

ÍNDICE

PRÓLOGO	9
---------------	---

PARTE I

CUESTIONES TRANSVERSALES EN FORMULACIÓN DE CASO

1. Los fundamentos intersubjetivos de la formulación clínica: un análisis dialéctico del desarrollo. *Michael Mascolo y Michael Basseches* 17
2. Formulación de casos basada en evidencia como competencia básica en psicoterapia. *Tracy Eells* 45
3. El marco de poder, amenaza y significado y formulación. *Elizabeth Boyd* 69

PARTE II

MODELOS DE FORMULACIÓN DE CASO

4. Perspectiva evolucionista para la formulación de caso: un sistema abierto. *Álvaro Quiñones* 107
5. Formulación de caso en proceso y responsividad: El trabajo focalizado en la emoción en un marco transdiagnóstico relacional. *Ciro Caro* . . . 137
6. Formulación de caso en terapia de regulación emocional: Autoconocimiento, flexibilidad y afrontamiento. *Jaime Silva* 177
7. Formulación psicodinámica de casos. *Nancy McWilliams* 217
8. Formulación de casos en terapia interpersonal metacognitiva. *Barbara Magnani, Virginia Valentino, Paolo Ottavi y Giancarlo Dimaggio* . . 243
9. Formulación de casos en terapia narrativa: co-construcción de nuevos significados. *Miguel Gonçalves e Isabel Narciso* 275
10. Formulación de casos desde la perspectiva de la terapia cognitivo conductual. *Francesco Mancini y Claudia Perdighe* 301

11. Una propuesta de formulación de caso inspirada en el modelo Dinámico Maduracional del Apego y la adaptación. *Silvana Milozzi y Clark Baim* . . . 337

PARTE III

FRONTERAS DE LA PSICOTERAPIA Y FORMULACIÓN DE CASO

12. Elaboración de significados y recuperación en la psicoterapia de la psicosis: reflexión metacognitiva y terapia insight. *Paul H. Lysaker y Courtney N. Wiesepepe*. 359
13. Formulación de caso en conducta suicida: Una perspectiva evolucionista para la regulación y bienestar psicológico. *Juan García-Haro, Álvaro Quiñones y Carla Ugarte*. 381
14. Una formulación funcional general del suicidio desde el DMM. Cuando falla la adaptación. *Andrea Landini y Patricia Crittenden* 433

PARTE IV

TECNOLOGÍA Y FORMULACIÓN DE CASO

15. Explorando la formulación de caso con Mapas Cognitivos Borrosos: Conceptos, métodos y estudio de caso en primera y tercera persona. *Luis Botella y Luis Ángel Saúl*. 477
16. Aumentación tecnológica y formulación de caso en el contexto de una psicoterapia de precisión. *Danilo Moggia, Stephanie Vaccarezza, Birgit Weinmann-Lutz y Wolfgang Lutz*. 521

LOS FUNDAMENTOS INTERSUBJETIVOS DE LA FORMULACIÓN CLÍNICA: UN ANÁLISIS DIALÉCTICO DEL DESARROLLO

Michael F Mascolo

<https://orcid.org/0000-0001-9306-3067>
Department of Psychology, Merrimack College
North Andover, MA USA

Michael Basseches

<https://orcid.org/0009-0008-7347-510X>
Suffolk University, Boston, MA USA

INTRODUCCIÓN

La historia de las formulaciones clínicas podría entenderse como una lucha con el problema de la precisión (Eells, 2010). La práctica de crear formulaciones clínicas tiene lugar con el telón de fondo de un conjunto de compromisos clínicos conflictivos. El proceso de comprensión de la experiencia psicológica es el núcleo del trabajo de un psicoterapeuta (Goldman y Greenberg, 2015). En este sentido, los psicoterapeutas son conscientes del papel central que desempeñan sus formulaciones de las experiencias y circunstancias del cliente en la estructuración del curso de la psicoterapia (Persons, 2013). Al mismo tiempo, los psicoterapeutas están llamados a crear formulaciones que sean comprensibles y precisas. Los clínicos están llamados a demostrar la eficacia de sus tratamientos (de Jong y DeRubeis, 2018). Por lo tanto, sus formulaciones y planes de tratamiento deben poder ser comprendidos y corroborados por otros.

Esta tarea se complica por diversas cuestiones. Los terapeutas adoptan diferentes marcos teóricos en sus enfoques de la terapia (Roussos, Lissin & De Duarte, 2007). Esto a menudo dificulta que los clínicos que tienen diferentes marcos teóricos comprendan o evalúen la utilidad de una formulación clínica determinada. La preocupación por la objetividad y la precisión exige que los clínicos diseñen formulaciones y planes de tratamiento que estén respaldados por fuentes de evidencia públicamente observables. Muchos clínicos conside-

ran que el llamamiento a la medición objetiva está en desacuerdo con lo que consideran el enfoque central de la psicoterapia, es decir, la experiencia de los clientes tal como se revela dentro de la relación cliente-terapeuta (Lingiardi, Holmqvist y Safran, 2016; Huisman y Kangas, 2018). La demanda de una práctica basada en la evidencia orienta a los clínicos hacia la evaluación de lo que es medible en lugar de evaluar lo que pueden creer que es más importante para los procesos y resultados terapéuticos (Flinn, Braham & Das Nair, 2015).

Sugerimos que la lucha por la precisión en las formulaciones clínicas es más epistemológica que técnica. Surgen de cuestiones antiguas y persistentes sobre cómo entendemos los retos adaptativos, cómo deben evaluarse, el proceso de psicoterapia y sobre lo que constituye un resultado terapéutico adecuado. En el centro de esta cuestión se encuentra el eterno conflicto entre lo que podríamos denominar epistemologías naturalistas e intersubjetivas. Las epistemologías positivistas y post-positivistas están constituidas por lo que Habermas (1968/1991) denomina el interés «técnico» humano, y enfatizan la primacía de la objetividad y la fundamentación de la observación científica y clínica en fenómenos consensualmente observables. Por el contrario, las epistemologías hermenéuticas constituidas por un interés «práctico» hacen hincapié en la idea de que el proceso de observación conlleva interpretación y sólo puede validarse utilizando interpretaciones compartidas para ampliar la intersubjetividad de las interpretaciones de fenómenos novedosos. Así pues, la indagación nunca opera libre de los procesos experienciales e interpretativos de los actores humanos.

En este capítulo proponemos una explicación dialéctica del desarrollo de la psicoterapia y la formulación clínica que se basa tanto en el interés práctico como en el técnico. Aunque ambos intereses juegan un papel tanto en las ciencias naturales como en las humanas, los enfoques puramente positivistas y la asunción de objetividad se enfrentan a sus limitaciones con mucha más frecuencia en las ciencias humanas. Para adquirir conocimientos psicológicos no basta con observar detenidamente el comportamiento de los demás ni con realizar actos privados de introspección. En cambio, tanto para los legos como para los psicólogos profesionales, el conocimiento psicológico depende de la capacidad de compromiso intersubjetivo con los demás (Mascolo, 2016). La intersubjetividad se refiere al proceso por el cual los seres humanos son capaces de compartir, coordinar e incorporar mutuamente el significado y la experiencia entre las personas (Cuffari, Di Paolo y De Jaegher, 2015; Cippoletti, Mascolo y Procter, 2020). Desde este punto de vista, la psicoterapia, como toda in-

teracción humana, opera como un proceso intersubjetivo. Cuando tiene éxito, la psicoterapia funciona fomentando cambios de desarrollo en la estructura del pensamiento, sentimiento y actuación del cliente a lo largo del tiempo. Estos cambios se producen a medida que los terapeutas proporcionan los recursos de apoyo atencional receptivo, interpretaciones alternativas y oportunidades para diferenciar e integrar los repertorios de acción y experiencia de los clientes (véase Basseches y Mascolo, 2010). La psicoterapia procede como un proceso intersubjetivo emergente y dinámico cuyo curso no puede predecirse necesariamente de antemano. El proceso de formulación clínica es en sí mismo un proceso intersubjetivo: el terapeuta reflexiona sobre el flujo emergente de las relaciones terapeuta–cliente a lo largo del tiempo.

Desde este punto de vista, debido a la naturaleza emergente del proceso terapéutico, las formulaciones clínicas y los planes de tratamiento no son los tipos de procesos que pueden o deben estandarizarse, sistematizarse u objetivarse (Gels, 2021; Scaturro, 2005; Shean, 2012). Esto no quiere decir que las formulaciones clínicas no puedan ser validadas intersubjetivamente. Primero deben ser validadas por el establecimiento de un entendimiento compartido dentro de la díada y luego pueden ser corroboradas más allá de la díada (Lepper & Harris, 2006). En cambio, este punto de vista estipula que debemos adoptar una mentalidad diferente de la suposición de objetividad hacia las formas en que abordamos la cuestión de la evaluación clínica. En lugar de pensar en las formulaciones clínicas como explicaciones que obtienen su validez a través de apelaciones a la observación objetiva y a una lógica teórica formal compartida, deberíamos buscar activamente la corroboración y la evaluación intersubjetivas en discusiones compartidas entre terapeutas y clientes y dentro de las comunidades clínicas (Lepper & Harris, 2006; Mascolo & Kallio, 2020; Nitti, Ciavolino, Salvatore, & Gennaro, 2010). Abogamos por la búsqueda de la formulación sin formalismos.

HISTORIA Y FUNCIONES DE LAS FORMULACIONES CLÍNICAS

Según Eells (2015)

La formulación de casos de psicoterapia es un proceso para desarrollar una hipótesis y un plan para abordar las causas, los precipitantes y las influencias que mantienen los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona en el contexto de la cultura y el entorno de ese individuo. Como

hipótesis, la formulación de un caso es la mejor explicación que puede hacer el terapeuta de los problemas del cliente: por qué los experimenta, qué precipita la aparición de los síntomas y por qué los síntomas siguen produciéndose en lugar de resolverse (p. 16).

Según Eells (2007), una formulación clínica es una especie de hipótesis, una explicación teórica de los problemas del paciente que sienta las bases de la forma en que el terapeuta abordará al paciente a lo largo de la terapia. La formulación clínica tiene sus orígenes al menos en la antigua Grecia. La medicina hipocrática sustituyó a las creencias politeístas y mitológicas como marco para comprender la naturaleza y los orígenes de la enfermedad. Dentro de este marco, el deseo de tratar médicamente a las personas dio lugar a la necesidad de explicar y diagnosticar el origen de sus dolencias físicas utilizando la observación, la evidencia y la razón (Eells, 2007). Las concepciones modernas de los problemas psicológicos se organizan en torno a modelos de psicopatología, un concepto que se basa en el modelo médico de enfermedad. Desde este punto de vista, al igual que la enfermedad física se entiende como una forma de disfunción biológica, los problemas psicológicos se han entendido como una especie de patología de la psique o como síntomas de la propia disfunción biológica (Huda, 2021). Como indica la ubicuidad del DSM como guía para el diagnóstico psicológico, aunque muchos no están satisfechos con el modelo médico, éste sigue siendo fuerte hoy en día (Raskin, Maynard & Gayle, 2022).

Las formulaciones clínicas son utilizadas tanto por quienes apoyan como por quienes no apoyan el modelo médico (Raskin, Maynard & Gayle, 2022). Entre los que apoyan o asienten su uso, las formulaciones clínicas proporcionan una elaboración idiográfica de estados y circunstancias que acompañan a una clasificación diagnóstica (Bruch, 2015). Otros clínicos rechazan explícitamente el modelo médico. Para ellos, la formulación clínica se convierte en la herramienta principal para comprender y planificar un curso de terapia (Bruch, 2015; Vanheule, 2017). Independientemente de la lealtad de cada uno al modelo médico, un diagnóstico clínico por sí solo hace poco para orientar a un clínico hacia un camino de intervención. Además, a diferencia de muchos diagnósticos médicos, los diagnósticos psicológicos rara vez se realizan a partir de la conciencia de evaluar las causas subyacentes. Como tal, existe la necesidad de crear representaciones de los problemas de un cliente que se extiendan más allá de la estructura esquelética de las categorías diagnósticas. Las formulaciones clínicas se desarrollaron, en parte, para cubrir esta necesidad.

A mediados del siglo xx, las formulaciones clínicas se consideraban la base de una intervención clínica. Sin embargo, como es bien sabido, los clínicos discrepaban sobre los marcos teóricos utilizados para comprender el funcionamiento psicológico (Lambert, 2010). Las formulaciones se articularon dentro de una serie de sistemas bien conocidos y de amplia base: el psicoanálisis, la terapia conductual y la terapia rogeriana (Foster, Webb y Keeley, 2016). Mientras que los psicoanalistas y los terapeutas conductuales respaldaban el uso de formulaciones clínicas, los terapeutas centrados en el cliente se mostraban más reacios, ya que sostenían que la formulación de un terapeuta podía ser anticipativa e interrumpir el flujo auténtico del proceso de valoración orgánica del propio cliente (Van Rijn, 2014). Con el tiempo, han proliferado las teorías y las formas de psicoterapia. En la actualidad, existen cientos de formas de terapia con lenguajes, constructos, modelos de causalidad y normas para componer formulaciones clínicas que se solapan (Gaudiano, Dalrymple, Weinstock y Lohr, 2015). No existe consenso sobre los términos, la naturaleza o la organización que deben adoptar las formulaciones clínicas (Ingram, 2016).

La proliferación de terapias dio lugar a la preocupación sobre cómo evaluar su eficacia (Malan, 1973; Gaudiano, Dalrymple, Weinstock, & Lohr, 2015). Surgieron preguntas sobre cómo comparar los procesos terapéuticos, sobre las similitudes y diferencias entre las terapias, qué constituye resultados efectivos y cómo evaluarlos (de Jong, K., & DeRubeis, 2018). Los modelos de factores comunes se ofrecieron como formas de comprender los modos compartidos de eficacia terapéutica (Bailey & Ogles, 2023). Los enfoques transteóricos surgieron como formas de sintetizar principios de diversos marcos teóricos en sistemas organizados únicos (Greenberg, 2021). Los llamamientos a las prácticas basadas en la evidencia generaron investigaciones para discriminar las prácticas clínicas eficaces de las ineficaces (Fraser, 2018).

El estado de la formación clínica refleja el de la investigación y la práctica psicoterapéuticas. En los últimos años, los profesionales han propuesto formas de elaborar formulaciones de casos en cada vez más diversas formas de terapia. Se han hecho llamamientos para sistematizar las formulaciones de casos y mejorar su fiabilidad y validez. De hecho, los profesionales y los investigadores han atendido estos llamamientos. Como solo un ejemplo, basándose en sofisticados diseños estadísticos centrados en la persona, Mumma y sus colegas (Mumma, Marshall y Mauer, 2018; Mumma y Fluck, 2016) han desarrollado herramientas que permiten a los profesionales desarrollar, evaluar y revisar hipótesis compro-

bables sobre sus formulaciones clínicas a lo largo de la terapia cognitiva. Estos métodos integran con éxito el refinamiento teórico, la evaluación idiográfica de los sistemas de significado del cliente, las preocupaciones con precisión en el contexto de la formulación clínica en curso.

MÁS ALLÁ DE LA OBJETIVIDAD Y LA SUBJETIVIDAD: EL MARCO INTERSUBJETIVO

Como se representa en el panel izquierdo de la Figura 1, la metodología psicológica sigue estando dominada por el valor positivista de la objetividad (Park, Konge & Artino, 2020). Se dice que una descripción objetiva es aquella que se basa en la conducta observable, está libre del sesgo del observador y se representa en un lenguaje de observación neutral. La ciencia psicológica contemporánea se basa en un modelo pospositivista que admite que las observaciones siempre están prefiguradas de algún modo por comprensiones y esquemas conceptuales previos (Phillips y Burbules, 2000). No obstante, estos modelos mantienen que la observación debe ser lo más objetiva posible. Al hacerlo, la objetividad reconoce una frontera entre el observador y lo observado, así como entre la esfera exterior del comportamiento y un dominio interno de experiencia privada. El objetivo es describir el mundo observado tal y como es en realidad, independientemente del observador. En la investigación psicológica, se trata de identificar los llamados indicadores objetivos de la experiencia subjetiva¹.

¹ Aunque el método científico sostiene que el conocimiento se obtiene mediante la observación, cuando se trata del conocimiento psicológico, este proceso queda desmentido por la experiencia cotidiana. En la investigación psicológica, los investigadores no son ciegos a la experiencia de aquellos a quienes estudian. A la hora de formular cualquier hipótesis, lo más probable es que los psicólogos comiencen por reflexionar sobre sus propias experiencias relacionadas con el tema en cuestión. A continuación, intentan identificar formas «objetivas» de operacionalizar los modelos de experiencia psicológica que obtienen a través de la reflexión. De ello se deduce que cualquier indicador «objetivo» de la experiencia subjetiva ya está prefigurado en cierta medida por el lenguaje ya existente que media las reflexiones del investigador sobre las experiencias en cuestión.

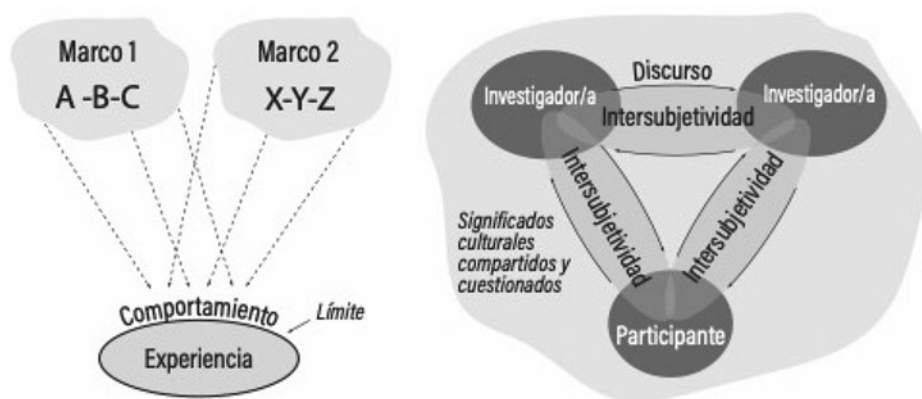


Figura 1. Concepciones objetiva e intersubjetiva del conocimiento psicológico.

Una epistemología intersubjetiva rechaza la fuerte distinción entre el sujeto psicológico y el objeto conocido. La visión hermenéutica parte de la idea de que el proceso de observar es necesariamente una forma de experimentar (Husserl, 1970). No es posible observar cómo es el mundo —y en particular el mundo psicológico de los seres humanos— independientemente de la experiencia del observador (Mascolo, 2016a). Si observar es una forma de experimentar, entonces la observación está necesariamente mediada por los sistemas orgánicos, conceptuales y simbólicos que utilizamos para relacionarnos con el mundo y, en particular, con el mundo psicológico de los demás. Si esto es así, el concepto de objetividad empieza a perder su fuerza. Si no podemos identificar el mundo independientemente de la experiencia humana, no es posible invocar el concepto de una descripción objetiva como forma de apoyar cualquier afirmación teórica dada (Mascolo, 2016a, 2017).

Sin embargo, es posible comparar y corroborar la experiencia del mundo de una persona con la de otra (Mascolo y Kallio, 2020). Esto ocurre a través del proceso de compromiso intersubjetivo. La intersubjetividad se refiere a compartir, coordinar e incorporar mutuamente el significado y la experiencia entre las personas (Di Paolo y De Jaegher, 2020; Trevarthen y Aiken, 2000; Cippolletta, Mascolo y Procter, 2020). En cualquier forma de indagación, un investigador realiza diversas operaciones —mediadas por herramientas culturales y otras tecnologías— para formar descripciones interpretativas del mundo. Esto

constituye la experiencia del mundo del investigador². Así, aunque no podemos verificar nuestras teorías con descripciones objetivas del mundo, podemos comparar la experiencia del mundo de un investigador con la de otro (Mascolo y Kallio, 2020). La producción discursiva de comprensión mutua es una forma de intersubjetividad³ (Di Paolo y De Jaegher, 2020).

LOS ORÍGENES INTERSUBJETIVOS DEL CONOCIMIENTO PSICOLÓGICO

Los procesos mediante los cuales adquirimos conocimiento psicológico son fundamentalmente diferentes de aquellos a través de los cuales adquirimos conocimiento físico y biológico (Martin y Sugarman, 2001; Mascolo, 2016, 2017). Mientras que adquirimos conocimiento de objetos y cuerpos observando lo que ocurre cuando los manipulamos, no adquirimos conocimiento psicológico observando el exterior opaco del comportamiento de una persona (Ter Hark, 1990). En cambio, adquirimos conocimiento psicológico a través de nuestra capacidad de intersubjetividad (Melzoff y Brooks, 2006). Esto se muestra en el panel derecho de la Figura 1.

Las experiencias psicológicas no son acontecimientos privados que se ocultan tras un exterior opaco (Ter Hark, 1990). No tenemos que atravesar una barrera para acceder a la experiencia de otra persona (Rogoff, 1993). De hecho, sin alguna capacidad existente para relacionarnos con la experiencia de los demás, su comportamiento manifiesto sería ininteligible. Veríamos el rostro

² Los guiones en frases como «experiencia del mundo» pretenden comunicar la naturaleza conjunta de la experiencia y el mundo. Sin duda, aunque el mundo existe independientemente de nuestra experiencia de él, en cualquier acto psicológico, la experiencia y el objeto se componen mutuamente. No hay experiencia y mundo, sino experiencia del mundo.

³ Establecer la intersubjetividad no hace que una experiencia compartida sea verdadera; simplemente establece que la experiencia es más o menos compartida. Desde un enfoque intersubjetivo, no es posible establecer relaciones entre las proposiciones y «el mundo tal como es». Sí es posible, en cambio, corroborar distintas experiencias-del-mundo. Esto ocurre, por ejemplo, cuando los interlocutores comparan y observan las similitudes y diferencias de sus respectivas experiencias del mundo. El concepto de daltonismo surge, por ejemplo, en interacciones en las que establecemos que yo soy incapaz de hacer distinciones de color que tú haces habitualmente. Podemos corroborar verbalmente la existencia de lo que llamamos «daltonismo» comparando similitudes en la forma en que distintos grupos de personas distinguen el color. Dentro de un enfoque intersubjetivo, mediante actos sistémicos de comparación, podemos corroborar nuestras experiencias entre nosotros. En lugar de decir que una afirmación teórica concuerda con la forma en que es el mundo, podemos decir que la afirmación adquiere validez a través de un proceso de corroboración intersubjetiva.

del otro como un conjunto de contorsiones inescrutables carentes de significado o intención. Pero esto no suele ocurrir. La experiencia de una persona suele brillar a través de sus actos cotidianos espontáneos. La experiencia de una persona se expresa directamente en sus acciones faciales, vocales, corporales e instrumentales. No hay una experiencia interior y luego también una acción manifiesta, sino que las experiencias son aspectos fenoménicos de la acción; las acciones de una persona son manifestaciones manifiestas de la experiencia. Por lo tanto, somos capaces de entrar directamente en la experiencia de una persona cuando participamos en su actividad facial, corporal y verbal⁴ (Cippoletta, Mascolo y Procter, 2020).

La capacidad de compromiso intersubjetivo es prelingüística (Trevarthen y Aiken, 2000; Di Paoli y De Jaagher, 2020; Zahavi, 1996). Está presente de forma primordial en el nacimiento. Se produce cuando el bebé y el cuidador ajustan continuamente sus pensamientos, sentimientos y acciones a las acciones en curso y previstas del otro. El conocimiento sociopsicológico de orden superior se basa en una forma primitiva de relación (Meltzoff y Brooks, 2004; Iacoboni, 2009). Aunque la experiencia intersubjetiva precede al lenguaje, es a través del lenguaje que, dentro de la actividad intersubjetiva, las personas son capaces de hacer inteligibles sus experiencias (Cippoletta, Mascolo y Procter, 2022).

Para ilustrarlo, consideremos un bebé hambriento. Aunque el bebé experimenta el hambre directamente, no es consciente de que tiene hambre. Cuando tiene hambre, llora, se orienta intensamente hacia el pecho y succiona enérgicamente. Su conciencia de lo que significa tener hambre se desarrolla en intercambios intersubjetivos en los que el niño revela su hambre a través de sus expresiones naturales. Basándose en una red ya existente de significados compartidos sobre la naturaleza de esas expresiones naturales, el cuidador identifica la experiencia del niño como «hambre». A continuación, mediante expresiones como «pareces hambriento», «¿tienes hambre?», «¡vaya, tenías hambre!», el niño aprende gradualmente que «hambre» son las sensaciones que experimento cuando quiero comer. A medida que el cuidador aplica esta misma palabra a los demás, el niño puede empezar a ampliar su

⁴ Esto no quiere decir que la experiencia nunca pueda ocultarse, sino que no está oculta a priori. Las personas pueden ocultar sus experiencias. Sin embargo, cuando lo hacen, lo que ocultan no es la experiencia, sino su expresión externa. En la interacción espontánea, a menos que se regulen activamente, nuestras experiencias suelen registrarse en nuestras acciones.

significado más allá de sí mismo. Así pues, es mediante el uso del lenguaje en los intercambios intersubjetivos como el niño adquiere conocimiento psicológico de sí mismo y de los demás.

LA FORMACIÓN DE CASOS COMO PROCESO INTERSUBJETIVO

Independientemente de la perspectiva teórica de cada uno, las formulaciones de casos tradicionales tienden a ocurrir a la sombra del modelo médico de psicopatología, que está informado por una concepción objetivista de la investigación científica. Un marco intersubjetivo aborda la tarea de la formulación de casos de forma bastante diferente. La Tabla 1 muestra el contraste entre los enfoques médico/objetivo e intersubjetivo de la formulación de casos. Estos enfoques difieren en sus concepciones de (a) lo que significa hablar de disfunción psicológica; (b) la base de la evaluación psicológica y la formulación de casos, y (c) el proceso de seguimiento y control del progreso en psicoterapia.

Como es bien sabido, en el modelo médico, los problemas psicológicos se entienden en términos de diferentes clases de psicopatología (Huda, 2021). Las diferentes categorías de disfunción psicológica (por ejemplo, depresión, trastornos de ansiedad) se definen en términos de síndromes de indicadores psicológicos que funcionan como síntomas de patologías subyacentes. Los trastornos psicológicos se entienden como formas estáticas que existen dentro de las personas individuales. La tarea de la psicología consiste en identificar esas formas con objetividad y someterlas a un análisis nomotético. Entonces es posible identificar los principios generales que describen las causas biológicas, psicológicas y sociales y los componentes de los distintos trastornos. La capacidad de identificar las características y causas de los trastornos psicológicos es importante para prescribir formas de tratamiento. La búsqueda de terapias basadas en la evidencia depende de la capacidad de clasificar de forma fiable los distintos trastornos y de identificar procedimientos generales para mejorar los síntomas de diversos trastornos.

En el marco del desarrollo relacional, los problemas psicológicos se consideran formas de desafío adaptativo (Basseches y Mascolo, 2010). Las personas son seres relacionales complejos y adaptativos que actúan en función del significado que los acontecimientos tienen para ellas (Mascolo, Basseches y El Hashem, 2014). Los patrones de pensamiento, sentimiento y acción son

productos emergentes de sistemas biológicos, psicológicos y socioculturales anidados de forma múltiple a medida que interactúan en el tiempo (Mascolo y Fischer, 2015). En un marco relacional, los problemas psicológicos no se consideran estructuras fijas o estáticas que existen dentro de los individuos, sino retos adaptativos que surgen entre las personas y su entorno social. Los retos adaptativos son, por tanto, productos emergentes de las interacciones entre los sistemas biológicos, psicológicos y socioculturales (Mascolo, Van Geert, Steenbeek y Fischer, 2016).

Tabla 1. Enfoques tradicionales e intersubjetivos de la formulación de casos

	Médica/Objetivo	Intersubjetivo/Relacional
Naturaleza del problema	<ul style="list-style-type: none"> - Síndromes patológicos más o menos estables e identificables - Localizados dentro de los individuos - Requiere régimen de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Desafío adaptativo - Situado en las relaciones entre sistemas anidados - Se desarrolla a través de las relaciones
Evaluación Epistemológica	<ul style="list-style-type: none"> - Objetividad - Comprobar la teoría con «lo que es» 	<ul style="list-style-type: none"> - Corroboración intersubjetiva entre personas
Compromiso y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar, utilizar y supervisar los tratamientos basados en pruebas 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de cómo las relaciones cliente-terapeuta fomentan el desarrollo a lo largo del tiempo

Desde el punto de vista del enfoque intersubjetivo, la psicoterapia es un proceso humano que tiene lugar entre (al menos) dos seres relacionales. En última instancia, dentro de un enfoque intersubjetivo, la herramienta más básica y profunda de la evaluación clínica es el propio terapeuta (Hallam, 2015). En la medida en que el conocimiento psicológico se crea intersubjetivamente, la formulación clínica es, en última instancia, el producto de las formas en que el terapeuta es capaz de reflexionar, coordinar y consolidar los patrones de experiencia que emergen y cambian en el curso de la propia actividad relacional (Gallagher & Payne, 2015). El terapeuta aporta todo su ser al proceso: su formación, su capacidad de sintonía empática y emocional, la historia completa de sus experiencias con los demás y su capacidad de reflexionar y coordinar la experiencia.

FORMULACIONES SIN FÓRMULAS: EL ANÁLISIS DIALÉCTICO DE LOS PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS

En lo que sigue, proporcionamos un ejemplo extendido de la construcción intersubjetiva de la formulación del caso que emerge y cambia en el curso de la psicoterapia. Como se muestra en la parte superior izquierda de la Figura 2, la formulación de casos se produce dentro de contextos culturales y profesionales definidos por valores, significados y prácticas tanto compartidos como impugnados. Como producto de su formación y otras influencias, los profesionales tienden a adoptar uno u otro marco teórico preferido. Sus habilidades teóricas y clínicas se desarrollan como parte de la conversación cultural continua que se produce con otras personas dentro y fuera de sus disciplinas y tradición intelectual. De este modo, el conocimiento y las habilidades clínicas de un terapeuta se adquieren como resultado de la participación en la actividad profesional y cultural que tiene lugar dentro y entre comunidades de profesionales.

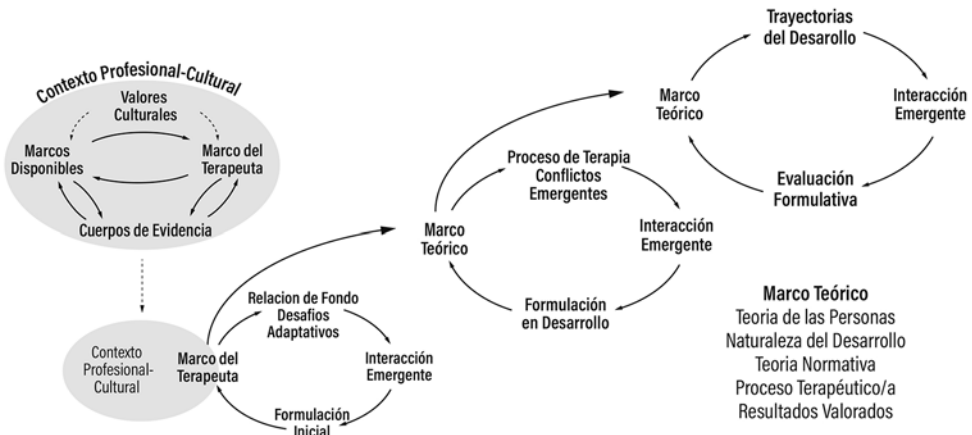


Figura 2. La formulación de casos como proceso intersubjetivo y de desarrollo.

El terapeuta traslada esta historia a cualquier programa de terapia con un cliente. Esto se muestra en la parte inferior izquierda de la Figura 2. Basándose en estas habilidades, la formulación clínica comienza con una serie de preguntas orientativas (véase la Tabla 2). El marco teórico y los compromisos profesionales del clínico determinan las preguntas que formulará y las fuentes de información que consultará para responderlas. Algunas preguntas pueden

abordarse antes o en las primeras fases de la psicoterapia; otras requieren una experiencia más profunda en la relación terapéutica. Dado que la terapia es un proceso dinámico e intersubjetivo, otras preguntas surgirán en el transcurso mismo de la psicoterapia. La formulación inicial se produce a medida que el terapeuta es capaz de evaluar los retos adaptativos a los que se enfrenta el cliente y las circunstancias que los sustentan.

El proceso de formulación no es ni debe ser estático. Las formulaciones se desarrollan a lo largo del tiempo con nuevas percepciones obtenidas de la interacción dentro de la relación terapéutica. A medida que el terapeuta presenta su formulación, algunos elementos de la misma se confirmarán; otros se desconfirmarán. De forma óptima, la formulación se produce no sólo cuando el terapeuta reflexiona y consolida el significado y las experiencias producidas intersubjetivamente, sino también cuando comparte la formulación con el paciente, que puede participar de forma más explícita en la verificación, el rechazo o el aumento de la postura interpretativa del clínico. Por supuesto, como parte del proceso intersubjetivo, el terapeuta es libre de aceptar, rechazar o aumentar las contribuciones del cliente.

EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO DE DESARROLLO: EL ENFOQUE DAPP

El *Sistema de Análisis del Desarrollo de la Psicoterapia* (DAPP) es un conjunto de herramientas analíticas que permite a los investigadores y a los profesionales realizar un seguimiento de los cambios evolutivos en la estructura psicológica del cliente y del terapeuta a lo largo del tiempo, así como de los procesos relacionales que generan dichos cambios (Basseches y Mascolo, 2010; Mascolo, 2016b). Contiene dos conjuntos de herramientas. En primer lugar, se pueden rastrear los cambios estructurales en el pensamiento, los sentimientos y la acción a medida que avanzan a través de una serie de momentos dialécticos. Específicamente, las estructuras integradas de pensamiento, sentimiento y acción se rastrean a medida que se desarrollan a través de Tesis «Antítesis» Conflicto «Síntesis». En la Figura 3 se muestra un ejemplo de movimiento dialéctico en una sesión de terapia real con «Eva».

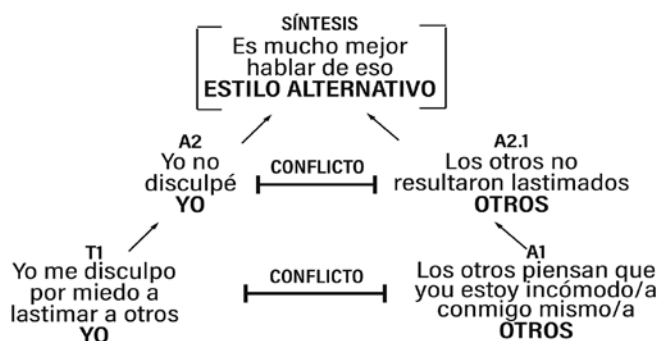


Figura 3. El desarrollo dialéctico de nuevas estructuras psicológicas.

Una tesis consiste en una única unidad de significado o acción. Por ejemplo, en la Figura 3, la cliente enuncia una tesis (T1) que inicia una discusión sobre su problema: «Siempre me estoy disculpando... porque tengo miedo [de] herir a otras personas». Una antítesis consiste en algún tipo de diferenciación en una tesis inicial: la articulación de una distinción, contraste u oposición definida en contradicción con la tesis. Poco después de articular su tesis, la cliente elaboró una antítesis (A1): «Y lo que la gente interpreta es más bien que no me siento a gusto con lo que estaba diciendo». El conflicto entre estas dos afirmaciones funciona como desafío adaptativo para esta parte de la sesión de psicoterapia. A medida que avanzaba el debate, la cliente pudo elaborar varios contraejemplos a su afirmación inicial. Describió dos incidentes, uno con su novio y otro con una amiga, en los que se armó de valor para expresar sentimientos incómodos sobre un tema. Generalizando a través de estos incidentes, la cliente observó que, aunque ella (A1) no adoptó la estrategia de disculparse para preservar los sentimientos del otro (A1.1) los otros en cuestión no se sintieron heridos.

Al reflexionar sobre estas experiencias, la cliente produjo una experiencia encarnada que no sólo desconfirmaba la experiencia expresada en su desafío adaptativo, sino que también sugería una forma alternativa de relacionarse con sus interlocutores sociales. Con el tiempo, a través de discusiones posteriores, la cliente fue capaz de reconocer que, aunque su estilo de interacción habitual era limitante (es decir, «no expresar los sentimientos me limitan»), tenía a su disposición un estilo de interacción alternativo, a saber, expresar el problema (es decir, «es mucho mejor hablar de [el problema]»). Esta idea novedosa representa una síntesis, una integración novedosa que ofrece la promesa de resolver su

desafío adaptativo inicial. La clienta puede resolver el problema de «disculparse siempre» expresando sus sentimientos a los demás, con la seguridad de que los demás no se sentirán necesariamente heridos.

En segundo lugar, más allá de la capacidad de rastrear estructuras de pensamiento, sentimiento y acción a lo largo del tiempo, el proceso DAPP identifica tres amplias categorías de recursos relacionales que el terapeuta proporciona al cliente y que funcionan para estimular el desarrollo a lo largo de la psicoterapia (Basseches y Mascolo, 2010). Se trata del apoyo atencional, la interpretación y la puesta en práctica. El apoyo atencional se produce cuando el terapeuta ayuda al cliente a prestar atención a diversos aspectos de sus acciones, experiencias y reflexiones. Esto puede ocurrir cuando un terapeuta pide al cliente que reflexione sobre un tema; resume lo que un cliente ha expresado; hace referencias a pensamientos, sentimientos y acciones particulares; y así sucesivamente. La interpretación se produce cuando el terapeuta ofrece una explicación extraída de su propio sistema de comprensión. La actuación se produce cuando el terapeuta involucra al cliente como socio relacional directo en interacciones relacionadas directamente con el reto adaptativo en cuestión. Esto ocurre cuando el terapeuta dirige, instruye o entrena al cliente en algún área, o cuando el terapeuta y el cliente participan en acciones conjuntas que funcionan para fomentar nuevas habilidades, sentimientos, significados y formas de actuar en el ámbito del reto adaptativo del cliente.

FORMULANDO CON EVA

En el momento de su terapia, Eva era una joven de 21 años de un país latinoamericano que estudiaba en Estados Unidos. Un análisis extenso de la terapia de Eva utilizando el método DAPP se puede encontrar en Basseches y Mascolo (2010). Aquí discutimos el surgimiento y la evolución de la formulación que emergió y se desarrolló para el caso de Eva a lo largo de su psicoterapia. Basándonos en el marco de desarrollo dialéctico (Basseches y Mascolo, 2010), la Tabla 2 proporciona una lista de preguntas disponibles para guiar el desarrollo de formulaciones clínicas. Estas preguntas funcionan meramente como puntos de referencia: las preguntas que surgen para una terapia determinada pueden diferir y cambiar en función del terapeuta, la terapia, el cliente y las circunstancias relevantes. La Figura 2 muestra el proceso por el cual el uso de estas preguntas puede surgir y funcionar a lo largo de una relación psicoterapéutica.

Resulta útil diferenciar entre las versiones general y restringida de la formulación clínica. A nivel general, una formulación es una explicación que incorpora toda la gama de circunstancias relevantes para los retos adaptativos de un cliente. En lo que sigue, nos centramos más en la formulación en desarrollo del terapeuta de los desafíos adaptativos específicos del paciente, y en cómo esta formulación surgió y cambió en los encuentros intersubjetivos con el paciente.

EL SURGIMIENTO DE LA FORMULACIÓN INICIAL

En el caso de Eva, la formulación comienza con la entrevista inicial y las interacciones emergentes que se producen a lo largo de las primeras sesiones. Las preguntas iniciales se refieren a (1) los antecedentes, (2) la articulación de la naturaleza de la relación cliente-terapeuta y (3) la identificación de los desafíos adaptativos iniciales del cliente.

En nuestra primera sesión, [Eva] me contó que era hija única y que sus padres se habían separado cuando ella tenía 2 o 3 años y que ella y su madre se habían mudado muchas veces, viviendo en muchos países de todo el mundo. A través del proceso de tener que adaptarse juntas a nuevos entornos muchas veces, se habían hecho muy amigas. Eva confiaba en su madre para que la aconsejara y le diera su opinión positiva sobre cómo estaba manejando las diversas situaciones difíciles a las que se había enfrentado y ante las que a menudo se había sentido incapaz. Se sentía abrumada por las decisiones a las que se enfrentaba en la universidad, en ámbitos que iban desde los compromisos de valores hasta la orientación profesional, pasando por las relaciones personales y las cuestiones cotidianas de gestión del tiempo y «cuánto es el tiempo adecuado para estudiar». Decía que no dejaba de compararse con los demás y que se encontraba en falta. Reconocí la soledad de estar tan lejos de su madre que me pareció oír en su historia, y la pesadez de la carga de tener que tomar tantas decisiones por sí sola.

Tabla 2. Preguntas para la formulación del caso

- | |
|---|
| <p>1. Antecedentes. ¿Qué acontecimientos vitales, preocupaciones adaptativas y/o conflictos han traído a este cliente a terapia? ¿Cuáles son los aspectos relevantes de la historia vital del cliente? ¿Cuál es el diagnóstico DSM, si lo hay? ¿Cuál es la naturaleza del estado psicológico actual del cliente? ¿Qué aspectos culturales, de género, sexuales, de identidad sexual, sociopolíticos, espirituales y otros relacionados son relevantes para la identidad actual del cliente y sus preocupaciones adaptativas?</p> |
|---|

2. **Desafíos adaptativos.** ¿Qué patrones organizativos (estructuras de pensamiento, sentimiento y acción, habilidades, emociones, capacidades, estilos, formas de entender los acontecimientos, problemas recurrentes) han surgido? ¿Cómo son estos patrones experiencial o potencialmente adaptativos? ¿Cómo pueden ser desadaptativos? ¿Qué ha cambiado en la relación del cliente con su entorno que ha hecho que las formas de afrontamiento anteriormente adaptativas sean menos adaptativas?
3. **Relación del terapeuta con el cliente.** ¿Cuáles son los antecedentes del terapeuta en relación con el cliente? ¿Cómo influyen las disposiciones del terapeuta, su papel, su enfoque de la terapia, su comprensión de formulaciones anteriores en la forma en que el terapeuta interactúa con el cliente? ¿Cómo ha influido la forma en que el cliente ha interactuado en el comportamiento del terapeuta hacia el cliente y/o en los patrones de interacción entre el terapeuta y el cliente a lo largo del tiempo?
4. **Proceso terapéutico:** ¿Qué tipos de recursos ha ofrecido el terapeuta al cliente? ¿Cuáles de estos recursos, en su caso, ha podido utilizar el cliente? ¿Cómo le ha demostrado el cliente el uso o la incapacidad de utilizar los recursos ofrecidos? ¿Qué retos está experimentando actualmente el terapeuta con el cliente? ¿Cómo es la experiencia del terapeuta?
5. **Conflictos emergentes.** ¿Qué conflictos han surgido en el proceso terapéutico? ¿Para el terapeuta? ¿Para el cliente?
6. **Trayectorias de desarrollo.** ¿Qué transformaciones en la estructura del pensar, sentir y actuar se han producido a lo largo del tiempo? ¿Qué nuevas síntesis han surgido? ¿Cómo se han producido estas transformaciones? ¿Qué formas de apoyo atencional, interpretación y promulgación han facilitado estos cambios evolutivos? ¿Qué recursos se han ofrecido que hayan favorecido el desarrollo?
7. **Evaluación formativa.** ¿Qué ha ido bien? ¿Cuáles son los retos actuales? ¿Ha utilizado el cliente los recursos que el terapeuta le ha ofrecido para cambiar la atención a las experiencias, para tener experiencias novedosas y/o para descubrir y atender a nuevos conflictos? ¿Ha utilizado estos recursos para crear nuevas síntesis? ¿Se siente atascado en algunos procesos? ¿Qué perspectivas y recursos alternativos podrían explorarse u ofrecerse?

Iteración 1. *En este punto, la formulación del terapeuta consistía en la idea de que Eva se enfrentaba al reto de adaptarse a la universidad sin la presencia de apoyo y guía de su madre. Se experimentaba a sí misma enfrentándose a cargas que sentía que no podía manejar sola. El terapeuta compartió esta interpretación con Eva, quien validó su comprensión de su historia. Así, la formulación del terapeuta fue validada en el espacio de la comprensión intersubjetiva. La díada acordó trabajar semanalmente para explorar este desafío.*

En la segunda sesión, Eva y el terapeuta discutieron los objetivos de Eva para la terapia, y la forma de la relación que ella esperaba con el terapeuta: Eva se mostró esperanzada con nuestro trabajo. En un momento dado dijo: «Espero que me digas lo que estoy haciendo mal, pero probablemente tengas la política de hacer que la gente adivine por sí misma». Casi al final, me preguntó qué pensaba de ella, y acordamos explorar su pregunta y lo que había detrás de ella en la siguiente sesión.

Iteración 2. La formulación del terapeuta se profundizó. Entendió que el comentario autodespectivo de Eva indicaba que ella colocaba al terapeuta en el papel de experto, como alguien con un conocimiento superior que podía guiarla a través de su dificultad para tomar decisiones. En respuesta, el terapeuta indicó que, aunque tenía la intención de compartir sus reacciones e interpretaciones, también era necesario fomentar formas en las que Eva pudiera llegar a confiar más en sí misma y ser más autosuficiente independientemente del terapeuta.

En la tercera sesión, en respuesta a la afirmación de Eva de que el terapeuta querría que la gente resolviera sus problemas por sí misma, el terapeuta indicó que él: intentaría compartir lo que veía, pero también me pregunté en voz alta si ella quería algo de mí en forma de reafirmación o palmadita en la espalda. Cuando confirmó que se había sentido así, le sugerí que podríamos tratar los momentos en los que surgiera ese sentimiento como oportunidades para trabajar en formas de darse ese consuelo a sí misma... [Dijo] «Quiero que hagas el papel de mi madre, que me evalúes y me elogies». Afirmé su anhelo de eso y la invité a seguir reconociéndolo cuando surgiera, pero también le dije que, si yo desempeñaba el papel de su madre, estaríamos haciendo un baile que le resultaba familiar, en lugar de ayudarla a ampliar su repertorio.

Iteración 3. *El deseo expreso de Eva de que el terapeuta desempeñara un papel que antes había asumido su madre validó y amplió aún más la formulación en curso del terapeuta. El terapeuta interpretó entonces la sesión como una elaboración de un entendimiento compartido sobre el papel que la interpretación desempeñaría en la relación en desarrollo. El terapeuta diferenció explícitamente su papel de ayudar a Eva a ampliar su capacidad de autodirección de su sensación de que el papel de su madre era el de proporcionar dirección y elogios. La validación por parte de Eva de las interpretaciones del terapeuta funcionó para corroborar su formulación en curso, que fue llevada a sesiones posteriores.*