

# 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

## CASE FORMULATION IN EMOTION-FOCUSED THERAPY: FROM MARKERS WORK AND PROCESS FACILITATION TO THE CO-CREATION OF A THERAPEUTIC FOCUS

Rohnda N. Goldman <sup>1</sup>, Leslie S. Greenberg<sup>2</sup> y Ciro Caro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Argosy University, Schaumburg (Illinois, Estados Unidos)

<sup>2</sup>York University, Toronto (Ontario, Canadá)

<sup>3</sup>Departamento de Psicología y Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI)  
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Goldman, Rohnda N., Greenberg, Leslie 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), 23-45.

### Resumen

*El modelo de formulación de caso (FC) en Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) refleja el modo óptimo de trabajar de un terapeuta, que aplica los principios de este modelo. En ese sentido, pone de relieve el peso de las competencias perceptuales del clínico, que debe ser capaz de detectar e identificar los marcadores y micro-marcadores que permiten responder a la experiencia emocional del cliente en el momento y dentro de la sesión. E igualmente afirma la necesidad de contar con una estructura conceptual que dé soporte a la co-construcción de un foco terapéutico, de modo tal que el cliente gane agencia respecto a sus propias dificultades, y ofrezca al terapeuta una guía respecto a cuál es la base emocional de esas dificultades y cómo trabajar con ellas. Por otra parte, se pone de manifiesto el carácter humanista y constructivista de este enfoque, haciendo patente el rol del cliente como experto en su propia experiencia, y el del terapeuta como experto en procesos, que pone su competencia de formulación al servicio del cliente. Se presenta el modelo general de FC en TFE en términos de sus fases y pasos, y se abordan los aspectos epistemológicos y teóricos más relevantes: el encaje de la noción de formulación en una terapia humanista-experiencial, y la naturaleza abductiva del tipo de razonamiento a través del cual el terapeuta realiza inferencias.*

*Palabras clave: Terapia Focalizada en la Emoción, Formulación de caso, Marcadores de tarea, Esquemas de emoción, Diagnóstico de proceso, Foco terapéutico*

Fecha de recepción: 1/06/2016. Fecha de aceptación: 18/06/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: cirocaro@comillas.edu

Dirección postal: Ciro Caro. Departamento de Psicología y Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI). Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Calle Mateo Inurria, 37, 28036 Madrid, España.

© 2016 Revista de Psicoterapia



### **Abstract**

*The case formulation (CF) model of Emotion-Focused Therapy (EFT) shows the optimal performance of a therapist when applying this model's tenets. In this respect, it stresses the relevance of the clinician's perceptual competences, who must be able to detect and identify the markers and micro-markers that allow to respond moment-by-moment, to the client's in-session emotional experience. It also remarks the need to count on a conceptual structure to support the co-construction of a therapeutic focus, in such a way that the client gains agency in relation to his or her difficulties, and can be used by the therapist, as a guide to understand the emotional basis of those difficulties, and how to deal with them. On the other hand, this paper highlights the humanistic and constructivist character of this approach, by stressing the client's role as an expert on his or her own experience, and the therapist's role as an expert in processes facilitation, that puts his or her competence at the service of the client. The general model of CF in EFT is presented in terms of its stages and steps, and the more relevant epistemological and theoretical issues are addressed: The fit of the notion of formulation in a humanistic-experiential therapy, and the abductive nature of the kind of reasoning by which the therapist makes inferences.*

*Keywords: Emotion-Focused Therapy, Case Formulation, Task markers, Emotion Schemes, Process diagnosis, Therapeutic Focus*

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

De ese modo, tanto la perspectiva centrada en la persona y experiencial, como la orientación a la facilitación del proceso que presiden las intenciones terapéuticas en TFE, quedan integradas en el modo de conducir la FC en TFE. El cual, no se rige por una secuencia de pasos a aplicar, ni se apoya en una plantilla para seleccionar y organizar la información clínica al nivel de caso, ni tampoco genera una formulación a partir de la cual proponer un tratamiento. No obstante, cuando el proceso terapéutico avanza, y tras las primeras sesiones, cliente y terapeuta son capaces de desarrollar un conocimiento reflexivo acerca de las dificultades de la persona, que sirve para establecer un foco terapéutico. Dicho foco es, por una parte, una co-construcción acerca de los procesos que característicamente están causando el malestar de la persona, así como sus dificultades para responder adaptativa y creativamente a su vida. Y es, por otra, un acuerdo tentativo acerca del tipo de actividades y experiencias de cambio emocional –tareas terapéuticas–, en las que ambos probablemente habrán de implicarse en sesiones venideras, a fin de lograr el cambio deseado, y en general a fin de promover el auto-dominio o maestría emocional de la persona, la consiguiente recuperación de su sentimiento de agencia, y el restablecimiento de una posición de autoría en su existencia.

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

### **La Terapia Focalizada en la Emoción**

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

Las emociones son vistas como algo fundamental en la construcción del sí mismo, y como un determinante clave de los procesos de autoorganización e identidad. Son sistemas de procesamiento de la información adaptativos, resultado de la evolución, que informan a las personas acerca de que una meta, una necesidad o un valor importantes pueden ser satisfechos o realizados, o bien pueden resultar perjudicados en una situación dada. A la vez, se considera que las memorias o recuerdos emocionales de la experiencia vivida, están conformados por esquemas de emoción a través de los cuales las personas reaccionan automáticamente (bien

ante señales heredadas, o ante situaciones interpersonales aprendidas complejas). En tanto los esquemas de emoción son unidades de respuesta y también de producción de experiencia –formando redes de memoria–, el procesamiento esquemático de la emoción constituye la principal fuente de experiencia emocional, y son por ello el principal objetivo de intervención y cambio en TFE. No obstante, es más probable que el cambio en las estructuras de memoria esquemática suceda durante el proceso de reconsolidación de memoria: “[...] cada vez que una memoria es recuperada, el rastro de memoria subyacente es de nuevo lábil y frágil, y requiere otro periodo de consolidación, llamado de reconsolidación” (Greenberg, 2010, p. 33), el cual ofrece una oportunidad para perturbar (terapéuticamente) una memoria esquemática problemática, bloqueando la reconsolidación. Por ello los terapeutas en TFE ayudan a sus clientes a generar experiencias nuevas y alternativas, o dialécticamente opuestas –a la vez que personalmente congruentes y significativas. Más que simplemente tener emociones, las personas viven en un proceso constante de dar sentido a sus emociones, y esta integración de razón y afecto es lograda a través de un proceso continuo de crear significado a partir de la experiencia, simbolizando sensaciones sentidas corporalmente, y articulándolas en el lenguaje, y a partir de ahí, construyendo nueva experiencia (Greenberg y Pascual-Leone, 1995). Por lo tanto, las intervenciones en TFE necesitan focalizarse tanto en la emoción como en el significado.

De acuerdo con las explicaciones precedentes, la intervención en TFE está basada en dos principios fundamentales del tratamiento: la provisión de una relación terapéutica, y la facilitación diferencial del trabajo terapéutico. El estilo relacional es el centrado en la persona (el terapeuta se adentra en el marco de referencia interno del cliente y sigue su experiencia empáticamente), y esto se combina con un estilo gestáltico más directivo (el terapeuta ayuda al cliente a implicarse en experimentos para profundizar en la experiencia). Este segundo aspecto de la intervención en TFE ha conducido a la investigación de una serie de tareas terapéuticas que ayudan a los clientes y al terapeuta a trabajar de modo diferente en diferentes momentos, de acuerdo con los marcadores de los estados internos actuales del cliente y de sus problemas afectivo/cognitivos dentro de la sesión. Estos marcadores son señales que indican cuál es el tipo de intervención potencialmente más apropiada, y también informan acerca de la disposición actual del cliente para trabajar en los problemas inferidos a partir de un marcador de tarea, y que están causando su estado interno problemático en el momento. Los terapeutas en TFE son entrenados para identificar esos marcadores y para intervenir en los modos que mejor encajen con esos problemas en tiempo real. La Tabla 1 muestra una colección de marcadores investigados, y sus correspondientes tareas terapéuticas, cuya diferenciación es parte de las habilidades de FC en TFE.

Junto a la sintonización empática de los estados cambiantes del cliente en el aquí y ahora, los terapeutas necesitan conducir algún tipo de evaluación o diagnóstico emocional. Así, distinguen entre *emociones primarias* (las reacciones iniciales

más fundamentales de la persona frente a una situación (p.e. sentir tristeza ante la pérdida), y las *emociones secundarias* (que son respuestas hacia los propios pensamientos o sentimientos, más que a una situación, como sentirse enfadado en respuesta a sentirse herido). Y también establecen diferencias entre *emociones primarias adaptativas* (a las que se accede porque contienen información útil), y *emociones primarias desadaptativas* (sentimientos que a la persona le resultan viejos y familiares, y que son resistentes al cambio mediante el mero razonamiento

**Tabla 1.**

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

| <b>Marcador de tarea</b>   | <b>Intervención</b>   |
|--|---|
| <b>TAREAS BASADAS EN LA EMPATÍA</b>  |   |
| Experiencia relevante para el problema (p.e., interesante, inquietante, intensa, desconcertante)   | <b>Exploración empática general</b>   |
| Vulnerabilidad (emoción dolorosa relative al sí mismo)   | <b>Afirmación empática</b>  |
| <b>TAREAS RELACIONALES</b>   |   |
| Comienzo de la terapia   | <b>Formación de la alianza</b>  |
| Queja respecto a la terapia o dificultad y evitación (cuestiona metas o tareas; evitación persistente del trabajo o de la relación)                                | <b>Diálogo sobre la alianza</b><br>(cada uno explora su papel en la dificultad) |
| <b>TAREAS DE EXPERIENCIACIÓN</b>   |   |
| Dificultad en el foco atencional (p.e., confuso, desbordado, en blanco)  | <b>Despejar un espacio</b>  |
| Sentimiento poco claro (vago, externo o abstracto)   | <b>Enfoque experiencial (Focusing)</b>  |
| Dificultades en la expresión de sentimientos (evitación de sentimientos, dificultades en la respuesta a preguntas sobre sentimientos, descripciones prefabricadas) | <b>Permitir y expresar la emoción</b>   |
| <b>TAREAS DE REPROCESAMIENTO</b>   |   |
| Marcador narrativo (presión interna para contar una historia vital difícil, tal como un trauma)  | <b>Re-narración del trauma</b>  |
| Protesta de significado (un suceso vital viola una creencia fundamental)   | <b>Trabajo de significación</b>   |
| Un punto de reacción problemática (sobre-reacción a una situación específica)  | <b>Despliegue evocador sistemático</b>  |
| <b>TAREAS ENACTIVAS</b>  |   |
| Escisión auto-evaluativa (autocrítica, sentimientos de estar dividido)   | <b>Diálogo de las dos sillas</b>  |
| Escisión auto-interruptora (sentimientos bloqueados, resignación)  | <b>Representación con las dos sillas</b>  |
| Asuntos inacabados (mal sentimiento duradero acerca de un otro significativo)  | <b>Trabajo con la silla vacía</b>   |

o desconfirmación). Es necesario regular y acceder a las emociones desadaptativas a fin de transformarlas, mientras que las emociones secundarias deben ser utilizadas tan solo para obtener acceso a sus generadores más primarios.

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

Lo anterior se refiere a la transformación de una emoción primaria desadaptativa previamente evitada (y problemática) (p.e. el miedo, la vergüenza y la tristeza de estar solo y abandonado) mediante la coactivación de una emoción adaptativa incompatible (p.e. la rabia empoderizante o la compasión con uno mismo). Y por ello, los terapeutas ayudan a los clientes a acceder a nuevas emociones subdominantes en la sesión de diversas maneras: (1) mueven la atención hacia aspectos de la situación cualitativamente diferentes, o hacia emociones que de hecho están siendo expresadas pero que sin embargo permanecen en la periferia de la consciencia del cliente; (2) enfocando en las necesidades sentidas, y movilizándolo por tanto la emergencia de una nueva emoción; (3) utilizando representaciones o la imaginación para evocar nuevas emociones; (4) recordando la ocasión en que una determinada emoción fue sentida; (5) enseñando al cliente a enriquecer su mirada sobre las cosas; (6) expresando una emoción por el cliente cuando éste no puede, etc. Finalmente, junto con la simbolización de la experiencia en palabras, la reflexión sobre la experiencia emocional ayuda a las personas a crear un significado narrativo acerca de sus vidas, y a crear marcos alternativos de autocomprensión y para el desarrollo de su identidad.

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

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

### **Principios guía de la formulación de caso en TFE**

El modelo actual de FC en TFE ha sido sintetizado como una evolución de la teoría (Goldman y Greenberg, 2015; Greenberg y Goldman, 2007), que aporta a los terapeutas tres elementos para trabajar eficazmente con la experiencia y con el afecto en psicoterapia: Un medio para entender la fuente emocional de los problemas que presenta el cliente; una guía para que el clínico pueda desarrollar un foco con la ayuda del cliente, y un conjunto de mapas para guiar de modo diferencial la formulación en el nivel de proceso. No obstante, antes de describir el proceso de FC en TFE, puede resultar clarificador establecer una serie de principios guía, que actúan de modo transversal en las diversas actividades de la FC en este modelo.

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

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

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



como una pluralidad multivocal. Así, formular en TFE supone identificar esta pluralidad, sus dificultades y necesidades específicas de creación de puentes de significado entre experiencia y consciencia a través del lenguaje (y otras formas expresivas), y la conceptualización de múltiples procesos en términos de las posibilidades y necesidades de diálogo entre diversas partes o aspectos del sí mismo.

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

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

*Ofrecer presencia, evitar la evitación y seguir la brújula del dolor para y activar esquemas de emoción clave en la sesión.*- En este trabajo, el terapeuta trata de sintonizar momento a momento con la experiencia del cliente, escuchando y poniendo el oído en aquello que resulta más doloroso, vivo o ambiguo, y mostrándose presente y emocionalmente disponible. Para ello utiliza un dispositivo metafórico de formulación, que denominamos “brújula del dolor”. Cuando el terapeuta formula siguiendo el lugar al que apunta la brújula vivencial del dolor del cliente en el instante –y no la teoría u otras conceptualizaciones sobre lo que es doloroso o patológico–, y logra responder empáticamente a lo que sucede, le ayuda a evitar la evitación y le ayuda a simbolizar la experiencia en la conciencia. Así, junto con cierta regulación emocional implícita, se produce la diferenciación de las respuestas emocionales del cliente y la aparición –como figura– de nuevas experiencias que deben ser formuladas, y con las que es posible trabajar en terapia (i.e., los distintos tipos de emoción y los marcadores de tarea, de los que nos ocuparemos en secciones posteriores). De este modo, la FC en TFE permite que el dolor crónico

y duradero del cliente se haga presente, sea accesible y funcione como puerta de entrada a sus problemas nucleares, expresados en clave de los esquemas de emoción a partir de los cuales se auto-organiza el sí mismo. Todo ello, en lugar de conceptualizar dichos problemas como un tipo de personalidad, una serie de dinamismos del carácter, un estilo relacional, o un patrón de respuesta persistente a través de las diversas situaciones, a partir de los cuales acceder después a la experiencia dolorosa.

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

*La formulación es guiada por marcadores.*- Tanto el trabajo de sintonización empática momento a momento y la exploración, como la focalización en la experiencia dolorosa emergente y el trabajo con tareas terapéuticas, son guiados por marcadores. Como dijimos anteriormente, estos son señales que permiten al terapeuta identificar estados internos particulares asociados a necesidades de procesamiento emocional específicas, y son los elementos que guían al terapeuta en la formulación procesual. Para ello, el terapeuta ha de desarrollar una serie de habilidades perceptuales (Greenberg, 2013), que le permitan distinguirlos en varios niveles:

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

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

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

subyacentes en los problemas relacionales o conductuales que presenta el cliente.

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

Además, Greenberg y Angus (2004) y Angus y Greenberg (2010) han abordado las relaciones entre TFE y procesos narrativos extensamente, e incluso han identificado una serie de marcadores narrativos, que dan cuenta de la interacción entre experiencia sentida, dificultades o bloqueos narrativas, y sus correspondientes oportunidades de procesamiento en la sesión.

### **El proceso de formulación de caso en TFE**

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

del terapeuta en esa fase, y los objetivos que persiguen –los cuales pueden ser entendidos también como resultados de la terapia. Además, referenciamos sucintamente los pasos de cada fase en las Tablas 2, 3 y 4, junto con un breve ejemplo ilustrativo, y remitimos al lector al trabajo de Goldman y Greenberg (2015) para entrar en detalle en cada uno de ellos.

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

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

1. Lograr una comprensión del modo en que el cliente da significado a los sucesos de su vida, y a los impactos emocionales generados por estos.
2. Facilitar que los asuntos clave o los temas focales de la narrativa vayan emergiendo, de modo que se produzca una primera aproximación a la causa de los problemas actuales de la persona, los cuales, en general, pueden ser conceptualizados según una de estas cuatro categorías: (1) Falta de conciencia emocional, por la cual la persona no accede a la emoción (i.e., a causa de un bloqueo o interrupción, o debido a que no ha aprendido a dirigir la atención a su experiencia), de modo que le resulta imposible orientarse y crear significado; (2) desregulación emocional (ya sea por exceso o por defecto), de modo que el contacto con la emoción resulta improductivo o problemático; (3) crisis de significación emocional, que suele suponer algún tipo de falla en la capacidad de la persona para crear significado existencial a partir de un suceso traumático, o un cambio radical y desconfirmador en su existencia; y (4) procesamiento emocional desadaptativo, por el cual la estructura emocional esquemática que sirve a la persona para auto-organizarse, resulta problemática en algún sentido (bien por su rigidez o por su carácter desadaptativo) como resultado del aprendizaje emocional (i.e., como sucede en el aprendizaje traumático, en las vivencias que propiciaron un desarrollo condicionado de la identidad, o en el establecimiento de determinadas formas de apego).

El terapeuta explora la historia de los problemas actuales siguiendo al cliente y ayudado por la brújula del dolor, mientras escucha y valida empáticamente lo que el cliente trae. En ese proceso, hace formulaciones en el nivel de micro-procesos, que le permiten ajustarse responsivamente en la exploración. Por ejemplo valora el estilo de procesamiento emocional del cliente, su cualidad vocal, la expresión facial y corporal, el nivel de regulación emocional, las estrategias de afrontamiento emocional, el nivel de implicación experiencial, etc. En la Tabla 2 se pueden observar, ejemplificados, los pasos 1 a 4, que corresponden a esta fase.

**Tabla 2.****Fase 1: Desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del cliente**

1. **Escuchar los problemas que presenta el cliente** (dificultades relacionales, emocionales o conductuales).

Ejemplo: Problemas de imagen corporal.

2. **Escuchar e identificar la experiencia emocional más dolorosa y/o conmovedora.** Supone atender y responder al aspecto más doloroso, vivo o conmovedor del relato del cliente.

Ejemplo: *Mi madre solía decirme que estaba demasiado gordo (...). De adolescente me atrajo mucho la idea de participar en algún deporte de equipo, pero mi madre me decía «Cariño, ¿pero cómo te vas a apuntar? ¡Eres demasiado lento!» Ahora que tengo 35, cuando me miro en el espejo, me veo feo. Mi mujer me dice que soy guapo... pero no puedo creerla).*

3. **Observar la naturaleza del estilo de procesamiento emocional del cliente** a fin de ser responsivo e incrementar su productividad. Para ello, el terapeuta tiene en cuenta diversas variables.

Ejemplos: Calidad vocal, activación emocional, regulación emocional, etc..

4. **Ayudar al cliente a desplegar la narrativa del problema y/o la historia vital en la que se encuadra.** Supone escuchar e identificar cooperativamente cuál es la historia que está detrás del relato del cliente (temas de apego e identidad fundamentalmente).

Ejemplo: Un vínculo con una figura parental invalidadora.

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

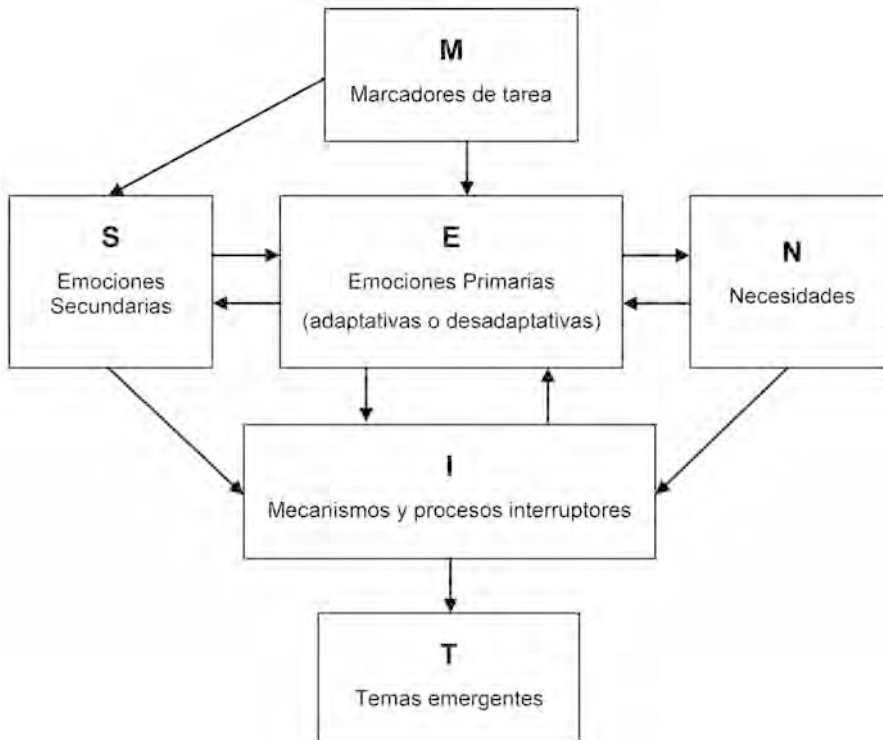
El proceso clave en la Fase 2 es la identificación de los esquemas de emoción nucleares y sus auto-organizaciones asociadas, que actúan como determinantes principales de las dificultades del cliente, junto con la co-construcción de los temas emergentes relativos a esos esquemas. La actividad del terapeuta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

vergüenza surge de experiencias de haber sido menospreciado ante los demás. En esta segunda fase los objetivos terapéuticos incluyen:

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

**Figura 1.**

**Elementos de la narrativa del foco terapéutico en formulación de caso en TFE**



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

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

En la Tabla 3 se presentan los pasos 5 a 11, y se ilustran tanto los elementos del MENSIT como la generación de una breve narrativa que constituye un foco terapéutico.

**Tabla 3.**

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

Identificar los elementos del MENSIT:

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

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

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

Ejemplo: Dolor/vergüenza (auto-desprecio).

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

Ejemplo: Autoestima y valoración.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Producir cambios en los esquemas de emoción nucleares a través de las tareas terapéuticas.
2. Reintegrar el nuevo significado emocional y la nueva experiencia del sí



mismo y el mundo –resultante de la resolución exitosa de las tareas terapéuticas–, en la narrativa de identidad de la persona.

3. Facilitar el desarrollo de alternativas saludables y explorar las dificultades de su puesta en práctica en la vida del cliente.
4. Trabajar con nuevos marcadores relativos a tareas emergentes, que pueden ser consecuencia del acceso a dificultades que habían permanecido en un segundo plano y que requerirán la formulación de un nuevo foco, o bien pueden ser simplemente el resultado de que el cliente empieza a afrontar nuevos retos existenciales y relacionales, que aún requieren acompañamiento –si bien la persona cuenta ya con un mayor dominio de sus procesos experienciales y de sus competencias de inteligencia emocional.

La Tabla 4 cierra la enumeración e ilustración de los pasos del proceso de FC en TFE, y aporta ejemplos sobre el tipo de procesos de la Fase 3, asociados a los pasos 12 a 14.

**Tabla 4.**

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

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

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

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

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

A su vez, una vez se produce la implicación en una tarea, el terapeuta atiende a

los micro-marcadores internos de esa tarea.

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

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

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

---

### **Aspectos epistemológicos y teóricos de la formulación de caso en TFE**

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

Si bien la tradición Humanista en psicoterapia, y particularmente la Terapia Centrada en la Persona (TCP) han sido críticas con los asuntos relativos al diagnóstico y la formulación, en realidad la noción de formulación de proceso ha estado en el núcleo mismo de sus teorías. Ya sea porque el terapeuta debía utilizar la empatía para captar el mundo interno de la persona desde su propio marco de referencia, o porque la propia teoría rogeriana en sus diferentes fases ofreció conceptualizaciones de las fuentes de disfunción o malestar (i.e., el modelo de

congruencia-incongruencia entre experiencia y auto-concepto), o por ambos motivos, la FC entendida como un proceso que permite llevar la terapia adelante de un modo dialógico, ha estado desde el principio en el centro del trabajo humanista. La terapia Gestalt y Fritz Perls por otra parte, ofrecieron conceptualizaciones complementarias a las de la TCP (i.e., el ciclo de satisfacción de necesidades o las polaridades), y aportaron técnicas psicodramáticas que integraban mapas de proceso implícitos, los cuales servían a los terapeutas para formular momento a momento qué era necesario hacer durante su aplicación, y ayudar así al cliente a resolver conflictos entre aspectos del sí mismo o con otros. Por otra parte, la conceptualización experiencial del sí mismo aportada por Eugene Gendlin en su modelo de Terapia Experiencial y Focusing, es en sí misma una formulación de las dificultades psicológicas en términos de cómo la persona puede estar en relación con su flujo experiencial sentido corporalmente, o en su lugar, relacionarse con y a través de conceptos u otras abstracciones. Así pues, la justificada preocupación de Carl Rogers por los desequilibrios y abusos de poder que el diagnóstico psicológico podría suponer cuando el terapeuta utiliza etiquetas diagnósticas o impone interpretaciones a la experiencia de la persona, se diluye cuando entendemos la FC como un trabajo colaborativo en el que la teoría y la tecnología de la terapia se ponen al servicio de la relación, y las formulaciones se someten a la validación última por parte del cliente. En ese sentido, podemos afirmar que la FC en TFE ha evolucionado para aportar a los clínicos un marco explicativo, que les ayude a comprender los problemas de sus clientes en términos de sus determinantes emocionales subyacentes, pero que no sustituye la tarea de conocerlos como personas globales y de encontrarse con ellos.

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

Por otra parte, el modelo de FC que acabamos de presentar ha ido evolucionando con la teoría general de la TFE, y es consistente con un enfoque hermenéutico-cualitativo de investigación, que es parte de esa evolución. Este enfoque —que engloba metodologías como la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) (Glaser y Strauss, 1967)— propicia la construcción de estructuras de abajo a arriba a partir del cotejo de datos más básicos, entre los que es posible percibir relaciones o afinidades que generan unidades de significado superiores. Análogamente, la FC en TFE supone la construcción de estructuras que surgen del proceso mismo de la terapia, cuando es mirado por las mentes activas y en interacción del cliente y del

terapeuta. Como consecuencia, la FC en TFE pasa a ser un proceso interactivo dinámico, que pese a poder ser sintetizado en fases y pasos prototípicos, se parece poco a la aplicación de un plan fijo o estructurado. Además, la FC crece orgánicamente a partir del proceso y se ve constantemente alterada por la nueva información que procede del proceso mismo y del cliente. De esa manera, aunque la información emergente se organiza en el marco de comprensión que se forma desde las etapas tempranas de la terapia, cuando la nueva información es discrepante con ese marco, la formulación cambia.

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

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

criticando por no ser como debería ser).

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

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

Por último, queremos dejar constancia de que el desarrollo de la FC en TFE es un tópico abierto y en evolución. Otros autores en este marco teórico están realizando propuestas que, si bien se engranan en el modelo general desarrollado en estas páginas, ponen el énfasis en aspectos diversos. Por ejemplo, Timulak y Pascual-Leone (2014) enfatizan el uso de los hallazgos recientes sobre los procesos de transformación de la emoción en TFE, para que el terapeuta pueda trabajar directamente con los esquemas de emoción y las auto-organizaciones del cliente que causan el dolor emocional, así como con las formas de auto-tratamiento de la

persona, que contribuyen a este mismo dolor. O también Pascual-Leone y Kramer (2016), quienes han propuesto un método para el desarrollo de formulaciones de caso basadas en la emoción, recurriendo a procesos emocionales bien investigados, los cuales pueden aparecer transversalmente en el trabajo con múltiples modelos de psicoterapia.

## Conclusiones

En este artículo hemos presentado al público de habla hispana el modelo de FC de la TFE, tratando de resaltar los aspectos de proceso del terapeuta en relación con proceso del cliente a lo largo de la terapia.

Hemos partido de una introducción conceptual al modelo de FC de la TFE, planteando la necesidad que tiene el terapeuta de formular para tomar decisiones en tiempo real, que le permitan aplicar los principios de este modelo terapéutico, equilibrando el trabajo de seguir y de guiar al cliente, sobre la base de una profunda sintonización empática. Después hemos hecho una introducción breve a la TFE como tratamiento neo-humanista experiencial, a fin de que el lector tenga a mano algunos conceptos clave de la teoría (esquemas de emoción, tipos de emoción, diagnóstico de proceso, marcadores, tareas terapéuticas, procesos de cambio emocional, etc.), a la hora de afrontar los contenidos específicos de FC. A partir de ahí, hemos introducido una síntesis de los principios que guían la FC en TFE y hemos reflexionado sobre la interacción entre emoción y narrativa en el proceso de formulación, como proceso integrado en la intervención.

A continuación hemos descrito las fases y pasos de la FC en TFE y las hemos ejemplificado brevemente, para pasar después a desarrollar con cierta extensión la idea de que en esta forma de FC humanista-experiencial, el terapeuta se desenvuelve como un lector e “intérprete vivencial” activo de lo que sucede dentro del cliente y en la interacción con él, asistido por procesos de razonamiento abductivo.

## Referencias bibliográficas

- Angus, L. E. y Greenberg, L. S. (2010). *Working with narrative in Emotion-Focused Therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Angus, L. E., Lewin, J., Bouffard, B. y Rotondi-Trevisan, D. (2004). “What is the story?”. Working with narrative in Experiential Psychotherapy. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The handbook of Narrative Psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 87-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Buber, M. (1923/1970). *I and thou*. Nueva York, NY: Touchstone.
- Caro, C. (2005). El concepto de “auto-organización” en Psicoterapia Experiencial y de Proceso. *Miscelánea Comillas*, 63(123), 367-396.
- Elliott R., Greenberg, L. S. y Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapy. En M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy & behavior change* (pp. 493-539). Nueva York, NY: John Wiley.
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Nueva York, NY: Guilford Press.

- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Adeline.
- Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in Emotion-Focused Therapy: Co-creating clinical maps for change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A clinical synthesis. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32-42.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2013). Emotion-Focused Therapy. En L. S. Greenberg, N. McWilliams y A. Wenzel (Eds.), *Exploring three approaches to psychotherapy* (pp. 15-69). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. y Angus, L. E. (2004). The contribution of emotion processes to narrative change: A dialectical-constructivist approach. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The handbook of Narrative Psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 331-350). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Greenberg, L. S. y Goldman, R. N. (2007). Case formulation in Emotion-Focused Therapy. En T. D. Eells (Ed.) *Handbook of Case Formulation* (pp. 379-411). Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. y Pascual-Leone, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. En R. Neimeyer y M. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 169-194). Washington, DC: American Psychological Association.
- Paivio, S. y Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy for complex trauma: An integrative approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pascual-Leone, A. y Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887
- Pascual-Leone, A. y Kramer, U. (2016). Developing emotion-based case formulations: A research-informed method. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1998
- Peirce, C. S. (1931-1958). *Collected papers* (C. Hartshorne, P. Weiss y A. Burks, Eds., Vols. 1-8). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stiles, B. F. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(11), 1-21.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It’s worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86-91.
- Timulak L. y Pascual-Leone, A. (2014). New developments for case conceptualization in Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2(6), 619-636.
- Whelton, W. J. y Greenberg, L. S. (2001). The self as a singular multiplicity: a process-experiential perspective. En C. J. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapy process* (pp. 87-106). Washington, DC: American Psychological Association.