, su padre empezó a beber hasta alcoholizarse, de modo que prácticamente terminó dejando el cuidado de los niños a los vecinos. Entonces David se hizo cargo de sus hermanos, y no dejó esta responsabilidad hasta que, a los 18 años marchó a otra ciudad para ir a la universidad.5. No sentir haber sido amado, crecer sin apoyo y haberse vivido siempre desatendido estaban en el centro del esquema de emoción nuclear de David.6. Ejercía una potente autocrítica, y cuando algo le salía mal, se culpaba a sí mismo.7. Un sentimiento de vergüenza le dominaba y en las relaciones con los demás, procuraba acallar lo que sentía o necesitaba, especialmente con su mujer.8. En cuanto a su procesamiento emocional, su sintomatología mostraba que lo mismo estaba sobreactivado como hipoactivo. Esto se observaba en que podía ser sumamente analítico y lógico al hablar de sus vivencias, y con la misma facilidad en otras ocasiones se manifestaba impulsivo e incapaz de reflexionar, especialmente cuando contaba experiencias dolorosas.9. No era difícil que llorara en las entrevistas con el terapeuta, y aunque se daba cuenta de lo que sentía y era capaz de ponerle nombre, le	

<p>resultaba difícil regular sus emociones y reflexionar sobre ellas.</p> <p>10. De modo acorde con lo anterior, su comportamiento no verbal manifestaba emociones con suficiente coherencia, y su cualidad vocal se movía entre una voz externalizante y una voz emocional, como si su afecto diera "bandazos": unas veces dentro y otras veces fuera de la experienciación.</p> <p>11. En la relación con el terapeuta se mostraba relajado y con buena capacidad para vincularse.</p> <p>12. Según avanzó la terapia, David y su terapeuta fueron poniéndose de acuerdo en que lo que más le podría encaminar en la solución de su depresión era, primero, la reducción de la autocrítica a través del trabajo con las dos sillas; luego la resolución del dolor no procesado asociado al fallecimiento temprano de su madre (mediante el trabajo con la silla vacía); y en tercer lugar, el trabajo con sus sentimientos de fragilidad (a través de la tarea de afirmación empática de la vulnerabilidad)</p>	
---	--

REFLEXIÓN:

¿En qué párrafos parecen abordarse los siguientes temas?

TEMAS	PÁRRAFOS
<p>La estructuración de la personalidad del cliente</p> <p>Cómo llegó ser la persona que es, en el momento de acudir a terapia.</p>	
<p>Funcionamiento actual del cliente</p> <p>Cómo venía siendo el funcionamiento afectivo y social del cliente, a la hora de entrar en terapia y tal y como se iba mostrando a lo largo de las primeras sesiones.</p>	
<p>Interacción cliente-terapeuta dentro de la sesión</p> <p>Cómo el terapeuta lidió con las necesidades y temores del cliente, así como con sus acciones y conductas resultado de procesamientos automáticos.</p> <p>También cómo ambos aprovecharon estos fenómenos para promover experiencias emocionales correctoras.</p>	
<p>El trabajo experiencial y emocional típico en TFE realizado</p> <p>Cómo se relata El cambio terapéutico en claves humanista y facilitado en términos experienciales y focalizados en la emoción.</p>	

Comparación AS ⇔ FO

Escala de Similitud de Formulaciones de Caso Globales (ES-FCG)

Instrucciones:

El propósito de esta escala es hacer una serie de valoraciones acerca de la similitud entre dos formulaciones de caso referidas al mismo cliente, y hechas por dos terapeutas distintos.

Tu tarea es utilizar la *Escala de Similitud* que va de 0 a 5, para hacer una apreciación sobre *en qué medida las dos formulaciones son parecidas*, en relación con los diferentes aspectos a los que se refieren los ítems. Siendo 0 equivalente a "No se parecen en nada" y 5 equivalente a "Son prácticamente idénticas".

Puede ocurrir que te parezca que una de las dos formulaciones o ambas, no refieran ningún contenido relativo al aspecto al que se refiere alguno de los ítems, o no estés seguro/a de si lo hacen realmente o no. En tal caso, marca la casilla "No aplicable" (NA).

¿En qué medida ambas formulaciones de caso son similares en términos de...?		GRADO DE SIMILITUD	
01	El modo en que explican cómo se produjo la estructuración de la personalidad del cliente.	T1-PS0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
02	El modo en el que reflejan los recuerdos del cliente acerca de sus experiencias traumáticas tempranas.	T1-KH1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
03	El modo en el que explican cómo las experiencias traumáticas tempranas del cliente, contribuyeron a la formación de las heridas clave, que estructuraron su personalidad.	T1-KH2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
04	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales problemáticos vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones negativas (que constituyen vulnerabilidades y/o fuentes de conflicto interpersonal).	T1-EL1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
05	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales más saludables vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones positivas (que constituyen fortalezas en términos de autoestima y/o de sociabilidad).	T1-EL2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
06	El modo en que relatan los hechos biográficos que marcaron la entrada del paciente en la vida adulta (y sus eventuales efectos negativos).	T1-L3 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
07	El modo en que describen cómo aprendió el cliente a adaptarse a su realidad (quizá desarrollando algún recurso psicológico, creencia, actitud, etc.).	T1-EL4 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
08	El modo en que describen el funcionamiento actual del cliente, en términos de sus dificultades de procesamiento emocional subyacentes.	T2-CF0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
09	El modo en que informan sobre cuál es sentimiento nuclear que organiza la experiencia y la acción del cliente en la actualidad, en función de los esquemas de emoción desadaptativos subyacentes.	T2-CF1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
10	El modo en que explican cómo el sentimiento nuclear del cliente y sus anticipaciones negativas, afectan a sus relaciones interpersonales.	T2-CF2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
11	El modo en que describen la relación cliente-terapeuta dentro de la sesión.	T3-IO <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
12	El reporte que hacen del tipo de relación que el cliente mantiene con el terapeuta al inicio del tratamiento.	T3-II1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

¿En qué medida ambas formulaciones de caso son similares en términos de...?		GRADO DE SIMILITUD	
13	El reporte que hacen de las eventuales rupturas de la alianza y del trabajo que terapeuta y cliente hicieron para repararla.	T3-II1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
14	El reporte que hacen acerca de cuál fue el tipo de trabajo experiencial y emocional realizado en la terapia y sus resultados principales.	T4-EEW0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
15	El modo en que describen estilo de procesamiento del cliente (cualidad vocal, nivel experiencial, tipo de afrontamiento emocional, etc.)	T4-EEW1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
16	El reporte que hacen de las reacciones y experiencias clave del cliente en la sesión, que pudieran suponer algún tipo de experiencia emocional correctora o aprendizaje vital.	T4-EEW2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
17	El modo en que describen las necesidades personales y metas terapéuticas o de crecimiento, que el cliente diferenció a lo largo del tratamiento.	T4-EEW3 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
18	La formulación de foco que relatan (en la que se explican los temas principales del malestar del cliente, los determinantes emocionales subyacentes, y el tipo de tareas terapéuticas que contribuyeron al cambio terapéutico).	T4-EEW4 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
19	El reporte que hacen sobre los principales logros y cambios terapéuticos del cliente al final del tratamiento.	T4-EEW5 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
20	El contenido global del texto (en función de las descripciones, explicaciones y reportes integrados en la formulación de caso).	GEN	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Item ⇨	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
T1-PS																				
T2-CF																				
T3-II																				
T4-EEW																				
Similitud General:																				
Nº de ítems valorados:																				
Puntuación Total:																				
Puntuación Promedio:																				

Texto MS

TEXTO DIVIDIDO EN PÁRRAFOS	NOTAS (opcional)
<ol style="list-style-type: none">1. David tuvo una infancia problemática, rodeado de figuras de apego inadecuadas. Se recuerda como un niño con escasas experiencias afectivas nutritivas en relación con su familia2. Relató que en el hogar paterno, las relaciones estaban presididas por las diferencias y desencuentros y la falta de emociones positivas. Por aquel entonces, la abuela y su madre mantenían una mala relación, y a veces sucedían cosas como discusiones airadas, que terminaban muy mal.3. El recuerdo de su madre era el de una mujer poco afectuosa. A los diez años de edad su madre enfermó y salió de la vida activa hasta morir tres años más tarde, lo que supuso una vivencia complicada y de difícil asimilación.4. Su padre fue diagnosticado de alcoholismo y dejó en sus funciones paternas, delegándolas en vecinos y familiares, y en el propio David. A los 18 años vivió una transición importante en su maduración, pues dejó la casa familiar para ir a estudiar a la universidad. Y esto le permitió desentenderse del cuidado de sus hermanos pequeños.5. El esquema de emoción nuclear de David giraba en torno a vivencias de insatisfacción afectiva, que redundaban en otras reacciones emocionales más bien de tipo secundario.6. Tenía un sesgo perceptivo, por el cual tendía a ver más fácilmente los defectos de sus acciones que sus aciertos.7. Su conducta era evitativa en el plano social, y se mostraba muy poco asertivo, por lo que pocas veces conseguía lo que quería. Esto le sucedía en diversos ambientes y relaciones.8. En el plano emocional, mostraba oscilaciones en el modo de responder a su experiencia afectiva: igual podía ser muy serio como muy expresivo, especialmente cuando relataba episodios emocionales relevantes de su vida.9. Podía expresar emociones dolorosas en la sesión y no era alexitímico, pero los déficits regulatorios y la función reflexiva limitada dificultaban el proceso.	

<p>10. Por lo general, su comunicación no verbal discurría paralelamente a sus estados internos, aunque su voz no parecía claramente enfocada y la cualidad vocal era cambiante.</p> <p>11. La relación con el terapeuta era normal y suficientemente buena como para trabajar en terapia.</p> <p>12. La progresión del tratamiento y el abordaje de los temas principales de su vida, permitió que se formulara un foco de trabajo, del cual se deducían las principales tareas terapéuticas -trabajo con sillas principalmente-, algunas de ellas destinadas a abordar asuntos intrapersonales y otras destinadas a abordar asuntos interpersonales.</p>	
--	--

REFLEXIÓN:

¿En qué párrafos parecen abordarse los siguientes temas?

TEMAS	PÁRRAFOS
<p>La estructuración de la personalidad del cliente</p> <p>Cómo llegó ser la persona que es, en el momento de acudir a terapia.</p>	
<p>Funcionamiento actual del cliente</p> <p>Cómo venía siendo el funcionamiento afectivo y social del cliente, a la hora de entrar en terapia y tal y como se iba mostrando a lo largo de las primeras sesiones.</p>	
<p>Interacción cliente-terapeuta dentro de la sesión</p> <p>Cómo el terapeuta lidió con las necesidades y temores del cliente, así como con sus acciones y conductas resultado de procesamientos automáticos.</p> <p>También cómo ambos aprovecharon estos fenómenos para promover experiencias emocionales correctoras.</p>	
<p>El trabajo experiencial y emocional típico en TFE realizado</p> <p>Cómo se relata El cambio terapéutico en claves humanista y facilitado en términos experienciales y focalizados en la emoción.</p>	

Comparación MS ↔ FO

Escala de Similitud de Formulaciones de Caso Globales (ES-FCG)

Instrucciones:

El propósito de esta escala es hacer una serie de valoraciones acerca de la similitud entre dos formulaciones de caso referidas al mismo cliente, y hechas por dos terapeutas distintos.

Tu tarea es utilizar la *Escala de Similitud* que va de 0 a 5, para hacer una apreciación sobre *en qué medida las dos formulaciones son parecidas*, en relación con los diferentes aspectos a los que se refieren los ítems. Siendo 0 equivalente a "No se parecen en nada" y 5 equivalente a "Son prácticamente idénticas".

Puede ocurrir que te parezca que una de las dos formulaciones o ambas, no refieran ningún contenido relativo al aspecto al que se refiere alguno de los ítems, o no estés seguro/a de si lo hacen realmente o no. En tal caso, marca la casilla "No aplicable" (NA).

¿En qué medida ambas formulaciones de caso son similares en términos de...?		GRADO DE SIMILITUD	
01	El modo en que explican cómo se produjo la estructuración de la personalidad del cliente.	T1-PS0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
02	El modo en el que reflejan los recuerdos del cliente acerca de sus experiencias traumáticas tempranas.	T1-KH1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
03	El modo en el que explican cómo las experiencias traumáticas tempranas del cliente, contribuyeron a la formación de las heridas clave, que estructuraron su personalidad.	T1-KH2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
04	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales problemáticos vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones negativas (que constituyen vulnerabilidades y/o fuentes de conflicto interpersonal).	T1-EL1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
05	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales más saludables vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones positivas (que constituyen fortalezas en términos de autoestima y/o de sociabilidad).	T1-EL2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
06	El modo en que relatan los hechos biográficos que marcaron la entrada del paciente en la vida adulta (y sus eventuales efectos negativos).	T1-L3 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
07	El modo en que describen cómo aprendió el cliente a adaptarse a su realidad (quizá desarrollando algún recurso psicológico, creencia, actitud, etc.).	T1-EL4 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
08	El modo en que describen el funcionamiento actual del cliente, en términos de sus dificultades de procesamiento emocional subyacentes.	T2-CF0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
09	El modo en que informan sobre cuál es sentimiento nuclear que organiza la experiencia y la acción del cliente en la actualidad, en función de los esquemas de emoción desadaptativos subyacentes.	T2-CF1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
10	El modo en que explican cómo el sentimiento nuclear del cliente y sus anticipaciones negativas, afectan a sus relaciones interpersonales.	T2-CF2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
11	El modo en que describen la relación cliente-terapeuta dentro de la sesión.	T3-II0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
12	El reporte que hacen del tipo de relación que el cliente mantiene con el terapeuta al inicio del tratamiento.	T3-II1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

¿En qué medida ambas formulaciones de caso son similares en términos de...?		GRADO DE SIMILITUD	
13	El reporte que hacen de las eventuales rupturas de la alianza y del trabajo que terapeuta y cliente hicieron para repararla.	T3-II1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
14	El reporte que hacen acerca de cuál fue el tipo de trabajo experiencial y emocional realizado en la terapia y sus resultados principales.	T4-EEW0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
15	El modo en que describen estilo de procesamiento del cliente (cualidad vocal, nivel experiencial, tipo de afrontamiento emocional, etc.)	T4-EEW1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
16	El reporte que hacen de las reacciones y experiencias clave del cliente en la sesión, que pudieran suponer algún tipo de experiencia emocional correctora o aprendizaje vital.	T4-EEW2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
17	El modo en que describen las necesidades personales y metas terapéuticas o de crecimiento, que el cliente diferenció a lo largo del tratamiento.	T4-EEW3 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
18	La formulación de foco que relatan (en la que se explican los temas principales del malestar del cliente, los determinantes emocionales subyacentes, y el tipo de tareas terapéuticas que contribuyeron al cambio terapéutico).	T4-EEW4 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
19	El reporte que hacen sobre los principales logros y cambios terapéuticos del cliente al final del tratamiento.	T4-EEW5 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
20	El contenido global del texto (en función de las descripciones, explicaciones y reportes integrados en la formulación de caso).	GEN	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Item ⇨	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
T1-PS																				
T2-CF																				
T3-II																				
T4-EEW																				
Similitud General:																				
Nº de ítems valorados:																				
Puntuación Total:																				
Puntuación Promedio:																				

Texto ES

TEXTO DIVIDIDO EN PÁRRAFOS	NOTAS (opcional)
<ol style="list-style-type: none">1. La infancia de David fue en el fondo una experiencia de maltrato aunque no hubiera violencia física.2. Así que el recuerdo de su infancia es el de un tiempo de abuso emocional soterrado. El relato sobre la casa donde vivía, era el de un hogar en conflicto constante, lleno de gritos y odio. Su madre y su abuela mantenían una rivalidad constante, con frecuentes estallidos y peleas entre ellas, que obligaron a David a presenciar escenas traumáticas.3. Su madre era fría y distante, y nunca se podía contar con ella. Entre los diez y los trece años David vivió un infierno, con una madre enferma en la cama, que sólo terminó con la muerte de ésta, lo cual le produjo un alivio del que siempre se sintió culpable.4. Su padre cayó en el alcoholismo y empezó a beber delante de él, y a descargar en él su frustración, de modo que David se refugió en el cuidado y afecto que le aportaban unos vecinos. Ir a la universidad fuera de su ciudad, fue la manera que encontró para escapar de la parentalización prematura que la muerte de su madre y el alcoholismo de su padre le habían supuesto.5. El centro de su conflicto eran la rabia y el enfado no expresados por causa de dicha parentalización, la cual estaba bloqueada y se manifestaba en desesperanza secundaria.6. Sentía un intenso auto-desprecio, que nacía de una potente escisión autocrítica: una voz que le hacía sentir que su vida no valía la pena, llegando incluso a fantasear desaparecer en alguna ocasión.7. Toda esta conflictividad interior le hacía sentir una profunda vergüenza, pues le parecía que si los demás conocían la lucha que había en su interior, le rechazarían, y nadie -ni siquiera su mujer-, estaría dispuesto a quererle.8. Su mundo emocional era un caos, que se disparaba ante las experiencias dolorosas. Entonces trataba de controlarse siendo racionalizador o frío, pero cuando esta defensa fallaba, reaccionaba impulsivamente, de modo similar su abuela y su madre.9. Conocía sus sentimientos y era capaz de de expresarlos en la sesión	

<p>frente al terapeuta, si bien evitaba la reflexión como resistencia para no entrar plenamente en los dolores más profundos.</p> <p>10. La parte no verbal de su discurso era una expresión no controlada de la conflictividad interior. Congruentemente con eso, la cualidad de su voz era emocional, con picos explosivos de rabia o de dolor.</p> <p>11. La relación con el terapeuta era funcional pero determinada por las necesidades de afecto del cliente.</p> <p>12. A medida que David y su terapeuta fueron profundizando en la exploración de sus dificultades, fueron trabajando sobre los asuntos determinantes, como su dificultad de regulación emocional (apoyados por la tarea de enfoque corporal, y la necesidad de reelaboración de sus experiencias traumáticas de la infancia (silla vacía para asuntos inacabados y tarea de re-narración del trauma).</p>	
---	--

REFLEXIÓN:

¿En qué párrafos parecen abordarse los siguientes temas?

TEMAS	PÁRRAFOS
<p>La estructuración de la personalidad del cliente</p> <p>Cómo llegó ser la persona que es, en el momento de acudir a terapia.</p>	
<p>Funcionamiento actual del cliente</p> <p>Cómo venía siendo el funcionamiento afectivo y social del cliente, a la hora de entrar en terapia y tal y como se iba mostrando a lo largo de las primeras sesiones.</p>	
<p>Interacción cliente-terapeuta dentro de la sesión</p> <p>Cómo el terapeuta lidió con las necesidades y temores del cliente, así como con sus acciones y conductas resultado de procesamientos automáticos.</p> <p>También cómo ambos aprovecharon estos fenómenos para promover experiencias emocionales correctoras.</p>	
<p>El trabajo experiencial y emocional típico en TFE realizado</p> <p>Cómo se relata El cambio terapéutico en claves humanista y facilitado en términos experienciales y focalizados en la emoción.</p>	

Comparación ES ⇔ FO

Escala de Similitud de Formulaciones de Caso Globales (ES-FCG)

Instrucciones:

El propósito de esta escala es hacer una serie de valoraciones acerca de la similitud entre dos formulaciones de caso referidas al mismo cliente, y hechas por dos terapeutas distintos.

Tu tarea es utilizar la *Escala de Similitud* que va de 0 a 5, para hacer una apreciación sobre *en qué medida las dos formulaciones son parecidas*, en relación con los diferentes aspectos a los que se refieren los ítems. Siendo 0 equivalente a "No se parecen en nada" y 5 equivalente a "Son prácticamente idénticas".

Puede ocurrir que te parezca que una de las dos formulaciones o ambas, no refieran ningún contenido relativo al aspecto al que se refiere alguno de los ítems, o no estés seguro/a de si lo hacen realmente o no. En tal caso, marca la casilla "No aplicable" (NA).

¿En qué medida ambas formulaciones de caso son similares en términos de...?		GRADO DE SIMILITUD	
01	El modo en que explican cómo se produjo la estructuración de la personalidad del cliente.	T1-PS0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
02	El modo en el que reflejan los recuerdos del cliente acerca de sus experiencias traumáticas tempranas.	T1-KH1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
03	El modo en el que explican cómo las experiencias traumáticas tempranas del cliente, contribuyeron a la formación de las heridas clave, que estructuraron su personalidad.	T1-KH2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
04	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales problemáticos vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones negativas (que constituyen vulnerabilidades y/o fuentes de conflicto interpersonal).	T1-EL1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
05	El modo en que describen cómo los patrones interpersonales más saludables vividos por el cliente en su infancia o adolescencia, contribuyeron a la formación de anticipaciones positivas (que constituyen fortalezas en términos de autoestima y/o de sociabilidad).	T1-EL2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
06	El modo en que relatan los hechos biográficos que marcaron la entrada del paciente en la vida adulta (y sus eventuales efectos negativos).	T1-L3 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
07	El modo en que describen cómo aprendió el cliente a adaptarse a su realidad (quizá desarrollando algún recurso psicológico, creencia, actitud, etc.).	T1-EL4 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
08	El modo en que describen el funcionamiento actual del cliente, en términos de sus dificultades de procesamiento emocional subyacentes.	T2-CF0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
09	El modo en que informan sobre cuál es sentimiento nuclear que organiza la experiencia y la acción del cliente en la actualidad, en función de los esquemas de emoción desadaptativos subyacentes.	T2-CF1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
10	El modo en que explican cómo el sentimiento nuclear del cliente y sus anticipaciones negativas, afectan a sus relaciones interpersonales.	T2-CF2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
11	El modo en que describen la relación cliente-terapeuta dentro de la sesión.	T3-II0 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
12	El reporte que hacen del tipo de relación que el cliente mantiene con el terapeuta al inicio del tratamiento.	T3-II1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
13	El reporte que hacen de las eventuales rupturas de la alianza y del trabajo que terapeuta y cliente hicieron para repararla.	T3-II1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
14	El reporte que hacen acerca de cuál fue el tipo de trabajo experiencial y	T4-EEW0	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

¿En qué medida ambas formulaciones de caso son similares en términos de...?		GRADO DE SIMILITUD	
	emocional realizado en la terapia y sus resultados principales.	<input type="checkbox"/> NA	
15	El modo en que describen estilo de procesamiento del cliente (cualidad vocal, nivel experiencial, tipo de afrontamiento emocional, etc.)	T4-EEW1 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
16	El reporte que hacen de las reacciones y experiencias clave del cliente en la sesión, que pudieron suponer algún tipo de experiencia emocional correctora o aprendizaje vital.	T4-EEW2 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
17	El modo en que describen las necesidades personales y metas terapéuticas o de crecimiento, que el cliente diferenció a lo largo del tratamiento.	T4-EEW3 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
18	La formulación de foco que relatan (en la que se explican los temas principales del malestar del cliente, los determinantes emocionales subyacentes, y el tipo de tareas terapéuticas que contribuyeron al cambio terapéutico).	T4-EEW4 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
19	El reporte que hacen sobre los principales logros y cambios terapéuticos del cliente al final del tratamiento.	T4-EEW5 <input type="checkbox"/> NA	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
20	El contenido global del texto (en función de las descripciones, explicaciones y reportes integrados en la formulación de caso).	GEN	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Item ⇨	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
T1-PS																				
T2-CF																				
T3-II																				
T4-EEW																				
Similitud General:																				
Nº de ítems valorados:																				
Puntuación Total:																				
Puntuación Promedio:																				

Apéndice XII

Instrucciones del ejercicio de prueba de la Rúbrica de Calidad de Formulaciones de Caso Globales

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

LA TAREA:

La tarea es muy sencilla: Se trata de que valores un texto, de acuerdo con 9 ítems, sabiendo que ese texto es un informe o formulación sobre un caso de terapia.

La formulación, trata de crear un "retrato del caso", en el que se plasmen los procesos principales, así como los cambios sucedidos en el tratamiento, desde la perspectiva de la TFE.

Y entendemos que será una formulación de calidad, en la medida en que el texto generado:

- resulte explicativo ("qué causaba el malestar", "qué acción produjo qué cambios")
- permita comprender las circunstancias subjetivas del cliente y el significado de su experiencia en la terapia, y
- contenga suficiente información relevante
- aporte al lector una experiencia positiva, en términos de sentirse situado frente al caso (frente al paciente y frente al proceso)

Por eso este cuestionario es una rúbrica de evaluación de la formulación de caso que ha hecho un terapeuta, desde tu experiencia como lector/a (traduce rúbrica por cuestionario).

EL MATERIAL:

El caso te resultará familiar, pues es el caso de Will en la película "El indomable Will Hunting". Así que haz abstracción de las consideraciones que pudieran derivarse de que la fuente original es una película, e imagina que es tan solo un caso de terapia de un compañero de profesión.

En esta ocasión, no te voy a hacer leer, sino que te voy a pedir que veas un vídeo en el que yo te leo la formulación de caso. Como es el vídeo de un PowerPoint, también podrás leer en la pantalla.

LAS INSTRUCCIONES:

Es importante que sigas los pasos en orden:

1. Busca un lugar tranquilo, donde puedas hacer el ejercicio del tirón, y en el que vayas a disponer de 15 minutos.
2. Escucha/lee el vídeo por primera vez, simplemente tratando de entender y de hacerte una idea de lo que te cuenta, pero sin preocuparte por retenerlo todo (simplemente familiarizándote con el caso y su historia).
3. Descansa un instante y familiarízate con las preguntas de la rúbrica y con las opciones de respuesta (léelas sin responder, para que te resulten familiares durante la segunda lectura/visionado).
4. Ahora vuelve a ver/leer el vídeo de la formulación, esta vez, poniéndote en la siguiente situación imaginaria: Estás en una sesión clínica y lees el caso que ha formulado otro/a compañero/a; quieres entenderlo para poder opinar, aprender, etc.
5. Responde a las 9 preguntas de la rúbrica, tratando de valorar la calidad del texto de la formulación, de acuerdo con los criterios que se plantean.

Enlace al cuestionario on-line: <https://goo.gl/forms/fToBaX2Q7o41wXEu2>

Apéndice XIII

Rúbrica de evaluación de la calidad de las FCG en TFE (RC-FCG)

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Evaluador:

Texto evaluado:

Items y criterios de validez aparente del texto como dimensión de calidad evaluable en las FCG

Items		VAGAMENTE	SUFICIENTE	CLARAMENTE
VA1	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los problemas del cliente al comienzo del tratamiento, se hallan formuladas en términos de la TFE.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
VA2	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los problemas del cliente al comienzo del tratamiento, son suficientes como para documentar y entender el caso en términos de la TFE (no se echa nada en falta).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
VA3	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los problemas del cliente al comienzo del tratamiento, son pertinentes para explicar el caso en términos de la TFE (es decir, no sobran ni están hechas según otro modelo).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
VA4	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la explicación de los procesos de cambio en la sesión , a lo largo del tratamiento, se hallan formuladas en términos de la TFE.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
VA5	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la explicación de los procesos de cambio a lo largo del tratamiento, son suficientes como para documentar y entender lo que sucede en las sesiones, en términos de la TFE (no se echa nada en falta).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
VA6	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la explicación de los procesos de cambio a lo largo del tratamiento, son pertinentes para explicar el caso en términos de la TFE (es decir, no sobran ni están hechas según otro modelo).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
VA7	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los resultados terapéuticos al final del tratamiento, se hallan formuladas en términos de la TFE.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
VA8	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los resultados terapéuticos al final del tratamiento, son suficientes como para documentar y entender el caso en términos de la TFE (no se echa nada en falta).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
VA9	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los resultados terapéuticos al final del tratamiento, son pertinentes para explicar el caso en términos de la TFE (es decir, no sobran ni están hechas según otro modelo).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		

Items y criterios de calidad formal del texto como dimensión de calidad evaluable en las FCG

Items		VAGAMENTE	SUFICIENTE	CLARAMENTE
CF1	Las frases que componen el texto de la formulación, están bien construidas y resultan fáciles de leer.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
CF2	Los párrafos que componen el texto de la formulación, tienen sentido y son comprensibles como unidades.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
CF3	El texto se lee con fluidez (sin saltos adelante y atrás que confundan, y con la sensación de que se avanza a lo largo de un proceso).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
CF4	La lectura del texto me permite imaginar el proceso de terapia y lo que en él sucede (sin la sensación de lagunas y sin la necesidad de tener que completar huecos para hacerme una idea del caso).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
CF5	El texto explica bien el proceso psicoterapéutico , de modo que, a partir de su lectura, yo mismo/a lo entiendo y podría explicárselo a un colega de profesión.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
CF6	El texto transmite bien la perspectiva subjetiva de los actores en el proceso (cliente y terapeuta), de modo que a partir de su lectura, tengo la sensación de haber comprendido sus vivencias y su experiencia de la terapia.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
CF7	Si fuera testigo de una nueva sesión de terapia de este caso (la 8ª o bien una a la que no se hubiera hecho referencia en la formulación original), la lectura del texto me pondría en condiciones de entender los nuevos datos a la luz del caso global .	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
CF8	Tras la lectura de esta formulación, si me dieran cualquier fragmento de una sesión, sabría encuadrarlo en el caso , (ya fuera en términos de a qué dificultades del cliente se refiere, a qué procesos de cambio en terapia hace referencia, o qué resultados o metas terapéuticos refleja).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
CF9	Poniéndome en el lugar de un terapeuta que tuviera que continuar con el caso (p.e., si el cliente se mudara a otra ciudad), esta formulación me pondría en situación de trabajar con él, casi como si el caso hubiera sido mío .	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		

Items y criterios de potencia informativa del texto como dimensión de calidad evaluable en las FCG

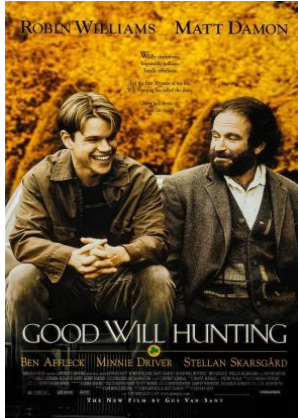
Items		VAGAMENTE	SUFICIENTE	CLARAMENTE
PI1	Es un texto rico : Está compuesto por un número elevado (pero manejable) de unidades de información: es rico pero no abrumador.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
PI2	Es un texto equilibrado , en el sentido de que la información sobre el caso se va repartiendo a lo largo de toda la formulación.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
PI3	Es un texto íntegro , es decir, que se percibe como completo (es decir, lo contrario a la sensación de que faltara algo).	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
PI4	En esta formulación, se hallan representadas categorías clínicas de todas las pistas de formulación del Formato Guía : 1) Estructuración de la personalidad del cliente, 2) Funcionamiento actual, 3) Interacción con el terapeuta dentro de la sesión, y 4) Trabajo experiencial y emocional que condujo al cambio.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
PI5	En el texto hay equilibrio entre los contenidos formulados de cada una de las pistas del Formato Guía : 1) Estructuración de la personalidad del cliente, 2) Funcionamiento actual, 3) Interacción con el terapeuta dentro de la sesión, y 4) trabajo experiencial y emocional que condujo al cambio.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
PI6	En el texto no se echa en falta información relativa a ningún aspecto en particular de alguna de las pistas del Formato Guía : 1) Estructuración de la personalidad del cliente, 2) Funcionamiento actual, 3) Interacción con el terapeuta dentro de la sesión, y 4) trabajo experiencial y emocional que condujo al cambio.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
PI7	Los datos del caso relativos a la especificación de los problemas del cliente al comienzo del tratamiento, son suficientemente abundantes como para representar este aspecto.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
PI8	Los datos del caso relativos a la explicación de los procesos de cambio a lo largo de la terapia son suficientemente abundantes como para representar este aspecto.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		
PI9	Las afirmaciones sobre el caso relativas a la especificación de los resultados de la terapia al final del tratamiento, son suficientemente abundantes como para representar este aspecto.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7		


Apéndice XIV

Materiales clínicos para el ejercicio de aplicación del FG en el estudio de casos exploratorio (Caso Will Hunting)

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

1. Material en vídeo: *El indomable Will Hunting*



Título original Good Will Hunting
Año 1997
Duración 126 min.
País  Estados Unidos
Director [Gus Van Sant](#)
Guion Matt Damon, Ben Affleck
Música Danny Elfman
Fotografía Jean-Yves Escoffier
Reparto Matt Damon, Robin Williams, Minnie Driver, Ben Affleck, Stellan Skarsgård, Casey Affleck, Cole Hauser, Philip Williams, John Mighton, Rachel Majorowski, Colleen McCauley, Matt Mercier, Richard Fitzpatrick, Harmony Korine
Productora Miramax International presenta una producción Lawrence Bender

Tomado de: <http://www.filmaffinity.com/es/film503907.html>

Sesiones de terapia que aparecen en la película:

SESIÓN	LOCALIZACIÓN	CONTENIDO
# 1	37' 30'' – 41' 58''	Contacto y dificultades en la alianza
# 2	46' 00'' – 51' 00''	Formulación de foco como gestión de las dificultades de alianza
# 3	52' 43'' – 55' 30''	Will permanece mutista toda la hora
# 4	54' 40'' – 58' 59''	Trabajo sobre los procesos auto-interruptores (defensivos)
# 5	1 h. 03' 10'' – 1 h. 06' 16''	Aprendizaje experiencial y apertura a alternativas existenciales
# 6	1 h. 32' 45'' – 1 h. 38' 25''	Conversación de tú a tú, como confrontación existencial
# 7	1 h. 46' 47'' – 1 h. 50' 45''	Cambio emocional en la sesión (acceso al dolor primario adaptativo)

2. Presentación del caso y motivo de consulta

Will es un joven de unos 25 años, de un suburbio obrero de Boston, que trabaja como limpiador en el turno de noche, en una prestigiosa facultad de ciencias. Su vida se reparte entre la distracción con sus colegas del barrio -que de vez en cuando se ve animada por peleas callejeras o encontronazos con jóvenes universitarios de clase alta-, Y el trabajo rutinario de limpieza en la universidad.

Sin embargo, Will esconde una habilidad especial, parece ser un genio matemático, si bien su genialidad no encontrado donde desarrollarse, igual que tampoco ha tenido ocasión de ocuparse de su tormentoso mundo interior. Un mundo resultado de las experiencias traumáticas de su infancia.

Antes de comenzar la terapia, se solapan en el tiempo dos hechos que le llevan a esta experiencia. Por una parte, resuelve a escondidas un complejo problema matemático que un prestigioso profesor alejado enunciado como reto, en una pizarra a la vista de todos, en un pasillo de la facultad; el profesor termina por descubrirle y trata de atraerle hacia así como genio matemático al que apadrinar. Y por otra, Will se implica en una pelea callejera, resultado de la cual es condenado a pena de cárcel, ante lo cual, el profesor intercede y consigue que el juez acepte un tratamiento psicoterapéutico como alternativa al ingreso en prisión.

Ahí se inicia un periplo por diferentes psicólogos, a los que Will boicotea sistemáticamente, hasta que su mentor juega una última baza: John, un experimentado terapeuta humanista y profesor de psicoterapia en la universidad, al que le unía una antigua amistad.

La terapia transcurre a lo largo de siete sesiones, en las que la formulación de un foco en la segunda sesión, constituye la clave para el trabajo productivo posterior.

3. Sumario de notas clínicas sobre la sesión

Sesión 1 / 37 ' 30 '' – 41 ' 58 ''			
<p>Resumen de los principales episodios y eventos de la sesión:</p> <p>El cliente es desafiante con el terapeuta, quien maneja la situación sin reaccionar de modo personal o defensivo (comprende la inseguridad de Will). Tras las conversaciones sobre los libros de la estantería y después del incidente con el cigarrillo –en el que el terapeuta se muestra de modo congruente, ambos encuentran un punto de encuentro en el tema del levantamiento de pesas.</p> <p>Tras varios ciclos de provocación-intento de reconducción, en los que Will intenta picar a John y éste trata de manejar la situación y aprovecharla para hallar maneras de focalizar en la experiencia o de redirigir la atención a algún aspecto del sí mismo implicado en ese juego, sucede un incidente crítico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repentinamente, Will cambia de tema y “disecciona” fríamente el cuadro que hay en la pared y que fue pintado por John años antes. A partir de ahí, hace una interpretación de la situación del terapeuta cuando lo pintó y de sus motivos para dedicarse a la Psicología. • Will, sin saberlo toca un tema delicado John reacciona con una relativa pérdida de control pero de un modo altamente congruente, que impacta a Will (“le llega”, o eso parece por su cara): Es una experiencia real con alguien real, con quien la manipulación desde su inteligencia no funcionaría. • Es decir, con John no puede ocultarse detrás de la agresión o de la distracción, y eso es algo que le descoloca (se ve en sus ojos y en cómo calla). Representa una novedad inesperada, una posibilidad y un conflicto. <p>Es la hora, y la sesión concluye.</p>			
Notas sobre el proceso		Modos de implicación del cliente (1-5)	
Utilidad o ayuda de la sesión para el cliente (1/9)	8	Externo	5
Valoración del progreso del cliente en sesión (1-7)	3	Conceptual	3
Logro de cambios del cliente en la sesión (1-7)	6	Somático	1
Tareas trabajadas		Contenido Distante	1
(1)	ALIANZA TERAPÉUTICA	Atendiendo internamente	1
	Grado de resolución alcanzado	Búsqueda experiencial	1
	1	Expresión activa	2
	Presencia de la Tarea	Contacto interpersonal	1
	5	Auto-reflexión	1
	Calidad de la Facilitación	Acción emergente	1
	7		
(2)			
	Grado de resolución alcanzado		
	Presencia de la Tarea		
	Calidad de la Facilitación		
		Observaciones:	

Sesión 2 / 46 ' 00 '' – 51 ' 00 ''

Resumen de los principales episodios y eventos de la sesión:

Ante una primera provocación con la que Will inicia la sesión, el terapeuta hace la siguiente auto-revelación de su enfado/dolor ([para mí] *eres un crío y no tienes ni idea de lo que hablas*) y le da un duro feedback sobre las formas que adopta su inautenticidad.

Entonces reenfoca la cuestión en términos de su inexperiencia de la vida (para ello utiliza una serie de respuestas evocadoras que, en forma de enumeración, actúan como las sondas en Focusing (i.e., *Si te digo tal... me citarás a cual... pero nunca has...*).

Luego hace una auto-revelación desde la vulnerabilidad, sobre lo que supone "amar a alguien más que a ti mismo", y a partir de ahí, inicia una formulación de FOCO:

- *Te miro y veo a un chaval creído y cagado de miedo* (Emoción Secundaria que encubre una vulnerabilidad Primaria Desadaptativa) – Ante este dato, Will dirige la atención por primera vez hacia dentro.

Le expresa su enfado por el incidente del cuadro de modo asertivo (pero no exento de ternura)

- Y le pregunta retóricamente *¿Eres huérfano?* y Will agacha la cabeza (tendencia a la acción) para hacerle percibir el contraste entre tener problemas y estancarse en ellos, y aprovecha así para proponerle un modo de trabajar/estar en la sesión.
- También le formula que le aterroriza decir lo que siente

Y le invita a elegir qué quiere hacer (*Tú mueves*), que es una forma de fomentar la autodeterminación.

Notas sobre el proceso		Modos de implicación del cliente (1-5)	
Utilidad o ayuda de la sesión para el cliente (1/9)	8	Externo	1
Valoración del progreso del cliente en sesión (1-7)	4	Conceptual	1
Logro de cambios del cliente en la sesión (1-7)	6	Somático	1
Tareas trabajadas		Contenido Distante	4
(1)	ALIANZA TERAPÉUTICA	Atendiendo internamente	3
Grado de resolución alcanzado	2	Búsqueda experiencial	1
Presencia de la Tarea	5	Expresión activa	1
Calidad de la Facilitación	7	Contacto interpersonal	1
(2)		Auto-reflexión	2
Grado de resolución alcanzado		Acción emergente	1
Presencia de la Tarea		Observaciones: La sesión contribuye a la formación de la alianza, manejando una serie de conductas que eran dificultades en la alianza (causadas por el estilo relacional auto-protector del cliente mediante la agresión sutil)	
Calidad de la Facilitación			

MENSIT (Sesión 2)

M

Señales de dificultades en
la alianza

S

Miedo a sentir
Un chaval cagado de
miedo

*(He estado pensando en
ti...)*

E

Vulnerabilidad ante la
auto-experiencia

N

Contacto, confianza y
auto-apertura

I

Agresividad instrumental
Distanciamiento
Simplificaciones
Refugio en la teorización
Evitación de la experiencia directa

T

Asuntos Intra-personales
Bloqueo Experiencial
Necesidades existenciales

Sesión 3 / 52 ' 43 '' – 55 ' 30 ''

Resumen de los principales episodios y eventos de la sesión:

Will llega a la sesión y nada más sentarse adopta una actitud mutista, que John tolera durante toda la hora.

Lo formula como un mutismo autoprotector, y lo entiende como el deseo de Will de transmitir que, si bien ha aceptado el desafío propuesto al final de la sesión anterior, sólo hablará de sí mismo cuando él quiera.

Presumiblemente, la aceptación y el respeto del terapeuta hacia esta necesidad, hacen que el cliente se sienta respetado y dueño de su proceso.

Notas sobre el proceso		Modos de implicación del cliente (1-5)	
Utilidad o ayuda de la sesión para el cliente (1/9)	6	Externo	1
Valoración del progreso del cliente en sesión (1-7)	3	Conceptual	1
Logro de cambios del cliente en la sesión (1-7)	4	Somático	1
Tareas trabajadas		Contenido Distante	1
(1)	REP. DE AUTO-INTERRUPCIONES	Atendiendo internamente	1
	Grado de resolución alcanzado	Búsqueda experiencial	1
	Presencia de la Tarea	Expresión activa	1
	Calidad de la Facilitación	Contacto interpersonal	1
(2)		Auto-reflexión	1
	Grado de resolución alcanzado	Acción emergente	1
	Presencia de la Tarea		
	Calidad de la Facilitación		
		Observaciones: Aceptación del estado actual de auto-protección y cierre mutista.	

Sesión 4 / 54 ' 40 '' – 58 ' 59 ''

Resumen de los principales episodios y eventos de la sesión:

El terapeuta comienza la sesión haciéndose “el tonto” provocativamente.

Will hace el gesto de hablar varias veces, pero no arranca.

A propósito del relato de una anécdota de Will sobre un viaje en avión, John le cuestiona sobre si ha viajado (en el fondo, si ha hecho algo en la vida), a lo cual responde con *he echado polvos...*, con cierto tono auto-irónico.

Esto genera cierta auto-conciencia, que le sirve para entrar en contacto con la memoria sobre los últimos sucesos con Skylar. Entonces (con una voz externalizante) inicia el relato del encuentro con ella.

John le provoca con *Eres un aficionado* y Will se defiende con *Sé lo que estoy haciendo, está controlado* (aunque en realidad es una racionalización respecto a lo que realmente ha hecho y a sus motivos más internos).

Will retoma el relato sobre Skylar hablando de lo atractiva y lista que es (aún con voz externalizante). Entonces el terapeuta le invita a que la llame (*¡Llámalala Romeo!*), como forma de provocar en él un conflicto interno que pueda activar su proceso experiencial o provocar alguna emoción. Y Will reacciona con enfado secundario:

Para qué? ¿Para que me dé cuenta de que no es tan lista? ¿de que estope aburrida? [...] No sé yo... esa chica ahora es perfecta y no quiero estropearlo.

El terapeuta le ofrece una conjetura empática:

Quizá lo que te preocupa es que tú dejes de ser perfecto (ante lo cual Will mira con incredulidad).

Y le ofrece una formulación empática con la que confrontarse:

Te has montado una filosofía perfecta. De ese modo podrás pasarte toda tu vida sin conocer a nadie de verdad.

Entonces Will respira y dirige la mirada al interior, donde se está formando un foco interno, y sigue un rato en silencio.

Al poco, John le ofrece otra autorrevelación: el relato de su propia historia de amor con su mujer, que concluye con una reflexión, que constituye un momento auténtico que trata de fomentar su responsabilidad, agencia y auto-determinación frente al mecanismo interruptor que usa para vivir, pero que le supone costes: *Nosotros escogemos a quienes dejamos entrar en nuestro mundo.*

La cara de Will muestra que está reaccionando por dentro, y John añade algo que es un reto, cuya función es estimular la evaluación experiencial (focusing de la situación) y la respuesta congruente (auténtica-responsable), y potencialmente la activación de respuestas interruptoras:

No eres perfecto, amigo, y voy a ahorrarte el suspense: la chica que conociste tampoco es perfecta. Lo único que importa es si sois perfectos como pareja. Esa es la única clave. La intimidad se basa en eso. Puedes saber un montón de cosas, pero sólo puedes averiguarlo dándole una oportunidad.

Will reacciona positivamente:

W: *¡Por Dios! Hablas más que todos los psiquiatras que he conocido en mi vida.*

J: Yo enseño esta mierda, pero la verdad es que no sé muy bien cómo funciona

Y en mitad de ese momento de distensión (emoción positiva entre dos), Will focaliza (ya lleva la atención al interior por sí mismo y a tiende al experienciar productivamente), y le hace una pregunta personal al terapeuta: *¿Has pensado en volver a casarte?*

Sigue ⇨

Esto da lugar a una confrontación y a un “tira y afloja”, en los que Will le vacila con el argumento de la “filosofía de vida”. Es un momento de ASIMILACIÓN (según el modelo de Asimilación de Experiencias Problemáticas), en el que el cliente ha interiorizado reflexivamente el mecanismo interruptor, y se ha hecho responsable y autónomo frente a él (lo cual demuestra al poder bromear sobre eso). Es decir, puede usarlo o no, pero ya no es un automatismo protector.

Notas sobre el proceso		Modos de implicación del cliente (1-5)	
Utilidad o ayuda de la sesión para el cliente (1/9)	7	Externo	4
Valoración del progreso del cliente en sesión (1-7)	3	Conceptual	1
Logro de cambios del cliente en la sesión (1-7)	4	Somático	1
Tareas trabajadas		Contenido Distante	3
(1)	EXPLORACIÓN EMPÁTICA GENERAL	Atendiendo internamente	2
	Grado de resolución alcanzado	Búsqueda experiencial	1
	Presencia de la Tarea	Expresión activa	2
	Calidad de la Facilitación	Contacto interpersonal	2
(2)		Auto-reflexión	1
	Grado de resolución alcanzado	Acción emergente	1
	Presencia de la Tarea	Observaciones: Trabajo sobre la auto-interrupción (recogida como mecanismo interruptor (I) del MENSIT de la S#2)	
	Calidad de la Facilitación		

Sesión 5 / 1 h. 03 ' 10 '' – 1 h. 06 ' 16 ''

Resumen de los principales episodios y eventos de la sesión:

Will pregunta a John si sigue tratando a veteranos de guerra, como una forma de interesarse por él, por sus apreciaciones... quizá por cómo es ser quien él es, como si se tratara de un espejo con el que contrastarse. Pero no en términos de una conducta u otra, sino en términos de un modo de estar en contacto con la propia experiencia y de guiarse por ella.

Por fin, concreta en algo más personal, y le pregunta: *¿Alguna vez te has preguntado qué habría pasado si no hubieras conocido a tu mujer?*

Ante la negativa de John, insiste: *¿Y no lo lamentas?*

El terapeuta le responde con otra pregunta, que en realidad es una manera de ofrecerle una conjetura empática: *¿Por el dolor que siento ahora? No...*

Entonces John hace una nueva auto-revelación en la que le cuenta la historia de amor y enfermedad de su mujer.

Llegados al final, Will solo puede decir ¡Vaya!, apreciando lo que le ha compartido John, y de ese modo apropiándose en su experienciar, de las reacciones que el relato le han producido. Es un momento de aprendizaje experiencial, no tanto por imitación, sino por exposición a una manera de estar en el mundo que se vive como potencialmente propia, y que esta vez, no despierta reacciones defensivas, sino que le abre a formas de auto-organizarse y de ser-él-ahí alternativas.

Notas sobre el proceso		Modos de implicación del cliente (1-5)	
Utilidad o ayuda de la sesión para el cliente (1/9)	4	Externo	1
Valoración del progreso del cliente en sesión (1-7)	5	Conceptual	1
Logro de cambios del cliente en la sesión (1-7)	4	Somático	1
Tareas trabajadas		Contenido Distante	1
(1)	ALIANZA TERAPÉUTICA	Atendiendo internamente	2
	Grado de resolución alcanzado	Búsqueda experiencial	1
	Presencia de la Tarea	Expresión activa	1
	Calidad de la Facilitación	Contacto interpersonal	3
(2)		Auto-reflexión	1
	Grado de resolución alcanzado	Acción emergente	1
	Presencia de la Tarea		
	Calidad de la Facilitación		
		Observaciones:	
		Por fin ha salido con Skylar	

Sesión 6 / 1 h. 32 ' 45 '' – 1 h. 38 ' 25 ''

Resumen de los principales episodios y eventos de la sesión:

Will comienza orgullosamente con la argumentación de por qué dio un no a la empresa armamentística que pretendía contratarle. Desmonta con ironía su sucio juego económico con la vida de la gente, y se explaya.

Pero hay algo en el tono de auto-suficiencia de la manera de hablar, que hace que el terapeuta infiera que por debajo de ese enfado secundario hay un sentimiento más doloroso, quizá de soledad, y a fin de que conecte con él, le pregunta: *¿Tú te sientes solo Will?*

Ante el desconcierto de éste (*¿Qué?*), insiste: *¿Tienes un alma gemela? ¿Alguien que te plantee retos? Alguien que amplíe tu visión de las cosas, que llegue a tu interior.*

Con una voz limitada, Will trata de salir del paso: *Tengo... tengo... a muchas.* Y John persiste: *¿A quién? Nómbralos.* Entonces Will nombra a una serie de autores y John le confronta amablemente, en términos de que están muertos y no pueden ofrecer una relación real. Es un momento de reenfoque empático sobre "lo evitado":

No tendrás ese tipo de relaciones si no das el primer paso [lo evitado es la decepción subyacente a que todo lo que imagina que va a encontrar es negativo]

Will se defiende como puede: *No me gustaba el trabajo.* Pero John insiste, con la intención de que entre en un modo reflexivo y de búsqueda experiencial, y con preguntas dirigidas a promover el crecimiento y la elección:

Me da igual el trabajo. Puedes hacer lo que quieras. No hay nada que te condicione. ¿Qué es lo que te apasiona? ¿Qué es lo que deseas?

El discurso del terapeuta, no obstante, deriva en una arenga moralista que le hace perder un poco de fuerza, y que tiene como consecuencia que Will pierda profundidad experiencial, razone, y se encuentre cómodo en la desresponsabilización:

W: *Yo no pedí esto.*

J: *No escurras el bulto con excusas.*

Will se enfada y consigue "escurrir el bulto", alegando su derecho a vivir simplemente con una profesión común, en la que no destaque, honradamente. Pero el terapeuta hace focusing sobre el caso global de Will, y hace un segundo intento, a partir -posiblemente-, de la formulación de su implicación en la resolución del problema dejado en la pizarra semanas atrás, como un marcador de reacción problemática:

OK, es cierto, pero tengo una pregunta... ¿por qué precisamente ese edificio? ¿Por qué hacías las fórmulas? No creo que eso sea honrado.

Así, le está proponiendo reflexionar sobre que le llevó a hacer eso, y si no era la incomodidad o la insatisfacción con el encerramiento de su existencia en la filosofía de vida que se había montado.

Will entra entonces en un momento de silencio introspectivo, ante el cual John hace una nueva pregunta, tratando de fomentar su auto-determinación: *¿Qué quieres hacer?*

Will trata de vacilarle y dice: *Quiero ser pastor.* Ante eso, John se enfada, y da por terminada la sesión dándole un feed-back crítico, que es en sí un reflejo de proceso:

Tienes respuestas de mierda para casi todo, pero hago una simple pregunta, y eres incapaz de responder con sinceridad... porque no lo sabes

En principio lo hace desde la congruencia, pero también hay aspectos incongruentes que son captados por Will (en cierto modo se lo ha tomado de modo personal, al menos lo que se refiere a tratar de que el cliente evolucione; ha tratado de empujar el proceso, quizá debido a cuestiones propias sobre las que cabría hacer algún trabajo de supervisión).

Sigue ⇒

Will se queja por la incongruencia del terapeuta, se enfada y le confronta con sus propias contradicciones.

No obstante, esta vez John no se lo toma de modo personal, e insiste la pregunta sobre la voluntad-responsabilidad (*¿Qué quieres hacer?*).

Desde la congruencia le espeta: *Eres gilipollas*, y da por terminada la sesión.

Notas sobre el proceso		Modos de implicación del cliente (1-5)	
Utilidad o ayuda de la sesión para el cliente (1/9)	6	Externo	3
Valoración del progreso del cliente en sesión (1-7)	4	Conceptual	4
Logro de cambios del cliente en la sesión (1-7)	2	Somático	1
Tareas trabajadas		Contenido Distante	2
(1)	EXPLORACIÓN EMPÁTICA	Atendiendo internamente	2
Grado de resolución alcanzado	4	Búsqueda experiencial	1
Presencia de la Tarea	6	Expresión activa	2
Calidad de la Facilitación	4	Contacto interpersonal	4
(2)		Auto-reflexión	3
Grado de resolución alcanzado		Acción emergente	1
Presencia de la Tarea		Observaciones: Conversación de tú a tú, como confrontación existencial	
Calidad de la Facilitación			

Sesión 7 / 1 h. 46 ' 47 '' – 1 h. 50 ' 45 ''

Resumen de los principales episodios y eventos de la sesión:

La sesión se inicia con un marcador de tarea de Re-narración del trauma, encuadrado en un momento en el que Will hace una petición de auto-revelación al terapeuta: *¿Alguna vez has tenido alguna experiencia como esta?*

John acepta, cuenta la experiencia con su padre alcohólico, y eso hace que Will comience a relatar su propia historia de violencia paterna.

Sin embargo, parece llegar a un punto límite en el que se interrumpe.

Aunque en principio se podría tratar de un proceso de auto-interrupción, no parece ser algo sistemático, y el terapeuta lo formula como un marcador de la Tarea de facilitación de la expresión de sentimientos.

Así, opta por activar la emoción primaria desadaptativa de culpa de Will, repitiéndole *No fue culpa tuya*, como si se tratara de una sonda.

En una primera fase de este ejercicio vivencial, Will trata de regular la emoción quitándole importancia, para pasar después a una reacción de enfado secundario con el que protegerse.

Al final, la persistencia del terapeuta, que en tono cálido sigue lanzando la sonda, consigue que Will llegue a sentir el dolor primario adaptativo que correspondía al niño maltratado que fue. Entonces siente un intenso dolor, que regula progresivamente, hasta abrazarse a John (tendencia a la acción), momento en el que se deja proteger y consolar por otro (necesidad).

Notas sobre el proceso		Modos de implicación del cliente (1-5)	
Utilidad o ayuda de la sesión para el cliente (1/9)	9	Externo	4
Valoración del progreso del cliente en sesión (1-7)	6	Conceptual	1
Logro de cambios del cliente en la sesión (1-7)	6	Somático	1
Tareas trabajadas		Contenido Distante	4
(1)	RE-NARRACIÓN DEL TRAUMA	Atendiendo internamente	2
	Grado de resolución alcanzado	Búsqueda experiencial	1
	Presencia de la Tarea	Expresión activa	2
	Calidad de la Facilitación	Contacto interpersonal	2
(2)	FACILITACIÓN DE LA EXP. DE SENTIMIENTOS	Auto-reflexión	1
	Grado de resolución alcanzado	Acción emergente	2
	Presencia de la Tarea	Observaciones:	
	Calidad de la Facilitación	Cambio emocional en la sesión (cambiar emoción con emoción)	

Apéndice XV

Formulación *benchmark* del Caso de Will Hunting

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

1. Will fue un niño abandonado y maltratado por un padre alcohólico y eso le marcó profundamente: aprendió a desconfiar en las relaciones íntimas, a mantenerse a distancia y a no mostrar sus verdaderos sentimientos. Como se observa en la última sesión, y desde antiguo, había encapsulado su comprensión de lo que le sucedió, en un diagnóstico psiquiátrico ("desorden afectivo" con miedo al abandono), de modo que no fuera para él un asunto en el que profundizar ni del que ocuparse.
2. Ese miedo al abandono lo repite como un patrón interpersonal, que le mantiene distanciado y le previene de relaciones profundas, en las que mostrarse de modo auténtico. Cuando este tipo de relaciones se produce, es él quien las abandona, antes de que los defectos de la otra persona salgan a la luz y sienta la decepción, mostrando así un estilo de apego evitador.
3. No obstante, si logró establecer algunos vínculos significativos y duraderos con colegas del barrio, a quienes siente como hermanos y considera su verdadera familia, si bien su modo de vida no resulta muy constructivo (trabajan y se distraen de la monotonía o del vacío con alcohol, sexo o peleas), y no le permite desarrollar su potencial (tanto afectivo como intelectual).
4. Su trabajo actual de limpiador no representa una inserción plena en la vida adulta, ni le supone hacerse cargo de un proyecto existencial en el que se integren las diversas dimensiones de su personalidad. De hecho, hasta que acude a terapia (a causa de la pelea y de su escarceo con las matemáticas en la facultad), no parece haber ningún suceso biográfico significativo, asociado con la entrada en el mundo adulto.
5. A lo largo de su crecimiento, Will desarrolló un estilo desafiante e irónico, que le permite mantenerse distanciado de los demás y le reporta una cierta seguridad personal. A su vez, le brinda oportunidades para entrar en conflicto con otros, como manera de sentir algo en el plano interpersonal, si bien estos roces no constituyen verdaderos encuentros.
6. Su experiencia de sí mismo al comienzo de la terapia, era la de alguien que no necesita nada, y su percepción de los demás, se correspondía con la de gente de la que es preferible no esperar nada, y a la que es mejor mantener a raya. Sin embargo, en ambas percepciones el motor emocional es la vulnerabilidad, y el miedo secundario a sentir y a verse expuesto. Por

eso, a lo largo de la terapia se observan reacciones congruentes con esta formulación. Un ejemplo de eso es la hostilidad inicial hacia el terapeuta, o la determinación que manifiesta en la segunda sesión, respecto a no volver a llamar a la chica que ha conocido (Skylar), aunque de corazón, si desea hacerlo.

7. Esto le supone enredarse en justificaciones y racionalizaciones sobre lo defectuoso de la gente, y a manifestarse, habitualmente, con una actitud de tensión corporal y con una mirada que oscila entre la ausencia y el desafío. Igualmente, se mantiene desconectado de su proceso de experiencial (en el nivel de sensación sentida), pues evita constantemente dirigir la atención al interior, repleto de sentimientos temidos. A su vez, en términos de tendencias a la acción, su conducta oscila entre la evitación y el ataque, mientras que las necesidades existenciales de vinculación, cariño y contacto no son simbolizadas en la consciencia. De modo coherente con esto, no dice nada personal sobre sí mismo, y se mantiene alejado de sus recuerdos familiares, y de su pasado en general.
8. Desde la primera sesión, Will percibe a John (el terapeuta) como "otro comecocos" al que ningunear, y del que no espera nada. Por eso opta por un ataque sutil, consistente en diseccionar sin compasión su personalidad y su mundo interno, tratando de encontrar un punto débil con el que hacerle sentir dolor o incomodidad, para que le rechace como paciente, a la vez que desvía la atención de su propio mundo. En un momento dado, John, que está dejando espacio al despliegue defensivo de Will, pone coto a uno de sus ataques (relacionado con su difunta mujer), y responde con fuerza y agresividad (agarra a Will por el cuello y le amenaza de muerte en caso de que vuelva a faltar a la memoria de su esposa), lo que le vale no sólo el cese de esa actitud, sino también su respeto.
9. En la siguiente sesión, el terapeuta ofrece a Will una formulación sobre sus dificultades personales, y sobre como eso le llevó, una vez más, al estilo relacional de hostilidad defensiva. Sin embargo, esta explicación, lejos de ser aséptica o puramente técnica, es un relato incisivo, reflexivo y conmovedor, que supone un desafío y una invitación a implicarse en la relación como paso de autenticidad, y a embarcarse en la terapia como un proceso en el que la exploración de su vida y de su mundo interno, sean los temas principales.
10. En términos de procesamiento experiencial, Will evoluciona a lo largo del tratamiento desde la incapacidad para dirigir la atención al mundo interno, a la facilidad para escuchar lo que siente. Esto se observa en cambios en la cualidad vocal, que es normalmente externalizante en los inicios. Por ejemplo, cada vez que hablaba de una situación interpersonal conflictiva con Skylar (sesión 4), o cuando en la sesión 6 lanza una perorata encendida y sumamente

teatral, como justificación racional a por que rechazó un trabajo facilitado por el profesor de matemáticas, y debajo de la cual, se escondían la frustración y el sentimiento de soledad acumulados.

11. En términos de regulación emocional, Will aparecía normalmente como hiper-regulado y con poca conciencia emocional, lo que se manifestaba en modos narrativos principalmente externos y con un nivel en la escala experiencial muy bajo. Sin embargo, todos estos indicadores fueron evolucionando paulatinamente, principalmente a causa de las experiencias, en las que: (1) una dificultad de procesamiento emocional del cliente era seguida por alguna forma de autorrevelación del terapeuta, y (2) la experiencia afectiva que esto generaba, era explorada empáticamente, o se reflexionaba sobre ella.
12. Este tipo de secuencias fueron el escenario de varios momentos y reacciones clave dentro de la sesión, a lo largo de los siete encuentros entre Will y John.
13. En la sesión 3, el mutismo autoprotector del cliente -que se prolongó durante toda la hora-, fue sostenido por el terapeuta, quien lo formuló internamente como el deseo de Will de transmitir que, si bien aceptaba el desafío propuesto al final de la sesión anterior, sólo hablaría de sí mismo cuando él quisiera.
14. La sesión 4 -y a propósito de los últimos incidentes con Skylar-, fue una ocasión para confrontar a Will con sus propias defensas psicológicas, basadas en la auto-interrupción en las relaciones. En ese encuentro, el terapeuta ayudó a Will a darse cuenta de cómo trataba de protegerse de la decepción, y esto le facilitó poner el foco en sus propios miedos a ser rechazado.
15. En la sesión 5, el terapeuta permitió a Will que indagara en su vida personal, y en lo que supuso para él haber amado a su mujer, y haberla perdido prematuramente. Esa conversación fue una ocasión de aprendizaje experiencial, en la que Will se expuso a una manera de estar en el mundo que le resultaba tan conmovedora como desafiante respecto a su propia posición existencial, pero en esta ocasión, sin despertar defensas. Más bien al contrario, permitiéndole sentir y acceder a potenciales de auto-organización del sí mismo en las relaciones, alternativos y más saludables.
16. La sesión 6 fue un momento de confrontación existencial, en la que cliente y terapeuta se hablaron de tú a tú. John ofreció a Will una conjetura acerca de su enfado con el mundo (manifestado en la argumentación de su rechazo a una oferta de empleo cualificado). Dicha conjetura apuntaba hacia la soledad que en realidad sentía, a causa de vivir distanciado de

los demás, y de haberse montado una filosofía de vida con la que justificarse. Esto condujo a un debate acalorado sobre la responsabilidad que Will asumía o no en su vida, y sobre las posibilidades que estaba rechazando de llevarla adelante de una manera más auténtica (empezando por su capacidad para las matemáticas). En ese sentido, el terapeuta consideró su implicación en la resolución del problema matemático dejado en la pizarra semanas atrás, como un marcador de reacción problemática, y propuso a Will reflexionar sobre qué le llevó a hacer eso, si no era la incomodidad o la insatisfacción con el encerramiento de su existencia en esa filosofía de vida. Sin embargo, Will se sintió desafiado en exceso y estalló defensivamente (quizá porque el terapeuta se vio impulsado por sus propios asuntos no resueltos en el modo de plantear el tema, y no negoció el significado potencial del marcador ni propuso el trabajo con la tarea correspondiente, sino que polemizó con el cliente, tratando de que reaccionara). En esa reacción defensiva, hubo sin embargo un alto grado de autenticidad, y Will puso a John frente a sus propias contradicciones. Aunque la sesión terminó abruptamente, la alianza terapéutica resistió, y las capacidades de consciencia emocional y de focalización interna que el cliente había ido desarrollando, permitieron que no rechazara del todo la experiencia, y saliera del despacho "masticando" el asunto.

17. La séptima y última sesión, precedía al momento en que Will va a dejar la ciudad para irse a vivir fuera con Skylar. Se inicia con un marcador de re-narración del trauma, relativo a la memoria episódica de los malos tratos recibidos de su padre alcohólico, y al abandono posterior. Una vez más, el proceso se ve facilitado por la disponibilidad del terapeuta a compartir experiencias personales, que Will utiliza como soporte para retornar a su autoexploración. Sin embargo, el relato se interrumpe cuando el cliente se acerca el sentimiento de culpa e inadecuación primarios desadaptativos, que aquellas experiencias dejaron en él.
18. John entiende la situación como una ocasión para trabajar con la tarea de facilitación de la expresión de sentimientos, y opta por la estrategia de repetirle persistente mente una frase contradictoria con su experiencia emocional más profunda: "No fue culpa tuya." Entonces, el proceso de Will discurre por los distintos grados de resolución de la tarea (la minimización de la importancia de lo que siente, el rechazo activo hacia el sentimiento y la expresión). El resultado es que consigue vivenciar, coactivados, esa culpa y el dolor primario adaptativo del niño maltratado y abandonado. En ese momento de intensidad emocional, Will sigue de manera natural la tendencia a la acción de derrumbarse y de abrazarse a John, expresado el dolor mientras llora compungidamente, y acoge la protección y el consuelo del otro, que tanto necesita.

19. Una mirada general al caso, permite observar cómo Will pasa de una actitud distanciada frente a su mundo interno y una negación de sus necesidades de afecto e intimidad, a una aceptación de sus sentimientos y de esas necesidades. A raíz de esto, se abre al amor con Skylar, acepta la relación con el terapeuta, se implica en la terapia, y asume la responsabilidad de hacerse cargo, de alguna manera, de su talento.

20. El foco terapéutico fue formulado inicialmente en torno a la vulnerabilidad del sí mismo. Alrededor de esa vulnerabilidad, las reacciones secundarias de miedo a sentir, junto con los procesos interruptores de agresividad instrumental y de distanciamiento afectivo mediante la racionalización, mantenían a Will aislado y sin satisfacer sus necesidades de confianza y apertura. Esta formulación, evolucionó para incorporar el sentimiento de culpa primario desadaptativo, resultado de las experiencias infantiles de maltrato, y dejó la ventana abierta a la exploración de los temas interpersonales (por ejemplo, la relación con sus padres), más allá del trabajo con los temas de bloqueo experiencial y existenciales, que fueron los abordados principalmente en la terapia.

Apéndice XVI

Documentación de los mini-casos del estudio de casos piloto

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Formulación del Terapeuta A

1. Comenzamos el análisis mencionado como la persona a lo largo del tratamiento va adentrándose y acercándose progresivamente a su experiencia emocional hasta conseguir articular en colaboración con el terapeuta cómo en la infancia sufrió abusos físicos por parte de su padre adoptivo así como el hecho en sí de ser huérfano.
2. Ambas experiencias, la de ser huérfano y la de la violencia recibida por parte de su padre son experiencias que claramente han marcado su forma de estar y expresarse en el mundo. Inicialmente estas experiencias intenta no recordarlas o experienciarlas, esto se observa cuando evita hablar sobre ello, exagera, o usa la ironía para apartarse emocionalmente del dolor.
3. Se refiere como las experiencias de maltrato y de negligencia han ido constituyendo una forma de ser del cliente en la que necesita protegerse del contacto con los demás, sobre todo del contacto real, de persona a persona. Esto responde a una estructura insegura de vinculación, viendo a los otros como una amenaza para él. No hay demasiada información sobre cómo fue aprendiendo esto, sin embargo ante la cercanía de otras personas, el cliente se aleja retando a la otra persona, analizándola y “agredéndola” y ocultándose al sentirse inseguro y sentir que le van a dañar, lo que provoca en los demás una primera reacción de enfado y alejamiento.
4. Will aprendió a esperar que los demás le van a dañar y a abandonar por ser quien es, además aprendió a sentir que nadie le podía ayudar no proteger. Aprendió a esperar de sí misma que no tiene futuro, que no vale la pena relacionarse con otros y a que el amor de otros no es para él, así que la forma de relacionarse es evitativa e insegura. No existe información sobre formas positivas de vinculación en su infancia, quizás a protegerse a sí mismo, no obstante él se apoya en su inteligencia para sentirse valioso y muestra como sabe mucho de muchas cosas como forma de protegerse. Por lo que aparece en las sesiones las interacciones positivas que tiene en la actualidad son: la chica con la que sale, el terapeuta y el profesor.
5. Lo que más marcó en la vida adulta fue el trabajar en la universidad (pudo acercarse a sí mismo y esto le originó plantearse de alguna forma su vida y su futuro). También la relación que tiene con la primera chica, en la que se encuentra con la primera vez de mostrarse a alguien. Otro de los hechos son los abusos sufridos por su padre en el que el paciente relata como prefería que le

- pegase con una llave para abrir la posibilidad de que alguien le pillase, lo que le hizo sentir vulnerable.
6. El cliente consigue desarrollar una forma más o menos adaptativa para relacionarse con los otros que es a través de lo que sabe, esto le permite poder acercarse a los otros e interesarse por los otros. Así para manejar el dolor analiza de forma brillante lo que hay a su alrededor y lo devuelve de forma ingeniosa y a veces retadora. Actualmente este recurso le sirve para poder mantener la atención del otro, a veces conseguir apartarlo y que se enfade (cuando lo usa para defenderse). Actualmente solo sirve para defenderse de todo el dolor que siente y para no acercarse genuinamente al otro. Las consecuencias han sido que se ha protegido de los otros pero a su vez se ha quedado solo por no relacionarse de forma genuina y las consecuencias en terapia han sido que ha dificultado mucho la relación y ha puesto varias veces en el límite al terapeuta.
 7. La emoción primaria desadaptativa es la vulnerabilidad ante su experiencia de abuso. La vivencia subjetiva es la de verse como débil y desprotegido, sentir que no puede ser quien es ante los demás porque estos le verán como defectuoso, o merecedor de desprecio. Las emociones primarias desadaptativa son las de sentirse culpable, merecedor de lo que le ocurrió y de lo que le seguirá ocurriendo.
 8. Este dolor se manifiesta a través de ocultar su sí mismo a los otros, de miedo a ser él ante otros y por ende protegerse de que le vean a él. Así, el cliente está bloqueado en la vida y no consigue tomar una decisión sobre cómo llevar su vida adelante. Este dolor se manifiesta también a través de una agresividad exteriorizada pero no procesada, haciendo que evalúa todos los entornos como amenazantes y responda ante ellos.
 9. El cliente se bloqueaba o se echaba atrás ante experiencias amenazadoras, perdiendo el contacto real consigo mismo y con los otros. La persona se trata a sí misma como una persona sin valor, sin futuro, no merecedor de amor.
 10. La relación con los otros se veía afectada por la emoción nuclear ya que hacía que se ocultase y atacase a los otros cuando se sentía amenazado y vulnerable, haciendo que estuviera aislado, siendo percibido por los demás como alguien agresivo y pasota. Las relaciones interpersonales son con “amigos” con conductas delictivas y últimamente con una chica con la que empezaba a salir. Finalmente sus relaciones sociales se han visto afectadas seriamente por sus conductas ya que han precipitado que deje a la chica con la que salía.

11. El cliente repite su forma de relacionarse con el terapeuta, retándole, enfadándose, usando su inteligencia... al principio el cliente veía al terapeuta como otro más que no me va a ayudar. Con esta forma de relacionarse con el terapeuta quería regular el miedo a acercarse a su experiencia emocional, evitando sentirse vulnerable ante otro por miedo a que le dañara
12. Las necesidades no satisfechas son las de protección y cercanía de otro. Dando lugar a marcadores de alianza, y de exploración empática de la vulnerabilidad. El terapeuta consiguió hacerle sentir al cliente que no tenía que sentirse amenazado por el que él podía entenderle y podría sentirse seguro.
13. La mayor dificultad encontrada fue poder establecer la alianza ya que era difícil conseguir vencer la barrera de protección que Will levantaba y pese a los diversos enfados que se dieron por ambas partes, se pudieron expresar con honestidad y congruencia y fueron aceptados por la otra persona como forma de marcar los límites personales. De este modo la alianza fue creciendo hasta que por fin el terapeuta fue aceptado a acompañar el intenso dolor nuclear del paciente. Es difícil poder señalar en este caso posibles rupturas de la alianza ya que no se logró establecer una alianza fuerte hasta la última sesión.
14. Con respecto a su forma de procesamiento habitual, podemos destacar que durante prácticamente todas las sesiones, se usó un modo de procesamiento externo y conceptual evitando contactar con su mundo interno e interrumpiéndose emocionalmente. Poco fue aumentando el contacto interpersonal a lo largo de las sesiones así como la atención interna.
15. La cualidad vocal varió entre externa y emocional (enfado), teniendo muy poco uso del enfocado aunque aumentado durante las sesiones.
16. El cliente se mostraba hiperregulado emocionalmente con respecto al dolor, aunque esto no fuera cierto con respecto al enfado. EL terapeuta necesitaba hacer respuestas muy evocadoras y muchas autorrevelaciones para conseguir que contactase con su experiencia interna. El paciente intentaba regularse a través de la conceptualización y del enfado secundario y desviando la conversación hacia el otro aunque poco a poco consigue permitirse conectar con el dolor subyacente y dejarse estar en ese dolor sin interrumpirlo. La forma de regulación fue mejorando a través de la mejora en la alianza y de las intervenciones de validación del terapeuta.
17. Inicialmente el cliente partía con una muy baja consciencia emocional incapaz de diferenciar entre emociones, con lo que esto afectaba a su vida en cuanto que no tenía donde buscar dirección o como relacionarse con otros importantes, a lo largo de las sesiones las intervenciones sobre todo de autorrevelaciones del terapeuta ayudan al cliente a poder ser más conscientes de

sus emociones, aunque solo se ha visto la punta del iceberg. El nivel de la escala experiencial en el inicio es de un uno y ha podido avanzar hasta el dos durante las sesiones. Y llegando a un nivel de proceso de asimilación de un 2.

18. El cliente reacciono a la terapia al principio retando y sintiendo que no le oba a ayudar como el resto pero las respuestas del terapeuta y el compartir sus vivencias y facilitarle un espacio para ser y estar sin restricciones facilito que volviese al resto de sesiones. El haber mantenido una relación genuina con el cliente facilitó que pudieran acercarse a él. Finalmente se puede ver como la terapia fue liberadora y sanadora para el cliente, ya que pudo sentirse no juzgado, no evaluado y compartiendo verdaderamente con alguien al que sí le importaba él.
19. Por parte del terapeuta, desde el principio mostró un buen equilibrio entre poner límites y adaptarse al paciente en forma de hablar, sobre los temas con los que hablar, se interesó por él y por sus gustos, tuvieron una sesión fuera de la consulta, otra en la que imperó el silencio y todo ello aceptado incondicionalmente por el terapeuta, pero sobre todo, el cliente se benefició de las vivencias personales que el terapeuta le contaba, ya que le enseñó a ver como las cosas podían ser de otra manera a como él las había pensado al principio.
20. Se puede observar el cambio terapéutico también en el momento en el que se entrevisté que cambian las necesidades del cliente y pasa de protegerse a abrirse y dejar salir el dolor, a confiar en que puede mostrarse vulnerable delante del otro y sobre todo descubrió su necesidad de contacto con otras personas a niveles profundos de ver y dejarse ver.
21. Por último hacer énfasis en la pequeña formulación de foco de como el cliente estaba asustado y no sabía qué hacer, como se defendía de todo porque en realidad necesitaba dejar de sentirse culpable por lo que pasó. Lo más importante sobre la formulación de foco se basa en: dificultad con el vínculo con las otras personas, ya que se siente una vulnerabilidad ante la experiencia del otro que le lleva a sentir miedo y a interrumpirlo y defenderse a través de una agresividad secundaria, siendo los temas más importantes a trabajar con él las relaciones inter e intra personales, el bloqueo en su vida y las necesidades más existenciales referentes al amor y la soledad.

Formulación del Terapeuta B

1. La herida clave del cliente se remonta a la relación establecida con sus primeras figuras de apego, en concreto, con su padre. Padre maltratador y abusador que al entrar en casa, de manera consistente, le daba a elegir al cliente la manera en la que quería ser golpeado. Este tipo de relación configura un estilo de apego inseguro, en el que el pequeño Will para darle sentido a la situación de maltrato y para preservar la visión deseable de su padre, entiende que es pegado por haber hecho algo mal.
2. El estilo de relación que Will establece con su experiencia es el de tipo evitativo donde termina desarrollando un miedo a sentir, que le protege de contactar con su dolor nuclear fruto del maltrato recibido.
3. Esta experiencia mantenida en el tiempo hace que Will aprenda a no fiarse de su sentir y comience a evitarlo con estrategias diferentes. Estrategias que le generan una sensación de seguridad, pero a la vez, una experiencia de vida vacía e inauténtica. Una vida sin sentir que se convierte en un vivir imposible sin dirección ni agencia.
4. Algunas de esas estrategias son por ejemplo: establecer relaciones esporádicas, fumar, mostrarse agresivo, el refugio en la teorización, quedarse en lo conceptual, atemorizar, confrontar....
5. En sus relaciones fuera y dentro de la terapia, al principio, se mostraba desafiante y agresivo como manera de mantener una distancia protectora que le hiciera sentir seguro. Su necesidad de mantener a las personas suficientemente lejos hacía que sus interacciones se basaran en un uso caprichoso del otro sin llegar a experimentar una experiencia de conexión, dejándole con un profundo sentimiento de soledad que tampoco era capaz de experimentar al principio. Por ejemplo, con las mujeres su estilo de relación era superficial, donde lo esporádico era más atractivo y seguro que lo íntimo e imperfecto. Presentaba también dificultades para hacerse cargo de sus potencialidades, eligiendo limpiar escaleras, teniendo un gran talento para las matemáticas.
6. De esta manera toda relación establecida con personas que potencialmente pudieran llegar a conocerle de manera real e íntima, ponían en marcha todo tipo de recursos para expulsarlos de su vida antes de que estos, les puedan decepcionar.

7. La percepción de los demás hacía Will, es de un niño engreído y conflictivo, inteligente pero que no dejaba ver su verdadero self.
8. Cuando el terapeuta entra en la vida del cliente, ya desde la primera sesión, genera un impacto distinto en la experiencia de este. Ante las provocaciones, el terapeuta no se muestra a la defensiva porque entiende la inseguridad que subyace a la fanfarronería del cliente, resultando esto clave para que vuelva a la siguiente cita.
9. Al principio, ante una posible relación de intimidad, aparece un miedo en el cliente de poder volver a ser dañado, este miedo es reconocido y respetado por el terapeuta que a través de auto-revelaciones consigue que Will baje la guardia y empiece a sentir la conexión real e íntima con otro.
10. En todo momento el terapeuta se muestra congruente y le expresa el efecto que tiene en él su manera de relacionarse. A través de las auto-revelaciones, el terapeuta ofrece un modelo de estar y relacionarse con su experiencia y desde donde poder dirigir sus acciones. Todos estos cambios van consiguiendo que el cliente se comprometa con las sesiones de terapia y progresivamente con su pareja.
11. Will comienza a percibir en la relación, que el terapeuta es confiable y lo siente capaz de sostener y acompañar su vulnerabilidad sin dañarle. A través de esta experiencia correctora el cliente se siente en confianza para poder entrar y estar en su dolor primario.
12. El terapeuta a través de sondas y reflejos evocadores, ofrece oportunidades de procesamiento emocional consiguiendo que Will vaya dirigiendo la mirada hacia adentro, pasando de un modo narrativo externo a un modo reflexivo y posteriormente interno.
13. El modo habitual de procesamiento del cliente al principio, era fundamentalmente externo y conceptual con tendencia a la racionalización. Llegando en la última sesión a poder, a través del aprendizaje interpersonal, llegar a atender internamente su experiencia más dolorosa. Es entonces cuando el cliente, al contactar con su experiencia de dolor por haber sido maltratado, contacta con su necesidad de ser consolado y protegido.
14. Se puede observar una evolución: El cliente llegó desafiando al terapeuta como manera de mantenerse a salvo y termina pudiendo visitar su herida clave dejándose consolar y acompañar por el terapeuta. El paciente, termina dejándose ver y tocar por otro, mostrándose tal y como es, sin defensas. Pudiendo desde ahí, buscar y aceptar el abrazo amoroso y validador del terapeuta en la última sesión.

15. Gracias al trabajo con las tareas de exploración empática y alianza terapéutica, el cliente fue pudiendo confiar en la relación hasta llegar a re-visitarse una situación vital traumática, episodio fundamental en su herida clave. Cuando esa narración aparece en sesión el terapeuta facilita la expresión de sentimientos de manera que Will consigue asomarse a su vulnerabilidad primaria en presencia de otro, contactando con el dolor de haber sido maltratado y permitiendo que la necesidad de contacto, validación y seguridad fueran satisfechas por el terapeuta sin interrumpir su sentir por miedo al mismo.

Apéndice XVII

Cuestionario post-formulación del *Formato Guía* para FCG en TFE

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Identificación:

Texto evaluado:

Este cuestionario está formado por 7 preguntas relativas al tipo de texto que crees haber producido. Cada pregunta tiene dos polos opuestos respecto a una característica posible del texto.

1. Lee los dos extremos, y sitúate en medio de los dos.
2. Luego trata de dejar que se forme en ti una sensación relativa al tipo de texto que crees haber producido usando el FG.

Trata de ser muy sincero/a respecto a tu impresión sobre la Formulación de Caso Global que has producido, y recuerda que:

- a) generar este tipo de textos es una actividad que se entrena, y
- b) tu producción ha estado mediada por el esfuerzo de usar el *Formato Guía*.

<p>Muestra MOTIVACIÓN:</p> <p>El texto es reflejo de un formulador motivado por producir una buena FCG (representativa e informativa) - Refleja a alguien que <i>trabaja con brío</i> aplicando el FG.</p>	<p>1</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Muestra DESMOTIVACIÓN:</p> <p>El texto es reflejo de un formulador motivado desmotivado por producir una buena FCG (representativa e informativa) - Refleja cómo <i>el trabajo se le vuelve cuesta arriba</i>.</p>
<p>Muestra INTEGRACIÓN:</p> <p>La formulación transmite la lógica de algún modelo de formulación, de modo que resulta un texto integrado, en el que el relato que explica el caso, evoluciona fluidamente.</p>	<p>2</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Muestra DESINTEGRACIÓN</p> <p>La formulación no trasmite la lógica ni las categorías de ningún modelo. La sensación es que se trata de un conjunto de afirmaciones inconexas que no forman un relato explicativo fluido.</p>
<p>Texto REFLEXIVO</p> <p>El texto muestra cómo el formulador se hace preguntas sobre el caso, y las usa para reflexionar y generar un texto vivo y evocador, que resulta interesante.</p>	<p>3</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Texto ANODINO</p> <p>El texto muestra cómo el formulador más bien enumera datos sobre el caso de manera rutinaria, produciendo así, un texto plano y anodino, que resulta aburrido.</p>
<p>Muestra PREOCUPACIÓN</p> <p>El texto muestra cómo el formulador habla del cliente de un modo afectuoso y respetuoso, que expresa cuidado por la persona singular que es cliente.</p>	<p>4</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Muestra DISTANCIAMIENTO</p> <p>El texto muestra cómo el formulador habla del cliente de un modo frío y abstracto, que expresa distancia respecto la persona singular que es el cliente.</p>
<p>Texto PROFUNDO</p> <p>El texto refleja un trabajo concienzudo y personal, y consigue generar nuevas gestales o insights acerca del caso (síntesis frescas a partir de la información recogida), que permiten alcanzar un mayor nivel de comprensión sobre la persona del cliente.</p>	<p>5</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Texto SUPERFICIAL</p> <p>El texto refleja un trabajo mecanizado e impersonal, por el cual los párrafos son meros resúmenes de los datos del caso, que no aportan nada en términos de insight ni mueven a un mayor nivel de comprensión de la persona del cliente.</p>
<p>Texto CLARO</p> <p>Es un texto ágil de leer, claro y bien estructurado, en el que es fácil orientarse y hacerse una idea del proceso terapéutico seguido, así como de sus resultados.</p>	<p>6</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Texto CONFUSO</p> <p>ES un texto incómodo de leer, por confuso y poco estructurado, en el que cuesta orientarse y hacerse una idea del proceso terapéutico seguido, así como de sus resultados.</p>
<p>Texto EXPLICATIVO</p> <p>Es un texto con alto poder explicativo (los procesos de cambio se hacen transparentes y se puede aprender del caso o sacar conclusiones).</p>	<p>7</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Texto DESCRIPTIVO</p> <p>Es un texto inconexo y meramente descriptivo (los procesos de cambio no son evidentes y es difícil aprender algo del caso o sacar conclusiones).</p>

Apéndice XVIII

Instrucciones breves sobre el uso del FG y sobre el tipo de texto que se considera "una buena FCG"

Ciro Caro García - Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE

Se trata tanto de crear un texto que EXPLIQUE el caso, como de producir un texto que lo REPRESENTE, y un relato que permita comprender la experiencia del cliente y del terapeuta.

Como metáfora de la representación, podríamos tomar la de la "foto", o incluso la de una figura a escala en 3D: permiten identificar formulación (producto) y caso como conjunto de sucesos. Sin embargo, al ser un texto, la representación del caso es más bien una narrativa o un relato, que a su vez permite comprender la experiencia del cliente primeramente, aunque también la del terapeuta. Es decir, el significado personal y subjetivo de lo sucedido, hecho, dicho y vivido en la terapia.

Así pues, se trata de una historia viva y motivadora para un lector, pero que a su vez es un relato fiel en el que se explican los procesos que llevaron al cambio terapéutico. De este modo, la FCG es también un texto explicativo, en tanto desarrolla e integra relaciones causales entre:

- a) acciones terapéuticas y sus motivaciones (basadas en los juicios clínicos y formulaciones del terapeuta momento a momento dentro de la sesión);
- b) acciones técnicas y otras acciones (basadas en la lógica de la emergencia progresiva de marcadores en varios niveles), y
- c) acciones y cambios terapéuticos o resultados (que también se producen en otros niveles, mientras el terapeuta trabaja aplicando los principios de relación y tarea de la TFE).

La metáfora que facilita entender la FCG como un texto explicativo, es la del "mapa", o si se quiere, la de la memoria de un navegador electrónico con GPS. El texto de la formulación, como mapa, es útil para ver cómo cliente y terapeuta fueran del punto A al punto B, y viceversa: dado un dato del caso que permite ubicarse en el punto B, desandan el camino que llevó hasta allí, hasta encontrarse con A (por ejemplo consultando la memoria de los destinos previos del navegador, o sea, leyendo retrospectivamente el texto).

Sea como sea, el uso del FG para escribir el texto consiste en un trabajo inicialmente lineal, y en un tránsito reflexivo por las diversas categorías clínicas conceptuales que lo componen, utilizando para ello las pistas de formulación y los bloques en los que cada una se integra.

Finalmente, el texto resultante es el producto de la reflexión-explicación en varios niveles:

- 1) Nivel de pista, desarrollando su macro-tema.
- 2) Nivel de bloque, desarrollando su tema.
- 3) Nivel de sub-bloque, en caso de existir y desarrollando el subtema correspondiente, y
- 4) Nivel de categoría clínica conceptual.

De ese modo, la producción del texto utilizando el FG consiste en varios procesos de zoom, que permitan acercarse al nivel de detalle en cada pista, para volver luego a alejarse al cambiar a otra.

Así, desde el punto de vista de la lectura de la FCG, el lector puede hacer zoom también, acercándose para obtener una impresión sobre algún aspecto local o de detalle, y alejándose para obtener una impresión de conjunto. Todo ello, tanto sobre la foto como sobre el mapa que es la formulación. Y tanto en términos de explicación del proceso terapéutico y el tratamiento, como de comprensión de la experiencia del cliente.