

FORMULACIÓN DE FOCOS Y ARTICULACIÓN DE PROYECTOS TERAPÉUTICOS EN TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN: UNA APROXIMACIÓN BASADA EN EL ANÁLISIS DE TAREAS

FOCI FORMULATION AND THERAPEUTIC PROJECTS ARTICULATION IN EMOTION-FOCUSED THERAPY: A TASK-ANALYTIC APPROACH

Ciro Caro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6555-0201>

Universidad Pontificia Comillas, Madrid. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro, C. (2022). Formulación de focos y articulación de proyectos terapéuticos en terapia focalizada en la emoción: Una aproximación basada en el análisis de tareas. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 43-77. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35764>



Resumen

El trabajo comienza con la revisión de la Formulación de Caso (FC) como acción social, en el sentido de una actividad cargada de intenciones y “no inocente” que, por tanto, requiere un cuidado especial respecto a los procesos que comprende. A continuación, se presenta brevemente el modelo de FC de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y se plantea el siguiente problema: la ausencia de un modelo explícito de lo que representa la mejor ejecución del proceso de co-construir un foco y acordar un proyecto terapéutico en TFE. Dicho problema es analizado mediante la revisión crítica de las dimensiones de la FC (proceso, producto y experiencia del cliente) así como su naturaleza como práctica de gestión del conocimiento en psicoterapia. A partir de ahí, se desarrollan los conceptos complementarios de “foco” y “proyecto terapéutico”, a fin de dotar de fundamento a una respuesta al problema planteado. Para responder, se parte de la consideración del proceso que se desea modelizar como una “macro-tarea terapéutica” orientada a la coordinación intersubjetiva entre cliente y terapeuta, y se conduce la fase inicial del Análisis de Tareas. En la sección de resultados se ofrece un modelo racional-hipotético del proceso de co-construir un foco y acordar un proyecto terapéutico en TFE, así como un manual de la tarea y la correspondiente escala de grados de resolución. Finalmente, se discuten los tres productos en términos de su valor general como recursos para la práctica integrativa en psicoterapia y el desarrollo competencial de los terapeutas.

Palabras Clave: formulación de caso, foco terapéutico, proyecto terapéutico, análisis de tareas, terapia focalizada en la emoción

Abstract

The work begins with the review of Case Formulation (CF) as a social action, in the sense that it is a “not innocent” and a loaded with intentions activity that, therefore, requires special care regarding the processes it comprises. Next, the Emotio-Focused Therapy (EFT) CF model is briefly presented, and the following problem is raised: the absence of an explicit model of what represents the best execution of the process of co-constructing a focus and agreeing a therapeutic project in EFT. This problem is analyzed through a critical review of the dimensions of CF (process, product and client experience) as well as its nature as a knowledge management practice in psychotherapy. From there, the complementary concepts of “focus” and “therapeutic project” are developed, in order to provide a basis for an answer to the problem posed. To answer, we start from the consideration of the process to be modeled as a “therapeutic macro-task” oriented to the intersubjective coordination between client and therapist, and the initial phase of Task Analysis is conducted. In the results section, a rational-hypothetical model of the process of co-constructing a focus and agreeing on a therapeutic project in EFT is offered, as well as task manual, together with the corresponding degrees of resolution scale. Finally, these products are discussed in terms of their general value as resources for integrative practice in psychotherapy and for therapist’s competence development.

Keywords: case formulation, therapeutic focus, therapeutic project, task analysis, emotion-focused therapy

Decir la verdad y después prenderse fuego. Esa es la tarea del filósofo.
-Arthur Schopenhauer, *El mundo como voluntad y representación* (Vol. 1)

La Formulación de Caso (FC) ha sido definida como una competencia profesional, que permite aplicar el conocimiento nomotético sobre problemas y dificultades psicológicas y psicosociales, así como sobre los modos de lidiar con ellas, a un contexto ideográfico a través de algún tipo de estructura conceptual (Eells, 2022). Todo ello, tomando el caso como unidad de referencia, de manera que la complejidad de los fenómenos, procesos y realidades implicados, no se vea perjudicialmente reducida y, a la vez, resulte suficientemente manejable para los profesionales, ya sea que estos actúen individualmente o en equipos. Dicha competencia es, por tanto, una capacidad del terapeuta para “*hacer* algo a partir de *saber* algo”, de modo que evaluación e intervención terapéutica se conecten racionalmente, pero también resulten relevantes y significativas para los clientes¹. Lo cual, en el terreno de la Salud Mental, implica también examinar las cuestiones relativas al empoderamiento de las personas y a la conceptualización y encuadre de sus dificultades en el sistema y en las coordenadas sociales, económicas, políticas e históricas, en las que esas dificultades emergen sintomáticamente.

La Formulación de Caso como Acción Social

Por tanto, la FC es una competencia profesional y una práctica “no inocente” en cuanto que, en un sentido weberiano, es *acción social*: una acción basada en las intenciones de los actores y cuyo sentido es expresión, no solo de la acción misma, sino de sus creencias, valoraciones, perspectivas y sentimientos. Del lado del terapeuta, la claridad al respecto, no siempre viene precedida de una revisión crítica de las estructuras de poder en las que se ha formado y en las que se integra, cuestión que se funde con las exigencias emocionales y existenciales de estar en una relación, tal y como fueron planteadas por Carl Rogers al desarrollar la condición de congruencia y la actitud de autenticidad (Tudor, 2011). Mientras, del lado del cliente, lo que aparece como patológico suele ser, no solo el resultado de una hiperadaptación a condiciones desfavorables o incluso destructivas, sino la expresión misma de un cierto grado de alienación respecto a esas condiciones y respecto a la propia existencia y a las fuerzas para erigirse, conectar y actuar. Formación, terapia, crecimiento personal, práctica reflexiva y una filosofía de apertura a la experiencia y al encuentro, nutren al terapeuta en esta búsqueda de claridad. Por contra, al cliente -al menos en nuestro ámbito- han de nutrirle la relación terapéutica, los discursos sobre el malestar y la forma de salir de él surgidos en esa relación y, eventualmente, las técnicas que ayuden a generar cambios psicológicos, a partir de los que ganar agencia personal y una posición de autoría sobre la propia vida (e.g., autoconsciencia, capacidad de regulación emocional, procesamiento de emociones y reestructuración de esquemas emocionales, evaluación y orientación orgánsmica, etc.). Todo ello, sin descuidar los aspectos puramente sociales y mate-

riales que hacen viable un proyecto existencial, al dar a la persona el poder mínimo necesario para vivir la propia vida. Un poder, que se concreta en conexiones con la comunidad, en oportunidades para trabajar con seguridad, en recursos básicos y en servicios sociales, educativos y de salud, que respalden el propósito de *seguir y actuar* en la vida.

Así pues, es respecto a los discursos sobre el malestar y la forma de salir de él generados en el seno de la relación terapéutica, que ubicamos la FC como práctica y como acción social productora de dichos discursos, cuyo enfoque teórico y aplicado ha de ser sometido a revisión. En nuestro caso, la FC en Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) (Goldman y Greenberg, 2015; Goldman et al., 2016). Un modelo que afirma sus raíces humanistas y que, por tanto, se halla comprometido con una visión existencial de la persona. Y que, si bien opera con ciertos aspectos vinculados a la racionalidad médica (e.g., heridas emocionales y esquemas problemáticos), se distancia del modelo biomédico en psicoterapia a la hora de conceptualizar la psicopatología y abordar el malestar.

Las FC han sido definidas como hipótesis acerca de las causas, precipitantes e influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo (o sistema), de las cuales se puede derivar un plan de tratamiento (Eells, 2022). Pero también han sido entendidas como formas no patologizantes de dar sentido a los problemas de las personas, que funcionan como una alternativa radical al diagnóstico psiquiátrico, de las cuales se deriva algún tipo de proyecto de recuperación frente a los efectos de la adversidad, el poder negativo o negligente o la amenaza en sus vidas (Johnstone, 2018; Johnstone y Dallos, 2014). Ambas definiciones representan los extremos de un continuo que va de un punto más cercano a la racionalidad médica, a otro claramente posicionado en “lo social” como “político”. Sin embargo, y a nuestro juicio, las dos definiciones son realmente complementarias: mientras que la segunda previene frente a cualquier tentación de ingenuidad, la primera pone sobre la mesa las formas específicas en que es posible pasar del discurso a la acción, sin que esto socave el deber de criticar de dónde salen y hacia dónde apuntan las acciones. Quizá, la bisagra entre ambas miradas se encuentre en el aspecto conversacional de la FC. Por un lado, en su potencial para abrir conversaciones que arrojen luz y sean justas y emancipadoras, como sucede, por ejemplo, cuando bajo el prisma del Marco Poder Amenaza Significado (Marco PAS) se propone sustituir la pregunta *¿Qué está mal en ti?* por la pregunta *¿Qué te ha pasado?* (Johnstone y Boyle, 2018). Y por otro, en su determinación para facilitar conversaciones que sean agudas e incisivas por su capacidad para generar estados afectivos y memorias episódicas y procedimentales, a partir de cuya narración, sea posible co-construir una comprensión precisa y operativa sobre la producción actual del malestar y el bloqueo, así como sobre sus conexiones con la historia personal, que sirva como base para intervenciones terapéuticas transformadoras y efectivas. Se trata pues, de un equilibrio difícil pero apasionante, que combina la necesidad de comprender muy bien “lo que pasa” y derivar de ahí “lo que se puede hacer”,

con el deber de dar precedencia a la persona y al contacto con ella sobre la acción. Lo cual, sitúa a la FC en el corazón de la práctica de la psicoterapia, de un modo que desborda las meras cuestiones técnicas con las que se identifica cada modelo de FC estructurado.

Formulación de Caso en Terapia Focalizada en la Emoción

La FC focalizada en la emoción (Goldman y Greenberg, 2015; Goldman et al., 2016) es una actividad constructiva y procesual, guiada por el diagnóstico de proceso y la responsividad empática del terapeuta, quien evalúa, momento a momento, los estados internos del cliente, así como sus necesidades de procesamiento actuales y responde diferencialmente a ambos. De ese modo, trata de promover la diferenciación de experiencias y su simbolización en la consciencia, la experienciación desde el cuerpo y la creación de significado, el procesamiento de emociones y la autoexpresión congruente. No trabaja con cosas o entidades en la mente de las personas (e.g., trastornos, pensamientos, impulsos o incluso con emociones como objetos), sino que emplaza en “darse cuenta” y la acción en las relaciones Yo-Tú (terapeuta-cliente) y Yo-Yo (cliente-cliente), dirigiendo la atención a cómo el cuerpo situado y sintiente de la persona vive el proceso existencial de “emocionarse”. Es decir, el proceso de responder afectivamente ante la evaluación orgánsmica de la relación en entre las propias necesidades y el ambiente, a través de la activación de esquemas emocionales (los cuales integran elementos valorativos de aproximación-evitación, memorias, sensaciones corporales relativas a la globalidad de una situación y significados motivacionales pre-verbales en forma de necesidades y tendencias a la acción, así como elementos cognitivos resultado de la propia actividad de simbolizar la experiencia o provenientes del entorno social o cultural).

Para ello, se apoya en las capacidades del terapeuta para captar empáticamente qué es diferente en cada instante (qué pide paso justo ahora, qué está siendo retenido, interrumpido o desviado y qué duele) y responder diferencialmente, de modo que se promueva el procesamiento emocional y *el experienciar* (la secuencia sentir-crear significado-sentir). En consecuencia, trabaja con el sí mismo como flujo de estados auto-organizados alternantes de base emocional, que es visto como un proceso continuo de organización-desorganización, orientado hacia los estados atractores implícitos en cada emoción (e.g., el sí mismo *confrontador* en la persona que *se enfada*). Además, la persona es vista como una pluralidad dialógica -más o menos integrada- de estados auto-organizados o voces, que son formulables en términos de las intenciones y necesidades implícitas en sus emociones.

Por otra parte, la relación terapéutica durante el proceso de formulación es planteada como una relación centrada en la persona y orientada a la facilitación de procesos vivenciales en un marco igualitario, presidido por la autenticidad. El foco en la persona implica trabajar en el marco fenoménico del cliente (en el borde de su “darse cuenta”) y priorizar el contacto y el experienciar sobre el cambio. Mientras

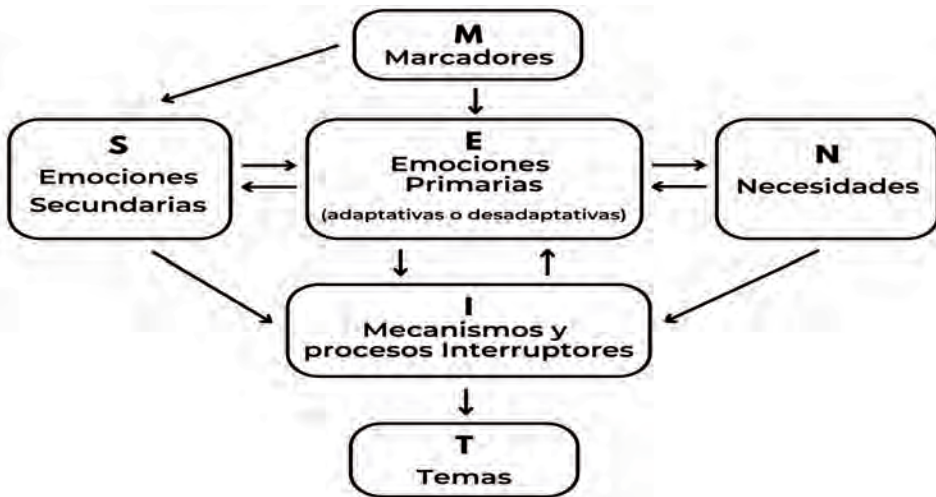
que, la orientación hacia el proceso implica ser responsivo frente a los diversos marcadores de necesidades o dificultades de procesamiento actuales y responder a ellos diferencialmente, en el momento oportuno. El cliente es experto en su experiencia interna y el terapeuta es experto en facilitar y acompañar procesos, y ambos llegan a reconocerse mutuamente como personas en una relación cooperativa. Desde el principio de la relación, la sintonización empática con el afecto persigue generar un referente interno en el experimentar del cliente, que no solo actúa como guía, sino que suele ser el aspecto más vivo de la emoción subyacente. El cual es, probablemente, algún elemento de un esquema de emoción activado. A partir de ahí, explorar supone al menos tres subprocesos: a) sentir de un modo más completo e ir cartografiando los elementos esquemáticos de la experiencia sentida aquí y ahora; b) diferenciar y simbolizar los sentimientos y emociones en su contexto biográfico y c) explorar los hechos de la vida en su contexto emocional, permitiendo que revelen su significado afectivo. De esta manera, y progresivamente, emoción y narrativa emergen como dos pistas en interacción y permiten a la persona profundizar -pasando de emociones secundarias o instrumentales a emociones primarias- y reconocer, simbolizar y expresar el dolor nuclear implícito en las necesidades no satisfechas o no respondidas, o en cuya satisfacción, el sí mismo fue vulnerado en el contexto de un vínculo.

Esto exige al terapeuta ofrecer presencia y contacto para trabajar con la emoción en la sesión: a) ayudando a evitar la evitación y a mantener la regulación emocional al servicio del proceso; b) siguiendo la “brújula del dolor” para activar los esquemas de emoción clave en la sesión y c) afirmar la vulnerabilidad y dar apoyo para “atravesar” los momentos emocionalmente difíciles. Cuando el caso se ha desplegado suficientemente -el dolor nuclear es compresible y la información clave para formular un foco y derivar de él un proyecto terapéutico (PT) ha sido generada-, el terapeuta se esfuerza por ofrecer una comprensión al cliente y por implicarle en el proceso de comprenderse. Dicha conversación versa sobre: 1) cómo se produjo el daño raíz de la persona (causas distales); 2) cómo se produce el malestar actual (factores disparadores y causas actuales); y 3) cómo los esfuerzos del cliente por afrontar sus emociones y sus circunstancias empeoran las cosas y/o perpetúan los problemas (factores de mantenimiento), produciendo, a su vez, nuevo malestar y dolor. Es decir, sobre cómo se instauran los ciclos de auto-tratamiento negativo que, con frecuencia, conducen a cuadros complejos que reciben diferentes diagnósticos (comorbilidad). Igualmente, la conversación puede incluir aspectos materiales, sociales, culturales o existenciales, que permiten entender, verdaderamente, la coherencia y el significado emocional de los síntomas, como respuestas de supervivencia ante la adversidad en distintas etapas de la vida. Desde el punto de vista pragmático, este momento consiste en la co-construcción de un foco terapéutico a partir de seis elementos agrupados bajo las siglas “MENSIT” (Goldman y Greenberg, 2015) (Figura 1): *Marcadores (M)* o señales de dificultades de procesamiento emocional que se han hecho visibles en las primeras sesiones,

y que anuncian el tipo de tareas terapéuticas que serán pertinentes más adelante; *emociones primarias* (E), que determinan la naturaleza del dolor emocional y lo que es necesario procesar y transformar (típicamente soledad/abandono, vergüenza/culpa e inseguridad/miedo); *necesidades existenciales* (N), que siguen “empujando” y que provocan el dolor emocional (típicamente conexión/amor, valoración/respeto y seguridad/protección); *emociones secundarias* (S), que se producen como reacción a la experiencia emocional primaria y que oscurecen o agravan el cuadro (e.g., desesperanza y ansiedad); *procesos interruptores* (I), a través de los cuales la persona trata de regular sus estados emocionales, y que pueden ser entendidos como respuestas de autoprotección o auto-conservación que, no solo no resuelven el problema, sino que lo complican; y *temas* (T), entendidos como el tipo de asuntos clave que será necesario abordar, ya sean estos intrapersonales (e.g., autocrítica), interpersonales (e.g., asuntos no resueltos con otros significativos), experienciales (relativos a dificultades de procesamiento emocional) o existenciales (relativos a crisis y cambios vitales que desafían a la identidad).

Figura 1

Elementos de la Narrativa del Foco Terapéutico en Formulación de Caso en TFE



Esta comprensión compartida con el cliente es, a su vez, una afirmación empática del dolor, una visibilización de la persona y su historia y un contacto respetuoso y compasivo, que le devuelven el espacio y la voz en el marco de la relación terapéutica. Solo desde ahí cobra sentido y es viable invitar a la persona a considerar las posibilidades de cambio mediante la articulación de un PT compartido, en el que las dificultades formuladas son la base para: a) justificar el tipo de tareas terapéuticas -las técnicas del modelo- que tendrá sentido asumir a lo largo del tratamiento y b) plantear objetivos de transformación del dolor nuclear -codificado en términos de heridas y esquemas emocionales problemáticos- y su proyección

sobre metas personalmente significativas, que expresan la resolución de problemas relevantes para la persona (como la recuperación de proyectos vitales interrumpidos, el cuidado de las relaciones, el autocuidado, la toma de decisiones, etc.).

Este modelo de FC que acabamos de sintetizar, ha sido planteado como un proceso en tres fases (Goldman y Greenberg, 2015; Goldman et al., 2016), que aparecen indicadas en la Tabla 1: primera, desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del cliente; segunda, co-crear un foco e identificar la emoción o el dolor nuclear y vincularlos con el tipo de implicación al que se invitará al cliente en la siguiente fase, y con las metas y resultados que cabe esperar; y tercera, continuar las sesiones atendiendo a los marcadores de proceso (empatía) y de tarea (técnicas terapéuticas), así como a los nuevos significados emergentes (reflexión).

Tabla 1

Síntesis de las Fases y Procesos del Modelo de Formulación de Caso en TFE (adaptado a partir de Goldman y Greenberg, 2015)

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

1. Ayudar a la persona a pasar, de contar sus síntomas o los aspectos externos de sus dificultades, a experimentar, simbolizar y narrar:
 - a. Su modo de vivir el problema
 - b. Su historia
2. Captar y ser responsivo frente al modo que la persona tiene de relacionarse con su experiencia emocional:
 - a. Consciencia
 - b. Regulación
 - c. Expresión
 - d. Creación de significado
 - e. Reflexión

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

3. Identificar y simbolizar los elementos del MENSIT que permiten entender lo que pasa y cómo se mantiene:
 - a. Cómo se produce el malestar actual (emociones secundarias)
 - b. Cuál es el dolor nuclear subyacente (nivel de esquemas emocionales, heridas interpersonales y necesidades no satisfechas)
 - c. Qué hace la persona para mitigarlo (formas de auto-tratamiento)
 - d. Qué consecuencias tiene (efectos de la interrupción sobre las necesidades)
 - e. Qué hace la persona para contrarrestar esas consecuencias y qué nuevos ciclos de auto-tratamiento problemático se generan (efectos de comorbilidad)
 - f. Cómo se inscribe todo lo anterior en la biografía y en las circunstancias actuales de la persona.
 - g. Cuáles podrían ser las actividades y procesos terapéuticos que conducirían a un cambio
4. Organizar narrativamente la explicación basada en el MENSIT para formular un foco Terapéutico (problema-respuesta).
5. Pasar a compartir el foco con el cliente e implicarle activamente en su revisión y en la derivación, a partir de ahí, de un PT personalizado.

Fase 3: Trabajar sobre la base de una alianza terapéutica basada en:

6. La experiencia de explorar el mundo emocional del cliente colaborativamente (sintonizar empáticamente).
 7. El propósito de responder con sensibilidad a los marcadores de tarea emergentes y facilitar tareas.
 8. Atender a los marcadores de proceso y a los nuevos significados y apoyar la reflexión.
-

En Busca de una Formalización Explícita y Evaluable del Proceso de Co-construir un Foco y Acordar un Proyecto Terapéutico en TFE

La literatura sobre FC es amplia en lo que se refiere a su relevancia para la práctica clínica (Caro y Montesano, 2016; Eells, 2022; Eiroá, 2021), así como en lo relativo a la investigación de las variables que hacen confiables a los distintos modelos de formulación (e.g., utilidad, calidad de las formulaciones, adherencia de los formuladores a un modelo, validez de constructo de los modelos de formulación y fiabilidad de los procedimientos derivados de estos modelos, competencia de los clínicos y sesgos de estos, etc.) (Caro, 2017). Por otra parte, los modelos de FC estructurados son, esencialmente, un derivado de las teorías psicoterapéuticas a las que se adscriben, resultado de la reflexión sobre la práctica y el intento de manualizarla y/o de hacerla comunicable y entrenable. Y, si bien tratan de incorporar procedimientos de evaluación y variables relevantes que permiten utilizar la mejor evidencia disponible desde su perspectiva -y hacer de la FC un proceso basado en la evidencia (Eells, 2016)-, la propia estructura y los pasos de tal proceso no son, en sí, un resultado empírico acerca de qué constituye una *formulación ideal* (eficaz, útil, fiable y válida) dentro de un determinado modelo. Esto mismo sucede en el marco de la TFE, cuyo modelo de FC recibe el apoyo tácito, pero no controlado de su inserción asistemática en la práctica cotidiana de los terapeutas focalizados en la emoción, y de su implementación básica en los estudios de caso y en los estudios controlados aleatorizados que alimentan la base de evidencia de este enfoque (Pos y Choi, 2019; Timulak et al., 2019). En otro nivel, la FC en TFE ha sido evaluada integralmente como proceso cuyo dominio competente depende, en efecto, tanto de las capacidades emocionales de los terapeutas, como del entrenamiento específico en las subcompetencias del modelo (Caro, 2017), pero esto no termina de aportar los datos necesarios sobre cómo es un proceso de FC eficaz en TFE.

En este contexto, aunque el manual de referencia *Case Formulation in Emotion-Focused Therapy* (Goldman y Greenberg, 2015) explica extensamente el funcionamiento y la dinámica de esta práctica, no incide sistemáticamente en un aspecto particular: el proceso de estructurar y compartir un foco terapéutico en conversación con el cliente y derivar, a partir de ahí, un PT personalmente significativo. Más bien, deja indicadas e ilustradas con ejemplos el tipo de acciones que realizan los profesionales en esos momentos, pero no ofrece un modelo de la ejecución ideal. Así pues, el Capítulo 5 de dicho manual (*Co-create a focus and identify the core emotion*), se ocupa de la segunda fase del proceso de FC en TFE y aborda dos cuestiones: primera, la naturaleza del foco terapéutico de acuerdo con la información vivencial relevante para el modelo, que ha sido generada en la fase anterior de *exploración*; y segunda, el modo de co-construir la narrativa de la formulación del caso, vinculando las dificultades relacionales y conductuales que presenta el cliente, con los elementos desencadenantes y con los esquemas emocionales subyacentes, responsables del dolor nuclear de la persona. Es esta segunda cuestión, la que abordamos en este trabajo y la que tratamos de hacer más

explícita, centrando la atención en los aspectos formales, técnicos, procesuales y relacionales, que permiten pasar del foco al proyecto. Cuestión que, por otra parte, parece relevante, pues:

aunque los estudios basados en medidas generales de alianza, metas o tareas, en cuanto construcciones abstractas proporcionan evidencia de que tales factores son importantes [en distintos enfoques], brindan una guía limitada sobre lo que los clínicos deberían hacer en realidad. (Oddli et al., 2021, p. 2, traducido por el autor)

Con ese fin, hemos recurrido al método de Análisis de Tareas (AT) para desarrollar un modelo de proceso sobre el trabajo co-constructivo y cooperativo que realizan cliente y terapeuta, en pos un foco para el tratamiento y del acuerdo sobre un PT compartido. Un modelo que, por otra parte, en sus dimensiones más macro, creemos que puede ser válido -o al menos útil- para la práctica terapéutica desde otros enfoques. Así pues, parafraseando la forma en que Greenberg (2007) define la meta principal del AT en la investigación de procesos de cambio en la sesión y adaptándola a una secuencia de interacciones más amplia, proponemos que: el objetivo de una aproximación a la formulación de foco y al acuerdo de un PT desde esta perspectiva, es construir un modelo explicativo de los procesos de interacción, que ayude a captar algunas de las invariantes de las ejecuciones que alcanzan el máximo grado de resolución. Es decir, un modelo que refleja aquello que se repite, en los casos en que terapeuta y cliente logran transitar de un *estado inicial* en el que el caso se halla suficientemente desplegado (i.e., hay información relevante para formular), a un *estado final* de acuerdo y compromiso con la terapia, basado en un PT compartido. En el terreno que nos ocupa, que no es el de una *tarea terapéutica* (un proceso de cambio en sesión que permite el abordaje de una dificultad de procesamiento actual), lo que tratamos de modelizar es lo que podría denominarse una *macro-tarea de la terapia*, consistente, en esta ocasión, en la resolución de un problema de acuerdo intersubjetivo respecto a qué ocurrió antes, qué ocurre ahora, qué queremos lograr en la terapia y qué podemos hacer para ello. Lo cual, enfatiza las dimensiones de acuerdo (metas y medios) del modelo tripartito de alianza terapéutica (Bordin, 1979; Horvath y Greenberg, 1989), y desarrolla el aspecto descriptivo -y potencialmente prescriptivo- sobre cómo se alcanzan dichos acuerdos en la sesión. Dicha macro-tarea sería lo que podríamos llamar una *tarea de coordinación mutua*, grupo al que podrían pertenecer otras macro-tareas como *terminar el tratamiento y despedirse, renegociar algún aspecto contractual o reparar una ruptura en la alianza*.

Dimensiones de la Formulación de Caso: Proceso, Producto y Experiencia

El estudio y conceptualización sistemáticos en el dominio de la FC, ha permitido distinguir dos subdominios complementarios muy presentes en la literatura: la FC como *proceso* (lo que cliente y terapeuta hacen para lograr una explicación del caso y una propuesta de tratamiento) y la FC como *producto* (la explicación

co-construida como hipótesis acerca del caso, junto con sus implicaciones terapéuticas, organizados en un esquema y/o en una narrativa comprensible para el cliente). Los estudios en estos subdominios se han centrado en tres campos: el impacto del entrenamiento en FC sobre la fiabilidad de los distintos modelos; la evaluación de la contribución de la FC explícita al resultado terapéutico, y la calidad de las FC como textos (Caro, 2017; Eells, 2022). Un tercer subdominio, mucho menos reconocido en los manuales, es el de la FC como *experiencia*, entendida ésta como la vivencia del cliente respecto a sí mismo, a sus problemas, a su circunstancia, a la terapia y al terapeuta, resultado de estar implicado en proceso de construir la FC y de recibir la explicación de la FC como producto. No obstante, este dominio sí ha sido abordado por la investigación, sobre todo en el contexto de instituciones y sistemas preocupados por cuestiones de balance de poder como el NHS (Sistema de Salud Nacional del Reino Unido), aunque con muchas limitaciones. Las más, debidas a la heterogeneidad de poblaciones, problemas y modos de compartir la FC con la persona (ver Caro, 2017, para un resumen), por lo que la evidencia disponible solo permite enfatizar los aspectos de calidad del proceso que deben ser tenidos en cuenta y contrabalanceados, sobre la base de una relación terapéutica de calidad, para maximizar los beneficios de compartir las formulaciones. Así, por ejemplo, Redhead et al. (2015) exploraron la experiencia acerca de la formulación, vivida por diez clientes en un tratamiento cognitivo-conductual para problemas de ansiedad y/o depresión. Para ello, condujeron un estudio cualitativo a partir de entrevistas semi-estructuradas, en el que 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 (e.g., 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). Este estudio apunta en la dirección de lo que nos interesa promover, a saber: la calidad del proceso de formulación y la calidad de los productos de la formulación como claves para una experiencia positiva en los clientes. Y nos invita a especificar el proceso por el que las dimensiones *proceso* y *producto* se combinan para impactar en la de *experiencia*. Es decir, nos invita a modelizar el proceso de compartir las FC con los clientes e implicarles en la revisión de las mismas, de modo que se maximice una experiencia terapéutica y se eviten experiencias negativas, como las que trata de prevenir la guía de buenas prácticas en FC de la Division of Clinical Psychology de la Asociación Británica de Psicología (DCP, 2011): que las FC sean experimentadas como impuestas, invalidantes y/o patologizantes, y que contribuyan a hacer sentir a las personas atrapadas en las

definiciones dadas desde el poder de los profesionales.

La Formulación de un Foco como Matriz del Proyecto Terapéutico en TFE

La FC puede ser entendida como una práctica intersubjetiva de *gestión del conocimiento* en psicoterapia (Caro, 2017), que permite transformar datos brutos en información con significado, hacer juicios clínicos y tomar decisiones en diferentes escalas temporales y con diferentes grados de compromiso con la participación del cliente. Así pues, llegar a tener un foco terapéutico es más que obtener datos, por mucho que algunos tengan un alto valor predictivo según la evidencia (e.g., que un cliente deprimido experimentó un abandono temprano). Y es más que transformar estos datos en información clínicamente relevante (siguiendo con el ejemplo, saber que ese abandono dio lugar a una herida a la que luego sucedió la resignación y el abandono de actividades placenteras en contacto con los demás), sino que, es o debiera ser, lograr un conocimiento compartido sobre qué hizo la persona para enredarse (i.e., evitar el contacto para evitar la emoción) y sobre cómo salir de ese “enredo” en el que quedó atrapada (i.e., experimentar desánimo y desesperanza crónicos, frente a la posibilidad de que hacer algo para contactar con alguien vaya a servir para algo, y frente a la seguridad de que, hacerlo, supondrá perder de nuevo). Por tanto, el foco terapéutico, es un conocimiento resultado de gestionar datos e información, que es resultado de desplegar el caso, y que lleva implícito un PT -entendido éste último, como un camino para deshacer y salir del enredo.

Este planteamiento bebe de una conceptualización del trastorno psicológico como *entidad interactiva* y no como *entidad natural* (i.e., enfermedades), y como un drama social, en el sentido de que es un “problema de la vida que se ha enredado de una manera, en la que los propios esfuerzos terminan por ser más parte del problema que de la solución” y dan lugar a un bucle hiper-reflexivo, del que la persona no es capaz de salir (Pérez-Álvarez, 2012, 2013, 2020). Desde este punto de vista, la psicoterapia, como disciplina que mejor permite salir de esos enredos, es, a juicio de Pérez-Álvarez (2019) una ciencia humana, entendida como “una actividad relacional, holista, contextual centrada en la persona y basada en valores, más que [como] una actividad científico-técnica centrada en *mecanismos averiados*”. En consecuencia, este mismo autor reclama para ella un planteamiento contextual como el que realizan Wampold e Imel (2015) y un enfoque fenomenológico-existencial que la humanice en lugar de convertirla en la mera aplicación mecánica de técnicas. Sin embargo, concordando plenamente con este planteamiento, creemos que: 1) el camino psicoterapéutico de salida del enredo posee tanto dimensiones técnicas que operan en el nivel mecánico (e.g., cómo ayudar a la persona a pasar de la desesperanza secundaria a la tristeza primaria no procesada, evocando la figura ausente en la “silla vacía”), como dimensiones existenciales (e.g., abrirme a ser un “yo abandonado”, hijo/a de una existencia fallida y huérfano frente a un mundo que no puede darme lo que no tuve en la infancia); 2) que la efectividad de las técnicas que implican el procesamiento del dolor emocional (Timulak, 2015),

no son una ilusión ni un ejemplo de “mala ciencia”, en el sentido en el que Pérez-Álvarez (2019, 2021) critica a la terapia EMDR o a la terapia cognitivo-conductual basada en procesos; y 3) que, al menos en el caso de la TFE, ambas dimensiones son igualmente relevantes y se complementan en las intervenciones eficaces (Goldman et al., 2006).

En ese sentido, el foco es la matriz de un PT que, en los términos humanistas de la TFE, excede la noción lineal mecanicista, propia del concepto -más médico- de “plan de tratamiento”, para hacerse cargo de la doble dimensión significado-naturaleza. Lo cual, implica, que las narrativas que componen las formulaciones de los focos terapéuticos son formas de sintetizar significados, de negociar formas compartidas de entendimiento y de comunicarlos, que nunca constituyen relatos concluidos o verdaderos (Butler, 1998) aunque se apoyan en materiales bastante más prosaicos (e.g., una amígdala hiperexcitable). Y más aún que, como plantean Harper y Moss (2003), las formulaciones desarrolladas por los clínicos no son la formulación objetiva de un problema “allá afuera” o “ahí dentro”, sino *una perspectiva* sobre lo que ha sucedido y/o sucede en la intersección entre esos dos mundos (la interacción en un sistema), resultado de un proceso colaborativo y continuo de construcción de significados. Y, aunque según estos autores, los clientes generalmente no acuden a consulta “pidiendo formulaciones”, sí que creemos que podemos implicarles tanto en el proceso de elaborarlas, como en el de pensar sobre cómo utilizar la comprensión que aportan, para salir colaborativamente de los enredos de la vida en los que han quedado atrapados. Tomando, por supuesto, tanto la formulación del foco que explica el malestar como el PT -es decir, la FC- como *un mapa* y no como *el territorio* mismo.

En el marco de la FC en TFE (Goldman y Greenberg, 2015), el foco terapéutico es definido como una co-construcción acerca de los procesos que actualmente causan el dolor emocional de la persona, de sus formas de reaccionar a este dolor, de los síntomas que esto produce y de las dificultades de ahí derivadas, a la hora de responder adaptativa y creativamente a la vida, a lo largo de su biografía. Algo que, convencionalmente se apoya en la integración narrativa de los cinco elementos que componen el acróstico MENSIT al que nos referimos más arriba. Tal narrativa constituye lo que Westmeyer (2003) denomina una hipótesis idiográfica, aunque, como creemos, reúne aspectos de lo que Toukmanian y Rennie (1992) -siguiendo la distinción hecha por Bruner- llamaron *explicaciones paradigmáticas* en psicoterapia, opuestas a las *explicaciones narrativas*. Las primeras se basan en el razonamiento demostrativo y dan lugar a hipótesis sobre las causas de las relaciones entre fenómenos y, frente a ellas, la verificación de las hipótesis se toma como evidencia de leyes generales. Por contra, las segundas se basan en la idea de que las regularidades en el comportamiento humano se entienden mejor en términos de probabilidades, debidas a que las personas tienen razones para sus acciones y a que, estas razones, poseen un contexto que les da sentido. Ahora bien, creemos que, aunque la génesis de un trastorno o la instauración de un drama social sin salida, que además

ha generado un bucle (Pérez-Álvarez, 2019), es algo que se comprende bien en términos narrativos, la rigidez de los fenómenos psicológicos a través de los que se instaura ese bucle, así como algunas de las formas de flexibilizarlo, responden mejor a explicaciones paradigmáticas. Lo que nos pone frente a un horizonte y una responsabilidad dobles: por un lado, desplegar el caso en compañía del cliente hasta encontrar la mejor explicación, formulada en términos que él mismo pueda entender y le resulten validadores, y por otro, derivar, a partir de ahí, un proyecto que le resulte convincente y cuyos aspectos tecnológicos no le lleven “cogido por el pescuezo” ni le supongan una nueva invalidación. Antes bien, una sensación de oportunidad y autonomía. Motivos por los cuales, antes de especificar cómo trabajar en la FC en TFE, creemos oportuno profundizar en la noción de PT.

El Proyecto Terapéutico como “Proyecto Interaccional” y Culmen de la FC

Eells y Lombart (2011) identificaron las siguientes características ideales de la FC: 1) debe ser precisa y ajustarse a las características del caso concreto; 2) útil para el tratamiento (mejores resultados “con” que “sin” formulación); 3) parsimoniosa y comprensiva (debe integrar suficiente información -de manera lógica y significativa- como para abordar lo complejo sin añadir ruido); 4) mantener un equilibrio entre descripción y explicación (sabiendo que el uso de elementos demasiado abstractos hace disminuir la fiabilidad inter-observadores); y 5) debe utilizar evidencia científica en la explicación de las dificultades del cliente y en la propuesta de las intervenciones, siendo que esta evidencia se encuentra distribuida en un continuo, que va de formas más fuertes a otras más débiles (Eells, 2016). A estas cinco características nosotros añadimos una sexta, poniendo de relieve el carácter procesual de la FC y su relevancia en la construcción de una alianza terapéutica que no solo sea sólida, sino funcional y operativa: 6) la FC debe permitir pasar de un estado inicial, en el que se ha elicitado la suficiente información (caso desplegado), a un estado final, de compromiso e implicación con las metas de cambio y con los medios para lograrlo.

La reorientación desde el *contacto* (relación) hacia el *proceso* (lo que se hace) marcó el desarrollo de la TFE, especialmente al comprobar que las puntuaciones en los aspectos de tarea de la alianza eran mejores predictores de buen resultado, que el mero componente de empatía (Goldman, 2019; Horvath y Greenberg, 1989). Y más concretamente, que esto se traducía en el logro de una formulación de foco compartida entre cliente y terapeuta, que permitiera una implicación adecuada y motivada de ambos (Goldman y Greenberg, 2015). La exploración empática de la experiencia sigue siendo la línea base de la terapia, pero la implicación del cliente en la resolución de tareas terapéuticas en la sesión resulta crucial (Elliott et al., 2004; Goldman et al, 2006; Greenberg, 2019) y, para ello, no lo es menos el logro de una buena FC y el establecimiento de un PT compartido. La sesión comienza normalmente con la exploración de la experiencia actual y el proceso de formulación avanza y retrocede, entre atender y observar los estados emocionales

de los clientes y responder con diversas intenciones (i.e., validar, reflejar, afirmar, conjeturar, estimular, evocar, etc.). Un caso desplegado supone que ya es posible formular un foco y utilizar esta información para orientar al terapeuta sobre los posibles “planes” que permiten resolver las dificultades emocionales del cliente. Por eso, entre otras razones, no se parte de un plan de tratamiento a priori, sino de un acuerdo sobre lo que tendría sentido abordar, a medida que los marcadores de las tareas terapéuticas clave vayan emergiendo. Hay pues, una tensión entre “el ahora” y el “hacia dónde” mediada por diversos “cómos”, que el terapeuta tiene siempre en mente y que, el cliente, puede también hacer suya. Y esa tensión es la base de lo que entendemos como *proyecto*.

Lo anterior nos introduce en un tema emergente en el campo de la investigación, como es el de las *prácticas orientadas hacia el futuro en psicoterapia*. Un tema que, si bien cuenta con importantes antecedentes, ha despuntado recientemente en estudios empíricos que vinculan proceso y resultado, con el foco puesto en cómo los terapeutas, especialmente aquellos con mayor pericia, trabajan con los clientes para establecer la colaboración en metas y tareas (Oddli y Halvorsen, 2014; Oddli y McLeod, 2017; Oddli y Rønnestad, 2012; Oddli et al., 2014; 2021). Entre esos antecedentes, encontramos algunos muy próximos a la TFE, como el estudio de la agencia de los clientes de Bohart y Tallman (1999); las distinciones técnicas sobre cómo responder empáticamente a la sensación del cliente respecto al futuro (Bohart, 1993); la conceptualización de la tendencia al crecimiento, formativa o a la auto-actualización en las terapias humanistas (véase la reformulación de Greenberg et al., 1993); la noción de “borde de crecimiento” (*growing edge*) como lugar de enfoque en el “aquí y ahora”, donde un nuevo paso experiencial se está formando (Greenberg et al., 1993); o la noción de “llevar adelante” (*carrying forward*) propia del Focusing de Gendlin (1964, 1996), como movimiento sentido corporalmente, resultado de responder a lo implícito no formulado y necesitado por la persona en una situación dada. Por otra parte, los conceptos y prácticas precedentes, de profunda raíz existencial, son aspectos de lo que May (1980) llamó *proyectividad* del ser humano. Y, si bien se refieren a aspectos predominantemente procesuales del instante, también creemos que esta manera de entender el funcionamiento humano en el seno de una relación de ayuda -al menos tal y como fue planteada por Rogers (1957)-, puede ser aplicada al proceso de alcanzar una visión global de los problemas que llevan a la persona a terapia (*despliegue del caso*). Y, posteriormente, a la formulación de un proyecto sobre cómo “desenredarlos”, que permita “cambiar desde dentro” más que “cambiar cosas”.

Schegloff (2007) definió el término *proyecto interaccional* como un curso de conducta que se desarrolla durante un lapso de tiempo (no necesariamente en secuencias consecutivas), al que los co-participantes pueden volverse sensibles. Algo que, además, puede informar su aproximación a cualquier secuencia posterior, para ver si se relaciona con el tema al que estaba vinculado ese curso de conducta. Por tanto, el PT, como formulación que surge de y asume la proyectividad del cliente y

que nace del caso desplegado, es un proyecto interaccional, que tiene algo de “planeamiento” y algo de “rastreo”. Una dualidad que permite caminar con dirección, mientras se ponen en marcha experiencias desafiantes, que promueven el cambio emocional y la reflexión. Así, y como han investigado Guxholli et al. (2021), las parejas cliente-terapeuta con un buen vínculo y un proyecto, son capaces de tolerar el desacuerdo o la desafiliación autoprotectora frente a las emociones difíciles, mientras mantienen una orientación hacia el proyecto psicoterapéutico de fondo.

En el marco teórico humanista-experiencial, la tendencia histórica fue evitar el diagnóstico por dos motivos fundamentales, bien explicados en el marco de la Terapia Centrada en la Persona (Rogers, 1957): por una parte, el riesgo de que el terapeuta incurra en un abuso de poder al utilizar etiquetas diagnósticas y, por otra, que el imponer interpretaciones a la experiencia de la persona pudiera detener el flujo de exploración y creación de significado (*experiencing*). A lo cual habría que añadir una objeción general de los modelos humanistas frente al establecimiento de “planes de tratamiento” derivados de la evaluación psicológica, por considerar a ambos -y a su relación lineal-, como el producto de una concepción mecanicista del ser humano, que socava los principios de autodeterminación que distinguen a la Psicología Humanista (Ryan y Deci, 2000). A este respecto, resulta aclaratoria la reflexión de Edelstein (2015) acerca de la tensión entre *mutualidad* y *jerarquía*, que exige un posicionamiento al terapeuta humanista-existencial. Este autor entiende por mutualidad en la relación cliente-terapeuta, la forja de una conexión profunda, que parte de la comprensión de que ambos se encuentran atravesando el “viaje humano” y de que son iguales, en tanto los dos tratan de acceder a su experiencia y de expresarla. Lo cual, apoya el contacto más profundo de los clientes consigo mismos y el coraje para ser acompañados. Y, por oposición, define jerarquía en la relación terapéutica, como el resultado de un modelo en el que el terapeuta evalúa al cliente, le ofrece un diagnóstico y le prescribe un plan de tratamiento. Un plan, que resulta exitoso si es seguido por el cliente y que depende del conocimiento experto y de la objetividad del terapeuta. No obstante, esta tensión -junto al adecuado compromiso con los datos empíricos sobre tarea y alianza que hemos referido anteriormente- ha sido resuelta -al menos sobre el papel- por el modelo de FC de la TFE, al encuadrar el trabajo de exploración-intervención en una perspectiva constructivista, que respeta la autonomía epistémica del cliente. Y, últimamente, al proponer nosotros aquí, el concepto de “proyecto terapéutico compartido” como proyecto interaccional y como alternativa a la noción convencional de “plan de tratamiento”.

En consecuencia, definimos el PT como un acuerdo con dos niveles -el nivel explícito y el nivel implícito-, que “vive” en la relación terapéutica como un proyecto interaccional y que nace de dos fuentes: primera, de la diferenciación, observación en el cuerpo, simbolización, validación y afirmación de las experiencias más dolorosas y desempoderantes de la persona, puestas en el contexto de su historia vital y de sus circunstancias; y segunda, de una conversación franca acerca de: a) las

metas personalmente significativas para el cliente y que éste aspira a lograr con la terapia; b) las formas en que el terapeuta va a colaborar en la persecución de tales metas; y c) los modos de implicación vivencial que serán necesarios por parte del cliente para ello, junto con las correspondientes operaciones del terapeuta para facilitarlos. Modos que, en la TFE, se corresponden con las diversas *tareas terapéuticas* señalizadas por marcadores (i.e., exploración empática, afirmación empática de la vulnerabilidad, reparación de rupturas en la alianza, focusing, resolución de escisiones autocríticas y autointerruptoras, trabajo con reacciones problemáticas, trabajo con asuntos no resueltos con otros significativos y autoconsuelo compasivo) (Elliott et al., 2004; Greenberg et al. 1993).

Metas Terapéuticas, Proyecto como “Estado de Conciencia Intencional” Compartido y Responsividad

La cuestión del consenso respecto a las metas y su relación con el resultado terapéutico ha suscitado un cuerpo de investigación importante, resumido por Wampold e Imel (2015), quienes demostraron un tamaño del efecto de 0.72, el cual resulta ser uno de los más altos atribuibles a una sola variable en psicoterapia. Por otra parte, la cuestión específica de las metas y su naturaleza ha sido ampliamente abordada en Cooper y Law (2018), trabajo a partir del cual destacamos varios aspectos. Primero, que ha sido y es un tema controvertido, en tanto existe la creencia fundada de que, un énfasis excesivo en las metas sesgará la terapia en favor del *hacer* y en detrimento del *ser*. No obstante, parecen existir argumentos sobrados para el trabajo con metas en la medida en que percibimos a los seres humanos como agentes con propósito, más que como seres pasivos y determinados (McLeod y Mackrill, 2018). Segundo, que, si bien las metas suelen ser entendidas como representaciones subjetivas de estados internos que pueden ser alcanzados mediante algún tipo de acción, son, a la postre, un constructo psicosocial, en el que la actualización del organismo depende tanto de factores internos como externos. Tercero, que cuando están basadas en necesidades existenciales simbolizadas desde el nivel orgánico y son, por tanto, altamente congruentes -y no un mero consuelo o una compensación- aportan dirección y fuerza a la conducta (adquieren un valor teleológico, que completa el carácter teleonómico de las formulaciones y técnicas terapéuticas basadas, por ejemplo, en los modos óptimos de facilitar la regulación emocional y la creación de significado²). Cuarto, que tanto espontáneamente como cuando son preguntados, los clientes expresan metas personales significativas. Algo que fue analizado extensamente en el estudio de Grosse y Grawe (2002), en el que desarrollaron una taxonomía de metas terapéuticas y el correspondiente inventario de metas del tratamiento, y que arrojó los siguientes resultados sintetizados por Cooper (2018): El 74.5% de los clientes se planteaba metas de carácter interpersonal (e.g., superar un duelo o ser más asertivos en relaciones actuales); el 60.3% buscaba la manera de afrontar síntomas o problemas específicos (e.g., pensamientos autolíticos); el 49.5% se proponía objetivos que podían ser agrupados como metas relativas al

crecimiento personal (e.g., actitudes hacia sí mismos); el 13.4% querían lograr algo en relación con el bienestar (e.g., hacer ejercicio); y el 11.1% se planteaban metas en clave abiertamente existencial (e.g., sobre el futuro o el sentido de sus vidas). Y quinto, que las metas han de hallarse “bien” formuladas para que puedan ser útiles, y que esto supone una serie de atributos entre los que, basados en Cooper (2019) destacamos los siguientes: a) que sean propositivas (que pretendan lograr algo y no tanto evitarlo); b) que estén planteadas en el medio-largo plazo, pues las metas a corto plazo no suelen implicar, en su consecución, la transformación de obstáculos personales (e.g., la autocrítica); c) que resulten realistas y efectivas, en el sentido de que realmente impliquen cambios relacionados con el bienestar y con la transformación de las causas del sufrimiento; d) que sean concretas y estén formuladas como “pequeños pasos”, a fin de que haya posibilidades reales de lograrlas en una progresión; y e) que, en la medida de lo posible, sean sinérgicas entre sí, a fin de aprovechar el esfuerzo y evitar procesos de contraposición, como los que se dan cuando existen dilemas implicativos (Feixas y Compañ, 2015), los cuales constituyen, a su vez, una oportunidad para redefinir la meta en términos de su resolución.

Como se puede observar en el análisis anterior sobre las metas terapéuticas, algunos aspectos parecen relacionarse más con su operatividad y oportunidad, mientras que otros hablan más de su naturaleza como fenómeno psicológico complejo con varias capas. Así, la cuestión de la *pertinencia* se ve completada con la de la *pertenencia*. En cuanto a la pertinencia, las visiones más básicas de la terapia enfatizarán la accesibilidad o gradualidad para garantizar un éxito reforzante y evitar el abandono temprano (evitación) o el fracaso desmoralizante. Por contra, las visiones más profundas harán énfasis en el conflicto, bien en términos de significados implícitos o de impulsos y deseos más o menos aceptados. Los planteamientos sistémicos tendrán en cuenta la ecología de las metas, así como su riesgo para la homeostasis interna y relacional y su novedad frente a otras soluciones intentadas. Los enfoques narrativos, interpersonales y centrados en soluciones, se fijarán en el lugar que ocupan las metas en las historias en las que se inscriben y en el nuevo rol o poder que otorgan a la persona. Los enfoques contextuales valorarán en qué medida suponen formas diferentes de relacionarse con los eventos internos y aportan acción congruente con los valores. Las aproximaciones terapéuticas informadas por el trauma, el apego y la emoción se preocuparán por el grado de procesamiento del cual surge la formulación de la meta, no sea que consista en la materialización de una defensa que promueva la disociación, evite la mentalización o en el mejor de los casos, represente una acción estéril y sin incidencia en el nivel en el que se producen las dificultades de procesamiento. Y, por último, los enfoques existenciales incidirán en el grado en que las metas son expresión del sí mismo, amplifican la presencia y la apertura a la vida y promueven, en última instancia, alguna forma de responsabilidad.

A todas luces, el repaso anterior -somero y probablemente impreciso y por

tanto injusto en alguna de sus afirmaciones- jerarquiza las metas pertinentes y, a fin de últimas, abre el espacio necesario para preguntarse por la pertenencia de las metas: ¿a quién pertenece la meta en la práctica? ¿al terapeuta o al cliente? Desde el punto de vista desarrollado aquí, diríamos que, idealmente, la meta no pertenece a ninguno de los dos, sino que pertenece al proyecto. Al menos siempre que se hayan dado ciertas condiciones (i.e., a) exploración de la experiencia a través de la sintonización empática con el afecto; b) co-construcción de un foco terapéutico mediante la organización narrativa de los elementos clave que explican el caso en un nivel causal y no meramente sintomático; y c) derivación reflexiva de un PT orientado a la autodeterminación, que combine dinámicamente los aspectos técnicos y los existenciales). Por tanto, el PT no es meramente un alineamiento de problemas, metas, técnicas y resultados, sino algo más parecido a un *estado de consciencia intencional* soportado entre dos personas, que opera en niveles que fluctúan entre lo tácito y lo deliberado. Se trata, por tanto, de una forma dinámica de acuerdo intersubjetivo, que refleja dos fenómenos: a) un cambio incipiente en la relación del cliente con “sus problemas” quien, a través de una serie de procesos afectivo-cognitivos, muestra alguna forma de *asimilación* de la “explicación del problema” en que consiste el foco, y alguna forma de *apropiación* de las metas y los métodos que constituyen el PT; y b) un cambio en la mentalidad del terapeuta, que le permite mantenerse atento y responsivo, ver dinámicamente los esfuerzos por alcanzar coherencia y congruencia del cliente y formular bidireccionalmente lo que ocurre en cada instante. O sea, leer marcadores de las necesidades y dificultades actuales de procesamiento emocional del cliente en la perspectiva del caso e, igualmente, releer la FC en función de la información emergente. No en vano, Oddli et al. (2014) hallaron que, incluso cuando las puntuaciones totales en los cuestionarios indicaban buenas alianzas de trabajo, el análisis de las transcripciones de las primeras sesiones de terapeutas experimentados mostró que, prácticamente, no había conversaciones explícitas sobre objetivos. Y que, en su lugar, los diálogos entre cliente y terapeuta se caracterizaban por procesos relacionados con la esperanza, la motivación y el compromiso, más que por un acuerdo de objetivos explícito. Algo que no hace sino enfatizar el aspecto implícito-relacional del PT como proyecto interactivo, y cómo el aspecto explícito-instrumental se halla subordinado a aquel. Por tanto, un PT puede ser más o menos potente, en la medida en que articule lo que Michalak et al. (2006) consideran dos modos de funcionamiento motivacional diferentes: los motivos implícitos y las metas explícitas.

Finalmente, en un sentido amplio, el PT formulado y acordado, así como el movimiento dentro del mismo como proyecto interaccional, puede ser entendido como resultado de una práctica responsiva en FC, tanto en lo que se refiere a la dimensión de producto como a la de proceso. El concepto de responsividad fue introducido por Stiles et al. (1998) como parte de la reacción crítica frente a los modelos tradicionales de investigación, que asumían una relación lineal entre las variables psicoterapéuticas, sin tener en cuenta que el comportamiento de los

terapeutas y de los clientes está influenciado por el contexto emergente tras cada interacción. Así pues, la retroalimentación y la influencia mutua ocurren en diferentes escalas de tiempo (e.g., desde la asignación del tratamiento a los micro-instantes dentro de la ejecución de las intervenciones, pasando por la elección de estrategia y la formulación del caso). Actualmente, la responsividad es reconocida como una característica ubicua de la interacción y el diálogo entre terapeuta y cliente, y se relaciona con la capacidad de estar completamente presente y disponible en el momento, así como con la identificación de señales específicas, que alertan a los profesionales sobre los cambios en el proceso y el comportamiento de los clientes, a partir de los cuales ajustan su respuesta (Watson y Wiseman, 2021). En un plano más concreto, Hatcher (2021) ha examinado la cuestión de la responsividad en la alianza terapéutica, enfatizando su valor como guía para ayudar a los terapeutas a mantenerse abiertos a nueva información y oportunidades, y contrabalancear el deseo de precisar las cosas, de estar seguro de lo que hay que hacer y de dominar la situación, que, en ocasiones, encubren la baja tolerancia a la duda del profesional. Algo absolutamente congruente con el carácter relativamente líquido de la noción de formulación de foco que hemos explicado y con la cualidad interaccional del PT en la que insistimos. E igualmente coherente con los datos empíricos aportados por los estudios sobre la *actividad orientada al futuro* de los terapeutas, como el de Oddli et al. (2021). Dicho estudio identificó cuatro actividades principales: 1) recoger intenciones explícitas e implícitas; 2) usar recursos lingüísticos como la metacomunicación o el lenguaje de acción; 3) usar intervenciones evocativas; y 4) empujar al cliente a practicar el cambio. Y aportó un hallazgo central: que los terapeutas eficaces se alinearon con la direccionalidad de los clientes, en un proceso de evolución gradual impulsado hacia el futuro.

Por todo lo anterior, y llegados a este punto, planteamos el método seguido para generar un modelo de los procesos que facilitan la responsividad del terapeuta en el camino formular un foco y de articular de un PT adecuado (i.e., un proyecto personalmente significativo, de carácter interaccional, en el cual, las metas terapéuticas resultan pertinentes en varios niveles y se expresen como algo que pertenece al proyecto como voluntad y posibilidad de salir del enredo y de recuperar vida y agencia).

Método

El Análisis de Tareas (AT) es un método de investigación en psicoterapia desarrollado por Greenberg (1991, 2007; Rice y Greenberg, 1984), que integra y expande diversas aproximaciones a la investigación de procesos de cambio y las combina con el estudio de los resultados esperados para esos procesos (Pascual-Leone et al., 2009). Como anunciábamos en la introducción, este método ha sido aplicado, convencionalmente, al estudio de técnicas que constituyen un evento terapéutico intrasesión (tareas terapéuticas en el lenguaje de la TFE). Mientras que, aquí, pretendemos abordar una macro-tarea, cuyo resultado no es un cambio

emocional sino un logro de coordinación mutua entre cliente y terapeuta, que puede abarcar varias sesiones. El AT se divide en dos grandes fases: una orientada al *descubrimiento*, cuyo objetivo es alumbrar un modelo presumiblemente bueno del cambio perseguido; y otra orientada a la *validación* de la eficacia de la intervención en términos de resultados.

La fase orientada al descubrimiento comienza con la *especificación de la tarea*, en la que, a partir de la experiencia clínica (propia o de otros), el investigador se plantea cuál puede ser la manera óptima de responder ante una serie de conductas o estados característicos de los clientes. Lo que, en el caso que nos ocupa, se refiere al sistema intersubjetivo cliente-terapeuta. Esto supone, además, identificar un *marcador de tarea*, entendido como un conjunto de conductas explícitas e inferencias, relativas a una dificultad o necesidad de procesamiento actual, que podrían beneficiarse de la intervención que se pretende modelizar.

El segundo paso consiste en la *explicación del mapa cognitivo del clínico/investigador*, que pasa por especificar: 1) el estado inicial señalado por el marcador (aquí, el caso desplegado); 2) la *dificultad o necesidad de procesamiento subyacente* (alcanzar una explicación del caso y asimilarla y derivar de ella un PT interaccional); y 3) el *estado final* de la tarea (la apropiación del PT por parte de cliente y terapeuta), aportando los fundamentos teóricos procedentes del modelo psicoterapéutico de referencia. En este caso, la TFE y la serie de observaciones críticas relativas a las dimensiones de proceso, producto y experiencia de la FC en TFE, así como la conceptualización del PT como proyecto interaccional que hemos hecho en la introducción.

Posteriormente, se procede *especificar el ambiente de la tarea*, entendido como la descripción operativa de dos pistas en interacción: la primera, el conjunto de procesos afectivo-cognitivos en los que, idealmente, se implica el cliente a lo largo del proceso, para llegar del estado inicial al estado final; y la segunda, el conjunto de operaciones del terapeuta a través de las cuales facilita los procesos del cliente. Esta descripción da lugar a un *manual* en el que se detalla la intervención, el cual será utilizado en el futuro, para entrenar a los terapeutas que participen en los estudios empíricos de la fase de validación. Habitualmente, las guías de AT recomiendan realizar un estudio empírico preliminar en este punto, denominado “prueba de potencia”, que permita testar la utilidad de la intervención que está siendo creada, así como obtener retroalimentación para mejorarla (refinamiento del modelo). No obstante, en este estudio, esta prueba no ha podido ser aún realizada.

En paralelo al paso anterior -o bien contando con la retroalimentación de la prueba de potencia-, el investigador construye un *modelo racional-hipotético de la tarea*, que consiste en un diagrama de flujo elaborado a través de un “experimento de pensamiento”. En él, se conectan el marcador del estado inicial y el estado final, a través de los procesos clave (pista del cliente) y las operaciones de facilitación (pista del terapeuta), y se objetivan los micro-resultados o productos derivados de la resolución progresiva de la tarea. En la construcción de este modelo, el investigador

recorre el camino de atrás hacia delante y a la inversa varias veces, para tratar de especificar el proceso con el mayor detalle posible y para incluir modificaciones basadas en la experiencia y/o la observación, que contribuyan a mejorar el modelo.

A partir de aquí, investigadores y clínicos cuentan con un modelo que funcionan como un *mapa* con el que, en el siguiente paso -el *análisis de tareas empírico* realizado sobre ejecuciones reales-, habrá de contrastarse el *territorio* de la práctica. Este contraste sirve para especificar aún más los elementos del modelo y resulta especialmente ilustrativo, cuando se comparan tanto casos de resolución exitosa como casos de mala o baja resolución, cada uno de los cuales aporta una retroalimentación cualitativamente diferente. Derivados de los dos pasos anteriores, el AT contempla, además, la confección de herramientas para la medición fiable de la presencia de los componentes del modelo en las ejecuciones reales. Aquí es posible elaborar sistemas de observación e instrumentos de auto-informe, y de modo singular, la denominada *escala de grados de resolución de la tarea*. La cual, va trazando, en forma de escala ordinal, los logros y cambios del cliente a lo largo de las fases que comprende la tarea investigada.

Por último, se procede a la comparación del modelo con nuevas observaciones, de modo que, tanto éste como el manual de la tarea, se refinen y mejoren iteartivamente. No obstante, estos dos últimos pasos del AT no han sido realizados en este trabajo, por lo que los resultados que presentamos se refieren, únicamente, a los pasos que llegan hasta la construcción del modelo, el desarrollo del manual y la elaboración de una escala de grados de resolución provisional.

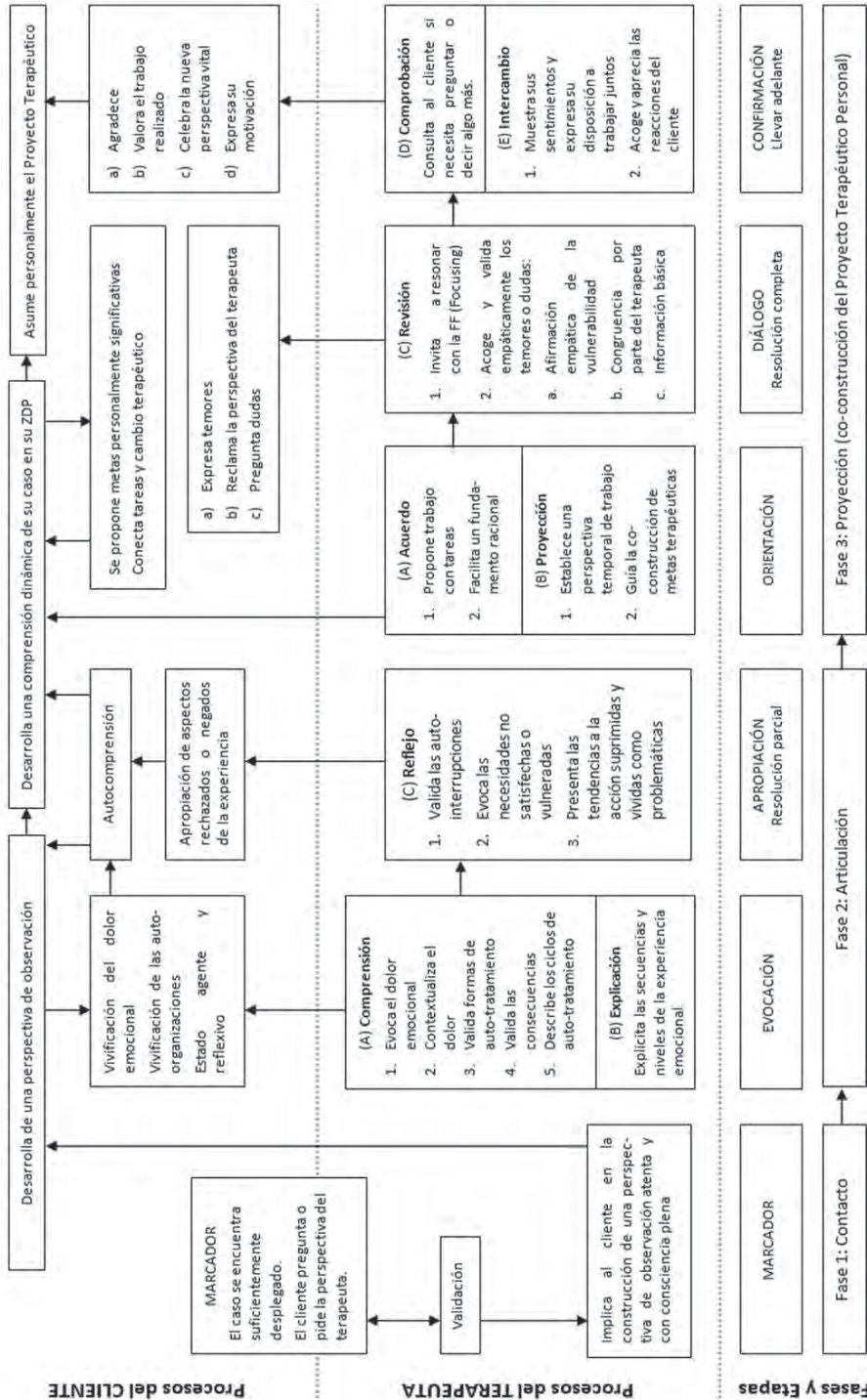
Resultados

Modelo Racional Hipotético

La Figura 2 representa el diagrama de proceso del modelo racional hipotético de la macro-tarea de co-construir un foco y articular un PT en TFE. En él, se diferencian y relacionan los procesos del cliente y las operaciones del terapeuta. Se han identificado tres fases principales y seis etapas que describimos a continuación, en términos de los procesos en los que se implican los clientes y sus estados internos, por una parte, y de las operaciones que realizan los terapeutas al distinguir esos estados (diagnóstico de proceso) y al facilitar los procesos oportunos, que hacen que la tarea avance y el problema de articular un foco y formular un PT se resuelva.

Figura 2

Modelo Racional Hipotético del Proceso de Co-construir un Foco y Articular de un Proyecto Terapéutico Compartido en TFE



Manual de Facilitación y Entrenamiento

Fase 1 - Contacto: Después de un trabajo exploratorio y de evaluación previo, en el que el cliente comenzó presentando un motivo de consulta y el terapeuta se implicó en la misión de acoger a la persona, establecer contacto psicológico, entenderla, generar un foco en la experiencia interna y ayudarle a explorarla siguiendo la “brújula del dolor” (la experiencia más viva en el cliente aquí-y-ahora y momento a momento), el caso se halla desplegado en función de sus determinantes. Es el momento de establecer contacto de nuevo, esta vez en términos del marcador para la formulación de un foco y la articulación de un PT.

Etapa 1 - Validación del marcador:

- **Estados y procesos del cliente:** Pregunta o pide la perspectiva del terapeuta o bien se mantiene a la espera, expectante o relativamente afectado por la novedad.
- **Operaciones del terapeuta:** Implica al cliente en la construcción de una perspectiva de observación atenta y con consciencia plena.
- El **conector** con la fase siguiente es que el cliente ha desarrollado una perspectiva de observación.

Fase 2 - Articulación (formulación de foco): La clave en esta fase es la articulación del conocimiento vivencial-reflexivo, que permite explicar las causas proximales, distales y reactivas del malestar del cliente, identificar el dolor nuclear y las heridas más relevantes y emplazar todo ello en una narrativa validadora de sus esfuerzos pro afrontar la vida. El núcleo de dicha articulación es la formulación de un foco terapéutico utilizando los elementos del MENSIT y empleando un lenguaje evocador y un tono empático afirmativo, e implicando, en la medida de lo posible al cliente como co-autor de la narrativa.

Etapa 2 - Evocación:

- **Procesos del cliente:** Se encuentra receptivo frente a la palabra del terapeuta y escucha tratando de mantenerse regulado y sin disociarse de su experiencia. Trata de entender la narrativa que le ofrece el terapeuta e interrumpe, pregunta o corrige cuando es necesario
- **Operaciones del terapeuta:** Evoca el dolor emocional nuclear del cliente en el contexto de su biografía, y valida la presencia y la acción de las auto-organizaciones del sí mismo que surgen como forma de auto-tratamiento (e.g., autocrítica, perfeccionismo, etc.). Esto supone una experiencia profunda de comprensión e idealmente de auto-comprensión (A). También pone de manifiesto las consecuencias perniciosas inmediatas del auto-tratamiento y los posibles ciclos perjudiciales a los que éstas dan lugar. Además, explicita las secuencias y niveles de la experiencia emocional (emociones secundarias que ocultan emociones primarias en varios niveles), lo que permite explicar la dinámica personal en diversas situaciones (B). En paralelo, cuida de que el cliente se mantenga regulado y sin disociarse de su experiencia actual.

Nota: Dependiendo del contexto de trabajo, los procesos y operaciones de esta fase pueden tener un carácter más o menos artístico, valiéndose del uso de medios plásticos de expresión o de técnicas narrativas.

Etapas 3 - Apropiación (resolución parcial):

- **Estados y procesos del cliente:** Se encuentra conectado desde una actitud agente (*mindful*) con lo que le sucede y, en un estado de centramiento, comienza a asimilar nueva información.
- **Operaciones del terapeuta:** Valida y aprecia las auto-interrupciones del cliente como esfuerzos de auto-protección para mantener un sí mismo viable, a la vez que evoca las necesidades no satisfechas o vulneradas de la persona que siguen presionando.
- Complementariamente, presenta las tendencias a la acción saludables que fueron suprimidas y/o vividas como dolorosas, inadecuadas o temibles. Todo ello es planteado como un reflejo empático, que valida a la persona en su conjunto, ayudándola así a apropiarse de las diversas polaridades y tendencias reactivas de su experiencia (C).
- El **conector** con la fase siguiente es que el cliente desarrolla una comprensión dinámica de su caso en su zona de desarrollo próximo, y una posición de receptividad hacia nuevos pasos.

Fase 3 - Proyección (co-construcción del PT personal): En esta fase, cliente y terapeuta conversan tratando de descubrir cómo utilizar el foco para formular metas y medios terapéuticos para lograrlas. El primer movimiento es la orientación del cliente hacia la acción en términos de los recursos técnicos de la TFE (tareas) y de objetivos que conectan esos recursos con logros (metas). Dichos logros pueden ser de carácter intrapersonal o interpersonal y permiten a la persona manejar cuestiones problemáticas más o menos urgentes o inmediatas, pero siempre pertinentes (sobre todo en términos existenciales y de evitación de respuestas disociativas). Este movimiento va seguido de un momento de diálogo en el que hay espacio para la reactividad y la vulnerabilidad, y para comprobar si el proyecto, tal y como se está definiendo, “encaja”. Es el momento de atender a la “sabiduría del cuerpo” promoviendo la capacidad de posicionamiento, oposición y elección del cliente. Finalmente, el proceso concluye con la confirmación del proyecto y se establece un puente con las siguientes sesiones.

Etapas 4 - Orientación:

- **Estados y procesos del cliente:** Se halla motivado para reflexionar sobre posibles modos de hacerse cargo de sus dificultades vitales en terapia y sobre cómo usar ésta para responder a metas personalmente significativas.
- **Operaciones del terapeuta:** Propone medios para trabajar productivamente con las formas de auto-tratamiento y para llegar al dolor emocional a través de tareas terapéuticas en la sesión. También facilita una fundamentación racional de este tipo de trabajo, resuelve dudas y facilita la comprensión del cliente acerca de sí mismo, en su zona de desarrollo próximo, hasta

alcanzar un acuerdo (A).

Además, ayuda a explorar y a articular metas terapéuticas significativas y a establecer una perspectiva temporal razonable para ese trabajo, dotando así a la terapia de un horizonte de proyecto (B).

Etapa 5 - Diálogo (resolución completa):

- **Estados y procesos del cliente:** Se encuentra orientado hacia la tarea y las metas desde una experiencia de sostén, comprensión y acompañamiento comprometido. Siente “tener un hilo” y experimenta alguna forma de esperanza incipiente. Eventualmente, se permite reaccionar “defensivamente”, cuestionar la pertinencia de todo lo hablado y vivido o mostrar desesperanza al sentirse abrumado por lo aplastante lo concienciado, por lo inconmensurable de la tarea que tiene por delante, o por la sensación de desprotección o desvalimiento y/o por la invalidación que le amenazan al salir de la consulta. Y, en algunos casos, por las reacciones basadas en problemas de apego y mentalización, o relativas al carácter y a los niveles evolutivos de organización de la personalidad del cliente (McWilliams, 2011), que constriñen sus capacidades relacionales.

- **Operaciones del terapeuta:** Acompaña al cliente en un proceso de revisión sobre lo formulado (C), para lo cual, le invita a resonar experiencialmente con la formulación de foco realizada y con sus implicaciones terapéuticas. Puede utilizar una invitación directa a explorar “qué le parece” lo hablado o recurrir a medios de reflexividad productiva como el Focusing, tratando siempre de facilitar la formación de una sensación sentida respecto al PT y la simbolización congruente de todo lo que venga de ella.

Acoge y valida empáticamente los temores o dudas, distinguiendo entre: a) aquellos que requieren la afirmación empática de la vulnerabilidad en el momento (validación y fortalecimiento del sí mismo); b) aquellos que requieren una forma de coraje, presencia y congruencia por parte del terapeuta (suponen un desafío relacional que se resuelve mediante la autenticidad y aportan una experiencia de profundidad en la relación); y c) aquellos que pueden ser resueltos mediante una información básica sobre la terapia (enseñanza vivencial) y/o la naturaleza de la relación terapéutica, a las cuales el cliente tiene derecho, en virtud de su condición protagonista del proceso.

También valida las reacciones más adversas del cliente y las acoge sin defensividad. Para eso recurre a una secuencia de respuesta en la que: 1) conecta la defensividad u hostilidad reactivas con sentimientos más primarios y menos evidentes; 2) justifica esos sentimientos por la presencia de una necesidad subyacente y vinculada a la vulnerabilidad; y 3) afirma esa necesidad como algo válido, que permite entender la reacción inicial y como algo con lo que la terapia se halla alineada, pero sobre todo como algo que es importante y valioso para el terapeuta.

Etapa 6 - Confirmación (llevar adelante):

- **Estados y procesos del cliente:** Se encuentra en una posición esperanzada y de confianza suficiente, con sensación de dirección y control, así como comprometido consigo mismo, con el terapeuta y con el proyecto.
- **Operaciones del terapeuta:** Consulta si necesita preguntar o decir algo más (D). No porque algo pueda haber quedado confuso o incompleto, sino confiando en la cualidad de los procesos orgánicos, por la cual, cuando se trabaja en el borde de crecimiento de la experiencia, nuevos pasos experienciales tienden a formarse.
Además, muestra sus sentimientos respecto al proceso realizado, así como su disposición a comenzar el trabajo juntos, y acoge y aprecia las nuevas reacciones del cliente (E).
- El **conector** con la siguiente sesión es que el cliente asume personalmente el PT expresando su motivación, celebrando la nueva perspectiva alcanzada y, eventualmente, agradeciendo el trabajo realizado y la actitud y presencia del terapeuta.

Escala de Grados de Resolución

Como planteábamos al inicio, al introducir el AT, la especificación de los diferentes grados de resolución de la tarea, así como su rastreo y potencial confirmación en las ejecuciones exitosas, permite la confección de una escala ordinal, mediante la que evaluar el logro de una ejecución concreta. En este caso y, a falta de validación, la escala que proponemos en la Tabla 2, es planteada como una rúbrica en la que cada grado de resolución es evaluable utilizando una escala Likert.

Tabla 2

Rúbrica de Evaluación de Ejecuciones Basada en la Escala de Grados de Resolución

GRADOS DE RESOLUCIÓN	NIVEL DE LOGRO
1. Validación del marcador: Se forja un momento y se estructura un espacio de apertura y conciencia plena, y se desarrolla una perspectiva de observación en los que “compartir una comprensión”.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:
2. Vivificación del dolor emocional nuclear y las auto-organizaciones del sí mismo problemáticas, desde un estado agente y reflexivo: el proceso de autocomprensión se ha iniciado.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:
3. Apropiación de aspectos rechazados o negados de la experiencia (interrupciones y necesidades), y disposición a enfocar posibles formas de trabajar en terapia (conectar medios con metas y tareas).	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:
4. Acuerdo de metas terapéuticas personalmente significativas para el cliente en términos de posibles tareas y resultados de las mismas, que constituyen un proyecto terapéutico.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:

Tabla 2*Continuación*

5. Expresión y clarificación de angustias y dudas respecto a la formulación de foco, que conducen al posicionamiento autónomo y autodeterminado del cliente respecto al proyecto terapéutico.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:
6. Cliente y terapeuta confirman su disposición a trabajar de acuerdo con la formulación de foco, y a embarcarse en el proyecto terapéutico compartido.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:

Discusión

Los resultados de conducir el AT hasta el cuarto paso de la fase orientada al descubrimiento han aportado tres productos que, ahora, habrán de ser rodados y puestos a prueba en contextos clínicos y de formación. Dicho rodaje deberá permitir superar las principales limitaciones del trabajo, a saber: a) que los planteamientos teóricos, las observaciones a partir de la experiencia y el trabajo reflexivo que lo sustentan, parten de un solo clínico/investigador; b) que los productos en los que se sustentan los resultados, requieren aún de los pasos quinto y sexto de la fase orientada al descubrimiento del AT para perfeccionarse, especialmente en lo relativo a la comprobación de la presencia de los elementos del modelo en las ejecuciones exitosas; y c) su valor ha de verse probado aún en un estudio empírico, que permita cuantificar diferencialmente la utilidad del uso del modelo en el entrenamiento de terapeutas y/o en la práctica clínica apoyada sistemáticamente en la FC. No obstante, como señalan Benítez-Ortega y Garrido-Fernández (2015), dado el valor intrínseco que aporta el AT como método de investigación en psicoterapia, incluso los análisis no completados pero que aportan los datos de la fase de descubrimiento, resultan informativos de cara a la práctica y la formación. En cualquier caso, este trabajo debe entenderse como un paso inicial dentro de un proyecto más amplio, pues, como afirma Greenberg (1991), el AT se entiende mejor como un método que se despliega a lo largo de un programa de investigación, más que en un único estudio. Por otra parte, el modelo podría ser contrastado comparando casos de buen y mal resultado terapéutico y, complementariamente, realizando estudios cualitativos sobre la experiencia de los terapeutas, así como análisis conversacionales de las estrategias utilizadas por estos para facilitar que tareas y objetivos terapéuticos se aborden de forma conjunta.

En vista de los resultados y del trabajo de conceptualización que ha permitido llegar a ellos, creemos oportuno abordar tres cuestiones: la contribución a la integración, la práctica deliberada y el camino hacia la excelencia terapéutica. Este modelo se ha desarrollado en el marco específico de la TFE, lo que implica utilizar las categorías y conceptos de este paradigma. Sin embargo, si lo toma como un referente pragmático y desde una óptica de integración, cualquier terapeuta puede entender las categorías del modelo como macro-categorías y utilizarlas, junto con los procesos descritos y secuenciados, como elementos de una plantilla en la que

ubicar sus propios conceptos, categorías y procesos. Esto es posible en la medida en que la noción general de FC, en los términos en que Eells (2015, 2022) la propone, puede entenderse como un proceso, pero también como un sistema de ordenación de información, que permite componer una hipótesis acerca del sufrimiento psicológico y de la conducta problemática de una persona, basado en varias macro-categorías estandarizadas: los “mecanismos” causantes del malestar, los factores disparadores, los factores mantenedores y las causas más distales de esta configuración. En consecuencia, incluimos en este texto un cuadro con varios ejercicios de práctica deliberada con el modelo (anexo I). En ellos, el lector, sobre la base de un proceso común (las fases y grandes pasos para articular y compartir un foco y acordar un PT), puede ubicar las categorías conceptuales propias de su paradigma terapéutico de referencia y revisar sus ejecuciones. Igualmente, puede utilizar la escala de grados de resolución para autosupervisar procesos de FC. Se espera así, contribuir a la práctica integrativa de la psicoterapia siguiendo las reflexiones de Boswell et al. (2021), en esta ocasión, al ofrecer un recurso de integración en un nivel intermedio, basado en la FC como soporte de la responsividad de los terapeutas.

Por último, queremos emplazar este trabajo y sus intenciones en el horizonte más amplio de la búsqueda de la excelencia terapéutica, basada en estrategias de reflexión, *feed-back* y práctica deliberada, excelentemente recogidas y analizadas por Prado-Abril et al. (2017, 2019). En ellas, se hace mención breve de la FC como área de pericia, pero creemos que este estudio preliminar y la noción de PT como proyecto interaccional que lo precede, constituyen un aporte específico y necesario. Ello, por la razón de que vienen, no solo a complejizar el asunto dado el nivel procesual microscópico de la terapia del que se ocupan, sino a sumar solidez y clarificación en dos de las cuestiones clave del tópico: 1) el factor del cliente activo que, para Bohart y Tallman (2010) había quedado negligentemente ignorado en la literatura sobre factores comunes; y 2) lo que viene denominándose el “factor T” o factor basado en los efectos del terapeuta (Goldberg, 2020), en el que confluyen características personales, arte y técnica, a la hora de hibridar relación, evaluación e intervención, como facilitadores de los procesos reales de los clientes, quienes son, a la postre, los actores primeros y últimos de los cambios terapéuticos.

Conclusiones

La FC es un proceso abierto e iterativo, que exige modificaciones a medida que la terapia avanza. En ocasiones son mínimas, mientras que, en otras, dichas modificaciones pueden llegar a ser dramáticas. Sin embargo, lo importante es que, en la medida de lo posible, algunas de esas modificaciones hayan sido previstas. Nos referimos a las que tienen que ver con la naturaleza necesariamente física de algunos procesos. Particularmente, aquellos pertenecientes a personas cuya problemática es realmente compleja (muchos “frentes abiertos”) o bien cuyo nivel evolutivo de organización de la personalidad y su experiencia traumática impone severas restricciones a sus capacidades iniciales de procesamiento. Esto requiere

contar con formas, adaptadas y progresivas de ayudar a las personas a entender su malestar y a sí mismas, y para trabajar en su zona de desarrollo próximo, permitiéndoles participar lo más activamente posible, en los procesos de construir un PT empoderante. Un proyecto que, de alguna manera, les genere la sensación de estar en el camino de salir del enredo en el que les metió la vida y en el que terminaron de liarse. Dicho proyecto, como culmen de la FC, lo entendemos como un estado de consciencia dual, que compromete a cliente y terapeuta y que contribuye diferencialmente a la eficacia terapéutica. A su vez, es un producto de la formulación, que se produce en un marco hermenéutico-fenomenológico, que va más allá de los síntomas y que desborda la lógica del modelo biomédico en Psicología.

En este trabajo hemos desarrollado esta perspectiva en clave focalizada en la emoción, aportando un modelo de ejecución óptima provisional, de los procesos que permiten articular y asimilar un foco y formular y apropiarse de un PT. Finalmente, hemos abierto el modelo a una práctica integrativa como recurso para el entrenamiento, el desarrollo profesional y la búsqueda de la excelencia basada en la práctica deliberada. Como el propio proceso de FC, se trata de una reflexión abierta que, además, requiere de la contribución del lector para construir un saber práctico que merezca la pena, por lo que se espera que sea usada y criticada. Esperamos, en cualquier caso, que se trate de un saber bien enraizado en una conceptualización crítica de las cuestiones de fondo (psicopatología, evaluación psicológica, trastorno o tratamiento) y que, en ese sentido, contribuya al debate en nuestro campo. Pero, sobre todo, que “enganche” y que suscite la curiosidad por formas de mejorar procesos. En especial, aquel tipo de procesos en los que, en clave de la cita de Schopenhauer que encabeza el texto, el terapeuta ayuda al cliente a decir una verdad (representar) y a actuar con una dirección (voluntad), para luego “prenderse fuego” (retirarse).

Notas:

- 1- Usamos el término *clientes* por convergencia con la literatura anglosajona en psicoterapia y en particular por convergencia con la literatura en Terapia Focalizada en la Emoción. Dicha literatura es heredera de la tradición rogeriana, en la que la expresión *client* venía a subrayar el rol activo y la percepción no patologizante de las personas que acudían a terapia, por oposición a la expresión *paciente*, que poseía las connotaciones opuestas. No obstante, invitamos al lector a sustituir la palabra cliente por la que considere más adecuada: *paciente* (como aquel que padece y sufre), *persona usuaria* de un servicio, etc.
- 2- El término teleonómico ha sido aplicado en Biología para referirse a la dirección implícita en los procesos naturales (e.g., los movimientos y transformaciones de tejidos que se dan en una floración. Por contra, el término teleológico hace referencia a una finalidad en términos existenciales o trascendentales, que precedería -como esencia- a la experiencia o existencia consciente de una persona. Así pues, sin afirmar la existencia de procesos teleológicos, sí que creemos que el ser humano, en cuanto realidad auto-consciente de su finitud y en cuanto producto de la evolución natural, está preparado para vivenciar su inserción en el mundo (ser-ahí) como una experiencia teleológica. La cual, se apoya en procesos teleonómicos propios del sistema nervioso del mamífero que es, como por ejemplo la capacidad de conectarse y de orientarse desde la experiencia emocional. Lo cual, en terapia implica favorecer el contacto, regular emociones, atenderlas, simbolizarla, expresarlas,

articular necesidades y conectar cuerpo y ambiente.

Referencias

- Benítez-Ortega, J. L. y Garrido-Fernández, M. (2015). Revisión de la investigación de eventos significativos en psicoterapia mediante análisis de tareas. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 159-184. <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/34814>
- Bohart (1993). Emphasizing the future in empathy responses [Enfatizando el futuro en las respuestas de empatía]. *Journal of Humanistic Psychology*, 33, 12-29. <https://doi.org/10.1177/0022167893332004>
- Bohart, A. C. y Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing [Cómo los clientes hacen que la terapia funcione: el proceso de autocuración activa]*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10323-000>
- Bohart, A. C. y Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy [Clientes: el factor común olvidado en psicoterapia]. En B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold y M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 83–111). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-003>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance [La generalizabilidad del concepto psicoanalítico de la alianza de trabajo]. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J. F., King, B. R., Schwartzman, C. M., Wasserman, R. H. y Constantino, M. J. (2021). Responsiveness in integrative therapies [Responsividad en terapias integrativas]. En J. C. Watson y H. Wiseman (Eds.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (pp. 277–296). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-014>
- Butler, G. (1998). Clinical formulation [Formulación clínica]. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 1–23). Pergamon.
- Caro, C. (2017). *Evaluación del proceso de formulación de caso en terapia Focalizada en la Emoción* [Tesis doctoral, Universidad Pontificia Comillas, Madrid]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/22682>
- Caro, C. y 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. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.127>
- Cooper, M. (2018). The psychology of goals: A practice-friendly review [La psicología de las metas: una revisión práctica]. En M. Cooper y D. Law (Eds.), *Working with goals in psychotherapy and counselling* (pp. 35-71). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780198793687.003.0003>
- Cooper, M. (2019). *Integrating counselling and psychotherapy: Directionality, synergy, and social change [Integración de asesoramiento y psicoterapia: direccionalidad, sinergia y cambio social]*. Sage.
- Cooper, M. y Law, D. (2018). *Working with goals in psychotherapy and counselling [Trabajando con metas en psicoterapia y asesoramiento]*. Oxford University Press.
- Division of Clinical Psychology, DCP (2011). *Good Practice Guidelines on the use of psychological formulation [Guía de buenas prácticas en formulación de caso]*. British Psychological Society.
- Eells, T. D. (2016). ¿Qué es una formulación de caso basada en la evidencia? *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 47-57. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.125>
- Eells, T. D. (2022). *Handbook of case formulation [Manual de formulación de casos]* (3ª ed.). Guilford Press.
- Eells, T. D. y Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation [Enfoques teóricos y basados en la evidencia para la formulación de casos]. En P. Sturmey y M. McMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation* (pp. 1-32). Wiley-Balckwel. <http://dx.doi.org/10.1002/9781119977018.ch1>
- Eiroá Orosa, F. J., Fernández Gómez, M. J. y Nieto Luna, R. (2021). *Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI*. Editorial UOC.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach to change [Aprendizaje de la terapia centrada en la emoción: el enfoque de proceso experiencial para el cambio]*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>
- Edelstein, B. (2015). Frames, attitudes, and skills of an existential-humanistic psychotherapist [Marcos, actitudes y habilidades de un psicoterapeuta humanista-existencial]. En K. J. Schneider, J. F. T. Bugental y J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of Humanistic Psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 435-449). Sage.
- Feixas, G. y Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Desclee de Brouwer.

- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change [Una teoría del cambio de personalidad]. En P. Worchel y D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 100-148). John Wiley.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing oriented psychotherapy. A manual of the experiential method* [Psicoterapia orientada al Focusing. Un manual del método experiencial]. Guilford Press.
- Goldberg, S. (2020). Predicting the therapist effect: Study rationale and what we have learned without even looking at the data [Predicción del efecto del terapeuta: justificación del estudio y lo que hemos aprendido sin siquiera mirar los datos]. *Psychotherapy Bulletin*, 55(2), 6-12.
- Goldman, R. N. (2019). *History and overview of emotion-focused therapy* [Historia y descripción general de la terapia centrada en la emoción]. En L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of Emotion-Focused Therapy* (p. 3-35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-001>
- Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change* [Formulación de casos en terapia centrada en la emoción: Co-creación de mapas clínicos para el cambio]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14523-000>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression [Los efectos de agregar intervenciones centradas en la emoción a las condiciones de relación centradas en el cliente en el tratamiento de la depresión]. *Psychotherapy Research*, 16(5), 536-546. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y 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. <http://dx.doi.org/10.33898/rdp.v27i104.126>
- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change [Investigación sobre el proceso de cambio]. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/10503309112331334011>
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change [Una guía para realizar un análisis de tareas del cambio psicoterapéutico]. *Psychotherapy. Research*, 17(1), 15-30. <https://doi.org/10.1080/10503300600720390>
- Greenberg, L. S. (2019). Emotion-focused psychotherapy [Psicoterapia centrada en la emoción]. En L. S. Greenberg, N. T. Malberg y M. A. Tompkins, *Working with emotion in psychodynamic, cognitive behavior, and emotion-focused psychotherapy* (pp. 107-160). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000130-004>
- Greenberg, L. S., Rice, L. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process* [Facilitar el cambio emocional: El proceso momento a momento]. Guilford Press.
- Grosse, M. y Grawe, K. (2002). Bern inventory of treatment goals: part I. Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes [Inventario de Bern de objetivos de tratamiento: parte I. Desarrollo y primera aplicación de una taxonomía de temas de objetivos de tratamiento]. *Psychotherapy Research* 12(1), 79-99. <https://doi.org/10.1080/713869618>
- Guxholli, A., Voutilainen, L. y Peräkylä, A. (2021). Safeguarding the therapeutic alliance: Managing disaffiliation in the course of work with psychotherapeutic projects [Salvaguardar la alianza terapéutica: Gestionar la desafiliación en el transcurso del trabajo con proyectos psicoterapéuticos]. *Frontiers of Psychology*, 11, 596972. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.596972>
- Harper, D. y Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating 'formulation' [¿Un tipo tipo de química? Reformulación de la 'formulación']. *Clinical Psychology*, 25, 6-10.
- Hatcher, R. L. (2021). Responsiveness, the relationship, and the working alliance in psychotherapy [La responsividad, la relación y la alianza de trabajo en psicoterapia]. En J. C. Watson y H. Wiseman (Eds.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (pp. 37-58). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0000240-003>
- Horvath, A. O. y Greenberg L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory [Desarrollo y validación del inventario de alianza terapéutica]. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Johnstone, L. (2018). Psychological formulation as an alternative to psychiatric diagnosis [La formulación psicológica como alternativa al diagnóstico psiquiátrico]. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 30-46. <https://doi.org/10.1177/0022167817722230>
- Johnstone, L. y Boyle, M. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis* [El marco de significado de amenaza de poder: hacia la identificación de patrones en angustia emocional, experiencias inusuales y comportamiento problemático o problemático, como una alternativa al diagnóstico psiquiátrico funcional]. British Psychological Society
- Johnstone, L. y Dallos, R. (2014). *Formulation in psychology: Making sense of people's problems* (2ª Ed.). Routledge.

- May, R. (1980). *El dilema del hombre: Respuestas a los problemas del amor y de la angustia*. Gedisa.
- McLeod, J. y Mackrill, T. (2018). Philosophical, conceptual, and ethical perspectives on working with goals in therapy [Perspectivas filosóficas, conceptuales y éticas sobre el trabajo con metas en terapia]. En M. Cooper y D. Law (Eds.), *Working with goals in psychotherapy and counselling* (pp. 15-34). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780198793687.003.0002>
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* [Diagnóstico psicoanalítico: comprender la estructura de la personalidad en el proceso clínico]. The Guilford Press.
- Michalak, J., Püschel, O., Jormann, J. y Schulte, D. (2006). Implicit motives and explicit goals: Two distinctive modes of motivational functioning and their relations to psychopathology [Motivos implícitos y metas explícitas: dos modos distintivos de funcionamiento motivacional y sus relaciones con la psicopatología]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(2), 81–96. <https://doi.org/10.1002/cpp.440>
- Oddli, H. W., McLeod, J., Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H. y Halvorsen, M. S. (2021). Future orientation in successful therapies: Expanding the concept of goal in the working alliance [Orientación futura en terapias exitosas: Ampliando el concepto de meta en la alianza de terapéutica]. *Journal of Clinical Psychology*, 77(6), 1307–1329. <https://doi.org/10.1002/jclp.23108>
- Oddli, H. W. y Halvorsen, M. S. (2014). Experienced psychotherapists' reports of their assessments, predictions, and decision making in the early phase of psychotherapy [Informes de psicoterapeutas experimentados sobre sus evaluaciones, predicciones y toma de decisiones en la fase inicial de la psicoterapia]. *Psychotherapy*, 51(2), 295–307. <https://doi.org/10.1037/a0029843>
- Oddli, H. W. y McLeod, J. (2017). Knowing-in-relation: How experienced therapists integrate different sources of knowledge in actual clinical practice [Saber en relación: cómo los terapeutas experimentados integran diferentes fuentes de conocimiento en la práctica clínica real]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(1), 107–119. <https://doi.org/10.1037/int0000045>
- Oddli, H. W., McLeod, J., Reichelt, S. y Rønnestad, M. H. (2014). Strategies used by experienced therapists to explore client goals in early sessions of psychotherapy [Estrategias utilizadas por terapeutas experimentados para explorar los objetivos del cliente en las primeras sesiones de psicoterapia]. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(2), 245–266. <https://doi.org/10.1080/13642537.2014.927380>
- Oddli, H. W. y Rønnestad, M. H. (2012). How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency [Cómo los terapeutas experimentados introducen los aspectos técnicos en la formación inicial de la alianza: tomadores de decisiones poderosos que apoyan la capacidad de los clientes]. *Psychotherapy Research*, 22(2), 176–193. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.633280>
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S. y Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change [Desarrollos en el análisis de tareas: Nuevos métodos para estudiar el cambio]. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 527-542. <https://doi.org/10.1080/10503300902897797>
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2013). Anatomía de la Psicoterapia: El diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea*, 4(1), 5-28. <https://doi.org/10.5093/cc2013a1>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La Psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 174-183. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: Más allá de la corriente principal*. Alianza Editorial.
- Pos, A. E. y Choi, B. H. (2019). Relating process to outcome in emotion-focused therapy [Relacionar el proceso con el resultado en la terapia centrada en la emoción]. En L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 171–191). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-008>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: el ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: pericia y excelencia en psicología clínica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 110–117. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.06.001>
- Redhead, S., Johnstone L. y Nightingale J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy [Experiencias de los clientes de formulación en terapia cognitivo-conductual]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 453-67. <https://doi.org/10.1111/papt.12054>

- Rice, L. N. y Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* [*Patrones de cambio: análisis intensivo del proceso de psicoterapia*]. Guilford.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change [The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change]. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being [La teoría de la autodeterminación y la facilitación de la motivación intrínseca, el desarrollo social y el bienestar]. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction* [*Organización de secuencias en interacción*]. Cambridge University Press.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy [Responsividad en psicoterapia]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy: An emotion-focused approach* [*Transformando el dolor emocional en psicoterapia: un enfoque centrado en la emoción*]. Routledge.
- Timulak, L., Iwakabe, S. y Elliott, R. (2019). Clinical implications of research on emotion-focused therapy [Implicaciones clínicas de la investigación sobre la terapia centrada en la emoción]. En L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 93–109). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-004>
- Toukmanian, S. G. y Rennie, D. L. (1992). *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* [*Investigación del proceso de psicoterapia: enfoques paradigmáticos y narrativos*]. Sage Publications, Inc.
- Tudor, K. (2011). Rogers' therapeutic conditions: A relational conceptualization [Las condiciones terapéuticas de Rogers: una conceptualización relacional]. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/14779757.2011.599513>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* [*El gran debate de la psicoterapia: la evidencia de lo que hace que la psicoterapia funcione*] (2ª ed.). Routledge.
- Watson, J. C. y Wiseman, H. (2021). Introduction: Exploring responsiveness and attunement in psychotherapy [Introducción: Explorando la responsividad y la sintonía en psicoterapia]. En J. C. Watson y H. Wiseman (Eds.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (pp. 3–12). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-001>
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulations [Sobre la estructura de las formulaciones de casos]. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 210–216. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.3.210>

Anexos

Anexo I

Propuestas de Práctica Deliberada con el Modelo

Práctica 1) Auto-supervisión: Utiliza el modelo para revisar tu manera de pasar de la fase de *evaluación* a la de *propuesta* con tus clientes:

- a. Si dispones de material grabado de una sesión en la que realizas este proceso, revísala contrastando lo que ambas partes hacéis, con lo que propone el modelo.
- b. ¿De qué te das cuenta?
- c. ¿Hay algo que falta o sobra en tu ejecución? ¿Y en el modelo?

Práctica 2) Articulación de un foco terapéutico: Cuando sea oportuno, trabaja con uno de tus casos actuales para:

- a. Identificar, según tu modelo de referencia, los elementos constitutivos de un foco terapéutico y fórmulo (genera una narrativa o una carta de formulación para el cliente).
- b. Eventualmente, utiliza el modelo de formulación de foco en TFE (el MENSIT) para enriquecer tu formulación.
- c. Compártelo con tu cliente e implícale en la co-construcción activa de la narrativa que explica lo que le ha ocurrido, lo que tuvo que hacer para adaptarse o sobrevivir y lo que le ocurre ahora.

Práctica 3) Articulación de un proyecto terapéutico: igualmente, si tienes la oportunidad, trabaja con el caso anterior o bien con otro para:

- a. Identificar los elementos básicos a partir de los que formular un proyecto terapéutico junto al cliente. Para ello toma en cuenta: 1) los procesos de cambio propios del modelo con el que trabajes; 2) las técnicas asociadas a esos procesos; y 3) posibles metas terapéuticas que podrían ser relevantes para la persona.
- b. Comparte tu propuesta con el cliente e implícale en la co-construcción activa de un proyecto terapéutico personal y compartido.
- c. Considera la posibilidad de definir el proyecto desde la perspectiva existencial planteada en este trabajo, y trata de vincular los objetivos macro a los micro.

Observaciones:

- Si no te sientes muy seguro/a, puedes comenzar por hacer la práctica sin el cliente. Y si estás familiarizado/a con el modelo, prueba a incorporarlo activamente en la sesión.
 - Igualmente, revisa tu ejecución y reflexiona sobre el posible impacto terapéutico en el cliente y en la alianza.
-