

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

Psicoterapia minorías culturales
y migrantes

ΨΨΨΨΨΨ€

131

Ψ

Editorial

Las adaptaciones culturales de la psicoterapia. Un bosquejo del estado de la cuestión Jesús García-Martínez.....	1-3
---	-----

Artículos del Monográfico

La experiencia emocional de un niño en situación de migración y refugio acogido en São Paulo: Un estudio de caso Gleise Sales Arias y Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo	4-11
Los Actos Bellos Familiares (ABF): Hacia una nueva resignificación del malestar psicológico de los/las menores en la migración Josep Xifré Ramos-Aubia, Javier Ortega Allué y Dr. Hithem Abdulhaleem Lubbadah.....	12-19
The letter of complaint to the Netherlands. A way to plan intervention in migratory grief cases Nuria Maldonado-Bellido, M ^a Dolores Lanzarote-Fernández, & Jesús García-Martínez.....	20-29
Las adaptaciones culturales de la psicoterapia. Una visión crítica del estado de la cuestión Jesús Garcia-Martínez.....	30-49

Artículos Fuera del Monográfico

Terapia psicodinámica breve en trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados: Evaluación de su utilidad Daniel Andrés Prado Martínez.....	50-61
Entendiendo el sentido de la vida desde la terapia de aceptación y compromiso Josep Pena-Garijo	62-72
Revisión sistemática de la investigación en psicoterapia grupoanalítica Ferran Vilalta-Abella y José Miguel Ribé Buitrón	73-84
La terapia de poesía como tratamiento psicológico: Un metaanálisis Daniel Rodríguez-Rodríguez	85-92
La psicoterapia en la era digital: Dilemas éticos y desafíos técnicos de la práctica clínica Contemporánea Juanjo Macías.....	93-102
Estilo personal del terapeuta y competencias socioemocionales en una muestra de terapeutas argentinos Mariano Daniel Villarrubia	103-112

Caso Clínico

Intervención contextual basada en ACT en un caso de violencia de género Antonio Blanco Guerrero.....	113-122
---	---------



Editorial

Las Adaptaciones Culturales de la Psicoterapia. Un Bosquejo del Estado de la Cuestión

Cultural Adaptations in Psychotherapy. A Sketch of the State of the Art

Jesús García-Martínez 

Universidad de Sevilla (España)

Introducción

La globalización ha acelerado los movimientos migratorios que, por otra parte, han definido siempre la historia de la humanidad (Hoerder, 2022). Con cada vez mayor frecuencia los profesionales de la psicoterapia de los países occidentales deben trabajar con clientes que proceden de otros ámbitos culturales. Por otra parte, los modelos de psicoterapia están dando cada vez más importancia a los factores contextuales extraterapéuticos como variables reguladoras de la eficacia (Wampold e Imel, 2021) y entre esos componentes destaca lo referido a la cultura y los valores, en tanto que permiten dar sentido al mundo y a los procesos de salud-enfermedad (Bizumic et al, 2012), algo va que en la línea de la consideración general de la salud como un proceso biopsicosocial (Kleinman et al, 1978).

Esta situación ha generado muchas líneas de investigación e intervención terapéutica. Han destacado los trabajos acerca de las dimensiones culturales como el individualismo en la diferenciación entre miembros de distintas culturas (Hofstede, 1983) y la integración en el caso de los trabajos con migrantes (Berry, 1990). Aunque lo cierto es que estas dimensiones deben ser vistas también dentro del contexto particular de cada caso y no se pueden considerar como variables explicativas generales. Quizá el mayor error en el trabajo con diferencias culturales es considerar que la cultura es *la* diferencia por antonomasia (Saha et al., 2008).

El interés despertado por las diferencias culturales ha llevado a redefinir la identidad como variable histórico-cultural, lo que obliga a mantener una posición crítica con el perfil de persona que se busca como resultado de las psicoterapias occidentales (Dazinger, 1995; Giddens, 1997) y ha generado una mayor cantidad de trabajos adaptados para con los clientes que proceden de otros ámbitos culturales (por ejemplo, Naeem et al, 2019), lo que en la mayor parte de los casos supone un trabajo con inmigrantes o sus descendientes.

Son los menores, entre la población migrante, el colectivo que necesita una atención más particularizada. En este volumen se incluyen dos artículos de esta temática que reflejan dos tradiciones diferentes. Por su parte, Gleise y Salomão (2025) muestran como una intervención con sensibilidad cultural pero que mantiene las componentes básicas de las terapias psicodinámicas resulta efectiva en la recuperación del bienestar psicológico de un niño venezolano. Sin embargo, Ramos-Aubia et al. (2025) optan por generar un marco de intervención totalmente novedoso, basado en la búsqueda de actos bellos, entendiendo por tales, momentos o acciones ejemplares dentro de la trayectoria vital y del proceso migratorio de menores que les permiten dar sentido a su experiencia. No siendo idéntico, este enfoque -que deberá desarrollarse en el futuro- comparte principios tanto con el análisis de historias de vida (McAdams, 2008), como con la terapia narrativa (White, 2007) por la importancia que da a los significados y al análisis de la trayectoria personal, e incluso a la terapia poética (Mazza, 2022) por el valor metafórico que da a determinados aspectos estéticos de la experiencia. Estos dos artículos muestran que es la sensibilidad cultural y no tanto la adaptación del aspecto técnico lo que permite una intervención eficaz con los miembros de las minorías culturales.

La terapia debe adaptarse al cliente, incluso, también cuando este tiene especificaciones culturales que atender, por lo que las intervenciones deben diferenciarse. En este sentido Maldonado-Bellido et al. (2025) presentan una propuesta de planificación terapéutica que siguiendo los postulados técnicos de la Gestalt en cuanto a la búsqueda de la integración de la experiencia personal, parte de un análisis particularizado de la queja de migrantes hispanohablantes frente a los resultados de su proyecto migratorio en Países Bajos. El análisis de la queja se hace utilizando cartas que son analizadas según la metodología del análisis de plantillas (Brooks et al., 2015) y permite diferenciar intervenciones con

objetivos particularizados, en los ejemplos que aportan, para casos donde lo relevante es el duelo o el estrés migratorio, pero no ambos. Este artículo, además, aporta la novedad de que trabaja con migrantes voluntarios, aspecto que normalmente descuida la investigación terapéutica.

La puesta en cuestión de la universalidad de la identidad occidental ha despertado el interés tanto hacia formatos culturalmente específicos de la terapia, generados en otras tradiciones culturales (por ejemplo, Van Dyck y Nefale, 2005), como hacia las formas culturalmente específicas del padecimiento psicológico (Yamada y Marsella, 2013) y, de otro lado, hacia la adaptación de los formatos occidentales de terapia para las personas de otras culturas, lo que se hace tanto adaptando tratamientos a condiciones culturales específicas (Bernal y Sáez-Santiago, 2006; Sit et al., 2020), como buscando los tipos de tratamiento que, por su formato o principios activos, se adecúan más a grupos culturalmente específicos (por ejemplo, Rosal, 2007). En general, parece que los tratamientos culturalmente adaptados muestran una mayor eficacia y tamaños del efecto que aquellos que no han sido en poblaciones culturalmente diversas (Silveus et al., 2023).

Por otro lado, se ha empezado a dar más relevancia a los aspectos religiosos, que ponen de manifiesto la relevancia de los valores personales como elementos fundamentales de la identidad. Es cierto que la diversidad religiosa siempre ha sido algo mejor atendida y entendida en EE.UU., dónde ha sido tradicionalmente mayor, que en Europa, donde ha sido relegada a aspectos privados y relativamente poco importantes de la vida social (Dacey, 2008). El incremento de la diversidad religiosa aportado por la población inmigrante (especialmente por confesos de credos no cristianos) ha hecho que la preocupación terapéutica por estos aspectos se incremente (Richards y Bergin, 2014).

Todo esto se ha concretado en la elaboración de guías de buenas prácticas basadas en la competencia cultural, productos que han tenido un desarrollo desigual en los distintos países occidentales. En EE.UU. se han adoptado como elementos fundamentales del trabajo (Sue et al., 2009), mientras que en Europa su grado de obligatoriedad y aplicación es mucho más reducido y disperso (De-María et al., 2024). En cualquier caso, las guías de competencias culturales para el trabajo terapéutico no son están ausentes de críticas, ya que, a pesar de orientar al terapeuta hacia la consideración de lo cultural pueden arrastrar el problema de reducir la identidad del cliente a este solo aspecto y a ignorar otras variables de interés, especialmente psicológicas y socioeconómicas (Weinrach y Thomas, 2004).

En cualquier caso, la tendencia actual de las intervenciones culturalmente adaptadas va en la línea de adaptar el tratamiento tanto a la realidad externa del cliente, como a su experiencia en el contexto de la terapia (Chu et al., 2016), lo que hace que el procedimiento se acerque a las propuestas sobre los factores comunes como responsables del cambio terapéutico (Wampold e Imel, 2021).

Para concluir, este repaso el trabajo con aspectos culturales ha obviado, como ha hecho en general toda la investigación psicoterapéutica, la relevancia de las condiciones de clase, una variable muy poco atendida incluso en los trabajos con minorías (Kim y Cardemil, 2012). Aunque los aspectos culturales de la identidad son relevantes, si de lo que se trata es de trabajar con personas en situaciones desfavorecidas, es la desigualdad social y no solo la cultural el componente básico que debe ser atendido. Cosa

curiosa, los perfiles psicológicos de las personas de clase baja, se asemejan, no siendo idénticos, a los de las personas con mentalidades más colectivistas (Manstead, 2018). En este volumen García-Martínez (2025) presenta una revisión del estado de la cuestión en la investigación sobre psicoterapia culturalmente adaptada, incluyendo aportaciones relacionadas con las diferencias de clase.

Alacant (País Valencià). Mayo de 2025.

Referencias

- Bernal, G., y Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology*, 34, 121-132. <https://doi.org/10.1002/jcop.20096>
- Berry, J. (1990). Psychology of acculturation. En J. Berman (Ed.): *Cross-cultural perspectives: Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 457-488). University of Nebraska Press.
- Bizumic, B., Reynolds, J. K., y Meyers, B. (2012) Predicting social identification over time: The role of group and personality factors. *Personality and Individual Differences*, 53, 453-458 <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.009>
- Brooks, J., McCluskey, S., Turley, E., y King, N. (2015). The utility of template analysis in qualitative psychology research. *Qualitative Research in Psychology*, 12(2), 202-222. <https://doi.org/10.1080/14780887.2014.955224>
- Chu, J., Leino, A., Plum, S., y Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47, 18-29. <https://doi.org/10.1037/pro0000055>
- Dacey, A. (2008). *The secular conscience. Why belief belongs in public life*. Prometheus Books.
- Dazinger, K. (1995). The historical production of the selves. En R. D. Ashmore, y L. Jussim (Eds), *Self and identity: Fundamental issues*, pp. 137-159. Oxford Academic Press.
- De-María, B., Topa, G., y López-González, M. A. (2024). Cultural competence interventions in healthcare: A scoping review. *Healthcare*, 12, 1040.: <https://doi.org/10.3390/healthcare12101040>
- García-Martínez, J. (2025). Las adaptaciones culturales en psicoterapia. Una visión crítica del estado de la cuestión. *Revista de Psicoterapia*, 36(131), 161-180. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i131.45075>
- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península (Traductor, J. L. Gil; original inglés, 1991).
- Gleise Sales, A., y Salomão de la Plata Cury Tardivo, L. (2025). La experiencia emocional de un niño en situación de migración y refugio acogido en São Paulo: Un estudio de caso. *Revista de Psicoterapia*, 36(131), 134-141. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i131.44289>
- Hofstede, G. (1983). National cultures in four dimensions. a research-based theory of cultural differences among nations. *International Studies of Management y Organization*, 13, 46-74.
- Hoerder, D. (2022). Migration across history. En M. El Alaoui-Faris, A. Federico, y W. Grisold (Eds). *Neurology in migrants and refugees. sustainable development goals series*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-81058-0>
- Kim, S., y Cardemil, E. (2012). Effective psychotherapy with low-income clients: The importance of attending to social class. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 27-35. <https://doi.org/10.1007/s10879-011-9194-0>

- Kleinman, A., Eisenberg, L., y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Maldonado-Bellido, N., Lanzarote-Fernández, M. D., y Garcia-Martínez, J. (2025). The letter of complaint to the Netherlands. A way to plan intervention in migratory grief cases. *Revista de Psicoterapia*, 36(131), 150-160. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i131.44489>
- Manstead, A. S. R. (2018). The psychology of social class: How socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour. *The British Journal of Social Psychology*, 57(2), 267–291. <https://doi.org/10.1111/bjso.12251>
- Mazza, N. (2022). *Poetry therapy. Theory and practice*. Routledge.
- McAdams, D. P. (2008). Personal narratives and the life story. In O. P. John, R. W. Robins, y L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed.) (pp. 242–262). The Guilford Press.
- Naeem, F., Phiri, P., Rathod, S., y Ayub, M. (2019). Cultural adaptation of cognitive-behavioural therapy. *British Journal of Psychological Advances*, 25, 387–395 <https://doi.org/10.1192/bja.2019.15>
- Ramos-Aubia, J. X., Ortega Allué, J., y Abdulhaleem Lubbadah, H. (2025). Los Actos Bellos Familiares (ABF): Hacia una nueva resignificación del malestar psicológico de los/las menores en la migración. *Revista de Psicoterapia*, 36(131), 142-149. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i131.44290>
- Richards, P. S., y Bergin, W. E. (2014). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity* (2nd ed.). APA
- Rosal, R. (2007). El psicoterapeuta ante el reto de una sociedad con creciente pluralismo e identidad cultural. *Revista de Psicoterapia*, 18(70-71), 85-114.
- Saha, S., Beach, M. C., y Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31505-4)
- Silveus, S. A., Schmit, M. K., Oliveira, J. T., y Hughes, L. E. (2023). Meta-analysis of culturally adapted cognitive behavioral therapy for anxiety and depression. *Journal of Counseling & Development*, 101(2), 129–142. <https://doi.org/10.1002/jcad.12463>
- Sit, H.F., Ling, R., Lam, A. I. F., Chen, W., Latkin, C. A., y Hall, B. J. (2020). The cultural adaptation of step-by-step: An intervention to address depression among chinese young adults. *Frontiers in Psychiatry* 11, 650. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00650>
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., y Berger, L. K. (2009). The case for cultural competence in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525-534. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163651>
- Van Dyk, G. A. J., y Nefale, M. (2005). The split-ego experience of Africans: Ubuntu therapy as a healing alternative. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 48-66. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.1.48>
- Wampold, B. E., e Imel, Z. E. (2021). *El gran debate de la psicoterapia. La evidencia que hace que la psicoterapia funcione*. Eleftheria. (Traductor, L. Botella; original inglés, 2015).
- Weinrach, S.G., y Thomas, K. R. (2004). The AMCD multicultural counseling competencies: a critically flawed initiative. *Journal of Mental Health Counseling*, 26, 81–93. <https://doi.org/10.17744/mehc.26.1.p20t16tdhpgcxm3q>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton.
- Ramos-Aubia, J. X., Ortega Allué, J., y Abdulhaleem Lubbadah, H. (2025). Los Actos Bellos Familiares (ABF): Hacia una nueva resignificación del malestar psicológico de los/las menores en la migración. *Revista de Psicoterapia*, 36(131), 142-149. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i131.44290>
- Yamada, A.-M., y Marsella, A. J. (2013). The study of culture and psychopathology: Fundamental concepts and historic forces. In F. A. Paniagua, y A.-M. Yamada (Eds.), *Handbook of multicultural mental health: Assessment and treatment of diverse populations* (2nd ed.) (pp. 3–23). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394420-7.00001-1>



Artículo

La Experiencia Emocional de un Niño en Situación de Migración y Refugio Acogido en São Paulo: Un Estudio de Caso

Gleise Sales Arias¹  y Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo² 

¹Centro Universitário Fundação Santo André (Brasil)

²Universidade de São Paulo (Brasil)

INFORMACIÓN

Recibido: 31/01/2025
Aceptado: 09/05/2025

Palabras clave:

Acogida de migrantes
Encuentros terapéuticos
Refugiados
Psicoterapia transcultural
Migración forzada

RESUMEN

El desplazamiento internacional se ha convertido en un problema global, debido a la ocurrencia de conflictos armados, crisis sociopolíticas y ambientales, que incrementan las precarias condiciones de vida. Esta investigación es de carácter cualitativo y el método clínico. Se presenta un estudio de caso clínico de un niño venezolano de 12 años y su familia recientemente llegados a Brasil. Se realizó en una institución de recepción de migrantes en São Paulo. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista semidirigida, el Procedimiento de Dibujos-Cuentos Temáticos. Con la discusión de los resultados se entiende que las experiencias de migración y refugio son fenómenos sociales, su vivencia es compleja y personal y, para comprenderlas, se debe tomar en cuenta las experiencias pre y post migración. Hay referencias a las vivencias de duelo que trae consigo la experiencia de la migración, en las que se mezclan sentimientos de tristeza y alegría. Esa mezcla también se relaciona con su historia familiar, anterior al evento migratorio. Se considera adecuadas las técnicas utilizadas, pues se comprende que el apoyo psicológico ofrecido en el país de destino puede favorecer la elaboración de conflictos relacionados con la experiencia global de la migración.

The Emotional Experience of a Child in Migration and Refugee Received in São Paulo: A Case Study

ABSTRACT

International displacement has become a global problem due to armed conflicts, sociopolitical and environmental crises, which increase extreme socioeconomic vulnerability. This research was qualitative and descriptive in nature, emphasizing the clinical method. It was carried out in a shelter for migrants and asylum seekers in the city of São Paulo. The instruments used were semi-structured interviews and the Procedure of Drawing Story with Theme. The discussion of fragments of a clinical case of a 12-year-old Venezuelan boy and his family, who had recently arrived in Brazil. It was understood that although the experiences of migration and refuge are social phenomena, their experience is complex and personal and, in order to understand them, pre- and post-migration experiences must be taken into account. There are references to the experiences of grief that come with migration, in which feelings of sadness and joy intertwine. This interweaving is also related to her family history, which predates the migration. The techniques used were considered adequate, since it was understood that the psychological support offered in the destination country can favor the process of working through conflicts related to the overall experience of migration.

Keywords:

Migrant support
Therapeutic encounters
Refugees
Transcultural psychotherapy
Forced migration

Citar como: Gleise Sales, A., y Salomão de la Plata Cury Tardivo, L. (2025). La experiencia emocional de un niño en situación de migración y refugio acogido en São Paulo: un estudio de caso. *Revista de Psicoterapia*, 36(131), 4-11. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i131.44289>

Autor y e-mail de correspondencia: Gleise Sales Arias, gleisepsico@hotmail.com

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

La cuestión del desplazamiento internacional se ha convertido en un problema global, debido a la ocurrencia de conflictos armados, crisis sociopolíticas y ambientales, que incrementan las precarias condiciones de vida. En Brasil, los datos del [Ministério da Justiça do Brasil \(2024\)](#) muestran que las cifras están creciendo, con 583 628 solicitudes de asilo solo en 2023. Cabe señalar que, del total de personas consideradas refugiadas, el 44,3% eran niños, niñas y adolescentes.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ([ACNUR, 2016](#)) destaca que es importante aclarar la diferencia entre los conceptos de migración y refugio para que las personas en esas situaciones tengan garantizados sus derechos. La migración implicaría un proceso voluntario de personas que cruzan fronteras en busca de mejores condiciones de vida. Ellas tendrían derecho a la protección general de los derechos humanos. Ese no sería el caso de los refugiados, quienes no podrían regresar a sus países de manera segura, ya que sufren a menudo diferentes tipos de persecución, y, por lo tanto, tienen derecho a protecciones específicas para refugiados, en relación con el derecho internacional. Así, [ACNUR \(2016\)](#) recomienda diferenciar el concepto de migrante del de refugiado, a fin de mantener claridad sobre las causas de los movimientos migratorios, lo que no significa que los migrantes merezcan menor protagonismo o protección que los refugiados. Sugiere que un grupo mixto sea tratado como un grupo de “migrantes y refugiados”, a fin de permitir el entendimiento de que todas las personas en movimiento tienen derechos, cada uno dentro de su especificidad. Debido a esa recomendación, esa nomenclatura también fue adoptada en el presente estudio.

A nivel global, [Baeninger y Peres \(2011\)](#) señalan que los primeros documentos sobre políticas públicas dedicadas a los refugiados, así como la primera definición del término “refugiado” en sí, datan de 1951. Después de la Segunda Guerra Mundial, en la Convención realizada en 1951, se creó el primer Estatuto de Refugiados y posteriormente el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), con base en el trabajo realizado en el marco de esta convención.

En 1984, los países de América Latina, reunidos en Colombia, firmaron la Declaración de Cartagena, en la que adoptaron un concepto más amplio para el término “refugiado”, incluyendo a quienes huyen de sus países de origen debido a dificultades de subsistencia, violencia y otros conflictos. Brasil fue el primer país del hemisferio sur en ratificar la Declaración de 1951 en 1960, pero, en ese momento, con una cláusula de reserva de reconocimiento exclusivo para los refugiados procedentes de Europa. Posteriormente, el país también fue el primero en América Latina en crear su propia ley nacional de refugiados, en 1997 ([Barreto, 2010](#)).

La [Ley 13.445 \(2017\)](#) amplió y simplificó la regularización migratoria y el reconocimiento de la apatridia y la naturalización por residencia en Brasil. El país puede reconocer a una persona como apátrida, es decir, como alguien que no tiene una nacionalidad reconocida por ningún país, puesto que hay discriminación contra minorías, fallas en el reconocimiento de residentes de ese país u otros conflictos con la ley, y luego naturalizarlo, después de dos años de residencia en el país. Por cuenta de la diversidad de municipios brasileños, han sido necesarias acciones regionales para el desarrollo de la atención a los migrantes y refugiados. En

la capital paulista, se sancionó la [Ley 16.478 \(2016\)](#) que instituye la Política Municipal para la Población Inmigrante, reuniendo un conjunto de intenciones y experiencias ya desarrolladas con esta población.

Aunque la migración y el refugio son situaciones que ocurren desde hace milenios en la historia de la humanidad, el interés de la comunidad científica por estudiar el componente afectivo de dichas experiencias es relativamente nuevo. Para reflexionar sobre esto, retomamos el pensamiento de [Bion \(1994\)](#), quien describe la experiencia emocional como algo esencial en el desarrollo humano, ya que es a través de estas vivencias que se producirá el desarrollo de la personalidad. La experiencia emocional sería la base del funcionamiento humano, permitiendo su transformación. De este modo, la migración y la búsqueda de refugio también pueden verse como experiencias emocionales que culminan en la transformación de las personas y, en consecuencia, de las sociedades.

Para [Moro \(2015\)](#), toda migración es una experiencia vivida de forma ambivalente, entre el deseo de salir y el miedo a abandonar los lazos familiares, sociales, entre otros. La migración es un acto complejo, que no puede reducirse al azar ni a la necesidad. Cualesquiera que sean las motivaciones, el acontecimiento migratorio debe ser visto como un acto social, inscrito en un contexto histórico, político y también psicológico. El desplazamiento migratorio provoca una ruptura con el contexto cultural que rodea al sujeto, lo que puede implicar una desorganización del universo de significado cultural internalizado por el individuo.

Esa desorganización puede relacionarse con la necesidad de enraizamiento, descrita por la filósofa Simone Weil. Aunque parta de un contexto diferente, tomando como principal objeto de estudio la situación de los trabajadores franceses, la autora aportó importantes contribuciones a esta discusión. Así, [Weil \(2001\)](#) cita el arraigo como una de las necesidades humanas más importantes:

Un ser humano tiene raíces a través de su participación real, activa y natural en la existencia de una colectividad que mantiene vivos ciertos tesoros del pasado y ciertas premoniciones del futuro. Participación natural, es decir, la que viene automáticamente del lugar, del nacimiento, de la profesión, del entorno (p. 43).

En el mismo aspecto, [Rosa et al. \(2018\)](#) destaca que el fenómeno del desplazamiento por migración y refugio debe considerarse dentro de un contexto económico y político y que la clínica no puede simplemente “patologizar” esas experiencias. Se deben crear dispositivos clínicos que entiendan el fenómeno de la inmigración como un fenómeno social. En ese sentido, el autor destaca que no existe una clínica separada de la política.

Una cuestión importante que ha surgido se refiere al gran número de niños y adolescentes en situaciones de migración y refugio. En ese sentido, [Pereira \(2020\)](#) realizó una investigación etnográfica en São Paulo y buscó comprender el creciente número de derivaciones de niños migrantes a los Centros de Atención Psicosocial a la Infancia y la Juventud (CAPS-IJ) de São Paulo, debido a quejas relacionadas con diferentes síntomas del trastorno del espectro autista, reportados principalmente por las escuelas. El autor analizó la “patologización” de la experiencia de la movilidad internacional y señaló que dichos enfoques generalmente no tienen en cuenta el contexto cultural, lo que refuerza que se trata de una visión que tiende a estigmatizar no sólo a los individuos, sino a grupos culturales enteros.

En un estudio de caso de un niño de 6 años atendido en un campo de refugiados en Medio Oriente, [Moreira et al. \(2017\)](#) se propusieron analizar las producciones gráficas como expresión simbólica de sus conflictos psíquicos a partir de la realización de tres encuentros, en los que se aplicó el instrumento proyectivo HTP (House-Tree-Person). Los resultados indican que el niño experimenta un sufrimiento psicológico extremo; se observan sentimientos de inseguridad, retraimiento, inadecuación y una clara necesidad de retirarse de las relaciones interpersonales. Los autores también señalan que los dibujos fueron importantes mediadores de contacto entre el niño y el psicólogo.

En Brasil, [Bezerra \(2016\)](#) realizó un estudio en el que buscó comprender los impactos psicológicos de la inmigración involuntaria de niños de 6 a 12 años nacidos en Siria, Venezuela y Haití, residentes en la región de Florianópolis, Santa Catarina, con base en el uso del Procedimiento de Dibujos-Cuentos y entrevistas estructuradas. Participaron en el estudio niños y sus familias que vivían en Brasil al menos desde un año. Los resultados mostraron que los niños experimentan situaciones durante el proceso migratorio percibidas como amenazantes, disruptivas y relacionadas con la pérdida. Se identificaron síntomas somáticos, depresivos y ansiosos relacionados con la experiencia. Se observaron factores de riesgo para la salud mental de los niños, pero que también existen factores protectores contra las enfermedades mentales.

Teniendo en cuenta ese escenario, este estudio tuvo como objetivo describir aspectos de la experiencia emocional de un niño venezolano de 12 años y su familia, recientemente acogidos en la ciudad de São Paulo, Brasil. El estudio de caso que aquí se presenta es un extracto de un proyecto de investigación más amplio, cuyo objetivo era comprender aspectos de la experiencia emocional de niños migrantes y refugiados ([Arias, 2022](#)).

Método

Esa investigación fue de carácter cualitativo y descriptivo, utilizando el método clínico. Según [Calil y Arruda \(2004\)](#), se entiende por cualitativo aquello que dilucida la cualidad, las características del objeto estudiado, su modo de ser. Los estudios de caso realizados mediante el método clínico son aquellos en los que, según [Vizzotto \(2003\)](#), el investigador actúa “inclinándose sobre el fenómeno, observando lo que ocurre, describiendo, planteando hipótesis diagnósticas” (pp. 146-147). Luego se observan los resultados de las intervenciones antes de volver a intervenir, en un movimiento continuo. [Bleger \(1987\)](#) explica que la importancia de este tipo de investigación radica en la observación de que tanto el objeto de estudio como el investigador cambian en el proceso investigativo, operando y actuando, haciendo la experiencia enriquecedora por la reflexión y comprensión de los fenómenos.

Participantes

Los participantes en este estudio fueron un niño venezolano de 12 años y su familia, compuesta por madre, padre y hermano de 3 años, quienes residen en Brasil desde hace dos meses. Se eligió este caso porque permite estudiar aspectos de la vivencia emocional de la situación migratoria del niño y su familia. Además, la familia mostró gran interés en la posibilidad de recibir apoyo psicológico en este momento de llegada a Brasil. Como se trata de un estudio en

el que los participantes aceptaron participar, se trata de una muestra de conveniencia, como lo describen [Rea y Parker \(2000\)](#). Se debe tener en cuenta que los nombres aquí utilizados son ficticios, con el fin de garantizar el derecho a la confidencialidad y la privacidad de los participantes.

Local

La investigación se realizó en una institución de recepción de inmigrantes, ubicada en la región central de la ciudad de São Paulo, fundada por la Misión Católica Scalabriniana y actualmente afiliada al ayuntamiento de la ciudad. Se trata de una institución temporal, por lo que no es posible determinar cuánto tiempo permanecerán allí estas personas.

Instrumentos

El razonamiento clínico que fundamentó la selección de los instrumentos de investigación se basó en el concepto de diagnóstico intervencionista, propuesto por [Tardivo \(2012\)](#). A lo largo del proceso, se construyó el modelo de encuentros terapéuticos basado en las técnicas de psicoterapia breve propuestas por [Knobel \(1986, 1991\)](#). En los encuentros terapéuticos se utilizaron técnicas de entrevista semidirigida con los padres y entrevistas lúdicas con los niños, en las que también se utilizó el Procedimiento de Dibujos-Cuentos Temáticos ([Trinca, 1997](#)), así como recursos de intervención de la Psicoterapia Breve.

La técnica de la entrevista semidirigida se basa en la definición de [Bleger \(1987\)](#), quien ve la entrevista como un instrumento fundamental del método clínico. Se produce a través de la comprensión del fenómeno a partir de la relación que se establece entre investigador e investigado y depende de la dirección de la entrevista de la dinámica del propio encuentro. Las entrevistas psicológicas realizadas a niños y adolescentes pueden estar mediadas por recursos lúdicos y gráficos. [Efron et al. \(2009\)](#) afirman que, en esos casos, el papel del entrevistador es observar, comprender y cooperar con el niño, creando condiciones favorables para que pueda jugar de la forma más espontánea posible, ya que cualquier situación nueva provoca ansiedad.

El Procedimiento de Dibujos-Cuentos Temático es un instrumento basado en la técnica del Procedimiento de Dibujos-Cuentos de [Trinca \(1997\)](#). Fue creado por [Aiello-Vaisberg \(1997\)](#), y ampliamente estudiado y utilizado por [Tardivo \(2007\)](#), principalmente en lo que respecta a su uso clínico. Es una técnica en la que se realiza una investigación a través de la producción de dibujos y relatos con temáticas específicas, previamente desarrolladas de acuerdo con los objetivos científicos que se pretenden alcanzar. En el presente estudio, se utilizaron dos temas, basados en las siguientes instrucciones: “dibuja un niño/a o adolescente” y “dibuja un niño/a o adolescente que vino a vivir a Brasil”. Para cada dibujo, se solicitó un cuento, lo que también permitió el diálogo entre el participante y la investigadora.

El análisis de contenido del material se realizó teniendo en cuenta las propuestas de [Aiello-Vaisberg \(1997\)](#) e [Tardivo \(1997\)](#) para el análisis de dibujos-historia, que considera la observación de actitudes básicas, figuras significativas, sentimientos expresados, tendencias y deseos, impulsos, ansiedades y mecanismos de defensa. Además, se buscó apoyo en la principal literatura clásica

relacionada con el estudio de los aspectos expresivos y proyectivos del dibujo, como [Hammer \(1991\)](#).

Procedimiento

Buscamos cumplir con los requisitos descritos en la [Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud \(2013\)](#). Inicialmente, el proyecto de investigación fue sometido al Comité de Ética en Investigación en Humanos del Instituto de Psicología de la Universidad de São Paulo, obteniendo su aprobación. A partir de allí, se realizó contacto con la institución donde se recolectó los datos. Los primeros contactos con los participantes se produjeron a través de la gerente de la institución, quien se encargó de hablar previamente con la investigadora un poco sobre la familia y presentárselo a los participantes, además de explicarles la propuesta de trabajo. Después de esto, se retiró y la investigadora explicó detalladamente la naturaleza de la investigación, solicitando a los padres el “Formulario de Consentimiento Libre e Informado”. Luego se realizaron reuniones terapéuticas, en las que, inicialmente, se realizaron entrevistas semidirigidas con los padres y, posteriormente, reuniones individuales con los niños, en las que se tuvo cuidado de explicar nuevamente, en un lenguaje inteligible y aproximado, la naturaleza de la investigación y se solicitó el “Formulario de Asentimiento Informado”.

El modelo, inspirado en las técnicas de psicoterapia breve propuestas por [Knobel \(1986, 1991\)](#), se resultó adecuada para su uso en instituciones de tránsito, como el centro de recepción de inmigrantes, donde se realizó esta investigación, ya que no es posible contar con la permanencia de estas personas en la institución. [Knobel \(1991\)](#) enfatiza que una sesión puede considerarse psicoterapia breve incluso cuando es única, como es el caso en la mayoría de las situaciones de crisis. De esta manera, la técnica puede utilizarse cuando la propia situación impone la posibilidad de un límite no muy claro en el número de reuniones. Por lo tanto, el autor recomienda que el terapeuta debe siempre estructurar cada encuentro con un inicio, un desarrollo y un final, incluso si vuelve a encontrarse con ese paciente.

Análisis de Datos

El estudio tuvo como punto de partida la comprensión psicoanalítica de los fenómenos observados. Se juzga posible un Psicoanálisis que privilegie la diversidad afectiva y cultural, pensada y vivida por diferentes grupos sociales, lo que se da también en la interacción entre investigador y participante, muchas veces provenientes de diferentes contextos culturales. En ese sentido, es importante recordar el concepto de campo de relaciones psicológicas, propuesto por [Baranger y Baranger \(1993\)](#) y estudiado por [Bleger \(1987\)](#), que sustenta la técnica de la entrevista psicológica. La comprensión del sujeto vendría de lo que emerge de la relación, es decir, de lo que allí se experimenta. Partiendo de esa idea, se utilizó también el Procedimiento de Dibujos-Cuentos Temáticos. Los dibujos y relatos surgieron del campo y son simultáneamente mediadores y productos de la interacción entre entrevistador y entrevistado.

El análisis de contenido del material se realizó teniendo en cuenta las propuestas de [Aiello-Vaisberg \(1997\)](#) e [Tardivo \(1997\)](#) para el análisis de dibujos-historia, que considera la observación de

actitudes básicas, figuras significativas, sentimientos expresados, tendencias y deseos, impulsos, ansiedades y mecanismos de defensa. Además, se buscó apoyo en la principal literatura clásica relacionada con el estudio de los aspectos expresivos y proyectivos del dibujo, como [Hammer \(1991\)](#).

Exposición y Resultados

Los encuentros terapéuticos comenzaron con entrevistas semidirigidas a los padres y permitieron a los participantes compartir sus historias y conflictos. Algunos temas fueron de interés para la investigadora, como los aspectos emocionales de la experiencia migratoria, la adaptación al país de acogida, la relación con elementos de la cultura de origen y las vivencias relacionadas con el viaje. Sin embargo, la forma de llegar a ellos fue diferente en cada caso. Los participantes comenzaron por donde preferían e incluyeron lo que querían, como lo describen. Luego de la entrevista con los padres, se realizaron entrevistas lúdicas con los niños, basadas en los mismos supuestos mencionados. En esas entrevistas se utilizaron dibujos libres y el Procedimiento Dibujos-Cuentos Temáticos, en función de la interacción realizada con el niño.

A través de la escucha, buscamos ofrecer apoyo psicológico a los participantes, lo que aquí se asemeja al concepto de *rêverie* de [Bion \(1994\)](#). Para [Sandler \(1988\)](#), la función maternal de *rêverie*, ejercida también por el psicoterapeuta, serviría para ayudar a purificar la concreción de los elementos sensoriales que le son evacuados, bajo la forma de identificaciones proyectivas, para que sean devueltos al paciente como algo digerido y transformado.

A continuación, se presentan fragmentos del caso clínico objeto de esta discusión.

Caso Clínico

Andrew, de 12 años, era de Caracas, Venezuela. Había estado en Brasil durante dos meses, con sus padres y su hermano de 3 años. Yo ya asistía a la escuela en el campo. Previo a la atención, la encargada de la institución de cuidado informó que “sentía pena” por Andrew, pues su hermano menor imponía su voluntad, lloraba mucho y, por momentos, era agresivo y Andrew no reaccionaba ni decía nada.

En el primero encuentro, se entrevistó a Mariela y Sid, una pareja venezolana compuesta por los padres de Andrew. También estuvo presente el hijo menor de la pareja. Andrew estaba en la escuela en ese momento. Los padres comenzaron describiendo la trayectoria migratoria de la familia. Dijeron que tuvieron que abandonar su país debido a “dificultades políticas” y que, como resultado, perdieron sus bienes y empleos.

Inicialmente, fueron a Perú, donde permanecieron siete meses y trabajaron en una plantación de aguacates, en condiciones precarias, durante muchas horas, ganando muy poco y pasando penurias. Durante ese período, Andrew fue responsable de cuidar a su hermano menor, ya que no podían enviarlo a la escuela. Los dos hermanos prácticamente nunca salían de casa, pues había mucho miedo por los prejuicios y maltratos que sufrían los venezolanos.

Dijeron que encontraron Brasil muy parecido a Venezuela y se sintieron mejor que en Perú. Pese a ello, relataron, con cierto pesar, que intentaban recibir beneficios sociales en el país, pero aún no lo habían logrado. Destacaron que, aunque aún no habían recibido el reconocimiento, estaban en Brasil “como refugiados” y vivían

en un albergue. Aquí retomamos la recomendación del ACNUR (2016) sobre la importancia de diferenciar los términos “migrante” y “refugiado”, a fin de mantener la claridad sobre las causas de los movimientos migratorios. En este caso, se puede observar que la reivindicación de esa condición se refiere a la reivindicación de la garantía de derechos, pero también a la aceptación del sufrimiento psicológico que conlleva la vivencia de esta condición. Eran de clase media en Venezuela y destacaron que nunca pensaron que tendrían que vivir en un refugio.

La pareja muestra conflictos relacionados con su identidad, ante la experiencia migratoria. Para Moro (2015), la migración es un acto complejo. El acontecimiento migratorio debe ser visto como un acto social, inscrito en un contexto histórico y político, pero también psicológico. El desplazamiento migratorio provoca una ruptura con el contexto cultural que rodea al sujeto, lo que puede implicar una desorganización de los símbolos culturales internalizados por el individuo.

Ellos hablarán con facilidad sobre sus sentimientos y pareció disfrutar la idea de la entrevista psicológica. Mariela estaba agitada, hablaba y gesticulaba mucho. Sid estaba más emocional y dijo que tenía síntomas depresivos y tomaba medicamentos cuando vivía en Venezuela. La investigadora destacó entonces la importancia de que acuda a la Unidad Básica de Salud para retomar su tratamiento, ya que eso podría ayudarlo en el proceso de adaptación y búsqueda de empleo, por el cual había manifestado interés. Después de esa orientación, Sid pareció sentirse bienvenido y tomó la entrevista para sí mismo. Contó su historia de vida y dijo que no era el padre biológico de Andrew. El matrimonio entre Mariela y Sid tuvo lugar cuando el niño tenía 6 años. Dijeron que el padre biológico de Andrew era un militar, vinculado al régimen político que estaba en el poder en ese período. Ese hecho trajo conflictos, ya que Mariela y Sid apoyaban a la oposición al régimen. Mariela dijo que fue agredida por el padre biológico del niño al final de su embarazo y se separó de él. Consideraron que ese acontecimiento había influido en el desarrollo de Andrew y que este se encontraba distraído, a pesar de su buen rendimiento académico. Creían que se trataba de “falta de desarrollo emocional y no de inteligencia”. Según sus padres, era un niño cerrado y pasivo ante los conflictos. Además, siempre asumió la responsabilidad de cuidar a su hermano.

El siguiente encuentro fue sólo con Andrew. Él habló poco y en bajo volumen, pero mantuvo una leve sonrisa todo el tiempo. La investigadora le preguntó si prefería hablar en español o y él respondió que no importaba, ya que entendía bien el portugués. Se acordó entonces que era posible utilizar un poco de cada idioma si sentía la necesidad. Él sonrió y asintió.

Andrew comenzó diciendo: “He experimentado la xenofobia”. Luego le preguntaron qué significaba esto para él. Él respondió que la gente en Perú era muy prejuiciosa y que casi no salía de su casa. Contó que él y sus padres sufrieron mucho y luego pasó a hablar de su relación con su hermano. Dijo que, en Perú, él era quien cuidaba a su hermano: “le daba de comer y luego se iba a ver televisión”. Subrayó que su hermano era muy inquieto. La investigadora le preguntó qué hacía cuando su hermano se ponía inquieto. Ello dijo que le pedía que no gritara ni llorara, pero era inútil. Afirmó que era su deber protegerlo. Ella señaló entonces que entendía lo que él sentía, pero que aquí en Brasil ya había otras condiciones, como que sus padres podían cuidar a su hermano y que, ahora, él también iba a la escuela. Él asintió y guardó silencio.

Sobre Venezuela, relató que había cosas buenas y malas, pero que en Brasil estaba mejor, pues no sentía tantos prejuicios como en Perú y estaba disfrutando de la escuela. Espontáneamente empezó a hablar de su padre biológico. Estuvo en contacto con él por teléfono ocasionalmente y lo conocía poco, pero le hubiera gustado conocerlo mejor. Habló sobre su profesión militar y su apoyo al régimen político venezolano en ese momento. Dijo que sus padres desaprobaban esa postura, pero que tenía curiosidad por entender lo que pensaba su padre. Sin embargo, informó que tenía miedo de lastimar a sus padres debido a eso. Dijo que llamaba padre al marido de su madre y que lo consideraba así. La investigadora dijo entonces que comprendía que él tuviera curiosidad, ya que saber un poco más sobre su padre sería como saber un poco más sobre su propia historia. Él asintió y permaneció en silencio.

Luego se retomó la actividad propuesta con los dibujos. Las producciones se describirán a continuación:

Figura 1
Unidad de Producción 1



Fuente: Dibujo elaborado a partir de la instrucción: “Dibuja a cualquier niño o adolescente”.

Cuento:

A: Él es un chico de 16 años.

G: ¿Y qué le pasa?

A: Él es muy estudioso. Él está bien. Me gustaría respetar a mis padres, tía, maestra.

G: ¿Y cómo se siente?

A: Siente orgullo, felicidad.

G: ¿Y sólo siente cosas buenas?

A: No, él es muy inquieto.

G: ¿Inquieto?

A: Ah, agitado. Sólo (sonríe).

G: ¿Y qué está haciendo?

A: Él va al parque con sus amigos.

G: ¿Y qué pasará?

A: Nada. Se quedará allí... con sus amigos... hablando, hablando y ya está. Eso es todo lo que quiere.

Figura 2
Unidad de Producción 2



Fuente: Dibujo elaborado a partir de la instrucción: "Dibuja un niño o adolescente que vino a vivir a Brasil"

Cuento:

A: Es un niño que llega como inmigrante a Brasil. Está un poco triste por dejar a su familia, su país, sus amigos (silencio).

G: Y luego está triste.

A: Hay otros sentimientos también. Tristeza, un poco de felicidad... Piensa durante largo rato.

G: ¿Y en qué piensa?

A: En su país, en Venezuela (silencio).

G: ¿Y está solo?

A: Está con su tío, su tía y su madre.

G: ¿Y qué edad crees que tiene?

A: 12 años. También tenía un hermano que vivía en Manaus. Hay mucha xenofobia allí. El hermano es por parte de padre, tiene 17 años. No se conocen. El hermano quizá ni siquiera sepa que existe (silencio).

G: ¿Y qué más?

A: Sólo (sonríe).

G: ¿Cómo terminará esta historia?

A: No lo sé (mueve la cabeza negativamente). Eso es todo, eso es todo.

La investigadora pregunta a Andrew si todo está bien, si disfrutó la actividad y si le gustaría hablar más otro día. Andrew dice que sí. Él afirma entonces que se dio cuenta de que la historia del niño que vino a vivir a Brasil aún no tenía final y que podía parecerse un poco a su historia. Él se rio y dijo que sí, que aún no sabía cómo iba a ir la historia, pero que estaba bien.

De los encuentros se observó que los conflictos vividos por el grupo familiar predominan sobre los conflictos personales del niño. Los datos donde se encuentra este supuesto aparecen inicialmente en la obligación que Andrew se impone respecto del cuidado de su hermano menor, así como cuando el padrastro toma para sí el espacio de la entrevista. También se ponen de relieve respecto a la historia de su paternidad y al miedo a herir a sus padres con su curiosidad sobre su padre biológico; él valora a su familia más que a sí mismo. Acerca del lugar del niño en la familia migrante, Moro (2005) hace referencia a los mandatos transgeneracionales, que se atribuyen a los hijos, a partir de los cuales ingresan a su vida psíquica los conflictos vividos por las generaciones anteriores. Entre esos pueden estar la situación migratoria y el papel que el niño juega en el grupo familiar a partir de ese momento.

Fue difícil para Andrew comenzar la historia. Permaneció en silencio durante mucho tiempo, siempre con una leve sonrisa. Finalmente, en los relatos producidos, Andrew parece resaltar cuestiones relacionadas con su propia experiencia, en relación ya sea con etapa de desarrollo en la que se encuentra, ya sea con la historia de la migración. Así que en el primer relato, el personaje sale y simplemente habla con sus amigos, lo que puede indicar su deseo de experimentar situaciones propias de su edad, relacionadas con la socialización. En la transición entre la infancia y la adolescencia, se considera que el grupo de amigos, de la escuela o de la familia amiga, ayuda en el proceso de elaboración de conflictos (Aberastury, 1983; Knobel, 1981). En cualquier caso, parece que aquí Andrew puede valorarse, verse separado de la familia, haciendo algo trivial, como reunirse con amigos para charlar. Sin embargo, aunque existe este deseo de socialización, la figura humana está representada sola, lo que puede resaltar sentimientos de aislamiento, lo que también puede relacionarse con el sufrimiento derivado del período reciente vivido en el Perú, que parece haber impactado a toda la familia.

En la segunda producción, Andrew parece sentirse más cómodo con la tarea. En esta ocasión, las manos, que en el primer dibujo estaban cerradas, ahora están abiertas, lo que puede representar cierta apertura al contacto (Hammer, 1991). Durante el dibujo, Andrew incluso observa y copia las líneas de su propia mano. Entre los detalles también llaman la atención los rasgos faciales fuertes y bien definidos. El uso de colores también debe ser puesto de relieve en esa producción. Los únicos elementos pintados en el dibujo son la bandera, que simboliza el país de destino, y el tronco del árbol, que puede indicar la necesidad de arraigo, el sentimiento de pertenencia.

El segundo dibujo contiene elementos que simbolizan el proceso migratorio, como el énfasis en el paisaje, que parece representar una frontera marcada por un camino y la mochila que lleva el personaje. Nuevamente, aunque hay otros personajes en la historia, la figura humana está dibujada sola. Andrew pidió ayuda al investigador para dibujar la bandera brasileña. Pidió ayuda, aunque parecía saber la respuesta, continuando con la pintura con los colores adecuados y escribiendo correctamente la frase "Ordem e Progresso", que forma parte de ella. La pregunta de Andrew fue entendida como una actitud básica (Tardivo, 1997) de búsqueda de atención, una solicitud de permiso para dibujar ese símbolo del país anfitrión, como si la investigadora se sintiera su representante. Esa percepción se refiere al vínculo que se construye entre entrevistador y entrevistado. Andrew demuestra que todavía se está adaptando y aprendiendo sobre cosas en Brasil. Es interesante notar que el diseño de la bandera también apareció en otros estudios de caso que

formaron parte de la misma investigación (Arias, 2022). Se destacó la presencia de la bandera, que simboliza el contacto tanto con el país de origen como con el país de destino.

La observación de los sentimientos expresados, que forma parte de la propuesta de análisis del instrumento, según Tardivo (1997). El desenlace de la segunda historia, así como el encuentro con Andrew, se considera profundamente simbólico, ya que resume todo el análisis del caso aquí presentado. Hay referencias a las vivencias de duelo que trae consigo la experiencia de la migración, en las que se mezclan sentimientos de tristeza y alegría.

Esa mezcla también se relaciona con su historia familiar, anterior al evento migratorio, y con la historia sin fin, que simboliza ese momento de llegada a Brasil, el inicio de una nueva vida, donde una experiencia termina y otra comienza. Ambos se influyen mutuamente y coexisten. Estos resultados corroboran los encontrados por Bezerra (2016), que mostró que los niños experimentan situaciones durante el proceso migratorio que son percibidas como amenazantes, disruptivas y de pérdida. El autor también concluyó que, si bien se observaron factores de riesgo para la salud mental de los niños, también existen factores protectores contra las enfermedades mentales antes y después de la migración, que deben incluir un apoyo psicológico adecuado.

Se entendió que, así como en el estudio de Moreira et al. (2017), los dibujos fueron importantes mediadores de contacto entre el niño y el psicólogo. Los encuentros y las técnicas utilizadas se consideraron adecuadas al objetivo propuesto, pues se entiende que la acogida ofrecida en el país de destino, incluido el apoyo psicológico, puede favorecer la elaboración de conflictos relacionados con la experiencia migratoria en su conjunto y favorecer el proceso de adaptación y desarrollo del niño y sus familiares en el país de destino.

Con los relatos del niño y sus padres sobre su historia de vida en su país de origen, su viaje migratorio y su experiencia actual en Brasil se entendió que, como lo afirmó Moro (2015), a pesar de que las experiencias de migración y refugio son fenómenos sociales, su vivencia es compleja y personal y, para comprenderlas, es necesario tomar en cuenta las experiencias pre y post migración.

Hay referencias a las vivencias de duelo que trae consigo la experiencia de la migración, en las que se mezclan sentimientos de tristeza y alegría. Esa mezcla también se relaciona con su historia familiar, anterior al evento migratorio, y con la historia sin fin, que simboliza ese momento de llegada a Brasil, el inicio de una nueva experiencia.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y desarrollo del presente artículo.

Referencias

- Aberastury, A. (1983). Adolescência e psicopatia: luto pelo corpo, pela identidade e pelos pais infantis. En A. Aberastury, y M. Knobel. *Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico* (2ª ed) (pp. 15-32). Artes Médicas (Traductora M. Garagoray Ballve; original castellano, 1970).
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1997). Investigação das representaç es sociais. En W. Trinca (Org.). *Formas de investigação clínica em psicologia* (pp. 255 – 288). Vetor Editora.
- Alto Comissariado das Nações Unidas Para Refugiados. (2016). *“Refugiados” e “Migrantes”*: Perguntas frequentes.
- Arias, G. S. (2022). *A experiência emocional de crianç as migrantes e refugiadas acolhidas em São Paulo*. [Tesis Doctorado en Psicología Clínica, Universidade de São Paulo]. Disponible en <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-17012023-120005/pt-br.php>
- Baeninger, R., y Peres, R. G. (2011). Refugiados africanos em São Paulo: espaç os da migração. *Revista Internacional em Língua Portuguesa. Migrações*, 3(24), 97-112.
- Baranger, W., y Baranger, M. (1993). La situación analítica como campo dinâmico. En W. Baranger, y M. Baranger. *Problemas del campo psicoanalítico* (3ª ed.) (pp. 129-164). Ediciones Kargieman (original de 1969).
- Barreto, L. P. T. F. (2010). *Refúgio no Brasil: Proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas américas*. Ministério da Justiç a do Brasil.
- Bleger, J. (1987). *Temas de psicologia: entrevista e grupos* (3ª ed). Martins Fontes.
- Bezerra, C. B. (2016). *Distantes do berço: Impactos psicológicos da imigração na inf ncia*. [Tesis Maestría en Psicología, Universidade Federal de Santa Catarina]. Disponible en <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/176662?show=full>
- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados* (3ª ed). Imago (Traductor Wellington M. de Melo Dantas; original ingl s, 1967).
- Calil, R. C. C., y Arruda, S. L. S. (2004). Discussão da pesquisa qualitativa em ênfase no método clínico. En S. Grubits, y J.  . Vera Noriega. *Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação* (pp. 173-214). Vetor Editora.
- Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A. M., y Woscoboinik, P. (2009). A hora de jogo diagnóstica. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, y E. G. Picollo. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (11ª ed) (pp. 207-238). Martins Fontes.
- Hammer, E. F. (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Interamericana.
- Knobel, M. (1981). *Adolesc ncia Normal: um enfoque psicanalítico*. Artmed.
- Knobel, M. (1986). *Psicoterapia breve* (2ª ed). EPU - Editora Pedagógica e Universitária.
- Knobel, M. (1991). Psicoterapia, psicoterapia breve e psicoterapia de emergência. *Temas de Psicologia*, 40(41), 193-201.
- Ley 16.478. (2016). *Estabelece la política municipal para la población inmigrante*. Ayuntamiento de São Paulo.
- Ley 13.445. (2017). *Estabelece los derechos y deberes de los migrantes y visitantes*. Presidencia de la República Federativa del Brasil. Secretaria General.
- Ministério da Justiç a do Brasil. Comit  Nacional para os Refugiados (2024). *Refúgio em números* (9th ed). <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros-e-publicacoes>
- Moreira, G., Tse, C., y Vizzotto, M. M. (2017). Os desenhos como recursos expressivos no caso de uma crianç a refugiada. En L. S. P. C. Tardivo (Org.), *O procedimento de desenhos-estórias na clínica e na pesquisa: 45 anos de percurso* (pp. 1336–1344). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/15_Apoiar.pdf
- Moro, M. R. (2005). Os ingredientes da parentalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 8(2), 258-273.

- Moro, M. R. (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*. 26(2), 186-192.
- Pereira, A. B. (2020). Autismo e maternidade migrante: psicopatologizando relações em mobilidade. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(56), 21-41.
- Rea, L. M., y Parker, R. A. (2000). Metodologia de pesquisa: Do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2013). *Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Ministério da Saúde do Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. BRASIL.
- Rosa, M. D., Ferreira, P. P., y Alencar, R. (2018). Desilusão: impasses clínicos e políticos diante dos dilemas de nosso tempo. *Subjetividades*, 18(Especial), 81-92. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v18iEsp.6262>
- Sandler, P. C. (1988). *Introdução a uma memória do futuro*, de W. R. Bion. Imago.
- Tardivo, L. S. P. C. (1997). Análise e interpretação. En W. Trinca. *Formas de investigação clínica em psicologia* (pp. 115-156). Vetor Editora.
- Tardivo, L. S. P. C. (2007). *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. Vetor Editora.
- Tardivo, L. S. P. C. (2012). O brinquedo e o desenho: Expressão e comunicação de e com crianças – possibilidades diagnósticas e interventivas. En R. M. L. Affonso (Org.), *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo* (pp. 175-189). Artmed.
- Trinca, W. (1997). *Formas de investigação clínica em psicologia*. Vetor Editora.
- Vizzotto, M. M. (2003). O método clínico e as intervenções na saúde psicológica da comunidade. En V. B. Oliveira, y K. Yamamoto. *Psicologia da saúde: Temas de reflexão e prática* (pp. 137-152). UESP.
- Weil, S. (2001). *O enraizamento*. EDUSC (Traductora M. L. Loureiro; original frances, 1949).



Artículo

Los Actos Bellos Familiares (ABF): Hacia una Nueva Resignificación del Malestar Psicológico de los/las Menores en la Migración

Josep Xifré Ramos-Aubia¹, Javier Ortega Allué² y Hithem Abdulhaleem Lubbadeh³

¹Límbic: Instituto Sistémico de Reus (España)

²Hospital de Sant Pau de Barcelona (España)

³Universidad de Deusto (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 31/01/2025

Aceptado: 13/04/2025

Palabras clave:

Menores

Migración

Promesa

Actos bellos familiares

RESUMEN

Mediante la propuesta centrada en los actos bellos familiares (ABF) hacemos un esfuerzo interdisciplinario para poder acompañar a los/las menores en la migración, la mayoría adolescentes, desde modelos e intervenciones menos cosificantes dentro de los servicios de acogida donde estos suelen recalar tras su llegada y durante un tiempo inespecífico. Para ello se hace uso de la técnica de los Actos Bellos Familiares (ABF), que consiste en actualizar las experiencias vividas con la familia de origen y personas significativas del entorno del menor para obtener recursos y competencias que éste pueda usar en su nuevo contexto de vida, cuidando así la herida de la ruptura y la separación de su historia producida por el proceso migratorio. La realidad de estos menores nos empuja a pensar en nuevas formas creativas de acompañar los malestares de este colectivo, ampliando nuestros marcos epistemológicos y técnicos con la finalidad de adquirir una mayor sensibilidad en el trabajo psicosocial con los/as menores en la migración.

The Beautiful Family Acts (BFA): A new Resignification of the Psychological Discomfort of Minors in Migration

ABSTRACT

Through the proposal focused on the Beautiful Family Acts (ABF) we make an interdisciplinary effort to accompany migrant adolescents from more humanizing and less objectifying models within the care services where they usually stay after their arrival and for a long period of time. The technique of beautiful family acts (ABF) consists of updating the experiences lived with the family of origin and significant persons of the minor's environment in order to obtain resources and competences that the minor can use in his/her new life context, thus taking care of the wound of the rupture and separation from his/her history produced by the migratory process. The reality of these minors pushes us to think of new creative ways of accompanying the discomfort of this group, expanding our epistemological and technical frameworks in order to acquire greater sensitivity in psychosocial work with minors in migration.

Keywords:

Minors

Migration

Promise

Beautiful family acts

Contextualización

Cuando hablamos de menores en la migración nos referimos a menores de 18 años sin referentes adultos familiares y/o de su comunidad de origen, procedentes en su mayor parte del continente africano. Tanto el sentido como la profundidad de conceptos tales como “menores”, “infancia” y “adolescencia” —especialmente, cuando hablamos de la movilidad de niños/as migrantes— ha variado en función de los cambios históricos, políticos y de las sociedades occidentales. La terminología utilizada para nombrar al colectivo al que hacemos referencia es muy variado, siendo los más destacados “Unaccompanied Children”; “Unaccompanied Minors”; o también, “Unaccompanied Children Refugee Minors”, en inglés. En el ámbito español, la mayoría de artículos revisados hacen referencia a “Menores Migrantes no Acompañados”; “Menores Migrantes Sin Referentes Familiares”, o también, “Adolescentes y Jóvenes Migrantes”, entre otros, en función de los aspectos que cada investigación quiere enfatizar. Por su lado, en México, un tribunal ha emitido jurisprudencia por contradicción en la que determinó que utilizar el término “menor” para referirse a los niños, niñas y adolescentes era discriminatorio. En este sentido, observamos que no hay unanimidad acerca de cómo referirse a este subtipo de grupo y de migración, ya que su complejidad trasciende del que atañe a la dimensión legal. Además, los menores que llegan a España por mar se contabilizan antes de que se especifique formalmente su edad, y, por lo tanto, se producen muchos errores y los menores quedan sin registrar en los datos oficiales.

Este artículo toma el término de “menores en la migración” de forma extensiva, para referirse al mismo tiempo a niños/as, adolescentes y jóvenes menores de dieciocho años que viven sumergidos en un proceso migratorio sin la presencia de su familia y con otros actores que tratan de facilitar su transición en el país de recepción.

Según datos de la DGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia, 2022), entre 1998 y 2002, por primera vez, se abrieron en Cataluña 1.669 expedientes de menores migrantes no acompañados, el 97% varones. Según los datos oficiales del departamento de *Treball i Afers socials de la Generalitat de Catalunya*, desde entonces, la llegada de menores migrantes no acompañados en Cataluña no ha dejado de aumentar, hasta el 81,31%. Entre el 2018 y el 2022, se abrieron 9.800 expedientes nuevos por parte de la DGAIA: el 95% son varones, el 57,7% de Marruecos, el 25,1% de África Subsahariana, el 7% del Magreb, 5,5% Otros, 3,65% de Ucrania y el 1,1% no informada. Durante el año de la pandemia de la Covid 19, el número de llegadas de menores migrantes no acompañados cayó de los 2.202 contabilizados el 2019, a los 801 en 2020. Más recientemente, entre el 2023 y el 2024 se han registrado 4.979 nuevos casos acogidos por la DGAIA.

La migración de menores de países africanos hacia España tiene sus inicios a principios de la década de los noventa, tras la adhesión al acuerdo Schengen. La inmigración de este colectivo destapó muchos vacíos legales y una falta de previsión y organización en los sistemas de protección a la infancia y la adolescencia. Desde entonces, el fenómeno de los/las menores en la migración ha cursado un proceso de crecimiento estructural constante en Cataluña (España) y la falta de previsión de políticas públicas no ha permitido el desarrollo de un modelo de protección garantista

para esta población (Quiroga et al., 2023). Por otra parte, se observa que las dificultades y tensiones que presentan los países receptores para cubrir las necesidades básicas de estos adolescentes dejan en segundo plano aquellas necesidades que tienen que ver con su salud mental y física. Autores como Whitehead y Hashim (2005) han detallado que el número de menores de edad presentes en los procesos migratorios actuales es cada vez mayor y también más difícil de estudiar debido a la multiplicidad de situaciones en las que estos/as se pueden encontrar.

Aunque el presente artículo utilizará el término «menores en la migración», la definición de la población de menores migrantes no acompañados (MMNA) ampliamente utilizada a la que hacen referencia la mayoría de los autores/as citados en este texto corresponde a la descrita en la Resolución del Consejo de Europa del 26 de junio de 1997: «menores de 18 años, nacionales de terceros países, que llegan a territorio español sin ir acompañados de un adulto responsable de ellos, ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres, en tanto no se encuentran efectivamente bajo el cuidado de un adulto responsable».

En España, los dispositivos de acompañamiento hacia los/las menores de edad se rigen por la Ley Orgánica 8/2021 de Protección integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI) que insta a las distintas comunidades autónomas y organismos confluentes a garantizar una salud mental integral. Cabe señalar que esta ley orgánica no especifica cómo este punto debe desplegarse en términos metodológicos y técnicos. En Catalunya, la *Federació d'entitats d'atenció a la infància i la adolescència* (FEDAIA), ha manifestado en el 2024 que la cartera de servicios sociales en Cataluña no ha sido actualizada desde el año 2010, y ha señalado diferentes limitaciones, entre las que destaca un déficit en el sistema de financiación de la salud mental y la falta de un programa específico para los/las adolescentes y jóvenes migrantes que han llegado a Cataluña. Esta puntualización por parte de la FEDAIA pone en evidencia, a su vez, el correcto despliegue de la ley orgánica mencionada anteriormente, así como la falta de marcos metodológicos y prácticos que puedan tener una utilidad directa.

Los Actos Bellos Familiares (ABF)

Proponemos el término actos bellos familiares (a partir de ahora, también, ABF) como alternativa narrativa con que profundizar en la significación del proyecto migratorio de los/las adolescentes en la migración. A modo de constructo creativo, hemos tomado la idea de una de las obras del filósofo hispano-iraní Arjomandi (2017), con el objetivo de fundamentar una propuesta que contemple la posibilidad de incluir nuevos prismas teóricos y técnicos para comprender el proyecto migratorio de los/las adolescentes en la migración quienes, desde el momento de su partida, tratan de rehacer su vida en circunstancias desfavorables.

Gómez-Vicario (2024) ha señalado en un estudio reciente la importancia del papel de las familias en el proyecto migratorio siendo, en algunos casos, el motivo principal que les impulsa a iniciar el viaje. Las familias, además son un recurso fundamental durante el proceso de duelo migratorio

Con los ABF nos referimos a la recuperación de elementos biográficos de fortaleza, resiliencia y sentido, de experiencias nutricias y valorativas, generadas relacionalmente en sus propios sistemas de pertenencia y relatadas en presencia de los profesionales,

quienes actúan como testigos externos y convalidantes de su propia capacitación.

Como ha señalado Arjomandi:

Es fácil ver que los hábitos que adquirimos cada sujeto se basan en este mecanismo de recurrencia y repetición. Pero el mayor alcance de dicho mecanismo no se da dentro de una misma biografía, sino en forma de transferencia y trasvase de unos sujetos a otros. (pp. 95)

Es a este trasvase al que hacemos alusión con el concepto de ABF, volviéndolo operativo en terapia para proceder a destacar la continuidad histórica —y por tanto, narrativa— de los y las adolescentes en la migración durante todo su proceso de adaptación al nuevo entorno. Con los ABF buscamos hacer revivir narrativamente aquellas acciones y conductas que tienen un componente de ejemplaridad y que, originadas en el seno de los sistemas familiares y de pertenencia de los/las menores en la migración, los singulariza y les pueden servir de ayuda para rehacer sus vidas lejos del contexto familiar, en unas circunstancias menos favorables y en ausencia de una red de apoyo suficientemente nutritiva como para ser cualitativamente protectora. Con actos bellos nos referimos a secuencias bellas de lo que sucedió antes del éxodo y que, probablemente, impulsaron cambios funcionales en sus vidas a partir de los aprendizajes y conductas de otros. Hay en esta intervención una recuperación simbólica de la familia, y de sus mandatos explícitos e implícitos para migrar, a los que hemos dado —como expondremos más adelante— el nombre de *promesas*. Partimos de la base de que los seres humanos nos nutrimos esencialmente y a muchos niveles de lo que se nos da —o se nos priva—, en los diferentes sistemas de pertenencia, siendo la familia el sistema de pertenencia matriz. Los y las menores migrantes no están nunca, en ese sentido, no-acompañados, pues sus nexos de pertenencia los llevan consigo, aunque hayan iniciado el viaje y se hayan alejado físicamente de los suyos por ello. Una parte del proyecto, el que podríamos denominar la *memoria del futuro*, lo llevan en forma de expectativa que hay que esforzarse por cumplir, promesa que hay que realizar; pero también hay otra parte de su migración que se quedó atrás, ya que las familias participaron intrínsecamente, apoyándolos u oponiéndose, en el periplo que el menor comenzó ya en su país de origen. Y son los hechos ejemplares de las familias, transmitidos como valores, metas o expectativas, los que se comenzaron a activar simbólicamente con la elaboración mental (el sueño), de este proceso.

Sugerimos los ABF como un constructo basado en la transmisión de actitudes, hechos, relatos y conductas que dan sentido a la vida del individuo, pero yendo incluso más allá de su propia existencia concreta, como parte de una familia o un clan. Desde nuestro punto de vista, recuperar esos ABF puede ayudar a los/las menores en la migración a construir un sentido y un significado existencial en el cual integrar, como parte de su propia historia, el éxodo de su viaje con una continuidad que dicho proceso parecería haber cercenado. Es, pues, un constructo que trata de centrarse en la recuperación de las competencias y capacidades, las propias y las de los miembros significativos del menor, de las cuales ellos/as son tanto testigo como, también, portadores.

De nuevo, Arjomandi (2017):

Nuestro mundo y nuestro contexto de vida no es sino el espeso tejido de ejemplos que, en todo momento, nos instruyen a actuar.” (pp.97)

También, como no ha dejado de señalar otro de los filósofos que nos sirven de inspiración creativa, Gomá (2013):

Vivimos, nos movemos y existimos entre ejemplos: de facto, nos guste o no, nos parezca bien o mal, somos ejemplos para los demás y los demás son también un ejemplo constante para nosotros. Estamos irremediabilmente envueltos en una red de influencias mutuas...” (pp. 43)

La mirada centrada en los ABF puede ser una herramienta terapéutica en la medida en que facilita la toma de conciencia de la transmisión de los legados familiares que van a formar parte del universo simbólico e imaginario de las competencias de los menores a lo largo de su vida, y también, facilitándoles la posibilidad de seguir construyendo una pertenencia grupal y una identidad más firmes.

Los/las menores que emigran se encontrarán así con su legado internalizado en forma de creencias, valores, promesas y actos concretos o ejemplos, cuyo valor radica en la fusión de ese pasado vivido con este presente por vivir. Manifestarlo ante otras personas (en este caso, los operadores y terapeutas que trabajan con ellos) recalca la función comunicacional y relacional de los ABF y su pervivencia en el tiempo, activándose para ofrecer recursos al menor en una situación que para él o ella tiene mucho de novedosa y desconocida, inclusive, de hostil. El terapeuta, mediante un acercamiento de genuina curiosidad, acentuará la importancia de estos relatos para redefinir lo que se escindió con la partida migratoria y con el transcurso del viaje.

Los ABF promueven, en una suerte de ritual terapéutico, aquella parte de los legados familiares que resultan más útiles para la construcción de su proyecto de vida, integrando en el relato de la misma la realidad de las pérdidas y aprendiendo a vivir con éstas en el interior de su biografía personal y familiar. Por lo tanto, defendemos la idea de que los ABF favorecen la pertenencia, a la vez que dotan de una confirmación emocional a la persona que tuvo que marcharse para seguir viviendo y aspirar con ello una vida mejor; pero lo hacen integrando y dando continuidad, reconociendo la doble pertenencia de un sujeto que con el viaje será de allí (donde se encuentran sus raíces emocionales) y de aquí (donde se gesta el proyecto de futuro de quien aspira a ser). Esa doble o triple pertenencia no reclama una disyunción excluyente (ser de aquí o de allí), sino que aboga por una integración creativa (ser de aquí, y también, de allí), en que toda exclusión supondría una pérdida del bagaje existencial y de los futuribles ABF que puedan realizarse en el futuro, como legado que se transmita a las nuevas generaciones.

De esta manera, la remembranza de la identidad narrativa (McAdams, 1993) de los ABF puede ser reconstructiva y aliviadora, en la medida en que no sólo integra o resignifica aquel pasado con este presente, sino que también ayuda a aliviar la culpa que tan a menudo acompaña a quienes han tenido que dejar atrás su ecosistema matriz para retomar su proyecto lejos del hogar natal, a menudo en una partida que se prolongará durante muchos años (Ramos y Ortega, 2022). Piastro (2019) destaca cómo esta hendidura emocional refleja el haber dejado atrás los referentes de su propia narrativa identitaria, así como también los marcos conceptuales en los que se formaron sus vínculos afectivos más significativos, sus costumbres, sus creencias, incluso, su deseo de emigrar.

Frente a la ingravidez fuera de la red de significados que generan los proyectos migratorios, descrita ampliamente por Hoffmann (1989), los ABF buscan otorgar una *unidad de sentido* a

las acciones que sirven de base y ejemplo, y entroncan con un relato de vida que, a pesar de la separación, se descubre con una unidad. Se trata de una continuidad de sentido que los terapeutas y otros operadores pueden ayudar a construir durante los encuentros. Al ponerlos en contacto con sus propios ABF —y hacerlo ante nuevos testigos del país de acogida— los/las menores en la migración consolidan una mayor sensación de control y de competencias que quedarían en precario si la imagen social reflejada hubiera quedado, como suele ocurrir, reducida a su consideración de menores extranjeros *no acompañados* o a sus huellas burocráticas, es decir, “los sin papeles”.

Al señalar y amplificar la presencia de los ABF, se promueve la autonomía del menor, así como también a los operadores que trabajan con este colectivo al colocarse en una posición menos persecutoria —o de control— y, sobre todo, menos diagnóstica. A la vez, las vivencias de los/las menores en la migración nos proporcionan una imagen de los estilos relacionales predominantes en sus familias de origen y de su calidad relacional afectiva, nutricia y normativa. La visión circular que potencia el modelo sistémico nos permite reconocer la huella transgeneracional del duelo migratorio, ampliando el foco de atención sobre los aspectos más saludables y las capacidades más reparadoras de los sistemas a los que el menor se halla vinculado, uno de los cuales será, por obvias razones, justamente el de los propios operadores y terapeutas.

Desde nuestra experiencia, poner el acento sobre los actos ejemplares de la familia ayudará a dar continuidad a una biografía que habría podido quedar escindida entre dos mundos (el de allí y el de aquí) sólo reconciliables a través de la palabra y del reconocimiento mutuo. La meta de los ABF consiste en salvar ese hiato, activando en el presente en forma narrativa, los logros y resultados que “merecieron pasar a la historia y ser contados en voz alta”, aun cuando sea la historia individual del menor y de los suyos.

Como señala el trabajo del filósofo español Javier Gomá es este tejido de ejemplos, de los cuales se puede hablar y compartir, los que van conformando la urdimbre de la identidad del sujeto a lo largo de toda su vida. Cuanto más rica sea su presencia en nuestra vida, cuantas más narrativas ligadas al sujeto florezcan alrededor de su identidad, más saludable será éste. En este sentido, la base relacional de la identidad resulta innegable. Ser facilitadores de la expresión genuina de estas secuencias, de estos ABF, facilitará la conexión emocional con las reacciones y las decisiones que el menor de edad ya pudo tomar en el pasado y seguirá tomando en el presente; es decir, con el autocontrol, un rasgo imprescindible para su autonomía.

En síntesis, entenderemos por ABF aquellas secuencias experimentadas antes del éxodo que hayan promovido cambios funcionales en la vida de los/las adolescentes en la migración, cambios con una incidencia individual, familiar y social, y una estructura organizada alrededor de los aprendizajes que les han ayudado a sentirse bien y que se recuerdan debido a su calado emocional. Los ABF tratan de localizar y reintegrar la presencia, la afectividad, la fidelidad y el respeto que se encuentran dentro de estos cambios funcionales, ya sean en el seno de su familia o en la comunidad de origen. Hacemos referencia, por ejemplo, a recuerdos que forman parte de la memoria episódica o autobiográfica, que ejercen una influencia importante en su vida, al punto de que, por ella, el sentido de su experiencia vital se reorienta o se transforma positivamente (Ramos, 2020).

Argumentamos que los ABF facilitan la transmisión de los legados familiares nutritivos que conforman el universo imaginario de las competencias de los MMNA. Nos referimos a promesas, acciones y relatos de acciones en determinados escenarios que configuran un sentimiento de pertenencia grupal y de identidad individual que, a su vez, tiñen las acciones futuras con las enseñanzas del pasado, es decir, de elementos de la historia y cultura familiar a los que los/las adolescentes migrantes podrían recurrir para afrontar situaciones nuevas y desconocidas. Dado que en todas las sociedades una función crítica de los padres consiste en actuar como guías de sus hijos, y que los adultos configuran las emociones de los menores y reafirman sus significados, los ABF buscan incorporar ese mapa experiencial originario, protegiendo y promoviendo de este modo la identidad de los adolescentes. Se busca, por lo tanto, expandir una red de apoyo social real y simbólico, que empezó previamente mucho antes de que el/la adolescente migrante iniciase su viaje, y de la que ahora se ve necesitada por falta de lazos afectivos y relacionales.

En línea de las aportaciones planteadas por McAll (2017), esto supondría ayudar a los/las MMNA a repensar el viaje migratorio creando y ocupando otros lugares desde donde construir significados alternativos en torno a la experiencia del viaje. Tales aspectos podrían ayudar a clausurar la dicotomía que se establece entre lo que ocurrió allí *frecuentemente malo* y lo que ocurrirá aquí *frecuentemente bueno*, maniqueísmo que refleja de forma implícita una visión etnocéntrica, moral y política, del proceso migratorio que ha sido descrita por varios autores (p.ej., El Kadaui, 2020; Jiménez-Alvarez et al., 2021).

Habida cuenta lo descrito hasta aquí, se trata de un acompañamiento que contempla tanto la acción social en red como la intervención terapéutica, y que incidirá tanto en la particularidad del viaje como en la formulación de la propia historia de vida reconstruida ante testigos validantes. En una clara consonancia con las ideas propuestas por McAdams (1993) la recuperación de significados que emana de la propuesta centrada en los ABF sugiere que la reapropiación de un mapa experiencial nutricional e interiorizado puede ser de gran utilidad no sólo para afrontar los retos de la aculturación y las barreras que condicionan el proceso de transición a la vida adulta, sino también para reforzar la continuidad histórica —y, por lo tanto, narrativa— de los/las adolescentes en la migración durante todo este proceso.

Desde la perspectiva sistémico-relacional, se ha descrito la individuación como un proceso de organización de la edad adulta. Un proceso de separación en la pertenencia (Canevaro, 2012). Esto implicaría una revisión de las lealtades y los mitos familiares, así como la construcción de la capacidad de elección autónoma en función de un proyecto personal que permitiría conservar el sentido de pertenencia a la familia de origen y, a la vez, la conciencia de ser un individuo autónomo (D'Ascenzo, 2014). Sin abandonar el territorio relacional, buscamos profundizar en conceptos sistémicos ya consolidados para ampliar sus márgenes a través de ideas e intervenciones creativas. Invitamos a las y los terapeutas y operadores sociales a recuperar una mirada caleidoscópica, es decir, múltiple y cambiante, que ponga en el centro la necesidad de cambiar deliberada y conscientemente la forma de abordar el proyecto de vida y el malestar psicológico de los/las adolescentes en la migración una vez han arribado al país de recepción.

El Historiograma Hacia los Actos Bellos Familiares (ABF)

El historiograma trata de recuperar la historia del viaje, los actos bellos familiares (ABF) así como también la tradición cultural de la familia de origen en una suerte de línea temporal o de vida para lograr un encuentro interpersonal y bidireccional que favorezca la descosificación del menor, y devuelva el protagonismo a su historia particular, así como su nombre propio, ese nombre que lo separa y singulariza respecto del grupo de “menores migrantes no acompañados”. Al mismo tiempo, el historiograma facilita la apertura a un proceso de integración de la realidad de las pérdidas vividas hasta el momento, pérdidas de seres queridos y también ecosistémico, que quedan integradas en el proceso vivencial relatado de cada sujeto.

Con una intención que podríamos llamar unificadora, desde la complejidad (Morin, 2007), proponemos ahondar en cuatro áreas diferenciadas, donde exploramos lo entramado, es decir, el engranaje de inter-retroacciones, la solidaridad de los fenómenos entre sí, la bruma, la incertidumbre, la contradicción de su proyecto migratorio antes y durante su realización, con una mirada analítica pero también prospectiva. En este punto, la emergencia de los actos bellos familiares favorecerá la integración de los elementos biográficos que quedaron escindidos con el proceso migratorio.

A modo de indagación terapéutica, utilizamos algunas de las siguientes preguntas, agrupadas en varias categorías:

- *Rituales de supervivencia durante el viaje migratorio.* De qué manera está dando sentido a sus experiencias de sufrimiento desde la salida hasta la llegada.
 - a) ¿Cuántas regiones o países has cruzado?
 - b) ¿Cuánto tiempo estuviste en ellos?
 - c) ¿Cuál de ellos te pareció bonito?
 - d) ¿Qué hacías cuando no estabas bien?
 - e) ¿Conociste a personas que te ayudaron? ¿Cómo sentiste que te ayudaban?
- *Momentos significativos con los progenitores,* señalando y amplificando los ABF. Tratamos de localizar aspectos más significativos del/la adolescente con sus progenitores antes de iniciar el viaje migratorio.
 - a) ¿Cómo se llaman tu madre y tu padre?
 - b) ¿Cómo son?
 - c) ¿Cuál es el recuerdo de infancia más bello que tienes con ellos?
 - d) ¿Cuál es el recuerdo más bello e intenso que tienes de tu madre?
 - e) ¿Cuál es el recuerdo más bello e intenso que tienes de tu padre?
- *Momentos significativos con los hermanos/as y otros miembros de la familia,* señalando y amplificando los ABF. Tratamos de localizar los aspectos más significativos del menor con la fratria y otros familiares antes de iniciar el viaje migratorio.
 - a) ¿Cómo se llaman tus hermanos/as?
 - b) ¿Cómo se llaman los miembros más significativos de tu familia?
 - c) ¿Cómo son?
 - d) ¿A cuál de ellos/as te pareces más? ¿En qué?
 - e) ¿Cuál es el recuerdo más bello e intenso que tienes con tus hermanos/as y los miembros significativos de tu familia?
- *Momentos significativos dentro de la comunidad, así como de los contextos habitados en su pueblo/ciudad natal,* señalando y amplificando los ABF.
 - a) ¿Cómo es tu pueblo/ciudad natal?
 - b) ¿Cómo se llama?
 - c) ¿Qué es lo que más te gusta de ese lugar?
 - d) ¿Cómo son tus amigos/as?
 - e) ¿Qué personas importantes hay fuera de la familia?

Las Promesas de los Menores en la Migración

El reconocido trabajo de León y Rebeca Ginberg sobre migración y psicoanálisis (1984) interpreta un pasaje extraído de la obra de Franz Kafka, *El desaparecido (América)* (1999), donde un joven cruza el Atlántico hasta llegar a los Estados Unidos. Este fragmento nos permite introducir el tema de las promesas de los/las menores en la migración.

Durante el trayecto en alta mar, el joven se ocupa de guardar bien su equipaje (...). Al entrar en el puerto, el joven se queda maravillado observando la estatua de la Libertad, cuya imagen cada vez brilla con más fuerza. Esa conmoción se transforma en tormento al percatarse de que su equipaje ya no está con él. El baúl ha desaparecido. Aquello que lo definía desde el día que llegó al mundo, todo el patrimonio íntimo cosificado en ese baúl, se ha esfumado, convirtiéndose en nada. El joven, ahora deslumbrado, se siente de repente solo, sin nada, frente a una libertad totalmente desconocida. (pp. 93)

A nuestro modo de ver, el pasaje amplía algunas ideas en relación con la construcción del proyecto migratorio de los/las adolescentes en la migración y a las promesas que lo constituyen. Venimos observando cómo este proceso de construcción empezaría antes de la partida hacia el país de instalación, tendría su continuidad durante el trayecto y continuaría también tras su llegada. Tanto la comunidad como la familia de origen nutren a los menores con toda clase de expectativas: por un lado, acerca de las expectativas que se generarían en otros países con una economía más potente («estatua de la libertad») y, por otro lado, de pertenencias familiares que uno lleva siempre consigo («baúl»), que influyen en la constitución de promesas alrededor de cómo debe darse esta migración para conseguir que sea exitosa.

Este conjunto de creencias sistematizadas, integradas y compartidas por la familia y la comunidad, se ha llamado *mitos familiares* (Van der Hart et al., 1989). En el campo de la psicoterapia sistémica, otros autores (p.ej., Bagarozzi y Anderson, 1989; Linares, 2012) han insistido en la necesidad de conocer los mitos que se dan en las familias para poder comprender sus procesos, cuya activación puede darse cuando las relaciones familiares están en peligro de desintegración o de ruptura. Unas mitologías empobrecidas o rígidas, entendidas éstas como marcos simbólicos y narrativas culturales que dan sentido a la vida, limitan las posibilidades de interpretación y adaptación a situaciones adversas, lo que puede facilitar la aparición de síntomas psicológicos. En cambio, unas mitologías ricas y flexibles, que dotan a la persona de la capacidad de reinterpretar las dificultades y dar significados positivos a las mismas, pueden actuar como factores de protección frente al malestar emocional y al trauma.

Aun cuando se ha establecido cierto consenso alrededor de los contextos familiares que rodean a los/las menores en la migración (Jiménez-Álvarez, 2003), no hay demasiada investigación acerca de

las promesas reales que impulsan. El concepto de *promesa* al que se hace referencia en estas líneas ha sido descrito previamente como una organización subjetiva cuya movilización se inicia, en menor o mayor grado, dentro de una mitología familiar y en un espacio de tercer orden, es decir, en un determinado escenario sociopolítico y en unas dinámicas sociales y de poder determinadas (Ramos y Ortega, 2022).

Si bien los individuos que emigran y las condiciones de migración són de una variedad ilimitada difícil de concretar, hemos observado toda promesa estaría constituida, como mínimo, por (1) un escenario sociopolítico, (2) una mitología familiar, (3) unos deseos, (4) y, una fase de movilización hacia el país o territorio donde se quiere llegar.

Contando con estos tres elementos, el imaginario actúa como impulsor del deseo de partir. La idea de lo imaginario alcanza una dimensión que ha sido teorizada ampliamente por Castoriadis (2007), según el cual las imágenes poseen una función simbólica llena de significados más allá de la concreción que toma la imagen icónica concreta. Por tanto, tendría lo que los sistémicos denominan resonancias, como ocurre también con las metáforas y otras formas de acceso cognitivo a la realidad. Para Mèlich (2021), «lo imaginario» no sería exclusivamente, una «imagen de algo», sino una creación histórica y social, por lo tanto, psíquica, a partir de la cual la persona intenta conocer, organizar y actuar sobre el mundo. Indagar en las promesas de los/las adolescentes en la migración nos ayudaría a comprender los legados transgeneracionales (Canevaro, 2012) que forman parte de su proyecto migratorio, sus significados, cuya consistencia puede facilitar o, en otras ocasiones, dificultar el cumplimiento de dicho proyecto migratorio. La elaboración de estas narrativas tiene una importancia notable en la constitución de las promesas de los/las adolescentes en la migración y en su búsqueda por adaptarse a una nueva realidad durante su transición adulta. A modo de ejemplo, aquellos/as que construyen su promesa partiendo del propio deseo tendrán otras dificultades diferentes a las de aquellos cuya promesa está estrechamente ligada al deseo o mandato de la familia de origen.

Devenney (2020) ha descrito cómo los menores migrantes no acompañados podrían llegar a convertirse en sustentadores económicos de sus familias, siendo esta nueva responsabilidad una asunción no siempre deseada, que se sumaría a la separación ecosistémica en sí misma, así como a la adaptación, no siempre fácil ni fluida, en un nuevo entorno de vida. A este mantenimiento económico de su familia, y a la separación consecuente, se le añadiría el riesgo de que, si estos menores se posicionan a favor de su legado familiar, será más probable que sufran una inhibición de sus propias capacidades viéndose tentados a construir una identidad por oposición. En el otro extremo, si optaran por integrarse en la sociedad receptora, podrían dirigir sus pasos a la construcción de una identidad más idealizada, elaborada, en parte, con la negación de aquello que traían de origen.

En un momento tan importante para estos/as adolescentes y jóvenes —su transición hacia la vida adulta— observamos de qué manera las promesas pueden exceder, o no, su propia capacidad de acción, no sólo por las limitaciones personales, sino también por aquellas otras que provienen del marco legal vigente en cada país. Observamos, también, cómo las promesas, cuyas pertenencias vienen agrupadas alrededor de mitologías familiares, no siempre son un equipaje llevadero, y pueden amenazar la viabilidad del proyecto

migratorio, concretamente en lo que a su salud mental se refiere. Esta ampliación de la capacidad de agencia inserida en el seno de las promesas pasaría por reconocer que dichos menores tienen intereses y objetivos propios que están presentes intrínsecamente en su viaje (p.ej., Suárez-Navaz y Jiménez, 2011, Bargach, 2006).

En este sentido, una de las preguntas que nos hacemos es: ¿de qué manera la promesa del/la menor está ligada o fusionada con sus mitologías, con la historia de otros, y a su vez, cómo esto podría perturbar de un modo específico su transición adulta, así como las dinámicas de pertenencia y diferenciación dentro del contexto de aculturación, una vez han llegado al país de instalación. Sugerimos que la consolidación de las promesas puede facilitar una mejor coherencia interna de las conjeturas emocionales durante el proceso de adaptación, una mayor diferenciación de sí mismos en el sistema familiar, así como también su predisposición para verse capaces de realizar nuevos retos. Por otra parte, la investigación de los casos observados apunta que la no-consolidación de estas promesas dentro del proyecto migratorio podría agudizar el malestar del menor e interferir significativamente en su diferenciación de sí mismos en el sistema familiar de origen.

Una idea básica de este proceso de redefinición que se propone en este trabajo es que los profesionales, en sus intervenciones, sean sensibles a todo cuanto favorezca reparar el corte emocional producido en la vivencia e historia de los/las adolescentes en la migración, a partir de la tesis de que la vida humana se estructura en torno a un relato que —con todas sus posibles variaciones narrativas—, exige continuidad en el tiempo histórico. Es decir, que lo que ahora sucede obtiene su sentido de lo que antes ocurrió y es, a su vez, el preámbulo de lo que aún está por ocurrir. Es dentro de la «historia personal» donde las promesas de los/las adolescentes en la migración emergen constitutivamente. Conviene poner el acento en la manera como la historia se vuelve historicidad: no sólo es la historia —la historia de un individuo anónimo—, sino la de una «persona», y esta denominación de persona afectará a la totalidad de un proyecto de vida que se desarrolla históricamente (Carballo, 1999).

Discusión¹

Los procesos migratorios, inherentes a la historia del ser humano, parecen haberse vuelto repentinamente presentes en nuestro contexto cultural. Eso ha podido ser así por la concatenación de diversos factores como, por ejemplo, su presencia en los medios de comunicación, tantas veces con una elevada carga dramática, o por el advenimiento y la universalización de las redes sociales, que han facilitado y agilizado la denuncia de algunos hechos indignantes que antes podían pasar más desapercibidos; y, no en menor medida, por uso político interesado de los miedos que la llegada de extranjeros puede despertar entre una población huérfana de sistemas de pertenencia suficientemente poderosos como para manejar la incertidumbre de vivir en una sociedad cambiante. Todo esto ha ocurrido a pesar de que llevamos conviviendo con estos procesos a lo largo de la historia, tanto la

¹ Dada la fase inicial de esta investigación, los autores han priorizado la fundamentación y ampliación teórica de ideas y conceptos más desconocidos con una clara intención de dar pie a más estudios de índole fenomenológica y cualitativa que, en un futuro, sean de utilidad para abordar el malestar psicológico de los menores en la migración. Por este motivo, los apartados de Método y Resultado, no aparecen como apartados diferenciados. Las conclusiones de las diferentes ideas y conceptos utilizados por los autores pueden leerse en el apartado de Discusión.

lejana como la presente. Actualmente, sucede que la conjunción de esos elementos (la información, la comunicación acelerada y el uso político del problema), entre otros, han añadido complejidad a nuestra manera de entender el mundo y también a nuestra forma de estar instalados en él. La vieja disputa entre el sedentarismo y el nomadismo hunde en el pasado sus raíces, como ya relataban los viejos escritos bíblicos, pero hoy se presentan con nuevos retos y generan la necesidad de hablar de ello con nuevos conceptos y teorías que nos permitan escapar de soluciones simplificadoras, maniqueas, e incluso, con claros tintes xenófobos.

La teoría de sistemas y el construccionismo social nos abrieron la puerta a nuevas formas de construir y empujar las ideas, desafiando en ocasiones las limitaciones al cambio impuestas por las trayectorias asistenciales, cuyos procedimientos no siempre disponían de la capacidad de ofrecer una atención dirigida a la salud mental de las personas que conforman las realidades en la migración. En este sentido, se hace evidente la necesidad de partir de una concepción de salud más extendida y amplia, que articule dimensiones como los aspectos singulares empíricamente observables, los procesos determinantes particulares derivados de la posición social, y los determinantes procesos macroestructurales (p.ej., Breihl, 2003; Laso, 2024).

Los ABF se presentan como una propuesta teórico práctica, insertada en un tercer orden sistémico, cuyo objetivo es acompañar a los/las adolescentes en la migración en su individuación y transición adulta, marcadas ambas por la pérdida ecosistémica. Dada la potencialidad de cada historia de vida, así como de la multiplicidad de factores contextuales que empujan los/las adolescentes a emigrar, conviene mencionar posibles limitaciones, por ejemplo, si sería viable insistir en la recuperación de las promesas y de los ABF cuando los adolescentes en la migración han sufrido malos tratos en la infancia y huyen de esa realidad. También, si la migración del adolescente es fruto de la desafiliación en origen, o si es parte de un proceso de huida de un hecho traumático concreto. En un futuro, cabría valorar de forma particular si el procedimiento puede adaptarse a sus circunstancias. Habría que preguntarse, por lo tanto, acerca de la adaptabilidad que pueden tener estas ideas a la hora de adaptarse a las circunstancias vitales de cada persona, aunque no hayamos explorado específicamente la eficacia relativa en estas situaciones. Por lo tanto, las investigaciones futuras deberían clarificar los nexos existentes entre la gravedad de los malestares y la naturaleza diversa de las promesas que conforman los proyectos migratorios, así como la dimensión transcultural inherente al proyecto de este colectivo. Del mismo modo, los trabajos posteriores deberían ahondar las conexiones entre los ABF y otras propuestas más consolidadas en la terapia sistémica y narrativa, para dotar de mayor rigor las ideas hasta aquí desarrolladas.

Por otro lado, las promesas a las que nos referimos en este trabajo acentúan la famosa tesis de Darwin (2023), según la cual «los seres humanos tendemos a crecer a un ritmo superior a nuestros medios de subsistencia». Es decir, que los seres humanos vamos más allá de lo dado, de los hechos concretos y cotidianos, por medio de la imaginación y de las promesas, que son formas de hablar y poseer un futuro motivador e ilusionante. Cara y cruz de una misma moneda, por un lado, una ventaja evolutiva, y por el otro, de un riesgo cuyas consecuencias son difíciles de prever para cualquiera. Pensar las promesas es el resultado de un cambio de perspectiva en relación al diagnóstico tradicional, donde no siempre se han tenido

en cuenta las motivaciones intersubjetivas de los/las adolescentes en la migración y el significado que estos/as dan a lo que hacen, también, durante la transición adulta. Temáticas, narrativas y significados que no solo inciden en esta transición biológica durante la adolescencia y la juventud, sino que están presentes a lo largo de su vida.

A un nivel mayor, pensamos que esto debería llevarnos a la consolidación de una integración inclusiva, donde el objetivo perseguido no debería ser la asimilación de los y las recién llegados, sino el resultado de un proceso de acomodación multilateral regida por la igualdad de derechos, de modo que tanto los «nacionales» como «las y los recién llegados» estuvieran equiparados en derechos y obligaciones, en oportunidades y en riesgos (Velasco, 2022).

Finalmente, esperamos que las ideas que se describen en este artículo inviten a pensar alternativas para abordar el malestar de los menores en la migración, así como de todas las personas que se movilizan y que, con ello, se abran espacios para construir prácticas interdisciplinarias que sepan ofrecer una atención profunda en materia de salud mental.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y desarrollo del presente artículo.

Referencias

- Arjomandí, A. (2017). *Gozar la vida por medio de actos bellos*. Valencia: Pretextos.
- Bagarozzi, D. A., y Anderson, S. A. (1996). *Mitos personales, matrimoniales y familiares. Formulaciones teóricas y estrategias clínicas*. Paidós. (Traducción R. Masera, y G. Viatle. *Personal, marital and family myths*, 1989).
- Bargach, A. (2006). “Los contextos de riesgo: Menores migrantes no acompañados”. En J. C. Checa Olmos, y Á. Arjona Garrido (eds): *Menores tras la frontera* (pp. 51-66). Icaria-Antrazyt.
- Breihl, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos. Cuando vuelan los cormoranes*. Ediciones Morata (traductora C. Rodríguez Pezoa, *Quando volano i cormorani*, 2010).
- Carballo, R. (1999). *Urdimbre afectiva y enfermedad: Introducción a una medicina dialógica* (pp. 20). Asociación Gallega de Psiquiatría.
- Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.
- Darwin, C. (2023). *El origen de las especies mediante selección natural*. Alianza Editorial (traductora, D. Otero-Piñeiro; original inglés, 1859).
- D’Ascenzo, I. (2014). “Terapia individual sistémica con jóvenes y adultos en etapa de desvinculación”. *Redes*, 42. Paidós.
- Devenney, K. (2020). “‘My own blood’: Family relationships of unaccompanied asylum-seeking young people in the UK”. *Families, Relationships and Societies*, 9(2), 183-199. <https://doi.org/10.1332/204674318X15394355767055>

- DGAIA (2022). Dades estadístiques. Infants i joves sols. Informe estadístic mensual. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) de la Generalitat de Catalunya. https://dretsocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/estrategiacatalanaacollida/dades/
- El Kadaoui, S. (2020). *Radical(es) una reflexió sobre la identitat*. Catedral.
- Gomá, J. (2013). *La Ejemplaridad Pública*. Tusquets.
- Gómez-Vicario, T. (2024). "El papel de las familias marroquíes en las migraciones de menores hacia España: Percepción en acogida y en origen". En N. Meléndez, Y. Esteves, y D. Concepción (Eds.) *Inclusión, diversidad y desarrollo personal* (pp. 99-113). Octaedro.
- Hoffmann, E. (1989). *Lost in translation: A life in a new language*. Nueva York: Penguin (pp. 151).
- Jiménez-Álvarez, M. (2003). "Menores inmigrantes o los vulnerables en la globalización". En Checa y Olmos, A. Arjona, y J. C. Checa Olmos (eds): Icaria-Antrazyt.
- Jiménez-Álvarez, M., Trujillo, M. A., y Morante del Peral, M. L. (2021). *Pensar la alteridad: Una mirada sobre Amina Bargach y su obra*. Universidad de Granada. Granada.
- Laso, E. (2024). *Justicia y psicoterapia de cuarto orden: El paradigma participativo*. Morata.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Herder.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: personal myths and the making on the self*. Morrow.
- McAll, C. (2017). "Des brèches dans le mur: inégalités sociales, sociologie et savoirs d'expérience". *Sociologie et Sociétés* 1(49), 89. <https://doi.org/10.7202/1042807ar>
- Mèlich, J. C. (2021). *La fragilidad del mundo: ensayo sobre un tiempo precario*. Tusquets.
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo* (pp. 23). Gedisa.
- Piastro, J. (2019). *Los lenguajes de la identidad: la subversión como creación*. Herder.
- Quiroga Raimúndez, V., Chagas Lemos, E., Palacín Bartolomé, C., y Arranz Montull, M. (2023). "La migración de menores no acompañados/as en Cataluña (España): evolución y modelos de protección". *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 30(2), 276-303. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.23027>
- Ramos, J. X. (2020). "La Ejemplaridad como filosofía terapéutica: una intervención para la recuperación simbólica de la familia con pacientes refugiados". *Mosaico: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 73.
- Ramos, J. X., y Ortega, J. (2022). "¿Promesas imposibles? Los menores en la migración desde un enfoque sistémico-transcultural" *Mosaico: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 80, 61-74.
- Suárez-Navaz, L., y Jiménez, M. (2011). "Un nuevo actor migratorio: Jóvenes, rutas, y ritos juveniles transnacionales". En J. C. Checa Olmos, y Á. Arjona Garrido (eds): *Menores tras la frontera* (pp. 17-50). Icaria-Antrazyt. <http://doi.org/10.1017/S003329172000495X>
- Van der Hart, O., Witztum, E., y Voogt, A. (1989). "Mitos y rituales: perspectivas antropológicas y su aplicación en terapia familiar estratégica". *Haworth Press. The Journal of Psychotherapy*.
- Velasco, J. C. (2022). *Jürgen Habermas: Refugiados, Migrantes e Integración*. Tecnos. (pp. 25)
- Whitehead, A., y Hashim, I. (2005). *Children and Migration, background paper for DFID Migration Team*. Centre on Migration, Globalization and Poverty. Sussex University: Brighton.



Article

The Letter of Complaint to the Netherlands. A Way to Plan Intervention in Migratory Grief Cases

Nuria Maldonado-Bellido ^{id}, M^a Dolores Lanzarote-Fernández ^{id} and Jesús García-Martínez ^{id}

University of Sevilla (Spain)

ARTICLE INFO

Received: 12/02/2025

Accepted: 09/05/2025

Keywords:

Migratory grief
Narrative techniques
Gestalt therapy
Template analysis
Psychotherapeutic interventions
with migrants
Voluntary migration

ABSTRACT

In migration care, effective interventions require a phenomenological understanding of the individual's experiences, especially when cultural differences are part of both the problem and their identity. Two observed phenomena are migratory grief, characterized by the loss or separation from one's culture of origin, and migration stress, defined as ambivalence and uncertainty in the face of the challenges of integration. While the intervention in the cases presented follows the principles of Gestalt therapy, the complaint letter technique is incorporated as a means of identifying focal aspects for intervention. The theoretical foundation of this technique is based on the contributions of White and Epston's narrative therapy, as well as the concept of protest as a typology of innovative moments. This article presents this application in two cases of Spanish-speaking residents in the Netherlands, following a mixed-method design. The analysis of complaint letters addressed to the migration project is described, complemented by data provided by the Migratory Grief and Loss Questionnaire and the Barcelona Immigration Stress Scale. The key steps for identifying recurring themes and difficulties inherent to the migration process are detailed, which guide therapeutic intervention. Of the cases presented, the first identifies a problem associated with migration stress, while the second identifies a situation of migratory grief.

La Carta de Queja a Países Bajos. Una Forma de Planificar la Intervención en Casos de Duelo Migratorio

RESUMEN

En la atención migratoria, las intervenciones eficaces requieren una comprensión fenomenológica de las experiencias de la persona, especialmente cuando las diferencias culturales forman parte tanto del problema como de su identidad. Dos fenómenos observados son el duelo migratorio, caracterizado por la pérdida o separación de la cultura de origen, y el estrés migratorio, definido como la ambivalencia e incertidumbre ante los desafíos de la integración. Si bien la intervención en los casos presentados sigue los principios de la terapia Gestalt, se incorpora la técnica de la carta de queja, como medio para identificar aspectos focales de intervención. La fundamentación teórica de esta técnica parte de las aportaciones de la terapia narrativa de White y Epston, así como del concepto de protesta como tipología de momentos innovadores. Este artículo presenta esta aplicación en dos casos de residentes hispanohablantes en los Países Bajos, siguiendo un diseño mixto. Se describe el análisis de plantilla de cartas de queja dirigidas al proyecto migratorio, complementado con los datos proporcionados por el Migratory Grief and Loss Questionnaire y la Barcelona Immigration Stress Scale. Se detallan los pasos clave para identificar temas recurrentes y dificultades propias del proceso migratorio, a partir de los cuales se orienta la intervención terapéutica. De los casos presentados, en el primero se identifica una problemática asociada al estrés migratorio, mientras que en el segundo se detecta una situación de duelo migratorio.

Palabras clave:

Duelo migratorio
Técnicas narrativas
Terapia Gestalt
Análisis de plantillas
Intervenciones psicoterapéuticas
con personas migrantes
Migración voluntaria

Introduction

Migration is a constantly growing phenomenon in a globalized world, in which millions of people move due to a multitude of circumstances or motivations. This process involves not only a geographical change, but also an emotional and psychological transformation that affects the identity, sense of belonging and general well-being of those who migrate (Achotegui, 2000; Renner et al., 2024). During the realization of their migration project many people may experience both grief and stress. The former is linked to the loss of the family environment, the culture of origin and support networks and social contact; the latter manifests itself as emotional ambivalence and uncertainty in the face of the challenges of the host country (Mak et al., 2021). Migratory grief is a complex and multidimensional phenomenon that can have a significant impact on a person's mental health and well-being (Achotegui, 2019; Lakatos, 1992). It consists of the psychological and emotional experience of people who have migrated from one place of residence to another and go through feelings of loss, sadness and disconnection from their former home, community and culture; while dealing with adaptation to a new environment and trying to establish new relationships.

This process is observed beyond the reasons that motivate the migration project, even in the case of voluntary migration. The difference between forced and voluntary migration lies in the degree of choice involved in the decision-making process towards leaving the country of origin. Forced migration occurs as a result of events that force people to move, such as war conflicts, natural disasters or political persecution, and usually involves situations of direct threat to safety or even survival (Becker & Ferrara, 2019). On the other hand, voluntary migration involves a higher degree of personal decision, often motivated by the search for better financial, educational or family opportunities (Ottonelli & Torresi, 2013). However, these categories are not rigid, as many migration experiences include a combination of compulsion and decision, placing them on a spectrum rather than a binary dimension, highlighting the psychological complexity of motivations to migrate (Erdal & Oeppen, 2017). This dichotomous view also contributes to a particularly notable gap in the case of research on voluntary migration in the case of expatriates (popularly known as *expats*), i.e., the case of those who migrate for professional or personal development reasons, and not necessarily for reasons of survival or fleeing conflict (Andresen et al., 2014; Arifa, El Baroudi & Khapova, 2021).

From a psychological perspective, the application of the continuum model in the bereavement process (Klass, et al., 1996) suggests that the integration of elements of the culture of origin into the daily lives of migrants is a key strategy for adaptation. Instead of a total break with the past, it is proposed that migrants can construct a hybrid identity in which elements of their history coexist with new experiences from the host country (Henry, Stiles & Biran, 2005). In this sense, Gestalt therapy offers a phenomenological perspective that understands grief as a dynamic process of creative adjustment, in which the person reorganizes his or her experience of loss and reconfigures their identity linked to the personality function of the self, within the new migratory context (Francesetti, et. al., 2013; Perls et al., 1951).

Understanding migratory grief requires phenomenological exploration, that is, attending to how each person lives and

processes this experience in a unique way, especially in voluntary migration contexts. Narrative techniques, such as letters, are widely recognized tools in both qualitative research and clinical intervention (White & Epston, 1990). Letters have been shown to be a useful technique in bereavement treatment (Larsen, 2024) and narrative-based approaches have been applied to both therapeutic and migration research work (Boswell et al., 2021; Kogen, 2014), but there is no documentation of the use of therapeutic letters in migratory grief. In this work, the letters allow externalizing emotions and thoughts related to the migration project, offering a safe space for people to express the preeminent aspects of their experience. A letter to the host country or migratory project was chosen, a format that allows for the expression of sometimes repressed emotions, such as anger, which are common in the grieving process. This choice is based in the category of "protest" from the innovative moments model proposed by Gonçalves et al. (2017), who point out that grievances represent exceptions to inflexible meaning systems associated with psychopathological suffering. Protest is defined as the expression of a complaint about a problem, indicating either the limitation that the problem imposes on the person (level 1 protest), or the expression of the objective to be achieved (claim) as a way to overcome the problem (level 2 protest). The manifestation of the complaints is pivotal in determining the therapeutic objectives to which therapy must be oriented. Furthermore, it enables the search for procedures to resignify the problem (Gonçalves et al., 2017; Matos et al., 2009). Protests, when conceptualized as innovative moments, might not only be seen as resistance but also as activating moments of change. For instance, a person's protest against oppressive structures (like social inequality) or emotional distress can be viewed as the point where they engage with their feelings and begin to assert their personal needs, challenges, and desires. According to White (2007) these innovative moments may manifest when a patient re-frames their story in a way that includes protest or resistance to oppressive narratives. This new narrative could empower them to challenge the status quo of their life or identity.

In Gestalt therapy terms, an inflexible meaning system is equivalent to a rigid personality function of the self. With less conflict, contact, and figure/ground differentiation, only a diminished self is possible. Psychopathological suffering, particularly neurotic suffering, is characterized by the absence of shifting boundaries in contact (Perls et al., 1951). In this sense, protest can be seen as a mechanism that promotes greater psychological flexibility.

Within the framework of this research, which encompasses a broader study on migratory grief in self-initiated expatriates (Andresen et al., 2014) living in the Netherlands, the use of narrative techniques allows for capturing the ambivalence inherent in the migration process and facilitates clinical case formulation, helping to structure therapeutic interventions based on the core elements identified in the narratives of the participants. In particular, this approach is relevant when considering the Dutch cultural concept of *gezelligheid* (Lindemann, 2009; Verhoef, 2023), which might act as a premature pacifying element in the natural development of migratory grief, inhibiting the full processing of emotional conflicts. According to Meertens Institute researcher Irene Stengs, *gezelligheid* is a way of life that has a moral side as it is used as a way in which everyone has to adhere to the norm of socializing and not dealing with painful topics. It is a social dimension with unspoken codes of conduct

(RTL Nieuws, 2022). This norm thus implicitly demands to put aside that which is not in tune with a pleasant and harmonious atmosphere, i.e. conflict. In this sense, complaint letters emerge as an effective narrative technique to help migrants structure their experience, identify problematic aspects and reorganize their personal narratives. Through this tool, they can express their dissatisfaction, unfulfilled expectations and feelings of loss. Essential aspects for emotional integration and psychological adjustment.

The following paper focuses specifically on the content analysis of the complaint letters written by two Spanish-speaking migrants using the qualitative technique of thematic analysis (Braun & Clarke, 2006), which is structured in a series of iterative steps designed to extract meaning from the qualitative data. The outcome of this analysis is further triangulated with data collected from quantitative measures to assess migratory grief (Casado & Leung, 2002) and immigration stress (Tomás-Sábado et al., 2007). This process allows for capturing not only individual emotional dynamics, but also how these relate to the cultural and social environment of the host country, providing a solid basis for tailored therapeutic interventions. The subsequent intervention procedure follows the principles of Gestalt therapy, although a narrative technique (the complaint letter itself) has been integrated as a procedure to locate the experiential foci of the intervention.

The main aim of this article is to explore the complaint letters of two people who have decided to migrate voluntarily to the Netherlands. Thematic analysis of these narratives will be used to identify the emotional and cultural patterns central to the migration experiences. It is also examined how this technique can facilitate the formulation of therapeutic interventions from a Gestalt therapy perspective.

Method

Participants

Two individual cases were selected for analysis as part of a larger study on migratory grief in expatriates. The first case is that of a 34-year-old Spanish-speaking woman, married and without children, with studies in Telecommunications and working as an engineer, who had lived in the Netherlands for seven years. The second case is that of a 32-year-old Spanish-speaking woman, single and without children, with a PhD and working as a researcher, who had been living in the Netherlands for 10 years. These cases have been selected for their illustrative capacity, as they exemplify two distinct, albeit relatively pure, approaches to understanding migration issues in terms of stress or grief (one per case). The subject in *Case 1* obtained an initial score of 22 on the Migratory Grief and Loss Questionnaire (MGLQ) and 68 on the Barcelona Immigration Stress Scales (BISS), indicating the presence of higher immigration stress. The subject in *Case 2* scored 34 on the MGLQ and 46 on the BISS, underlining a higher presentation of migratory grief variables. Cutoff scores were established at 26 for the MGLQ and 48 for the BISS.

Instruments

The research study on which the present article is based was conducted using a combination of quantitative and qualitative

instruments for the planning and analysis of the intervention. The following instruments were employed in the analysis and triangulation of the data derived from the letters of complaint.

2.1. Quantitative measures:

2.1.1. Migratory Grief and Loss Questionnaire (MGLQ)
This instrument utilizes a four-point Likert scale, with scores ranging from 0 to 60, with higher scores denoting more intense levels of migratory grief. The MGLQ demonstrates adequate reliability, evidenced by an alpha coefficient of .94. The three factors of the MGLQ (searching and yearning, nostalgia, and disorganization) exhibit significant correlations with the total MGLQ, thereby substantiating the instrument's content validity (Casado & Leung, 2002).

2.1.2. Barcelona Immigration Stress Scale (BISS)
The Barcelona Immigration Stress Scale is a 42-item measure in which items are scored positively (from 3: Strongly Agree to 0: Strongly Disagree); thus, the range of possible scores is from 0 for no stress to 126 for maximum stress. This scale was developed to measure acculturation stress applicable to immigrants in Europe, and it has acceptable internal validity. This tool, in agreement with other scales, suggests that migration stress is a complex construct. The 42 items exhibit a range of correlations between .31 and .62, all of which were statistically significant and lower than the reliability of the scale. This measure demonstrated an internal consistency index estimated on the basis of Cronbach's alpha of .94. (Tomás-Sábado et al., 2007)

2.2. Qualitative measures:

2.2.1. Letter of complaint.

The letter is to be addressed either to the Netherlands or to the migration project. The instrument was designed ad hoc as a procedure to understand the initial demand from a qualitative perspective, following the format proposed from the narrative approach in psychotherapy. The utilization of complaint letters as a narrative technique is predicated on the notion that it facilitates the articulation of emotions and the elucidation of internal conflicts, which are often concomitant with experiences that engender psychological distress (White & Epston, 1990). Its contents are studied using template analysis.

Procedure

This study used a multiple case design, including, in the initial assessment phase, the analysis of letters of complaint written by non-Dutch individuals demanding private psychological care in the Netherlands. The procedure consisted of the following steps:

1. Recruitment of participants.

Participants were recruited through social networks and communities for *expats* in the Netherlands (e.g., ACCESS, Internations, Facebook, LinkedIn), as well as among those seeking care in private psychological practice with

complaints involving stressors related to their migration experience. Non-Dutch adults who had been living in the Netherlands for at least one year, with signs of migratory grief and clinically significant anxious-depressive symptoms were included. The former were measured with the MGLQ and BISS scales, and the latter with the DASS-21 scale.

2. Implementation of the assessment.

In the initial case assessment phase, in addition to completing the quantitative measures questionnaires and writing their life history, each participant was asked to write a “letter of complaint to the host country or migration project” as an exploratory task. As a prompt, the letters were asked to address personal aspects related to the experience of cultural adaptation to the Netherlands, challenges experienced, and emotions related to the migration process.

3. Data Analysis

The letters were analyzed using a variant of the thematic analysis method proposed by Braun and Clarke (2006), called template analysis (Brooks et al., 2015), to identify emerging themes and patterns related to cultural adjustment and the elaboration of migratory grief.

Template analysis is a qualitative technique that is used to organize, categorize, and analyze data from interviews, transcripts, or any type of textual information. This technique allows the identification of patterns or themes in the data in a flexible way, which makes it useful for research with an inductive and deductive approach.

The steps followed for the development of the Template Analysis in the letters of complaint were as follows:

- Familiarization with the texts to be analyzed:
Given the size of the sample allowed for it, the first step was to completely read the letters written by each participant. Being a multiple case study with a limited number of participants, this step was done in depth to ensure that the key elements of each letter were well understood.
- Preliminary coding of the data:
An initial coding was performed to identify relevant themes within the letters. Although themes could have been defined a priori, such as those related to migratory grief and emotional adjustment, emergent themes were allowed to emerge based on the specific contents of the letters. This coding was flexible and open to revision as the analysis progressed.
- Organization of the emerging themes into meaningful clusters:
The themes that were identified were then grouped into categories that could in some cases exhibit either hierarchical or lateral relationships. For instance, within the letters, themes such as ‘helplessness in familial caregiving’ and ‘guilt over missed milestones’ were grouped into the broader category of ‘guilt and helplessness’, which in turn had a lateral relationship with the category of ‘relational loss/loneliness’ and a hierarchical one with the broader category of ‘double loyalty/ambivalence’.

- Definition of an initial coding template:
Preliminary coding of the letters resulted in the definition of an initial template, the function of which was to organize the themes into structured categories. The development of this template was informed by a thorough analysis of the two letters, with the emerging themes being adapted to ensure that they accurately reflected the key points of each narrative.
- Application of the initial template to additional data and modification as needed:
Once the initial template was defined, it was applied to the additional data obtained from the charts. In cases where the new data did not fit the existing themes, the template was modified, adding new themes or reconfiguring the categories to fit the new information. This process was iterative, continually reviewing the template as new data was integrated.
- Finalization of the template and application to the full data set:
Upon completion of the analysis of the two participant’s letters, the coding template was deemed to have sufficiently captured the themes relevant to the study. Although there is never a definitive ‘final version’, the template was considered sufficiently refined to provide a complete representation of the experiences described in the letters. Relevant data was not left uncoded and the template was used to fully interpret the narratives in relation to the research questions.

Data Analysis

The present study is grounded in a mixed-type approach as part of a multiple case study design, with a focus on the analysis of narrative letters of complaint written by two of the participants. The design selected for this research precluded the use of statistical analyses. Instead, this paper utilizes a thematic analysis to extract meaningful patterns and insights from the participants’ narratives.

The decision to restrict the sample size to two cases was due to the primarily qualitative nature of the study. This approach aligns with the exploratory nature of the study’s initial phase, which prioritizes the generation of in-depth, context-specific knowledge over generalizable results.

The integration of psychometric data from the MGLQ and the BISS with the thematic analysis of the letters ensured the triangulation of methods. The scores from these scales were used as complementary data to validate and contextualize the conclusions derived from the qualitative analysis.

Results

This study used a template analysis approach (Brooks et al., 2015) to analyze each letter of complaint, focusing on the principles of migratory grief and Gestalt therapy. The process rendered the results shown below.

3.1. Template analysis stages

- 3.1.1. Familiarization: Repeated readings of each letter to identify emotional tones and key complaints.

- 3.1.2. Initial Coding: Thirty descriptive codes were generated inductively from the participant's language (e.g., *No me advirtieron* [I was not warned]→ Unclear agency decision-making).
- 3.1.3. Clustering: Codes were grouped into clusters based on conceptual similarity (e.g., Paradoxical agency in migration).
- 3.1.4. Template Development: Clusters were organized into 7 main themes, integrating migratory grief literature (e.g., identity loss) and Gestalt therapy frameworks (e.g., double loyalty).
 - Relational loss / loneliness
 - Paradoxical agency in migration
 - Identity loss
 - Guilt and helplessness
 - Environmental grief
 - Double loyalty/ambivalence
 - Disillusionment with host society
- 3.1.5. Validation: Iterative refinement ensured thematic coherence, with particular attention to overlaps.
- 3.1.6. Template representation: The management of the data was undertaken using Atlas.ti 25, with the coding, clustering and theme identification being represented in network diagrams to visualize the relationships, as illustrated in Figures 2 and 4 (see below). This process is also reflected in the word clouds presented in Figures 1 and 3.

The template analysis applied to the two complaint letters (see below) revealed distinct thematic configurations aligned with the experience of migratory grief. Each case displayed a unique emotional tone and compendium of experiences, supported by the code network diagrams (Figures 2 and 4, see below) and the word clouds (Figures 1 and 3), which were generated from the full content of each letter.

In Case 1, the letter reveals a strong sense of ambivalence toward the migration experience. The participant initially characterizes her decision to leave as a spontaneous reaction to a distressing personal circumstance rather than a deliberate choice. She writes: “No era capaz de acabar con una relación de mierda, así que hice lo ‘más fácil’: desaparecer” [I wasn't capable of ending a shitty relationship, so I did the ‘easiest’ thing: disappear] (translation by author). While the initial objective of the migration project was met, it was soon accompanied by a sense of disillusionment with the work ethics that had been expected from the host country prior to departure. As time passed, the migratory endeavor transformed from a provisional escape to a more permanent reality, with the acquisition of a residence signifying a pivotal turning point. This transition instigates a shift in her perception, wherein the initial pursuit of freedom is supplanted by a sense of entrapment, and the temporal experience is modified, rendering the passage of time more conspicuous.

The network of codes for this case (Figure 2, see below) highlights the theme of *double loyalty/ambivalence*, with codes such as *solitude for self-discovery*, *integration struggles*, and *isolation from family/friends* grouped under this category. This central theme connects to others like

disillusionment with the host country, illustrated through expressions of disappointment in social dynamics and work culture. The participant critiques the Dutch ideal of efficiency and directness, while also acknowledging traits she values. She describes cultural expectations around harmony—*gezelligheid*—as silencing, making it difficult to express discomfort without being dismissed. She writes: “Te tachan de ingrata o te dicen con cariño que cuando quieras te vuelvas a tu país” [They label you as ungrateful or tell you with affection that whenever you want you should return to your country] (translation by author).

Terms like *work*, *complaints*, *leaving*, and *promise* illustrate the participant's focus on the discrepancy between expectations and lived experience (see Figure 1). These findings point to a formulation centered on migratory stress and the psychological cost of a failed strategy of assimilation. From a clinical perspective, this case suggests a need to support the patient in processing ambivalence, addressing disillusionment, and rebuilding clarity around needs and values in the host context. Although the complaint is directed at the country of arrival, its narrative function is also to access the patient's anger—an affect often inaccessible during earlier phases of grief. Within a Gestalt therapy framework, this emotional emergence supports the reestablishment of contact boundaries and the differentiation of self from context, thus enhancing the organism's capacity for creative adjustment.

In Case 2, the letter is shaped by grief and longing. The participant conveys a profound sense of identity fragmentation and distance from loved ones, describing how she no longer knows where she belongs. She writes: “Ya no sé cuál es realmente mi casa a la que volver” [I don't know what my home is really to go back to] (translation by author). Her narrative is organized around themes of relational loss, guilt, and identity disorientation. She frequently expresses sadness at missing milestones in the lives of family and close friends, and the experience of trying to build new relationships is marked by instability due to the mobility of others in her community.

The network diagram for this case (Figure 4, see below) shows codes like *cyclical loss of social networks*, *guilt over familial abandonment*, and *displacement / homelessness*, clustered under the themes *relational loss/loneliness*, *guilt and helplessness*, and *identity loss*. These themes collectively reflect a marginalization strategy of acculturation (Berry, 1997), where the individual feels disconnected both from the culture of origin and from the host culture. In this case, the word cloud (see Figure 3) reinforces this structure, with dominant terms like *family*, *pain*, and *home*, signaling the centrality of grief and disconnection.

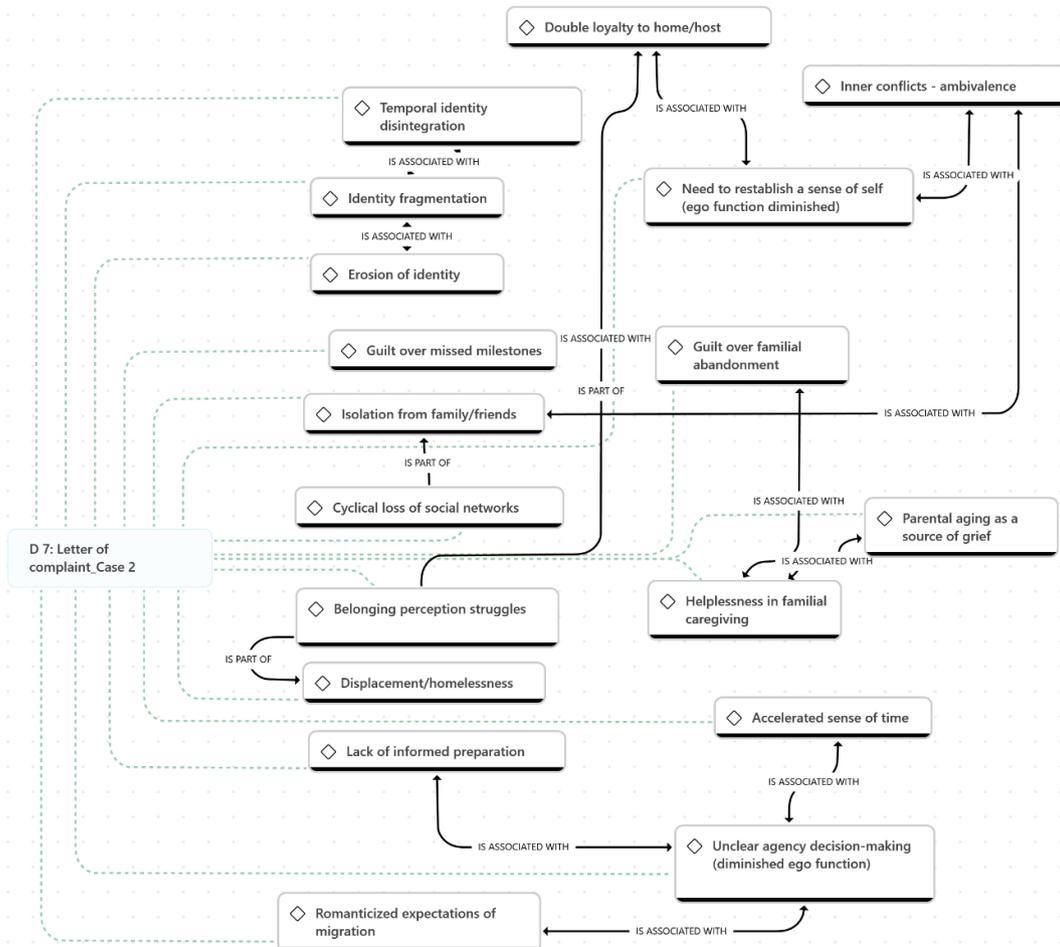
The formulation of Case 2 highlights the role of confluence, a boundary disturbance in Gestalt therapy characterized by difficulty in distinguishing one's needs from those of others. The patient's struggle to make decisions that diverge from her introjects or the expectations of significant others, as well as her wish that someone had “warned” her about the migratory consequences, illustrates a deferral of

Figure 3
Case 2 Word Cloud



The image shows the most frequently used words in the participant’s original letter (written in Spanish), in proportion to their occurrence. For clarity and international accessibility, below is the English translation of the terms that appear more prominently:
tiempo (time), *advirtieron* (they warned), *sentir* (to feel), *casa* (home), *convertirían* (they would become), *estar* (to be), *dolor* (pain), *volver* (to return), *familia* (family), *quejarme* (to complain), *quiero* (I want), *sé* (I know)
(Author’s translation)

Figure 4
Template Analysis Case 2



agency. From the start of therapy, this suggested a need to work on differentiation and the development of autonomy, particularly in decision-making and in tolerating both the emotional distance from her family and the impermanence of her relationships in the host country. The letter of complaint became a diagnostic tool to identify the contact disturbances and emotional blockages related to unresolved grief and impaired agency.

3.2. Data triangulation

The data extracted from the qualitative analysis was then triangulated with the results obtained by each participant on the quantitative assessments used to measure migratory grief (MGLQ) and immigration stress (BISS). This approach was informed by a mixed-methods design. This convergence across methods serves to strengthen the validity of the case formulations.

Case 1 demonstrated higher scores on the BISS and lower scores on the MGLQ, indicative of a profile consistent with migration-related stress. As evidenced by the coding and categorization of themes in the letter of complaint in **Case 1**, themes such as *work ethic disillusionment* and *disillusionment with the Northern ideal* emerged, linked to ambivalence about the decision to migrate. These themes were not present in **Case 2**.

Conversely, **Case 2** demonstrated a higher score on the MGLQ, suggesting a prevalence of grief and identity fragmentation. The template analysis of this letter of complaint reveals a predominant presentation of codes associated with the disintegration of identity between the host country and the country of origin. These elements and variables are characteristic of migratory grief.

Discussion

This article focuses on the specific use of complaint letters as a narrative tool within the broader context of a study on migratory grief. The results confirm that migratory grief is a complex process involving both emotional loss and stress related to adaptation (Mak et al., 2021). Both letters reveal deep feelings of disconnection from the home country and ambivalence about the host culture. These findings align with existing research, which highlights how the loss of cultural familiarity and the challenge of rebuilding social networks contribute to psychological distress among migrants (Renner et al., 2024).

Building upon Berry's (1997) acculturation framework, this analysis identifies distinct strategies employed by the participants. **Case 1** exhibits assimilation, characterized by a complete adoption of the host culture, which appears to have been unsuccessful. In contrast, **Case 2** demonstrates marginalization, where the individual struggles to identify with either their original culture or the new society. These patterns underscore the diverse ways individuals navigate cultural transitions and the potential psychological challenges inherent in each strategy. In **Case 1**, ambiguity is transformed into an inability to predict events, which is consistent with a constructivist perspective on anxiety as anticipatory failure (Kelly, 1955).

One of the key recurring themes is double loyalty, a phenomenon commonly observed in the process of grief (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013). Participants express tension between their

emotional ties to their home country and the need to adapt to their new environment. For instance, one participant articulates feelings of guilt for leaving her family behind but also acknowledges relief from previous familial pressures. This theme endorses Gestalt therapy concepts of self-reorganization and the role of unresolved conflict in emotional suffering. Additionally, cultural elements such as *gezelligheid*, a Dutch ideal of social harmony (Lindemann, 2009; Verhoef, 2023), may hinder emotional processing by discouraging overt expressions of dissatisfaction. This dynamic suppresses opportunities for processing grief and ambivalence, complicating the acculturation process.

In intimate connection with the theme of double loyalty, ambivalence appears as another central experience reflected in the narratives. The participants simultaneously value the opportunities provided by migration while acknowledging unmet expectations and social isolation. This mirrors research on the psychological toll of migration, where conflicting emotions can impede both personal and cultural integration. The dissonance between initial ideals and lived experiences supports the notion of innovative moments, where individuals confront and reinterpret deep-seated struggles. The protest, understood as an innovative moment and reflected in the letters, allows us to orient ourselves both towards what we want to reject or change (protest 1), as well as what we want to achieve (protest 2) and in that sense it is a process that allows us to reorient the experience of the problem towards the desired or ideal experience (Gonçalves et al., 2017).

The complaint letters demonstrate the therapeutic potential of narrative approaches, particularly the externalization of distress through structured reflection. The principles of narrative therapy emphasize the importance of re-authorizing experiences to reduce the emotional burden of unresolved conflict (White & Epston, 1990), which is consistent with both the theme of 'paradoxical agency in migration' found in the template analysis conducted and the presence of a diminished ego-function of the self (Perls et al., 1951) in the cases studied. The letters provided participants with a means of articulating ambivalent feelings that might otherwise have remained unprocessed, facilitating a deeper engagement with their grief. This is in line with findings from studies of migration stress that emphasize the role of narrative tools in enhancing self-awareness and coping (Boswell et al., 2021; Kogen, 2014).

In this study, template analysis (Brooks et al., 2015) was used to systematically examine the complaint letters, thereby facilitating the identification of both anticipated and emergent themes within the data. This method's flexibility enables a nuanced understanding of the complex emotional landscapes associated with migratory grief, as it accommodates the use of a priori themes while remaining open to new insights that arise during analysis. Furthermore, this variation of thematic analysis allows for the integration of different theoretical frameworks. For instance, the theme of double loyalty was incorporated from a Gestalt therapy perspective on grief, while ambivalence was drawn from research on migratory grief. The hierarchical coding structure inherent in template analysis enabled the organization of themes from broad categories to specific sub-themes, providing a comprehensive framework to interpret participants' experiences. This approach proved particularly valuable in capturing the dynamic interplay between cultural adaptation strategies and individual emotional responses, thereby enriching the overall analysis and contributing to more tailored therapeutic interventions.

The process was further validated through triangulation with quantitative data. **Case 1** scored higher on the scale for immigration stress (Tomás-Sábado et al., 2007), reflecting greater stress and ambivalence, while **Case 2** showed higher scores on questionnaire to measure grief and loss (Casado & Leung, 2002), indicating that unresolved grief was a central challenge. This supports the argument for integrating qualitative and quantitative methods in the study of complex psychological experiences like migratory grief.

Together, these results demonstrate that the complaint letters not only surface rich thematic content aligned with the literature on migratory grief and Gestalt therapy but also provide clinically relevant insights that directly inform case formulation. Specifically, they enable early recognition of dominant affective responses (ambivalence in **Case 1**, grief in **Case 2**), boundary functioning (deficient self-differentiation in both cases), and adjustment strategies (failed assimilation vs. marginalization), thus guiding the initial therapeutic focus with greater clarity.

These findings have significant clinical implications. Integrating narrative tools with Gestalt therapy principles offers a way to address the emotional conflict that migrants face. Complaint letters allow patients to externalize conflicting loyalties and reframe their experiences, facilitating therapeutic interventions aimed at processing the conflict and restoring contact. Although this article focuses on only two cases, it offers a foundation for future research on narrative approaches to migratory grief. Further investigation with a larger, more diverse sample is recommended to refine these methods and generalize the efficacy across contexts.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest regarding the research, authorship, or publication of this article. This work was conducted independently, with no financial, institutional, or personal interests that could have influenced the study's outcomes or interpretations.

Acknowledgements

We extend our heartfelt gratitude to all participants who courageously shared their personal experiences and reflections. Your openness in narrating the complexities of migratory grief has provided invaluable insights into this often-overlooked phenomenon. This study has been profoundly enriched by your contributions, which form a vital foundation for advancing understanding in the emotional dimensions of migration. Your stories exemplify resilience and offer critical perspectives that inspire ongoing research and clinical innovations. Thank you for entrusting us with your narratives and making this work possible.

References

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial [Bereavements of migration: a psychopathological and psychosocial approach]. In: E. Perdiguerro, y J. M. Comelles, editors. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina [Medicine and Culture. Studies between Anthropology and Medicine]*. Bellaterra.
- Achotegui, J. (2019). Migrants living in very hard situations: extreme migratory mourning (The Ulysses Syndrome). *Psychoanalytic Dialogues*, 29(3), 252–268. <https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1614826>
- Andresen, M., Bergdolt, F., Margenfeld, J., & Dickmann, M. (2014). Addressing international mobility confusion – Developing definitions and differentiations for self-initiated and assigned expatriates as well as migrants. *International Journal of Human Resource Management*, 25(16), 2295–2318. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.877058>
- Arifa, Y. N., El Baroudi, S., & Khapova, S. N. (2021). How do individuals form their motivations to expatriate? A review and future research agenda. *Frontiers in Sociology*, 6, 631537. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.631537>
- Becker, S., & Ferrara, A. (2019). Consequences of forced migration: A survey of recent findings. *Labour Economics*, 59, 1–16. <https://doi.org/10.1016/J.LABECO.2019.02.007>
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46, 5–34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>
- Boswell, C., Smellie, S., Maneri, M., Pogliano, A., Garcés-Mascareñas, B., Benet-Martínez, V., & Güell, B. (2021). The emergence, uses and impacts of narratives on migration: State of the art. In *BRIDGES Working Paper*, 2, 1–26. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5720313>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brooks, J., McCluskey, S., Turley, E., & King, N. (2015). The utility of template analysis in qualitative psychology research. *Qualitative Research in Psychology*, 12(2), 202–222. <https://doi.org/10.1080/14780887.2014.955224>
- Casado, B. L., & Leung, P. (2002). Migratory grief and depression among elderly chinese american immigrants. *Journal of Gerontological Social Work*, 36(1-2), 5–26. https://doi.org/10.1300/J083v36n01_02
- Erdal, M. B., & Oeppen, C. (2017). Forced to leave? The discursive and analytical significance of describing migration as forced and voluntary. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(6), 981–998. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2017.1384149>
- Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (Eds.). (2013). *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact*. FrancoAngeli.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., Braga, C., Batista, J., Fernández-Navarro, P., & Oliveira, J. T. (2017). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(3), 270–282. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1247216>
- Henry, H. & Stiles, W., & Biran, M. (2005). Loss and mourning in immigration: Using the assimilation model to assess continuing bonds with native culture. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 109–119. <https://doi.org/10.1080/09515070500136819>
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. Norton.
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (Eds.). (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor & Francis.
- Kogen, A. E. (2014). Through a narrative lens: Honouring immigrant stories. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2(1), 16–22. Dulwich Centre Publications. <https://www.dulwichcentre.com.au>
- Lakatos, P. (1992). The effects of migratory grief on the adjustment of the adult Hispanic immigrant [Doctoral dissertation]. Available from *ProQuest Dissertations & Theses Global; ProQuest One Academic*. (UMI No. 303976991)

- Larsen, L. H. (2024). Letter writing as a clinical tool in grief psychotherapy. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 89(1), 222-246. <https://doi.org/10.1177/00302228211070155>
- Lindemann, H. (2009). Autonomy, beneficence, and gezelligheid: lessons in moral theory from the Dutch. *The Hastings Center report*, 39(5), 39-45. <https://doi.org/10.1353/hcr.0.0188>
- Mak, J., Roberts, B., & Zimmerman, C. (2021). Coping with migration-related stressors: A systematic review of the literature. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(2), 389-404. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-00996-6>
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68-80.
- Ottonelli, V., & Torresi, T. (2013). When is migration voluntary? 1. *International Migration Review*, 47, 783-813. <https://doi.org/10.1111/imre.12048>
- Perls, F., Hefferline, R., and Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. London: Souvenir Press.
- Renner, A., Schmidt, V., & Kersting, A. (2024). Migratory grief: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1303847. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1303847>
- RTL Nieuws. Editie NL. (August 6, 2022). Dol op nederlandse gezelligheid, maar wat is het? 'In andere talen bestaat het niet' [Fond of Dutch conviviality, but what is it? 'In other languages it doesn't exist']. <https://www.rtlnieuws.nl/editienl/artikel/5325226/gezelligheid-sfeer-cosy-nederlands-prinsengrachtconcert-cultuur>
- Tomás-Sábado, J., Qureshi, A., Antonin, M., & Collazos, F. (2007). Construction and preliminary validation of the Barcelona immigration stress scale. *Psychological Reports*, 100 (3 Pt 1), 1013-1023. <https://doi.org/10.2466/pr0.100.3.1013-1023>
- Verhoef, J. (2023). Putting the Netherlands in perspective: the identification of alleged american and dutch traits in dutch travel accounts of America, 1948-1971. *Dutch Crossing*, 47(2), 140-157. <https://doi.org/10.1080/03096564.2022.2161714>
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practices*. Norton.

Artículo

Las Adaptaciones Culturales de la Psicoterapia. Una Visión Crítica del Estado de la Cuestión

Jesús García-Martínez 

Universidad de Sevilla (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 03/04/2025
Aceptado: 09/05/2025

Palabras clave:

Adaptaciones culturales
Colectivismo-individualismo
Etnopsicopatología
Humildad cultural

RESUMEN

Este artículo trata de resumir el conocimiento actual sobre adaptaciones culturales de la psicoterapia desde una perspectiva conceptual. No se entra en el tipo de adaptaciones pertinentes para colectivo, ni en el diseño de estrategias de adaptación. Se comienza presentando las principales dimensiones de conceptualización de la cosmovisión, el colectivismo y las estrategias de integración y se insiste en la necesidad de verlas como variables dinámicas destinadas a entender el caso en cuestión. Se parte de una postura crítica de la concepción cultural occidental de la terapia y se apuesta por estrategias de adaptación que tengan en cuenta fundamentalmente los aspectos comunes y la creación de marcos explicativos de cambio culturalmente relevantes. Se abordan, por último, las adaptaciones basadas en la diversidad religiosa y de clase, aspectos cuyo nivel de invisibilización es mayor que el de las diferencias de base étnica o nacional.

Cultural Adaptations in Psychotherapy. A Critical Overview of the State of the Art

ABSTRACT

This article attempts to summarize current knowledge on cultural adaptations of psychotherapy from a conceptual perspective. It does not address the types of adaptations relevant to collectives or the design of adaptation strategies. It begins by presenting the main conceptualization dimensions of worldview, collectivism, and integration strategies, emphasizing the need to view them as dynamic variables designed to understand the case at hand. It begins with a critical stance toward the Western cultural conception of therapy and advocates for adaptation strategies that primarily consider common aspects and the creation of culturally relevant explanatory frameworks for change. Finally, it addresses adaptations based on religious and class diversity, aspects that are more invisible than ethnic or national differences.

Keywords:

Cultural adaptations
Collectivism-individualism
Ethnopsychopathology
Cultural humility

Introducción. Delimitando los Conceptos de Cultura y Migración

Aunque el ser humano es una especie esencialmente migratoria (Hoerder, 2022), el proceso actual de globalización, con sus luces y sombras, puede considerarse el ciclo de movimientos más intenso de la historia (Flores, 2016; Ulgen, 2022) ya que se han acelerado los procesos migratorios de todo tipo (International Organization for Migration, 2024). Una de sus consecuencias es el incremento de la diversidad cultural en prácticamente todos los rincones del mundo y, especialmente, en aquellos estados que son receptores netos de inmigración. En el caso de España, se ha pasado de ser un estado en el que predominaba la emigración, especialmente hacia países de la Europa central durante el periodo de los años 40-70 del siglo XX (Vilar y Vilar, 1999), a ser uno de los países europeos con mayores tasas de inmigración y de habitantes nacidos fuera del país (18,1%) según los datos de Focus on Spanish Society (2024). Al margen de consideraciones sociopolíticas, este aumento de la diversidad cultural supone un desafío para los sistemas de salud (Partyka et al., 2024) y especialmente para la psicoterapia, en tanto que práctica sanitaria típica de la cultura occidental (Koç y Kafa, 2019).

Entre las sociedades expansivas, entendiendo por tales aquellas que al ampliar su territorio incorporan a grupos culturales minoritarios ya presentes en este, el interés por las adaptaciones culturales fue más temprano (Mabunda et al., 2022; Sue et al., 2009), lo que llevó al desarrollo de guías de capacitación cultural para los terapeutas en dichos países (APA, 2017). Pero lo cierto es que iniciativas semejantes se están dando ya en prácticamente todas partes (por ejemplo, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2016).

Para abordar el problema de la adaptación cultural es necesario acotar que se entiende por el término *cultura*. Según la UNESCO (2012), *cultura* es el conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales y afectivos que caracterizan una sociedad o *grupo social*. El problema es que dicho grupo puede ser tan concreto como un grupo profesional dentro de un área geográfica específica (la cultura de los trabajadores del calzado en las comarcas del Vinalopó en el Sur del País Valenciano), referirse al conjunto de un estado soberano o una parte de este (la cultura propia de España, o de Andalucía), a un grupo étnico en particular (la cultura de los bakongo) o a un espectro amplio de estados, países o poblaciones que se asume que comparten los principales rasgos de una cosmovisión concreta (la cultura occidental), lo que lleva a grados muy dispares de generalización-concreción que no siempre son coincidentes. Los indicadores de cultura, por su parte, son extremadamente variados, van desde algo tan extenso como la cosmovisión (conjunto de opiniones y creencias que tiene una persona sobre la naturaleza general del mundo); la lengua (si bien los habitantes de dos naciones con la misma lengua como México y España pueden tener cosmovisiones diferentes; por el contrario, una misma cosmovisión general se puede expresar a través de varias lenguas); la etnia, o conjunto de características culturales compartidas y cuya diferenciación respecto a la idea de nación o nacionalidad es confusa, salvo que esta última se entienda como la relación entre la persona y el estado al que pertenece y, especialmente, si esta relación se establece en los términos propios de un *estado moderno* (Mira, 1984); la raza, entendida esta como el conjunto de atributos fisiobiológicos

que una comunidad considera significativos para sí o para otro grupo; la religión, conjunto de creencias trascendentes acerca de lo espiritual y que aportan regulaciones de carácter ético-moral. Pero, además, se pueden incorporar a la idea de cultura las preferencias o identidades de género u opción sexual; incluso puede hablarse de culturas referidas a grupos laborales (Kottak, 2011).

Además del ámbito geográfico y humano que se quiera atribuir a la cultura, hay que considerar sus aspectos auto y heteroatribuidos. Por un lado, las presiones culturales influyen en los individuos y conforman parte de su identidad pública (exoidentidad), al margen de la autoidentificación (autoidentidad) con dichos rasgos culturales (Cabieses et al., 2024; Hecht et al., 1993). Ambos tipos de identificación constituyen una parte del bagaje que corresponde al factor extraterapéutico o individual que explica la mayor parte de la varianza del cambio en psicoterapia (Barkham y Lambert, 2021; Lambert, 1992). Así, la identidad se constituye psicológicamente, pero no se puede considerar solamente como un agregado puramente psicológico (motivacional y cognitivo-afectivo), sino que se refiere también a aspectos de tipo socioantropológico (Finke y Sökefeld, 2018; Giddens, 1997).

La identidad, entendida como sentido del sí mismo (o del yo), es uno de los objetos de trabajo en psicoterapia y, en el ámbito de las terapias de tipo constructivista, el objeto principal (Neimeyer, 2013). Aún cuando esta se entienda fluida y fragmentada (Bauman, 2003; Gergen, 1996), no es suficiente con atender a sus aspectos psicológicos, las dimensiones culturales y materiales de la misma incorporarse en el análisis de la identidad de la persona, ya que de otro modo el trabajo se trataría de un trabajo parcial. Finalmente, eso sí, se entenderá que algunos componentes tienen más peso que otros y, en la práctica, se trabajará con los que sean relevantes para el caso.

En términos de la psicoterapia actual, en el proceso terapéutico se trata de crear un modelo de tratamiento que sea creíble y asumible por parte del cliente y esto supone incluir los elementos de cosmovisión cultural y las prácticas sanitarias que sean relevantes para este (Wampold e Imel, 2021).

Por último, es necesario tener en cuenta que la globalización está creando una cultura única, especialmente en lo que se refiere a aspectos de consumo y estilo de vida, proceso que es más intenso en las áreas urbanas (Kara, 2019). Los motivos de esta homogeneización distan de estar claros y pueden atribuirse tanto a que el crecimiento económico promociona de por sí una cultura orientada a la autonomía y al logro (Inglehart y Welzel, 2006), como al hecho de que un mercado unificado solo puede funcionar con una cultura de consumo y producción previamente unificada, lo que convertiría la identidad homogénea es un objetivo intencional a conseguir (Chayka, 2024; Fisher, 2017). Esto no significa que los aspectos culturales locales hayan desaparecido, por lo que siguen teniendo un papel en la constitución global de la identidad (Giménez, 2002); además, la globalización no está afectando de modo similar a todos los estados debido, entre otras cosas, a las políticas que cada uno de ellos adopta respecto a la diversidad cultural (De María et al., 2024). Por tanto, esta tensión homogeneidad-continuidad hace el análisis cultural global todavía más complejo.

La interacción entre aspectos psicológicos y sociales es lo que determina el sentido global de la identidad (Bizumic et al., 2012; Taylor, 1996). Uno de los grandes errores tanto sociológicos como

psicológicos del trabajo cultural con la identidad es la exacerbación (*politización* en términos de Bradley, 1997) de algún componente de esta, es decir, centrar el trabajo identitario es un componente único considerado como el *verdaderamente* relevante. Un ejemplo, sería un error entender a un cliente africano exclusivamente en términos étnicos (bambara), ignorando el componente ciudadano (Mali, el país del que procede, cuyas condiciones sociopolíticas pueden influirle igualmente) o el aspecto religioso, ya que puede tener un origen no étnico (es cristiano o musulmán, en lugar de animista). Todos esos componentes podrían ser relevantes para la intervención terapéutica en ese caso (Saha et al., 2008). En este trabajo me voy a limitar a tratar la identidad cultural desde los aspectos más relacionados con la cosmovisión: la nacionalidad/etnia, la religión y la clase social y dejaré al margen otros como la orientación sexual, el género o la identidad gremial.

En cuanto a la migración, esta no es un sinónimo de diferencia cultural, especialmente si se acepta el sentido más amplio de cultura (cosmovisión general), aunque buena parte de los migrantes proceden de ámbitos culturales distintos a los de la sociedad de recepción. Aún así, el componente migratorio es uno de los aspectos a considerar en el trabajo con la adaptación cultural. Los migrantes pueden ser vistos como miembros de una cultura diferente, pero no necesariamente (un español trabajando en Italia, por ejemplo, es un miembro de la misma subcultura occidental, la mediterránea; pero a la vez, procede de un país distinto y habla otra lengua, por lo que puede considerarse que procede de una cultura diferente). A su vez, alguien no migrante puede ser miembro de una cultura claramente diferente (un nativo navajo en EE.UU.; un miembro del pueblo gitano en España).

Las características del proceso migratorio son fundamentales para entender el tipo de intervención necesaria cuando trabajamos con este colectivo; hay que atender a si la migración es de tipo económico, personal o político, si es forzada o voluntaria o si, además, hay un componente de persecución, lo que convierte al migrante en refugiado. No todos los migrantes se ven sometidos a las mismas condiciones.

En general, la población migrante vive en peores condiciones socioeconómicas que la población general en los países de acogida. El mejor manejo de la lengua del país acogida, la adecuación de la inserción laboral, un alto nivel económico, una situación migratoria legal y una mayor similitud cultural son indicadores de un menor estrés (Consejo Económico y Social, 2019; Fuller et al., 2023; Iniciativa de Salud de las Américas, 2011; Lai et al., 2024), sin embargo, elementos como el duelo migratorio pueden seguir estando presentes debido a causas simbólicas o relacionales como la pérdida de amistades o familia, las discrepancias culturales, la lejanía física o las diferencias climáticas y de hábitos (Achoategui, 2019). En general, las migraciones no elegidas tienen un mayor impacto en la salud mental (Carroll et al., 2023; Cuadrado et al., 2023; OMS, 2023). Para la intervención es necesario diferenciar el duelo del estrés migratorio, que pueden darse juntos (Mark et al., 2021; Renner et al., 2024; Sangalang et al., 2019), así como elementos de estigma asociados a la migración y las variables socioeconómicas que generen depauperación social (Aichberger et al., 2012; Heredia-Montesinos et al., 2018).

En definitiva, el trabajo con la adaptación cultural de la psicoterapia solo puede hacerse desde un enfoque interdisciplinar y multivariable (Hwang, 2011) y centrado en el cliente (Rosal, 2007).

Variables de Diferenciación Cultural: Colectivismo y Aculturación

Las dos principales dimensiones que se barajan para trabajar con la adaptación cultural son el colectivismo-individualismo y el tipo de aculturación. La primera es una variable continua bipolar que hace referencia a aspectos generales de la cosmovisión de la identidad personal. Lo que se valora es *la posición de un individuo*, pero si está es similar entre miembros de un mismo colectivo, entonces puede inferirse la posición global de dicha comunidad. Responde a la idea de la posición cultural de partida, a la concepción del mundo del individuo. El grado de individualismo-colectivismo es una de las siete dimensiones que Hofstede (1983, 2008) utiliza para establecer una clasificación de cultural y ha sido, de entre ellas, la más estudiada, ya que permite encontrar diferencias en un amplio abanico de conductas, como el comportamiento administrativo (Gaganis et al., 2019), el estilo de comunicación (Huber et al., 2019) o la regulación emocional (Klein et al., 2024).

El polo individualista está definido por una baja integración interpersonal entre los miembros de la cultura, la orientación a las tareas consideradas egosintónicamente relevantes, el uso altamente frecuente del pronombre *yo*, la atención a los contenidos explícitos, la causalidad de tipo disposicional y la expresión de la emoción negativa en contextos relaciones proximales; además, las emociones se autorregulan y se confrontan desde una posición autónoma e individual. En el polo colectivista el grado de integración cultural es mayor, los lazos de lealtad comunitaria más fuertes, se atiende más a criterios formales de comunicación (el estilo comunicativo predomina sobre su contenido), la causalidad se concibe como una cuestión contextual, la emoción negativa se expresa más libremente ante desconocidos y la positivas ante el endogrupo. Las emociones se automodifican hacia el grupo, haciendo que su expresión no sea directa y abierta y se da gran importancia a sus reguladores sociales, como el respeto y la empatía (Hofstede, 1983; Páez y Zubieta, 2005; Triandis, 1995).

Algunos estudios han identificado tendencias marcadas entre las poblaciones de determinados países hacia un lado u otro del espectro; así, la población de países anglosajones y escandinavos puntúan muy alto en individualismo, la de los países del centro y sur de Europa presentan valores medio-altos en individualismo, mientras que en los países de Asia oriental o Latinoamérica se puntuaría más alto en colectivismo; en los países árabes se obtendrían valores de tipo intermedio y las colectividades indígenas o nativas alcanzarían los valores de colectivismo más altos (Hofstede, 2008; Páez y Zubieta, 2005).

El problema es que este dibujo no se cumple siempre, el tipo de profesión o lugar de residencia pueden hacer variar los valores, de modo que los profesionales orientados al consejo o las personas que proceden de entornos rurales tienden a ser más colectivistas (Rubin y Morrison, 2014; Sekhar y Govinda, 2012). Por ejemplo, en Bangladesh, las mujeres que trabajan en el textil tienden a elegir sus parejas, mientras que las que no trabajan establecen los matrimonios a través de acuerdos familiares (Sachs, 2005). También se da un efecto generacional que hace que los más jóvenes tiendan a presentar, de forma generalizada, mayores niveles de individualismo (Aguilar-Rodríguez et al., 2022; Hamamura, 2012; Santos et al 2017). Igualmente, las mujeres tienden a puntuar más alto en colectivismo que los varones (Tehrani y Yamini, 2022).

Por otro lado, se encuentran resultados contradictorios, algunos estudios refieren altos valores de individualismo entre sujetos de culturas supuestamente colectivistas, como México o Japón (Cienfuegos-Martínez et al., 2016; Hamamura, 2012). Además, son posibles expresiones mixtas, con comportamientos disímiles en ámbitos privados, hacia el colectivismo, o públicos, hacia el individualismo (Kyung-Sup y Min-Young, 2010). En definitiva, esta dimensión debe trabajarse de una manera muy particularizada en el contexto psicoterapéutico, no asumiendo que la cultura de origen explica por sí sola la identidad del cliente, sino que otras variables como su empleo, su generación o el ámbito en el que vive pueden ser reguladores muy importantes.

La aculturación, por su parte, es el proceso por el que se adopta una nueva cultura y se incorporan elementos de esta a la cosmovisión propia. Aunque, *a priori*, está pensada para entender el proceso de integración cultural de los inmigrantes, puede referirse también al contacto de una minoría lingüística o étnica nativa con la cultura principal del territorio (López Ruiz, 2015).

No es independiente del tipo de políticas que los diversos estados adoptan respecto a la integración de los inmigrantes o las minorías culturales, ya que un tipo concreto de regulación favorece ciertas formas de aculturación y dificulta otras (Saha et al, 2008). Las formas en que los estados han abordado los procesos de integración de las minorías van desde el multiculturalismo (respeto a la diferencia y consideración de los derechos y peculiaridades de las comunidades como entidades e identidades distintas) al asimilacionismo (promoción de la dilución de las minorías en las prácticas de la sociedad mayoritaria), pasando por estrategias interculturalistas que, respetando las diferencias, buscan la construcción de un modelo de igualdad basado en reglas comunes intercomunitarias. Los vaivenes políticos hacen que un mismo estado pueda inclinarse en mayor o menor medida por una u otra línea en distintos momentos (Megias, 2008). De hecho, la definición política coyuntural de lo que se considera como integración es una de las causas que hacen que este concepto diste de estar claro (Hernández-García, 2020). La integración como proceso sociopolítico está muy cerca de la idea de aculturación como proceso psicosocial, si se entiende que esta es el proceso de adopción de una nueva cultura.

La aculturación dista también de tener una definición operativa concreta, los procedimientos e instrumentos de medida son múltiples y sus resultados no son siempre concordantes (Doucerain et al., 2017). En general, las escalas de aculturación se desarrollan para colectivos concretos en términos de cultura de origen (Centre for Substance Abuse Treatment, 2014). Tradicionalmente se ha venido adoptando un enfoque unidireccional, midiendo variables concretas de integración cultural como si se ha nacido o no en el país, el tiempo de estancia en este o el grado de manejo de la lengua mayoritaria. Pero estas medidas directas no captan los procesos de adopción o mantenimiento de valores culturales (López-Class et al, 2011). De hecho, los resultados de los estudios de aculturación pueden llegar a ser paradójicos, ya que algunos muestran un peor ajuste psicológico entre las personas con mayor grado de aculturación si se utilizan estas medidas directas. Por ejemplo, los miembros de la primera generación de inmigrantes suelen presentar más síntomas externalizantes (abuso de sustancias, agresividad), lo que indica una distancia psicológica importante respecto a los recursos de afrontamiento que funcionan para la cultura de origen (Koneru et al., 2007; Saadi et al., 2020).

En la actualidad se mantiene una concepción bidireccional de la aculturación (Berry, 1990) que tiene en cuenta tanto los intentos de mantener la cultura de origen como los de adoptar la de la sociedad de acogida, si bien este autor reconoce la posición dominante de esta última. En el modelo bidimensional se tienen en cuenta tres elementos fundamentales; por un lado, las actitudes que comprenden la tensión entre el mantenimiento de las preferencias culturales de origen y el deseo de conectar con la sociedad de acogida; por otro lado, las conductas concretas que se desarrollan para adaptarse a la situación; el tercer componente son las estrategias de aculturación que integra a los dos previos. Las estrategias de aculturación se concretan en cuatro posibilidades, que deben considerarse como procesos, si bien en la práctica se han usado como tipologías para diferenciar a las minorías en términos de la estrategia que terminan adoptando. La estrategia de integración sería el mantenimiento de los propios valores al tiempo que se reconocen y asumen las prácticas del país de acogida y se mantienen relaciones favorables con los dos grupos; en el caso de la separación, solo se asumen los valores, prácticas y relaciones de origen como adecuadas; la asimilación sería el abandono de los propios valores y su sustitución por los del grupo de acogida, manteniendo relaciones favorables solo con los miembros de este último grupo; por último, la marginación supone el abandono de los propios valores al tiempo que tampoco se establecen relaciones favorables con la sociedad de acogida. La marginación puede ser anómica (rechazo global de ambos patrones, lo que supone una alineación cultural) o individualista (se rechazan los valores del propio grupo, la vinculación con personas de ambos grupos, pero el individuo se distancia de las prácticas colectivas, adoptando un modelo de relación básicamente individual (Berry, 2003).

Otros modelos explicativos tienen en cuenta además los factores de tipo psicosocial que modulan la puesta en marcha de estrategias de aculturación tanto por parte del grupo minoritario como de la sociedad de acogida, entre las que se encuentran los sesgos endogrupales, la permeabilidad social y las actitudes favorables al enriquecimiento cultural (Piontkowski et al., 2002). Desde esta perspectiva, las estrategias de aculturación no son independientes del contexto en que se aplican, sino que atendiendo al tipo de sociedad y de políticas sociales varía la probabilidad de adoptar una u otra estrategia de aculturación. Este enfoque, por tanto, advierte de la importancia del tipo de políticas públicas que se adopten para regular los procesos migratorios, ya que pueden generar diferentes grados de permeabilidad o disposición al enriquecimiento cultural, aspecto que también ha sido constatado por De María et al (2024) en su revisión.

Desde la Universidad de Almería se ha propuesto el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa, que aporta la idea de que para distintos ámbitos conductuales se pueden dar distintos procesos de aculturación. Este modelo diferencia entre ámbitos periféricos (de tipo sociopolítico y laboral, como el comportamiento en el trabajo o las relaciones en entornos públicos) y nucleares (valores, costumbres, familia, religión); tiene en cuenta también la influencia del sistema de bienestar social, aspecto que recoge influencias del modelo de Piontkowski. Los ámbitos periféricos tienden más a la asimilación, mientras que en los ámbitos nucleares predominan la integración o la separación (Navas et al., 2005; Velandia-Coustol et al., 2018).

Por supuesto, la evaluación de la aculturación desde una perspectiva bi o multidimensional es más compleja, pero capta mejor los procesos subyacentes de cambio y mantenimiento de valores culturales (Doucerain et al., 2017), la elección del procedimiento de medida dependerá de los propósitos del estudio. Los procedimientos multidimensionales, que miden diversas variables por separado, captan mejor las variaciones de la cultura y permiten describir diferencias entre miembros de un mismo grupo cultural en función de si residen en el país de origen o en el de acogida; estas escalas suelen diseñarse para colectivos específicos (Gim-Chung et al., 2004). En cualquier caso, las escalas de orientación psicométrica, sean lo complejas que sean, tienen dos problemas, el primero es que no siempre está bien definido el modo en qué se conceptualiza la aculturación, y el segundo, que no es lo mismo evaluar la aculturación como objeto de estudio que como variable mediadora en un tratamiento, por ejemplo. Este segundo caso puede requerir un enfoque menos *denso* o *complejo* (Hunt et al., 2004), ya que el objetivo es la recuperación del malestar y no entender la integración.

Si la cuestión es medir la aculturación como proceso es necesaria una evaluación que atienda a lo que realmente cambia durante el proceso aculturativo. Se han detectado tres variables de cambio principales, la competencia (capacidad de entender y usar los marcadores culturales como la lengua o los estilos relacionales), el esquema (cómo se entiende la cultura y las reglas que conectan diversos aspectos de la misma) y la posición cultural (la actitud o preferencia hacia los distintos aspectos de la cultura), pero no siempre se dispone de medidas adecuadas y claras de estas variables (Doucerain et al., 2017).

Una evaluación adecuada de la aculturación debe contemplar el uso procedimientos objetivos y cualitativos, ya que permitirán entender qué se hace en realidad y el sentido que se da a lo que se hace dentro del sistema general de significados de la persona. Algunos ejemplos de medidas objetivas son los diarios de actividades cotidianas (Doucearin et al., 2013; Yip, 2005) o el estudio de las redes sociales de los migrantes como indicador de su integración en la sociedad de acogida (Mok et al., 2007). Entre los procedimientos cualitativos se pueden citar las historias de vida que permiten entender el sentido global del proceso migratorio para la persona (Yampolsky et al., 2013).

También hay que atender a las variables socioeconómicas que median en este proceso y que favorecen los procesos de aculturación, como son la convivencia tradicional de dos culturas o dos lenguas en un mismo territorio, el tiempo de residencia, el número de generaciones de la familia que vivido en el país, o las adecuadas condiciones de trabajo, vivienda y protección social (Wilczewska, 2023).

Desde una perspectiva terapéutica, el interés es básicamente entender al cliente y su estado de salud mental para poner en marcha un proceso de recuperación, por lo que las estrategias cualitativas pueden ser las más adecuadas, ya que permiten captar las capacidades resilientes del cliente (Jackline, 2025). Algunas medidas simples de la aculturación a partir de escalas Likert (se suele utilizar un rango de cinco puntos) son también muy adecuadas en el ámbito clínico ya que dan una valoración rápida y global de las estrategias del cliente. Rojas-Tejada et al (2010) proponen las siguientes:

- a) Las preguntas sobre el grado en que *la persona se identifica con el endogrupo* o *se siente orgullosa de ser miembro del endogrupo*, que valoran la identificación endogrupal.

Puntuaciones altas en ambas preguntas reflejan una identificación ideal con el endogrupo, si el valor es alto solo en la pregunta de orgullo, pero no en la de identificación se refleja un componente de culpabilidad por la separación, si solo hay valores alto en la identificación se refleja un deseo de virar hacia actitudes asimilacionistas. Bajas en ambas implican distancia respecto al propio endogrupo.

- b) Las preguntas sobre aculturación general que valoran el grado en el que *desearían que el grupo étnico mantuviese las costumbres de su país de origen* y el grado en que *desearían que el grupo étnico adopte las costumbres de la sociedad de acogida*. Ambos constructos se valoran mediante escalas de cinco puntos y permiten ubicar a los clientes en las tipologías de Berry. Valores de 3 o superiores en ambas preguntas indican un estilo de integración; si son bajas en ambas, de marginación; si solo altas en mantenimiento, de separación; y si solo son altas en adopción, la asimilación.
- c) Por último, la medida de la distancia social hacia el exogrupo, que se valora con un ítem ordinal de cinco opciones excluyentes. Van desde formar una familia con alguien del exogrupo, permitir que los hijos elijan como pareja a alguien del exogrupo, tener amigos del exogrupo, tener vecinos o compañeros del exogrupo o no tener relaciones con personas del exogrupo.

Otra alternativa de evaluación del grado de aculturación de orientación claramente constructivista es usar la rejilla utilizando elementos que reflejen distintos prototipos culturales y estudiar las distancias o similitudes entre ellos (McCoy, 1987).

Igualmente, la literatura muestra mucha variabilidad en la respuesta aculturativa, siendo más fácil entre culturas que previamente han tenido contacto y comparten historia o lengua. La probabilidad de adoptar una u otra estrategia varía también en función de los países de origen, lo que indica que las diferencias de partida entre culturas son muy importantes a la hora de favorecer o dificultar una posible integración (Navas-Luque et al., 2010; Varela, 2005; Yáñez y Cárdenas, 2010).

No obstante, los resultados generales apuntan que las estrategias de integración son las que se asocian a un mayor bienestar psicológico y las de separación a una peor salud mental (Choy et al., 2020; Yáñez y Cardenas, 2010). A su vez, la combinación de estrategias de asimilación-integración en aspectos periféricos junto con el mantenimiento del funcionamiento de origen en los aspectos centrales es el agregado que se asocia a una mejor salud mental (Yoon et al., 2013).

Resumiendo, para entender el proceso de aculturación hay que atender a la configuración concreta de la aculturación, las características de la sociedad de origen, el tipo de estrategia aculturativa que esté usando, el grado de presencia de los factores socioeconómicos que la modulan y el modo en que el cliente use los componentes periféricos y centrales del proceso aculturativo.

La Psicoterapia Como Práctica Cultural Occidental y las Terapias de Otras Culturas

Si bien la constitución de la cosmovisión occidental es el producto de la interacción con y de las influencias de otras culturas (Quinn, 2025), lo cierto es que sí puede hablarse de un conjunto de características que la define: una concepción del yo como ente

individual, independiente y deliberativo, focalizado en la practicidad y en relaciones que se definen siempre en términos económicos como un balance entre ganancias y pérdidas; una preferencia por la motivación intrínseca; un sentido disposicional de la causalidad; por último, una orientación de la emocionalidad hacia la autorregulación y la autogestión (Giddens, 1997). Algunos autores incluyen en este dibujo una perspectiva machista o masculina privilegiada (Marsella, 2009), aunque otros modelos consideran esto último como una característica de la mayoría de las sociedades posagrícolas (Lerner, 2017). No en vano, la psicoterapia actual está llena de prefijos auto y de referencias a la eficacia y la regulación.

Dicha concepción es producto de la historia de nuestra civilización (para un repaso de esta trayectoria puede consultarse a Dazinger, 1995, o García-Martínez, 2001) y terminó provocando la aparición de un tipo de intervención terapéutica de base empírico-científica y canalizada a través de la palabra cuyo objetivo es la autorregulación y la mentalización de la persona, algo hecho a medida de la concepción occidental del ser humano (al margen de las, en este sentido, pequeñas diferencias entre escuelas) como indica Sampson (2001).

Desde una perspectiva sociopolítica, la mayor capacidad económica de los países occidentales hace que hasta el 95% de la producción científica (al menos entre revistas de la APA) sea publicada por investigadores con dicho origen (Arnett, 2008), lo que minimiza el impacto de la investigación procedente en otros ámbitos culturales. Contribuye a esto también el hecho de que la lengua que se utiliza como patrón internacional de difusión de la ciencia no es una lengua neutral, sino el inglés, la lengua del estado políticamente dominante (Phillipson, 2008), lo que genera una suerte de imperialismo lingüístico y refuerza la tendencia a la homogenización cultural. Es decir, la dominancia científica de los EE.UU., en particular, y de los países occidentales, en general, es un ejemplo claro de lo que Gramsci (2023) denomina *hegemonía cultural*, la cultura dominante es la cultura de las clases dominantes.

Lo cierto es que las terapias occidentales se han convertido en el patrón de tratamiento, universal, pero no siempre resultan ser el procedimiento más eficaz. Algunos ejemplos al respecto, entre poblaciones de India la búsqueda de ayuda terapéutica correlaciona de modo negativo con el mantenimiento de valores culturales indostánicos y con la desconfianza intercultural y positivamente con la aculturación y los valores occidentales (Ahn et al., 2023). También se aprecia un rechazo hacia la psicoterapia entre poblaciones islámicas (Rogers-Sirin et al., 2017), africanas (Uzoka, 1983) o indonésicas (Kumarraswamy, 2007), ya que consideran que su procedimiento de intervención es excesivamente individualista y verbal y desatiende la importancia de los vínculos familiares. En muchos de estos casos, los clientes prefieren acudir a sistemas tradicionales de salud (como los curanderos) que están más de acuerdo con sus valores culturales. En términos de Wampold e Imel (2021), recurrir a las prácticas tradicionales genera un marco explicativo más viable para sus problemas. En general, las poblaciones más colectivistas (como las poblaciones nativas o aborígenes) son las que menos beneficio obtienen de la práctica terapéutica occidental (Thomasson, 2011; Vicary y Bishop, 2005).

Por tanto, se han desarrollado modelos terapéuticos propios de ciertas culturas, como la terapia *Morita en Japón*, que plantea una aceptación de las emociones negativas dentro de un contexto terapéutico muy estructurado (Takeda, 1964; Wu et al., 2015), o

la también japonesa terapia *Naikan*, que se basa también en la aceptación del conflicto relacional a partir de una base budista (Maeshiro, 2009). En África se han desarrollado modelos como la terapia *Meseron* (Nigeria) que busca disociar al cliente de las situaciones negativas, aceptar lo positivo y utilizar sus propios recursos dentro de una concepción holística de la vida como resistencia (Afolabi y Joy, 2014), o la terapia *Ubuntu* (República de Sudáfrica), claramente colectivista, que usa la interdependencia con los otros y la conexión con el mundo natural y espiritual como estrategia de afrontamiento y que utiliza recursos técnicos de base cultural como la danza y la narración de historias (Van Dyck y Nefale, 2005). Otras terapias de este tipo son la *terapia metafórica* propia del mundo islámico, que utiliza recursos de afrontamiento indirecto típicos de la tradición árabe y del islamismo (Dwairy, 2009); o las terapias latinoamericanas que parten de recursos de la cultura popular como los *dichos* o refranes (Aviera, 1996), el uso de *testimonios* o *historias de vida personales* como herramientas de ayuda mutua (Cervantes, 2020) o la terapia basada en la narración de *cuentos* como recurso grupal de apoderamiento (Malgady et al., 1990; Villalba et al., 2010).

Por otro lado, desde la Declaración de Almaty (OMS, 1978) la salud se concibe como un proceso biopsicosocial y la enfermedad no es solo un problema o una anomalía biológica sino una experiencia mediada por significados, valores y papeles sociales. La experiencia de enfermedad o trastorno (en inglés, *illness*) está culturalmente mediada ya que el modo en que se percibe y afronta la enfermedad en sí (*disease*, en inglés) depende de las explicaciones disponibles sobre el malestar y de los sistemas de significados y especificaciones sociales que se emplean para dar sentido a la experiencia (Kleinman et al., 1978). Esto es especialmente relevante en el caso de la salud mental (Kleinman, 1987), ámbito en el que no se puede obviar el componente antropológico-cultural, lo que coincide con el modelo de marco explicativo que Wampold e Imel (2021) plantean para la psicoterapia.

Por tanto, aunque tanto en la formación como en la publicación, los modelos de psicoterapia occidentales son los más frecuentes, se mantienen o aparecen otros modelos de intervención que parte de las concepciones de las cosmovisiones locales. No es posible obviar el componente antropológico para llevar a cabo una práctica psicoterapéutica adecuada.

La Adaptación Cultural de los Tratamientos y las Psicoterapias Adaptables

Gran parte de la investigación clínica en el ámbito de la terapia cultural se ha centrado en los intentos de acompañar las terapias occidentales con aspectos de la tradición cultural de otros ámbitos. Se parte de una terapia que ya ha sido validada con criterios basados en la evidencia (Echeburúa et al., 2010) a la que se agregan o se modifican componentes a partir de los supuestos de la cultura a la que se pretende adaptar. El enfoque basado en la evidencia parte de la asunción de que es el componente técnico -el tipo de tratamiento- y su asociación de eficacia con una patología concreta es lo que debe validarse, ignorando aspectos relacionales y de dación de sentido (Rodríguez-Morejón, 2004). En las adaptaciones culturales el único componente extraterapéutico que se considera, en general, es el referido a los aspectos relacionados con el grupo étnico o nacional concreto.

Se pueden encontrar, entre otras, adaptaciones de terapias familiar para pacientes afrocaribeños con esquizofrenia (Edge, 2018), de terapia interpersonal para la depresión en adolescentes nepalíes (Rose-Clarke et al., 2020), de terapia dialéctico-conductual para la depresión y trastornos de la alimentación en estudiantes chinos (Cheng y Merrick, 2016), de terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en adolescente japoneses (Ishikawa et al., 2023) o de terapia de exposición narrativa para refugiados iraquíes (Hijazi et al., 2014). Ojo, todos los usos de la atención plena en psicoterapia debe ser considerados como una adaptación en sentido inverso, desde una cosmovisión oriental de base budista a las necesidades de la cultura occidental (Karl et al., 2021).

Distintos metaanálisis y revisiones sistemáticas (Hall et al., 2016; Silveus et al., 2023; Wright et al., 2020) han mostrado que las terapias adaptadas muestran un tamaño del efecto medio o alto (superior al de las no adaptadas), en cuanto al cambio en medidas primarias de malestar (el diagnóstico principal considerado en cada trabajo). El tamaño del efecto del cambio se incrementa a medida que el número de componentes de la terapia adaptados es mayor (Harper Shehaden et al., 2016).

Las adaptaciones cubren un amplio espectro de elementos culturales, el uso de la lengua nativa, variaciones en los componentes de la terapia para incluir prácticas terapéuticas locales o procedimientos asimilables a estas, inclusión de aspectos de la cosmovisión cultural tanto en los objetivos a alcanzar como en el estilo terapéutico (Sue et al., 2009). Algunos de estos aspectos son más fáciles de aplicar en la práctica que otros; por ejemplo, una vez detectados cuáles son los componentes técnicos culturales del tratamiento o el estilo terapéutico adecuado para un grupo cultural dado, dicha modificación puede aplicarse siempre, es decir, por cualquier terapeuta. Pero cuestiones como el emparejamiento cultural o la lengua de uso no son tan fáciles. No siempre se dispone de terapeutas de la extracción cultural necesaria y la adaptación lingüística puede ser más difícil de lo que parece. Es relativamente fácil cuando se trata del castellano en EE.UU. (el castellano es una lengua con más de cien millones de hablantes nativos que el inglés a nivel mundial) o con hablantes de mandarín (la lengua con más hablantes nativos en el mundo), pero es algo poco factible si se trata de lenguas americanas o africanas con muy pocos hablantes y cuya enseñanza no está garantizada siquiera en las zonas de origen.

En cuanto a la cuestión del emparejamiento cultural terapeuta-cliente, los datos indican que no afecta a los resultados, a pesar de la preferencia de los clientes por terapeutas de su propio grupo. La única excepción a esto parece darse en el caso de los afroamericanos, en los que el emparejamiento resulta en un ligero aumento de la eficacia de la intervención (Cabral y Smith, 2011). Por supuesto, hay múltiples tipos de emparejamientos que nunca han sido ensayados y, por tanto, no hay datos disponibles.

Dado que las adaptaciones se hacen para grupos culturales concretos, se debe esperar que sean más eficaces para personas con baja aculturación (estrategia de separación) o de la primera generación de inmigrantes, ya que son los que mantienen de una manera más pura su la cultura de partida (Maehler y Daikeler, 2024; Sue et al., 2009). Las generaciones posteriores van difiriendo de la primera tanto en las estrategias de aculturación, como en el grado de autoidentificación con los colectivos de origen y acogida (Klok et al., 2020). De hecho, finalmente pueden llegar a constituir un

nuevo colectivo cultural, que necesitaría, si fuera el caso, su propio protocolo de adaptación.

Bernal y Sáiz-Santiago (2006) propusieron un modelo de adaptación de ocho componentes (lenguaje, relación terapéutica, metáforas culturales, contenido de la intervención, concepto de enfermedad, objetivos del tratamiento, métodos de aplicación y contexto) que sigue siendo la guía de las adaptaciones en muchos casos. En cualquier caso, no es fácil diferenciar entre los ocho componentes propuestos por Bernal y sus colegas (por ejemplo, lenguaje y metáforas culturales tienden a solaparse, al igual que los objetivos del tratamiento y los métodos de aplicación), además el procedimiento está pensado para terapias individuales y no para otro tipo de intervenciones (Harper Shehaden et al., 2016)

Las adaptaciones se han vuelto mucho más minuciosas en cuanto al proceso de detección y control de las variables culturales, la medida de los síntomas y los procesos de adaptación, utilizando desde grupos focales para detectar las adaptaciones técnicas necesarias a confirmaciones de eficacia a partir de procedimientos de ensayos clínicos aleatorizados (Naeem et al., 2019; Sit et al., 2020). El proceso de adaptación sigue cuatro grandes pasos (Naeem et al., 2019):

- Revisión de la literatura previa y la consulta a expertos, terapeutas y clientes mediante procedimientos cualitativos.
- Creación posterior de una guía de adaptación cultural del tratamiento original para la población específica.
- Traducción o adaptación de los materiales, instrumentos y del propio manual.
- Aplicación experimental del manual adaptados siguiendo los criterios más próximos posibles a los de un ensayo clínico aleatorizado, lo que lleva a revisiones posteriores del protocolo inicial.

Por su parte, las áreas de competencia cultural a las que se atiende son:

- El tipo de evaluación (el modelo cultural de enfermedad mental, la consideración del estigma asociado a esta, las creencias culturales acerca de la terapia, el cuidado y los sanadores de todo tipo).
- Las cuestiones relacionadas con la alianza y la colaboración terapéutica. Aquí se incluye el tipo de señales no verbales que deben considerarse, el uso de ejemplos o exposición de casos similares y el empleo de herramientas culturales de conexión (como hacer referencias a lo espiritual o religioso, aceptar regalos u ofrecer comida o bebida como elementos de conexión relacional, incorporar a la familia en la terapia, hacer cambios en el modelo terapéutico hacia una mayor directividad, cambiar el formato de las tarea para casa, cambiar la pauta de sesiones, llevar la terapia a contextos externos a la consulta, adaptar las técnicas).
- Considerar de modo general los aspectos culturales (adaptar la lengua de la terapia a la del cliente siempre que sea posible, repensar qué tipo de creencias son disfuncionales o no dentro de cada cultura, ajustarse a los principios básicos de la cosmovisión de cada grupo cultural).

Dado que el modo en que se desarrolla la adaptación cultural o que los contenidos de dicha adaptación no siempre son explícitos y detallados (excepciones a esto son los trabajos de Abi Ramia et al., 2018, o Naeem et al., 2019), en ocasiones se hace muy difícil la replicación o la aplicación del protocolo en condiciones similares.

A partir de una revisión sistemática, [Chu y Leino \(2017\)](#) propusieron una distinción entre aspectos periféricos y nucleares de las adaptaciones. Los periféricos son los relacionados con la aceptabilidad y la viabilidad de las adaptaciones (uso de lenguas nativas, proporcionar ejemplos o atender a señales no verbales, etc.), es decir, los relacionados más con la alianza y la relación. Los centrales son los que se proponen como componentes centrales del cambio en función del modelo terapéutico propuesto (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, etc.), es decir, fundamentalmente el aspecto técnico y en los que, a entender de estos autores, debería focalizarse la investigación. El problema de esta sugerencia es que no aporta un modelo teórico de las razones por las que se deben realizar las adaptaciones, sino que simplemente es una exposición descriptiva y explicativa de los trabajos ya realizados.

Por otra parte, la investigación actual en psicoterapia sugiere que no es posible demostrar cuáles son los factores responsables del cambio y que los componentes comunes relacionados con la alianza, el acuerdo de metas y la credibilidad pueden tener tanto o más peso que los puramente técnicos en la explicación de la eficacia ([Cuijpers et al., 2019](#)). Es decir, justo los factores etiquetados como periféricos por [Chu y Leino \(2017\)](#), lo que pone en cuestión el modelo de análisis de estos autores.

A su vez, un estudio centrado en los contenidos de las adaptaciones sugiere que el factor mediador que explica la eficacia de los tratamientos adaptados es justamente la creación de modelos explicativos del problema y del cambio aceptable para la persona, lo que lleva de nuevo a considerar la relevancia del factor extraterapéutico ([Benish et al., 2011](#)). Siguiendo esta estela, [Norcross y Wampold \(2018\)](#) en su metaanálisis de factores de cambio indican que el único tipo de adaptación cuya eficacia ha quedado demostrada es la cultural para el factor común de alianza.

La base de la adaptación debe estar un componente etnopsicológico que se compagine los procesos psicológicos y no centrarse tanto en la cuestión de la *técnica psicológica* que deba modificarse. A partir de aquí ([Heim y Kohrt, 2019](#)) desarrollaron un nuevo modelo de adaptación cultural que comprende tres grandes componentes:

- a) Partir de una *concepción cultural de malestar*, es decir, del modo en que en cada cultura se explican los fenómenos relacionados con la salud mental y el malestar psicológico ([Kohrt et al., 2014](#)). Esto incluye tanto los modelos explicativos en sí mismos (por ejemplo, los inmigrantes albaneses en Suiza asumen que el sufrimiento no puede ser eliminado de la vida, sino que debe resistirse ante él —[Shala et al., 2020](#)—, algo que aparece también en poblaciones africanas —[Afolabi y Joy, 2014](#)—), como las expresiones culturales de los síntomas (los síndromes vinculados a la cultura y la sintomatología diferencial de cada trastorno para cada población).
- b) Los componentes del tratamiento, tanto los específicos (técnicas que modifican o corrigen procesos psicológicos considerados como patológicos) como los comunes, que deben ser elegidos por su valor cultural y no tanto por su eficacia demostrada en muestras occidentales. Por ejemplo, realizar actividades placenteras como herramienta para reducir los síntomas depresivos no tiene sentido en sociedades donde la búsqueda del bienestar personal no es un objetivo básico (como las colectivistas) o utilizar una

terapia de corte puramente racionalista cuando el peso de las consideraciones religiosas o de vínculos familiares y comunitarios es el componente fundamental de la identidad. Las adaptaciones de los factores específicos o comunes son de corte formal (estilo directivo de la terapia para los pacientes árabes u orientales, por ejemplo). Los aspectos del formato terapéutico (duración de las sesiones, uso de las pruebas, tareas para casa) también deben ser adaptados a partir de la evidencia cultural disponible.

- c) La aplicación del tratamiento, que incluye elementos como el formato terapéutico (grupal, individual, en línea) y la apariencia (el tipo de ejemplos o metáforas que se usen; formato de las tareas para casa). Cada grupo cultural funciona mejor con un formato terapéutico específico ajustado a su cosmovisión ([Harper Shehadeh et al., 2016](#)).

Aunque la rigurosidad técnica en el modo de hacer las adaptaciones no es discutible en términos de probar la validez del resultado ([Naeem et al., 2019](#)), la propuesta de [Heim y Kohrt \(2019\)](#) se basa más en los nuevos modelos de la eficacia de la psicoterapia y da más importancia a la base cultural del problema.

En este sentido, algunas terapias occidentales son más adecuadas que otras para determinadas poblaciones procedentes de otros ámbitos culturales. La terapia interpersonal que privilegia las relaciones es útil en culturas con fuertes lazos familiares, como la latinoamericana ([Pérez, 1999](#)), al igual que las terapias cognitivo-conductuales que son muy pautadas y están orientadas hacia el problema y se basan en pautas claras y simples de intervención, ambos aspectos muy valorados en la cosmovisión de este colectivo ([Organista y Muñoz, 1996](#)); las terapias de base metafórica son útiles con los musulmanes ([Dwairy, 2009](#)) ya que promueven un afrontamiento de tipo indirecto, que es uno de los criterios básicos del modo cultural de afrontar la problemática interpersonal; las terapias narrativas que potencian los elementos de resistencia y valores personales son adecuadas para el trabajo con refugiados y personas vulnerables ([Stiles et al., 2019](#)) y el psicodrama lo es con poblaciones de Asia oriental ya que su modelo terapéutico fácilmente adaptable a la concepción de conformidad grupal, supresión verbal de la emocionalidad y humildad de esta cultura ([Lai y Tsai, 2014](#)). Por su parte, [Rosal \(2007\)](#) expone una serie de recomendaciones para adaptar las terapias humanistas e integradoras al trabajo con poblaciones no occidentales, atendiendo al modo en que se expresa la emoción, la jerarquía social o las necesidades de estructura.

Guías de Intervención: Terapeutas Culturalmente Competentes y Terapeutas Eficaces

Desde un punto de vista pragmático, el énfasis en la adaptación cultural se ha manifestado en la forma de guías o protocolos. La idea es que los terapeutas (o cualquier otro agente que intervenga en tareas de salud mental) debe tener *competencia cultural*. Lo cual introduce una nueva idea, la de *competencia*, entendida como la capacidad de hacer algo de una manera contextualmente adecuada ([Villa y Poblete, 2007](#)). No hay una definición consensuada de competencia cultural ([Sue et al., 2009](#)), pero iría en la dirección de trabajar de forma adecuada con un amplio rango de clientes culturalmente diversos. Esta competencia puede ser una habilidad (algo que se aprende y tiene un contenido), una actitud (un estilo de trabajo) o ambas cosas.

Los modelos de competencia han sido múltiples y siguen, al menos, tres tradiciones. La primera de ellas es descriptiva y enumera las características que constituyen la competencia. Por ejemplo, en la relación de Whaley y Davis (2007) se contemplan como indicadores los siguientes: a) la atención sanitaria se da dentro de un sistema que reconoce la importancia de la cultura; b) la evaluación de las relaciones interculturales c) la exploración de las dinámicas que se generan a partir de las diferencias culturales; d) el conocimiento cultural; y e) la adaptación cultural de las intervenciones. Un segundo modelo es de tipo finalista y se centra en el resultado final que debe conseguirse, por ejemplo, lograr conocimientos y habilidades referidas a un cultura específica para desarrollar intervenciones eficaces con los miembros de dicha cultura (Sue, 1998), lo que implica que no hay una competencia cultural general. El tercer modelo sería procesual y se centra en la interacción terapeuta-cliente, un terapeuta competente culturalmente sería aquel que se mueve entre dos cosmovisiones culturales y es capaz de dar sentido al mundo de significados de clientes de diversos orígenes, lo que implica que la competencia es general (López, 1997). En realidad, los tres tradiciones son compatibles, la finalista y la procesual contemplan los descriptores de la primera de las tres y el hecho de que pueda ser necesaria una formación específica como resultado no niega la importancia de una formación competencial generalizada de tipo procesual que, por otra parte, acerca la terapia de base cultural al formato general de las psicoterapias basado en factores comunes (Botella y Maestra, 2016; Karson y Fox, 2010).

De forma comprehensiva, la competencia cultural tendría un carácter sistémico y supondría tres aspectos: a) disponer de conciencia cultural, conocer y dominar los sesgos y creencias culturales que pueden influir en la relación terapéutica; es decir, algo parecido al manejo de la transferencia, pero en clave culturales, controlar el efecto que mis supuestos sobre la cultura del otro tienen en mí (aspecto actitudinal); b) conocimiento cultural, es decir, tener conocimientos de la cosmovisión del cliente y de sus efectos en las prácticas de salud (aspecto conceptual); y c) un aspecto de habilidad cultural o formación técnica para poder trabajar de forma adecuada con una orientación cultural (Sue et al., 2009). Esta triple concepción es la que ha impulsado las guías de adaptación de la APA (2017). En Europa, no se ha adoptado de manera amplia ninguna forma específica de guía cultural a pesar del gran número de trabajos realizados (De María et al., 2024).

Los trabajos centrados en explicar las causas que promueven la eficacia de las adaptaciones apuntan a que generan tres procesos: a) una conexión con la realidad externa del cliente, b) una conexión experiencial con el cliente en el ámbito de la relación; y c) una sensación de ser entendido y apreciado en el cliente (Chu et al., 2016). Nótese que estos tres procesos no difieren de lo indicado por Rogers (2011) como empatía, aceptación positiva incondicional y condición de cambio en el cliente, solo que con la etiqueta de cultura añadida. Saha et al (2008) apuntan también la necesidad de compatibilizar el enfoque cultural con un trabajo individualizado con los clientes miembros de las minorías. Es decir, estos resultados concuerdan de manera general con los trabajos sobre factores comunes.

La producción de guías ha tenido fuertes críticas que se centran en cuatro aspectos (Saha et al., 2008; Weinrach y Thomas, 2004): a) Generan una estereotipificación de los miembros de cada minoría cultural, a los que deja de verse como individuos y se entienden

solo como ejemplares de una clase, lo que lleva a intervenciones inadecuadas unilineales; b) Llevan a ignorar otras diferencias identitarias relevantes (género, orientación sexual, clase) si la idea de cultura se reduce únicamente a las consideraciones de etnia-raza; c) Se minimiza el peso que factores intrapsíquicos, biológicos o socioeconómicos puede tener en la salud mental; y d) el uso o no de las guías se puede transformar en una línea roja del debate político, lo que llevaría a considerar racistas a quienes decidan no usarlas. Este último punto está cobrando especial relevancia en estos momentos en que los movimientos de cancelación y anticancelación han polarizado el debate público (Cabrera y Jiménez, 2021).

En definitiva, la creación de guías puede llegar a invisibilizar otros aspectos que influyen en la identidad, especialmente de tipo socioeconómico, y lleva también a que el énfasis en la influencia de la cultura del cliente haga que el clínico a ignorar sus propios sesgos culturales, al centrarse en el sesgo del cliente, lo que impediría al final una relación de colaboración (Saha et al., 2008).

En cualquier caso, el uso de guías para entrenar a terapeutas en competencias culturales ha llegado para quedarse y estas incluyen en la formación tanto los tres aspectos de la competencia cultural indicados por Sue et al (2009), como entrenamientos específicos en evaluación y planificación del tratamiento, en procedimientos y estrategias de la redefinición cultural de la organización sanitaria y contemplan una preparación mínima en los tratamientos válidos para las principales minorías (véase, por ejemplo, Center for Substance and Abuse Treatment, 2014). Según Sue et al (2009) las guías deben afectar tanto al nivel de actividad profesional (formación adecuada del terapeuta y el tipo adecuado de tratamiento que este aplica), como a los aspectos institucional (intervenciones y relaciones internas de los sistemas de salud en relación con las minorías) y sistémico de los servicios sanitarios (cómo integran a las minorías en los protocolos de consulta y gestión, información y funcionamiento socioadministrativo general).

Otro aspecto que se ha abordado en la investigación es la relación entre preparación cultural del terapeuta y preparación general del terapeuta. Fuertes et al (2006) encontraron que los clientes de grupos minoritarios evalúan a sus terapeutas como culturalmente competentes si estos habían sido valorados positivamente en alianza y empatía; es decir, el buen terapeuta es un terapeuta es visto como alguien con sensibilidad cultural. Por otro lado, usando una forma breve de evaluación de la competencia terapéutica general y un inventario específico de competencia cultural con distintas poblaciones, Constantine (2002) halló una correlación significativa y fuerte entre ambas, aunque la competencia cultural se asociaba más con la satisfacción general del cliente. Por otro lado, los terapeutas que son miembros de minorías o que tienen una mayor sensibilidad cultural por razones personales establecen una mejor relación terapéutica con sus clientes miembros de grupos minoritarios (Berger et al., 2014).

Para resumir, los terapeutas culturalmente competentes están entrenados en aspectos culturales, pero básicamente son buenos terapeutas y un buen terapeuta es aquel que atiende con aceptación incondicional y empatía (Rogers, 2011) a los aspectos psicológicos y extraterapéuticos del cliente, lo que permite que este genere un modelo explicativo alternativo del malestar y se produzca el cambio (Wampold e Imel, 2021). Las aportaciones de las guías de adaptación cultural, siendo necesarias, no van, por tanto, tan lejos, salvo por el hecho de que mejoran los aspectos técnicos y conceptuales de tipo cultural y le ayudan a aumentar su conciencia

de sesgo cultural, pero no generan de por sí un terapeuta eficaz. Para una intervención eficaz tanto la competencia terapéutica como la cultural deben estar garantizadas (Goh, 2005).

El entrenamiento en autoconciencia cultural es clave en este proceso y pasa por mantener una actitud de vigilancia, que ayude a rastrear los propios supuestos culturales y que permita ver la concepción occidental del yo y del malestar como un artefacto cultural. Esto es fácil de detectar en algunas patologías, como la anorexia, que parten de una concepción perfeccionista y basada en la regulación del autocontrol (Jauregui, 2006), pero no es tan evidente en otros trastornos. Por tanto, mantener un enfoque etnográfico para entender *también* los procesos terapéuticos típicos de Occidente es algo que resulta necesario (Eckersley, 2006; Snodgrass et al., 2022).

Un Aspecto Fundamental de las Adaptaciones: El Componente Religioso

La religión es uno de los aspectos fundamentales de la cultura en tanto que genera una visión trascendente del mundo y dicta regulaciones morales que influyen tanto en el autoconcepto y las actitudes, como en las pautas de socialización (Cohen, 2015). Aunque hay una fuerte tendencia, explicada por motivos históricos, a generar conglomerados étnicoreligiosos (Rusia es un país ortodoxo, Italia lo es católico, Argelia es un país musulmán sunnita, etc.), es posible desligar la religión de la etnia o la nacionalidad, por lo que el análisis cultural debe considerar tanto estos dos elementos por separado como su interacción; no es lo mismo un musulmán sunnita argelino, que además sea bereber, que un musulmán sunnita pastún del oeste de Pakistán.

Mientras que en EE.UU. la diversidad religiosa (especialmente entre ramas del cristianismo) es la regla, otros países tienden a una mayor homogeneidad religiosa; de ahí, la mayor preocupación histórica norteamericana por el tratamiento de la religiosidad en psicoterapia (Richards y Bergin, 2014). En España, la encuesta del CIS (abril 2024) indica que el 58,4% de los españoles se considera católico, aunque solo el 19,3% es practicante; el total de irreligiosos (ateos, agnósticos e indiferentes) alcanza el 36,1% y solo un 3,5% dice profesar otra religión. Por su parte, el *Observatorio del Pluralismo Religioso* (2018) indicaba que en ese año el 64,8% de los españoles se consideraba católico, el 2% protestante, el 1,5% musulmán, el 1,1% ortodoxo, el 1% de otras confesiones y de ninguna el 28,6%. En cualquier caso, la principal minoría religiosa en España son los católicos practicantes, ya que hay que asumir que para un no practicante el aspecto religioso no es identitario.

Un primer problema es definir qué es la religiosidad. De hecho, el ateísmo militante es una posición definida por la gran intensidad de creencias comparable con una fe practicante. Por otro lado, no siempre se diferencia entre religiosidad (el seguimiento de un credo concreto, cuya medida puede ser objetiva e incluso directamente conductual, asistencia al culto, frecuencia de la oración...) y espiritualidad (entendida por interés por lo trascendente) cuya medida es más subjetiva (Dein et al., 2012). Igual que en el caso de la aculturación o la competencia cultural el punto de partida es que las definiciones no están bien operativizadas.

En cualquier caso, religiosidad y espiritualidad no se solapan completamente; por ejemplo, el *Observatorio de Pluralismo Religioso* (2018) indica que el 30,1% de la población no sigue

ninguna religión, ni se considera una persona espiritual, cifra próxima al 28,6% que dice no seguir ninguna religión, pero hay un 15,8% que afirma no seguir ninguna religión, *pero* se considera una persona espiritual y un 33,8% son seguidores de una religión, *pero* no se consideran personas espirituales.

De hecho, las relaciones entre estos dos conceptos y salud mental o bienestar psicológico son variopintas. Algunos estudios apuntan a que una identidad religiosa favorece el afrontamiento del duelo (Chapple et al., 2011; Walsh et al., 2002), si bien las revisiones sistemáticas de este ámbito no arrojan resultados concluyentes en ninguna dirección (Becker et al., 2007). Parece que una de las principales variables reguladoras de los resultados es el país de origen, la asociación positiva entre salud mental y religiosidad se encuentra en muestras de Georgia, República de Sudáfrica y EE.UU. y negativas en Eslovenia y Túnez y son bajas en todos los países del antiguo bloque soviético, si bien no están del todo claras las razones de estos resultados, que pueden ser diferentes en cada caso, aunque puede considerarse que tienen que ver (para las puntuaciones más bajas) con las crisis de los modelos sociales que anteriormente estaban implantados en cada país. Por otro lado, los indicadores de espiritualidad (cómo el grado de reflexión sobre el sentido de la vida) solo se asocian con buena salud mental en países con bajo desarrollo humano (Zimmer et al., 2018). En definitiva, las relaciones entre religiosidad/espiritualidad no son independientes del significado local atribuido a la religión. Otros estudios reflejan que los indicadores de ajuste psicológico son adecuados tanto para las personas que se definen como religiosas y espirituales como para las que no se definen de ninguno de estos modos, pero que son peores para las personas espirituales, pero no religiosas (King et al., 2013), por lo que parece que el factor protector de la espiritualidad se da solo dentro de un marco formal al menos en las naciones con alto nivel de desarrollo.

Los resultados de los estudios sobre la eficacia de las adaptaciones muestran que estas son eficaces en lo que respecta al ajuste psicológico general, a pesar de los problemas de calidad de muchos estudios (Aggarwal et al., 2023; Bouwhuis-Van Keulen et al., 2024; Coelho-Júnior et al., 2022). Los tamaños del efecto alcanzado son de grado medio en general (Smith et al., 2007; Anderson et al., 2015), pero cuando se trata de adaptaciones de la terapia cognitiva-conductual con la incorporación de componentes religiosos, los resultados no son superiores al uso del mismo tipo de terapia sin adaptar (de Abreu Costa y Moreira-Almeida, 2022; Anderson et al., 2015). La inmensa mayoría de los trabajos publicados se refieren a adaptaciones para diversas confesiones cristianas o musulmanas (en este caso sobre todo con sunnitas), el número de trabajos con otro tipo de confesiones es muy reducido o inexistente (Smith et al., 2007; Anderson et al., 2015).

Las adaptaciones suelen consistir en utilizar textos religiosos o imágenes religiosas como recurso de afrontamiento, en el empleo explícito de valores religiosos (Armento et al., 2012; Bowland et al., 2012; Ebrahimi et al., 2013) o en algún grado de colaboración con sacerdotes, ulemas, pastores u otros profesionales de la religión. El problema de este último enfoque es contar con terapeutas y sacerdotes lo suficientemente flexibles como para cooperar de manera eficaz (Breuninger et al., 2014).

A pesar de que las intervenciones adaptadas parecen eficaces, hay que tener en cuenta que no todas las confesiones tienen la misma predisposición para aceptar un tratamiento psicológico, lo

que hace variar tanto los resultados como el número de estudios. La predisposición es alta para católicos, ortodoxos y protestantes no fundamentalistas (luteranos, reformados, anglicanos y metodistas) y judíos conservadores o reformistas, pero es baja entre protestantes fundamentalistas (baptistas, evangelicanos o pentecostales), hinduistas, judíos ortodoxos o musulmanes y es muy baja o nula entre los practicantes de religiones chamánicas o indígenas (Richard y Bergin, 2014). La adaptación debe ser tanto más intensa a medida que la reactancia a la terapia sea mayor.

Existen psicoterapias de base religiosa, tanto para musulmanes como para cristianos. La *Psicoterapia Basada en el Corán* (Abu-Raiya, 2015) parte de la concepción islámica de la personalidad, que asume que hay aspectos buenos y malos de la persona y busca potenciar los positivos y minimizar o afrontar los negativos. La *Terapia Pastoral* y la *Terapia Cristiana* que se basan en la reflexión sobre escritos bíblicos y aseveraciones teológicas se utilizan con frecuencia en EE.UU. para los problemas de pareja (Mutter, 2013).

La preferencia de los creyentes, especialmente si se consideran a sí mismos como muy religiosos, por un terapeuta de su misma confesión es tremendamente frecuente (Dimmick et al., 2020), pero no hay apenas estudios acerca del efecto en los resultados de este emparejamiento.

El trabajo con creyentes requiere un especial entrenamiento actitudinal por parte de los terapeutas (Bartoli, 2007), especialmente en el caso de Europa, donde el declive de la adscripción religiosa es muy intenso (Pew Research Center, 2015) y se continua con la línea histórica de promoción de la secularidad posterior a las Guerras de Religión, lo que ha hecho que la religión en general tienda a tratarse como un aspecto privado de la vida y escasamente relevante (Dacey, 2008). Por otra parte, los terapeutas tienden a ser ateos o agnósticos en mayor medida que la población general (Bergin y Jensen, 1990), lo que, *a priori*, les puede colocar en una posición crítica frente al pensamiento religioso. Bartoli (2007) propone realizar genogramas religiosos donde se vean los antecedentes de la familia del terapeuta (o del cliente) y comprobar las similitudes y contrastes entre familiares de diferente religión. Esta práctica, que tiene sentido en sociedades con una gran diversidad religiosa, puede no ser útil en entornos como el español donde la homogeneidad religiosa (católica-agnóstica) es lo más frecuente. Otro procedimiento, que esta autora propone para grupos de trabajo, pero que puede ser también adaptada al propio entrenamiento del terapeuta, pasa por establecer similitudes y diferencias entre personas religiosas, personas espirituales y personas con una adecuada salud mental. Se empieza asignando adjetivos a cada concepto, después se buscan relaciones entre cada lista y se resuelven las discrepancias, comprobando que hay aspectos de lo religioso y espiritual que concuerdan con criterios de ajuste psicológico.

Un Paso Adelante, dos Pasos Atrás: La Clase Social Como Variable Olvidada en la Intervención Cultural Adaptada

El título de esta sección está tomado de un opúsculo de Lenin (1975) en el que indica la necesidad de revisar las estrategias utilizadas y, si el caso, retomar las antiguas. En este sentido, un análisis que se puede considerar *antiguo* es el de la clase social. Esta es uno de los determinantes más importantes de la conducta, ya que se trata de una categoría estructural de difícil variación. Esta concepción estructural sobre las clases sociales se mantiene

con independencia del modelo teórico que se utilice para estudiarlas (Rojas, 2020), aunque lo cierto es que su importancia ha sido descuidada en la investigación psicológica.

No se puede obviar, por tanto, que además de por su cosmovisión, las personas con las que trabajamos también están influidas por su condición de clase y es un hecho probado que las desigualdades socioeconómicas afectan negativamente a la salud mental (Barnett et al., 2023; Henking et al., 2023). Manstead (2018) indica que las condiciones materiales de vida no pueden ser obviadas en un estudio de la identidad, ya que la construyen en gran parte.

Sin embargo, la investigación suele utilizar para suplir el concepto de clase variables no necesariamente estructurales, como el estatus socioeconómico, cuya naturaleza es más variable. Es decir, implícitamente se considera que las personas pueden cambiar de situación (Liu et al., 2004). Estas variables se miden tanto de forma objetiva (nivel de ingresos o formación, tipo de empleo o vivienda), como subjetivas (autoubicación en una escala Likert u ordinal que va desde la clase más baja a la más alta).

La concepción de la clase social como aspecto esencialmente *móvil* es un elemento básico del modelo cultural de EE.UU. (Bellah et al., 1996) y ha tenido una gran influencia en la investigación, cuya preocupación por el análisis de clase ha sido extremadamente baja. Liu et al (2004) encontraron en una revisión de las tres principales revistas de la APA sobre consejo psicológico que, en el período 1981-2000, de 3915 artículos solo 710 consideraban la clase social. En una búsqueda rápida en la base de datos PsycInfo incluyendo como materias *clase social* y *psicoterapia* y *sin usar límites temporales*, solo se localizan 33 referencias (marzo de 2025). De hecho, se ha podido constatar que en EE.UU. se sobreestiman las posibilidades de movilidad social, sobre todo por parte de los jóvenes y las personas de clase alta (Kraus y Tan, 2015). En general la concepción dominante en Occidente ha sido la de la posibilidad de la movilidad social, pero los datos indican que a lo largo del siglo XXI han disminuido las posibilidades de mejora en la escala social y son ya solo las personas de rentas más altas las que consiguen mantener su estatus, mientras que se ha hecho muy difícil subir de clase social para las personas procedentes de las clases obrera y media, a pesar incluso de que mejoren su formación académica, la condición que durante todo el siglo XX fue la clave de la movilidad social ascendente (Gil-Hernández, 2020; Hout, 2019). La formación académica tampoco es útil para recuperar la brecha social entre los inmigrantes (Passaretta y Skopek, 2024). A consecuencia de esto, la desigualdad se ha incrementado en los últimos decenios.

Desde la perspectiva de los procesos migratorios, si bien la migración se suele dar entre personas que tienen cierta capacidad económica en su país de origen o desde marcos sociales no pobres en exceso (Engler et al., 2020), lo cierto es que los migrantes en su mayoría ocupan puestos de trabajo de baja calidad y están sometidos a condiciones de vulnerabilidad social en los países de acogida (Bruquetas y Moreno, 2015; Consejo Económico y Social, 2019), lo que indica que pertenecen, en general, a la clase baja.

No obstante, en las evaluaciones subjetivas hay una tendencia marcada a posicionarse en los valores medios de las escalas, que corresponden a la clase media (Evans y Kelley, 2004), lo que indica que hay mediadores psicosociales importantes en la autopercepción de la clase social. En un metaanálisis de las relaciones entre

bienestar subjetivo y evaluaciones subjetivas y objetivas del estatus socioeconómico, [Tan et al \(2020\)](#) concluyeron que la asociación es más fuerte para las medidas subjetivas que para las objetivas y que la primera relación es un moderador de la segunda, lo que indica que la percepción subjetiva de la clase social es también relevante en términos psicológicos. Por otra parte, [Navarro-Carrillo et al \(2018\)](#) solo encontraron relaciones positivas entre indicadores subjetivos de clase social y bienestar psicológico, aunque dicha relación está mediada por el grado de incertidumbre emocional. [Tan y Kraus \(2015\)](#) encontraron que las peores puntuaciones en salud y estados emocionales negativos en los miembros de la clase obrera solo se daban cuando estos entendían que las diferencias de clase se debían a condiciones esencialistas (biología, características personales), algo que no aparecía si consideraban que las diferencias tenían una causa social, lo que apunta a un elemento de apoderamiento social en el segundo caso. En definitiva, el instrumento y el modo de medida afectan a los resultados.

Se han encontrado diferencias de clase relevantes en el autoconcepto y la conducta social. Los miembros de la clase trabajadora se definen, en comparación con los de clase media y alta, en términos más interdependientes, hacen más referencias a su estatus socioeconómico y menos a sus rasgos psicológicos, refieren un menor lugar de control personal y usan explicaciones contextuales para explicar la causalidad, además son más empáticos y más proclives a ayudar a terceros que se encuentren en situaciones de dificultad ([Manstead, 2018](#)). En las interacciones cercanas utilizan más marcadores no verbales, risas y miradas que los de clases sociales más altas ([Kraus y Keltner, 2009](#)). Este perfil psicológico los aproxima a una posición colectivista, más que individualista, en términos de las dimensiones culturales de Hofstede.

Las diferencias en el componente empático son muy relevantes, los miembros de la clase trabajadora son más precisos en determinar las emociones de los demás, si bien explican dichas respuestas emocionales en términos contextuales ([Kraus et al., 2010](#)) y aunque son más prosociales, ya que ayudan más a otros, incluso económicamente, suelen desarrollar este tipo de conductas en contextos privados y no en los públicos ([Kraus y Callaghan, 2016](#); [Piff et al., 2010](#)). Las condiciones socialmente adversas en las que vive la clase trabajadora son, en opinión de [Kraus et al \(2012\)](#), la causa de su autoconcepto interdependiente, pero solidario. En contextos adversos, la conducta prosocial se transforma en un mecanismo de afrontamiento. Sin embargo, son precisamente sus condiciones sociales negativas (bajos ingresos, peor vivienda) las que generan una mayor incertidumbre emocional y una mayor sensación de amenaza generalizada ([Manstead, 2018](#); [Navarro-Carrillo et al., 2018](#)), lo que termina consolidando un autoconcepto más pobre y una menor percepción de control personal ([Kraus y Park, 2014](#)).

Por tanto, las condiciones objetivas de clase van a producir un autoconcepto más colectivista y prosocial, pero dicho autoconcepto estará mediado por la percepción subjetiva del estatus socioeconómico. De forma que, si esta es más alta, producirá un mayor estado de bienestar emocional. Por otro lado, la conciencia de que las condiciones adversas son de naturaleza social se transforma en un factor protector y de bienestar. El análisis de clase lleva tanto a localizar componentes de resistencia como de adversidad en la definición de la identidad y el terapeuta tendrá que establecer una composición de equilibrio entre ambos.

Hay muy pocos trabajos sobre las relaciones entre psicoterapia y clase social ([Ballinger y Wright, 2007](#)). No obstante, se dispone de algunos manuales al respecto ([Liu, 2013](#)). La mayoría de la investigación empírica versa sobre el papel que juega en la relación terapéutica la sensibilidad del terapeuta en este aspecto o sobre las actitudes ante clientes o de clientes de diferentes extracciones de clase. Casi todos estos trabajos han utilizado una metodología cualitativa.

[Trott y Reeves \(2018\)](#) utilizaron un análisis temático para analizar los significados que 45 terapeutas expertos atribuían a las relaciones entre psicoterapia y clase social. Los participantes se autodefinían en términos de clase social utilizando una escala ordinal de seis pasos que iban desde clase obrera-baja hasta clase alta-alta y contestaban desde un rol de cliente (todos habían pasado por procesos de supervisión). Los principales hallazgos fueron la toma de conciencia durante el proceso de respuesta de la relevancia de la clase social en el proceso terapéutico, la importancia de compartir valores y adscripción de clase entre terapeutas y clientes, así como la consideración de que la alianza terapéutica se fortalecía cuando los problemas relacionados con la clase social se abordaban de manera explícita en la terapia. Por otra parte, la exhibición de símbolos de poder de clase (certificados, lenguaje correcto, vestimenta elegante, indicadores de capacidad adquisitiva...) podía promover sentimientos de inadecuación en los clientes al autoperibirse como personas menos capaces, hallazgo que también aparece en el trabajo de [Balmforth \(2009\)](#). En general, para los clientes hablar de sus experiencias de opresión de clase resulta liberador y apoderante, aunque si se sienten juzgados o minusvalorados por parte del terapeuta dejan de hablar de sus condiciones sociales, lo que redunda en un descenso de la alianza ([Balmforth, 2009](#); [Jones y Lecchi, 2024](#)).

Tanto [Cook y Lawson \(2016\)](#) como [McCoy et al \(2021\)](#) han encontrado que la mayoría de los terapeutas no perciben la clase social como un elemento relevante en el trabajo con los clientes, por lo que apuntan la necesidad de mejorar la formación profesional hacia una mayor sensibilidad a los factores de clase ([Liu, 2012](#)). En la línea de aspectos a trabajar en la formación [Gotkan et al \(2025\)](#) apuntan dos aspectos facilitadores, por un lado, focalizarse en los recursos y valores de las personas, por otro, incrementar la conciencia de la importancia de las barreras sociales. Todos estos resultados acercan tremendamente el campo del trabajo con la clase social a los postulados de la terapia narrativa ([White, 2007](#)).

Respecto al impacto de la sensibilidad a los aspectos de clase en la eficacia terapéutica los hallazgos son controvertidos. [Thompson et al \(2014\)](#) encontraron que la identificación de la clase social del cliente (trabajando con viñetas de caso que solo variaban en marcadores de clase del cliente) no tenía ningún impacto significativo en el juicio clínico de los terapeutas, pero [Thompson et al \(2019\)](#), utilizando un diseño similar, encontraron justo lo contrario, un sesgo hacia un peor diagnóstico y a estimar una menor satisfacción vital en el caso de los clientes de clase obrera.

La relevancia de considerar de modo explícito los fenómenos relacionados con la clase social y la desigualdad también es un tema que aparece en los estudios cualitativos realizados con muestras de clientes de clase obrera. Por otra parte, los clientes de clase obrera consideran que extender la terapia fuera del ámbito de la consulta, de modo que los momentos significativos de la relación no

se limiten a las sesiones en sí (usar llamadas telefónicas, contactos con las familias, correos interesándose por la situación) es algo positivo y que redundará en una mayor alianza y una mejor eficacia del tratamiento (Thompson et al., 2012).

Casi todos estos estudios no controlan las diferencias entre medidas objetivas y subjetiva de clase para los participantes, tanto de terapeutas como clientes, ni del grado de formación cultural en términos de clase del terapeuta, aunque sí de su grado de experiencia. Es verdad que aportan una información muy valiosa procedente de la posición subjetiva de los participantes, dato que no puede ser ignorado en la investigación posterior.

Las adaptaciones propuestas para trabajar con clientes de clase obrera son semejantes a las de otras adaptaciones culturales. Por un lado, la terapia debe abordar de modo explícito el papel que la clase social ha tenido en la vida de la persona y las dificultades y oportunidades que ha generado. Por otro, se debe reorganizar la identidad de la persona frente a los cambios en la identidad de clase, ya que estos se producen también a lo largo de la vida, y buscar el modo de reconciliar las nuevas situaciones económicas con las identidades preferidas. Por supuesto, explorar y explotar terapéuticamente los recursos de la persona. Para poner en marcha estos ajustes hay que adaptar también el formato terapéutico. Dado que la identidad de clase obrera es más comunitaria y colectivista, una terapia de grupo, basada en la ayuda mutua sería más conveniente que la individual, siempre que aquel formato sea factible. Se pueden incorporar familiares o amigos como testigos de los recursos o potencias del cliente. Por supuesto, el terapeuta debe también explorar su propias creencias estereotípicas acerca de la clase social y aprender a respetar la diversidad (Devine et al., 2017; Kim y Cardemil, 2012; White, 2007).

Consideraciones Finales

El trabajo con las adaptaciones culturales es un reto que los profesionales de la terapia (y en general, de la salud mental) vamos a tener que afrontar cada vez con mayor frecuencia. Como resumen final se sintetizan un decálogo de observaciones.

1. El análisis de la identidad cultural debe hacerse de forma concreta para la persona, grupo o familia con que se este trabajando.
2. Las dimensiones de individualismo-colectivismo y aculturación deben entenderse como procesos dinámicos y no como fotos fijas. Corresponden al momento en que se analiza la identidad y no representan una forma de ser invariable de un colectivo.
3. Se debe atender a las condiciones materiales socioeconómicas concretas y al tipo de proceso administrativos y legislativos que regulan la integración de minorías, así como a las condiciones concretas del proceso migratorio, cuando sea el caso. Esto supone que el trabajo muchas veces va a ser interdisciplinar y colectivo (Vannini et al., 2018).
4. *A priori*, ninguna dimensión de la cosmovisión (étnica, religiosa, de clase, otras) debe considerarse como fundamental, será la formulación concreta del caso la que determine las condiciones que son más relevantes.
5. Hay que mantener una posición crítica que asuma que la concepción occidental del ser humano y del malestar es *una* concepción y no *la* concepción. Para ello, el uso de criterios

etnológicos y antropológicos en los juicios sobre uno mismo y las personas de otras culturas serán de gran ayuda. Esto es tanto o más importante para los aspectos de adaptaciones religiosas y de clase, ya que son aspectos todavía más invisibilizados en la concepción cultural occidental.

6. En términos de la intervención terapéutica se deberá escoger aquella que tenga el tipo de componentes culturales, religiosos o de clase que se consideren más adecuados para el caso. Una técnica más validada no garantiza, de por sí, un mayor éxito, ya que este va a depender en gran medida de la posibilidad de activar el factor común de marco explicativo.
7. El trabajo terapéutico debe sondear de manera explícita los significados relacionados con la dimensiones culturales, religiosas y de clase (y otras) e identificar las dificultades y ventajas que han supuesto para la persona (o grupo de terapia).
8. El trabajo terapéutico debe promover los recursos propios y crear formatos de coherencia (integración) entre los aspectos culturales que resulten en principio antagónicos o conflictivos.
9. Las guías de intervención cultural deben tomarse como un recurso y una orientación, no como un modo fijo y totalmente reglado de llevar a cabo la terapia.
10. Es necesario contar tanto con una buena formación en competencia cultural como en competencia terapéutica general para trabajar con estos colectivos.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y desarrollo del presente artículo.

Referencias

- Abi Ramia, J., Harper Shehadeh, M., Kheir, W., Zoghbi, E., Watts, S., Heim, E., y El Chammay, R. (2018). Community cognitive interviewing to inform local adaptations of an e-mental health intervention in Lebanon. *Global Mental Health*, 5, e39. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.29>
- Abu-Raiya, H. (2015). Working with religious muslim clients: A dynamic, qura'nic-based model of psychotherapy. *Spirituality in Clinical Practice*, 2, 120-133. <https://doi.org/10.1037/scp0000068>
- Achotegui, J. (2019). Migrants living in very hard situations: extreme migratory mourning (The Ulysses Syndrome). *Psychoanalytic Dialogues*, 29(3), 252-268. <https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1614826>
- Afolabi, A. B., y Joy, A. O. (2014). Confronting negative thoughts using Meseron therapy: A clinician approach. *Ife Psychologia*, 22, 125-128.
- Aggarwal, S., Wright, J., Morgan, A., Patton, G., y Reavley, N. (2023). Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *BMC-Psychiatry*, 23, 729. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>
- Aguiar-Rodríguez, I., Artieda-Cajilema, C., y Acosta-Aguinaga, A. (2022). Millennials ¿similares o diferentes? Inclínación al individualismo en una

- sociedad colectivista. *Estudios de la Gestión: Revista Internacional de Administración*, 12, 148-170.
- Ahn, J. Y., Bedi, R. P., Choubisa, R., y Ruparel, N. (2023). Assessing psychotherapy as a western healing practice through prediction of help-seeking attitudes. *Counselling Psychology Quarterly*, 37, 47-68. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2173147>
- Aichberger, M. C., Bromand, Z., Heredia Montesinos, A., Temur-Erman, S., Mundt, A., Heinz, A., Rapp, M. A., y Schouler-Ocak, M. (2012). Socio-economic status and emotional distress of female turkish immigrants and native German women living in Berlin. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(Suppl 2), S10-S16. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75702-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75702-4)
- American Psychological Association (2017). *Multicultural guidelines: An ecological approach to context, identity, and intersectionality*. <https://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi, N., Wright, J., Meredith, J., y McMillan, D. (2015). Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 176, 183-196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.019>
- Armento, M. E. A., McNulty, J. K., y Hopko, D. R. (2012). Behavioral activation of religious behaviors (BARB): Randomized trial with depressed college students. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4, 206-222. <https://doi.org/10.1037/a0026405>
- Arnett, J. J. (2008). The neglected 95%: Why american psychology needs to become less american. *American Psychologist*, 63(7), 602-614. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.7.602>
- Aviera, A. (1996). "Dichos" Therapy group: A therapeutic use of spanish language proverbs with hospitalized hispanic-speaking psychiatric patients. *Cultural Diversity and Mental Health*, 2, 73-87.
- Ballinger, L., y Wright, J. (2007). 'Does class count?' Social class and counselling. *Counselling y Psychotherapy Research*, 7, 157-163. <https://doi.org/10.1080/14733140701571316>
- Balmforth, J. (2009). 'The weight of class': clients' experiences of how perceived differences in social class between counsellor and client affect the therapeutic relationship. *British Journal of Guidance y Counselling*, 37, 375-386. <https://doi.org/10.1080/03069880902956942>
- Barkham, M., y Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz, y L. G. Castonguay (Eds.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 135-189). John Wiley y Sons, Inc.
- Barnett, P., Oshinowo, I., Cooper, C., Taylor, C., Smith, S., y Pilling, S. (2023). The association between social class and the impact of treatment for mental health problems: A systematic review and narrative synthesis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58, 581-603. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02378-9>
- Bartoli, E. (2007). Religious and spiritual issues in psychotherapy practice: Training the trainer. *Psychotherapy*, 44, 54-65. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.1.54>
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica (Traductores, M. Rosenberg, y J. Squirru; original inglés, 2000).
- Becker, G., Xander, C. J., Blum, H. E., Lutterbach, J., Momm, F., Gyslels, M., y Higginson, I. J. (2007). Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Palliative Medicine*, 21, 207-217. <https://doi.org/10.1177/0269216307077327>
- Bellah, R., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., y Tipton, S. M. (1996). *Habits of the hearth. Individualism and commitment in american Life*. University of California Press.
- Benish, S. G., Quintana, S., y Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 279-289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Berger, L. K., Zane, N., y Hwang, W.-C. (2014). Therapist ethnicity and treatment orientation differences in multicultural counseling competencies. *Asian-American Journal of Psychology*, 5, 53-65. <https://doi.org/10.1037/a0036178>
- Bergin, A. E., y Jensen, J. P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27, 3-7. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.3>
- Bernal, G., y Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology*, 34, 121-132. <https://doi.org/10.1002/jcop.20096>
- Berry, J. (1990). Psychology of acculturation. En J. Berman (Ed.): *Cross-cultural perspectives: Nebraska Symposium on Motivation*, pp. 457-488. University of Nebraska Press.
- Berry, J. (2003). Conceptual approaches to acculturation. En K. M. Chun, P. B. Organista, y G. Marín (Eds.). *Acculturation. Advances in theory, measurement, and applied research*. APA
- Bizumic, B., Reynolds, J. K., y Meyers, B. (2012) Predicting social identification over time: The role of group and personality factors. *Personality and Individual Differences*, 53, 453-458. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.009>
- Bouwuis-Van Keulen, A. J., Koelen, J., Eurelings-Bontekoe, L., Hoekstra-Oomen, C., y Glas, G. (2024). The evaluation of religious and spirituality-based therapy compared to standard treatment in mental health care: A multi-level meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 34, 339-352. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2241626>
- Bowland, S., Edmond, T., y Fallot, R. D. (2012). Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Social Work*, 57, 73-82. <https://doi.org/10.1093/sw/swr001>
- Botella, L., y Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 39-48.
- Bradley, H. (1997). *Fractured identities: Changing patterns of inequality*. Polity Press.
- Breuninger, M., Dolan, S. L., Padilla, J. I., y Stanford, M. S. (2014). Psychologists and clergy working together: A collaborative treatment approach for religious clients. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 16, 149-170. <https://doi.org/10.1080/19349637.2014.925359>
- Bruquetas, M., y Moreno, F. J. (2015). Precarización y vulnerabilidad de la población migrante en la España de la crisis. El papel del estado del bienestar. *Panorama Social*, 22, 139-151.
- Cabieses, B., Belo, K., Carreño Calderón, A., Rada, I., Rojas, K., Araoz, C., y Knipper, M. (2024). The impact of stigma and discrimination-based narratives in the health of migrants in latin america and the caribbean: A scoping review. *The Lancet. Regional Health Americas*, 40, 100660. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100660>
- Cabral, R. R., y Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 537-554. <https://doi.org/10.1037/a0025266>
- Cabrera, K. I., y Jiménez, C. A. (2021). La cultura de la cancelación en redes sociales: Un reproche peligroso e injusto a la luz de los principios del derecho penal. *Revista Chilena de Derecho y Tecnología*, 21, 277-300. <https://doi.org/10.5354/0719-2584.2021.60421>

- Carroll, H. A., Kvietok, A., Pauschardt, J., Freier, L. F., y Bird, M. (2023). Prevalence of common mental health disorders in forcibly displaced populations versus labor migrants by migration phase: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 321, 279–289. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.010>
- Center for Substance Abuse Treatment (US). (2014). Improving cultural competence. Substance abuse and mental health services administration (US). (Treatment Improvement Protocol—TIP. Series, No. 59). Appendix B. Instruments to measure identity and acculturation. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248425/>
- Centro de Investigación Sociológica (2024). *Estudio n° 3450*. Abril 2024. p. 99. CIS.
- Cervantes, A. (2020). Testimonios. En L. Comas-Díaz, y E. Torres Rivera (Dirs.). *Liberation psychology. Theory, methods, practice, and social justice*, pp. 133-147. APA
- Chapple, A., Swift, C., y Ziebland, S. (2011). The role of spirituality and religion for those bereaved due to a traumatic death. *Mortality*, 16, 1–19. <https://doi.org/10.1080/13576275.2011.535998>
- Chayka, K. (2024). *Mundofiltro. Como los algoritmos han aplanado la cultura*. Gatopardo (Traductora, M. A. de Miquel; original inglés, 2024).
- Cheng, P.-H., y Merrick, E. (2016). Cultural adaptation of dialectical behavior therapy for a chinese international student with eating disorder and depression. *Clinical Case Studies*, 16, 42-57. <https://doi.org/10.1177/1534650116668269>
- Choy, B., Arunachalam, K., S, G., Taylor, M., y Lee, A. (2020). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>
- Chu, J., y Leino, A. (2017). Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 45–57. <https://doi.org/10.1037/ccp0000145>
- Chu, J., Leino, A., Pflum, S., y Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47, 18–29. <https://doi.org/10.1037/pro0000055>
- Cienfuegos-Martínez, Y. I., Saldívar-Garduño, A., Díaz-Loving, R., y Avalos-Montoya, A. D. (2016). Individualismo y colectivismo: caracterización y diferencias entre dos localidades mexicanas. *Acta de Investigación Psicológica*, 6, 2534-2543.
- Coelho-Júnior, H. J., Calvani, R., Panza, F., Allegri, R. F., Picca, A., Marzetti, E., y Alves, V. P. (2022). Religiosity/spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Medicine*, 9, 877213. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.877213>
- Cohen, A. B. (2015). Religion's profound influences on psychology: Morality, intergroup relations, self-construal, and enculturation. *Current Directions in Psychological Science*, 24(1), 77–82. <https://doi.org/10.1177/0963721414553265>
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2016). *Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados*. Disponible en <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-psicologica-con-inmigrantes-y-refugiados>
- Consejo Económico y Social (2019). *La inmigración en España: Efectos y oportunidades*. Informe 2/2019. CES.
- Constantine, M. G. (2002). Predictors of satisfaction with counseling: Racial and ethnic minority clients' attitudes toward counseling and ratings of their counselors' general and multicultural counseling competence. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 255–263. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.255>
- Cook, J. M., y Lawson, G. (2016). Counselors' social class and socioeconomic status understanding and awareness. *Journal of Counseling and Development*, 94, 442–453. <https://doi.org/10.1002/jcad.12103>
- Cuadrado, C., Libuy, M., y Moreno-Serra, R. (2023). What is the impact of forced displacement on health? A scoping review. *Health Policy and Planning*, 38, 394–408. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad002>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., y Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Dacey, A. (2008). *The secular conscience. Why belief belongs in public life*. Prometheus Books.
- Dazinger, K. (1995). The historical production of the selves. En R. D. Ashmore, y L. Jussim (Eds.). *Self and identity: Fundamental issues*, pp. 137-159. Oxford Academic Press.
- de Abreu Costa, M., y Moreira-Almeida, A. (2022). Religion-adapted cognitive behavioral therapy: A review and description of techniques. *Journal of Religion and Health*, 61, 443–466. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01345-z>
- Dein, S., Cook, C. C., y Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 852–855. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31826b6dle>
- De-María, B., Topa, G., y López-González, M. A. (2024). Cultural competence interventions in healthcare: A scoping review. *Healthcare*, 12, 1040. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101040>
- Devine, P. G., Forscher, P. S., Cox, W. T. L., Kaatz, A., Sheridan, J., y Carnes, M. (2017). A gender bias habit-breaking intervention led to increased hiring of female faculty in STEM departments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 73, 211–215. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.07.002>
- Dimmick, A., Swift, J. K., y Trusty, W. T. (2020). Latter-Day Saint clients' preferences for a religious match with a psychotherapist. *Spirituality in Clinical Practice*, 7, 134–143. <https://doi.org/10.1037/scp0000211>
- Douceraín, M. M., Segalowitz, N., y Ryder, A. G. (2017). Acculturation measurement: From simple proxies to sophisticated toolkit. In S. J. Schwartz, y J. B. Unger (Eds.). *The Oxford handbook of acculturation and health* (pp. 97–117). Oxford University Press.
- Dwairy, M. (2009). Culture-analysis and metaphor psychotherapy with arabs-muslims clients. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 199-209. <https://doi.org/10.1002/jclp.20568>
- Ebrahimi, A., Neshatdoost, H. T., Mousavi, S. G., Asadollahi, G. A., y Nasiri, H. (2013). Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced in Biomedical Research*, 2, 53. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.114201>
- Echeburúa, E., Salaberria, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 247-256.
- Edge, D., Degnan, A., Cotterill, S., Berry, K., Baker, J., Drake, R., y Abel, K. (2018). Culturally adapted Family Intervention (CaFI) for african-caribbean people diagnosed with schizophrenia and their families: A mixed-methods feasibility study of development, implementation and acceptability. *NIHR Journals Library*. Septiembre.
- Engler, P., MacDonald, M, Piazza, R., y Sher, G. (2020). La migración hacia economías avanzadas puede estimular el crecimiento. Fondo

- Monetario Internacional. *IMF Blog*. <https://www.imf.org/es/Blogs/Articles/2020/06/19/blog-weo-chapter4-migration-to-advanced-economies-can-raise-growth>
- Eckersley, R. (2006). Is modern Western culture a health hazard? *International Journal of Epidemiology*, 35, 252-258. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi235>
- Evans, M. D. R., y Kelley, J. (2004). Subjective social location: Data from 21 nations. *International Journal of Public Opinion Research*, 16, 3-38. <https://doi.org/10.1093/ijpor/16.1.3>
- Finke, P., y Sökefeld, M. (2018). Identity in anthropology. En H. Callan, y S. Coleman (Eds.). *The International Encyclopedia of Anthropology*. Wiley. (25 julio 2018). <https://doi.org/10.1002/9781118924396>
- Fisher, M. (2017). *Realismo capitalista. ¿No hay alternativa?* Cajanegra. (Traductor, C. Iglesias; original inglés, 2009).
- Flores, M. V. (2016). La globalización como fenómeno político, económico y social. *Orbis. Revista Científica de Ciencias Humanas*, 34, 26-41.
- Focus on Spanish Society (18 de marzo, 2024). Nota de prensa. <https://www.funcas.es/prensa/espana-entre-los-paises-de-la-union-europea-con-mayor-proporcion-de-residentes-nacidos-en-el-extranjero/>
- Fuertes, J. N., Stracuzzi, T. I., Bennett, J., Scheinholtz, J., Mislowack, A., Hersh, M., y Cheng, D. (2006). Therapist multicultural competency: A study of therapy dyads. *Psychotherapy*, 43, 480-490. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.480>
- Füller, D., Vieth, S. J, y Otto, B (2023). Migrant and socioeconomic status might intersect in adverse health outcomes. *Frontiers on Public Health*, 11:1244612. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1244612>
- Gaganis, C., Hasan, I., Papadimitri, P., y Tasiou, M. (2019). National culture and risk-taking: Evidence from the insurance industry. *Journal of Business Research*, 97, 104-116.
- García-Martínez, J. (2001). *Proyecto docente de psicología de la personalidad*. Universidad de Sevilla.
- Gergen, K J (1996). *Realidades y relaciones. Aproximación a la construcción social*. Paidós. (Traductor, F. Meler; original inglés, 1994).
- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península. (Traductor, J. L. Gil; original inglés, 1991).
- Gil-Hernández, C. J. (2020). *Cracking meritocracy from the starting gate. Social inequality in skill formation and school choice*. [Tesis Doctoral]. Universidad Pablo de Olavide.
- Gim-Chung, R. H., Kim, B. S., y Abreu, J. M. (2004). Asian American multidimensional acculturation scale: development, factor analysis, reliability, and validity. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 10(1), 66-80. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.10.1.66>
- Giménez, G. (2002). Globalización y cultura. *Estudios Sociológicos*, 20, 23-46.
- Goh, M. (2005). Cultural competence and master therapist: An inextricable relationship. *Journal of Mental Health Counseling*, 27, 71-81. <https://doi.org/10.17744/mehc.27.1.wjgja36crjhnl2n>
- Gramsci, A. (2023). *Cuadernos de la Cárcel, V3* (cuadernos 12-29). Akal (Traductor A. J. Antón; original italiano, 1920-1932).
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., y Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, 47, 993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Hamamura, T. (2012). Are cultures becoming individualistic? A cross-temporal comparison of individualism-collectivism in the United States and Japan. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 3-24. <https://doi.org/10.1177/1088868311411587>
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., y Albanese, E. (2016). Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 3, e44. <https://doi.org/10.2196/mental.5776>
- Hecht, M. L., Collier, M. J., y Ribeau, S. A. (1993). *African american communication: Ethnic identity and cultural interpretation*. Sage.
- Heim, E., y Kohrt, B. A. (2019). Cultural adaptation of scalable psychological interventions: A new conceptual framework. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4), 1-22. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.37679>
- Henking, C., Reeves, A., y Chrisinger, B. (2023). Global inequalities in mental health problems: Understanding the predictors of lifetime prevalence, treatment utilisation and perceived helpfulness across 111 countries. *Preventive Medicine*, 177, 107769. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107769>
- Heredia Montesinos, A., Aichberger, M. C., Temur-Erman, S., Bromand, Z., Heinz, A., y Schouler-Ocak, M. (2018). Explanatory models of suicidality among women of turkish descent in Germany: A focus group study. *Transcultural Psychiatry*, 56(1):48-75. <https://doi.org/10.1177/1363461518792432>
- Hernández-García, N. (2020). La politización de la integración en Europa: Una aproximación a través del análisis de la literatura. *FORUM. Revista del Departamento Ciencia Política*, 18, 9-34. <https://doi.org/10.15446/frdcp.n18.79955>
- Hijazi, A. M., Lumley, M. A., Ziadni, M. S., Haddad, L., Rapport, L. J., y Arnetz, B. B. (2014). Brief narrative exposure therapy for posttraumatic stress in Iraqi refugees: A preliminary randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 314-322.
- Hoerder, D. (2022). Migration Across History. En M. El Alaoui-Faris, A. Federico, y W. Grisold (Eds). *Neurology in migrants and refugees. Sustainable development goals series*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-81058-0>
- Hofstede, G. (1983). National cultures in four dimensions. A research-based theory of cultural differences among nations. *International Studies of Management y Organization*, 13, 46-74.
- Hofstede, G. (2008). *Values Survey Module*. Hofstede Center.
- Hout, M. (2019). Social mobility. *Pathways. The poverty and inequality report 2019*. Stanford Centre on Poverty and Inequality.
- Huber, B., Barnidge, M., Gil de Zúñiga, H., y Liu, J. (2019). Fostering public trust in science: The role of social media. *Public Understanding of Science*, 28, 759-77
- Hunt, L. M., Schneider, S., y Comer, B. (2004). Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Science & Medicine*, 59(5), 973-986. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.009>
- Hwang W. C. (2011). Cultural adaptations: A complex interplay between clinical and cultural issues. *Clinical Psychology*, 18, 238-241. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01255.x>
- Inglehart, R., y Welzel, C. (2006). *Modernización, cambio cultural y democracia: La secuencia del desarrollo humano*. Monografía 231 CSIC-Siglo XXI (Traductora, M. T. Casado; original inglés, 2005).
- Iniciativa de Salud de las Américas (2011). *Historias del ir y venir y la salud mental: Manual para promotores de salud*. Escuela de Salud Pública, Universidad de California.
- International Organization for Migration (2024). *World Migration Report 2024*. IOM.
- Ishikawa, S. I., Kishida, K., Takahashi, T., Fujisato, H., Urao, Y., Matsubara, K., y Sasagawa, S. (2023). Cultural adaptation and implementation of cognitive-behavioral psychosocial interventions for

- anxiety and depression in Japanese youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26, 727–750. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00446-3>
- Jackline, A. (2025). Narratives of migration: Stories of displacement and resilience. *Eurasian Experiment Journal of Arts and Management*, 7, 44-47.
- Jauregui, I. (2006). La anorexia. Una patología cultural e irracional de la modernidad. *Gazeta de Antropología*, 22, 15. <http://hdl.handle.net/10481/7092>
- Jones, A. K., y Lecchi, T. (2024). 'It overshadowed everything': Understanding working-class clients' experiences of social class differences within the therapeutic relationship. *Counselling and Psychotherapy Research*. 28-12-24. <https://doi.org/10.1002/capr.12867>
- Kara, B. (2019). The impact of globalization on cities. *Journal of Contemporary Urban Affairs*, 3, 108-113. <https://doi.org/10.25034/ijcua.2018.4707>
- Karl, J. A., Johnson, F. N., Bucci, L., y Fischer, R. (2021). In search of mindfulness: A review and reconsideration of cultural dynamics from a cognitive perspective. *Journal of the Royal Society of New Zealand*, 52(2), 168–191. <https://doi.org/10.1080/03036758.2021.1915804>
- Karson, M., y Fox, J. (2010). Common skills that underlie the common factors of successful psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(3), 269–281. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2010.64.3.269>
- Kim, S., y Cardemil, E. (2012). Effective psychotherapy with low-income clients: The importance of attending to social class. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 27–35. <https://doi.org/10.1007/s10879-011-9194-0>
- King, M., Marston, L., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., y Bebbington, P. (2013). Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *British Journal of Psychiatry*, 202, 68–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112003>
- Klein, N. D., Bravo, A. J., Conway, C. C., Keough, M. T., Pilatti, A., Mezquita, L y Cross-Cultural Addictions Study Team (2024). Individualism, collectivism, and emotion regulation: A cross-cultural examination among young adults from seven countries. *Current Psychology*, 43, 26007–26018. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06226-8>
- Kleinman A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151, 447–454. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.4.447>
- Kleinman, A., Eisenberg, L., y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Klok, J., van Tilburg, T., Fokkema, T., et al. (2020). Comparing generations of migrants' transnational behaviour: the role of the transnational convoy and integration. *Comparative Migration Studies*, 8, 46. <https://doi.org/10.1186/s40878-020-00206-0>
- Koç, V., y Kafa, G. (2019). Cross-cultural research on psychotherapy: The need for a change. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 50, 100-115. <https://doi.org/10.1177/0022022118806577>
- Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., de Jong, J. TVM., y Hinton, D. E. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 365-406. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt227>
- Kottak, C. P. (2011). *Antropología cultural*. McGraw Hill (traductor, V. Campos; original inglés, 2011)
- Koneru, V. K., Weisman de Mamani, A. G., Flynn, P. M., y Betancourt, H. (2007). Acculturation and mental health: Current findings and recommendations for future research. *Applied Preventive Psychology*, 12, 76-96. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2007.07.016>
- Kraus, M. W., y Callaghan, B. (2016). Social class and prosocial behavior: The moderating role of public versus private contexts. *Social Psychological and Personality Science*, 7, 769-777. <https://doi.org/10.1177/1948550616659120>
- Kraus, M. W., Côté, S., y Keltner, D. (2010). Social class, contextualism, and empathic accuracy. *Psychological Science*, 21, 1716–1723. <https://doi.org/10.1177/0956797610387613>
- Kraus, M. W., y Keltner, D. (2009). Signs of socioeconomic status: A thin-slicing approach. *Psychological Science*, 20, 99–106. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02251.x>
- Kraus, M. W., y Park, J. W. (2014). The undervalued self: Social class and self-evaluation. *Frontiers in Psychology*, 5, 1404. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01404>
- Kraus, M. W., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., Rheinschmidt, M. L., y Keltner, D. (2012). Social class, solipsism, and contextualism: how the rich are different from the poor. *Psychological Review*, 119(3), 546–572. <https://doi.org/10.1037/a0028756>
- Kraus M. W., Tan J. J. X. (2015). Americans overestimate social class mobility. *Journal of Experimental Social Psychology*, 58, 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2015.01.005>
- Kumaraswamy, N. (2007). Psychotherapy in Brunei Darussalam. *Journal of Clinical Psychology*, 63(8), 735–745. <https://doi.org/10.1002/jclp.20388>
- Kyung-Sup, C., y Min-Young, S. (2010). The stranded individualizer under compressed modernity: South Korean women in individualization without individualism. *British Journal of Sociology*, 61(3), 539–564. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2010.01325.x>
- Lai, N.-W., y Tsai, H. H. (2014). Practicing psychodrama in Chinese culture. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 386-390. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.06.005>
- Lai, T., McAvay, H., y Safi, M. (2024). Diverging pathways: the effects of initial legal status on immigrant socioeconomic and residential outcomes in France. *European Sociological Review*, 40, 598–614. <https://doi.org/10.1093/esr/jcad047>
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research. In J. C. Norcross, y M. R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*, pp. 94–129. Basic Books.
- Lenin Ilich, V. (1975). Un paso adelante, dos pasos atrás. En V. Lenin Ilich, V. (Autor). *Obras escogidas, V2 (1901-1905)*, pp. 121-160. Progreso (Traducción, equipo de la editorial Progreso; original ruso, 1904).
- Lerner, G. (2017). *La creación del patriarcado*. Katakak (Traductora, M. Tusell; original inglés, 1987).
- Liu, W. M. (2012). Developing a social class and classism consciousness. In E. M. Altmaier, y J. I. C. Hansen (Eds.). *The Oxford handbook of counseling psychology* (pp. 326–345). Oxford University Press.
- Liu, W. M. (Ed.) (2013). *The Oxford handbook of social class in counseling*. Oxford University Press.
- Liu, W. M., Ali, S. R., Soleck, G., Hopps, J., Dunston, K., y Pickett, T., Jr. (2004). Using social class in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 3–18. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.3>
- López, S. R. (1997). Cultural competence in psychotherapy: A guide for clinicians and their supervisors. In C. E. Watkins, Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570–588). John Wiley.

- Rodríguez-Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoerapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1139>.
- Rogers, C. R. (2011). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Paidós. (Traductora, L. R. Weinberg; original inglés, 1961).
- Rogers-Sirin, L., Yanar, C., Yüksekbaş, D., Senturk, M. I., y Sirin, S. (2017). Religiosity, cultural values, and attitudes toward seeking psychological services in Turkey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48(10), 1587–1604. <https://doi.org/10.1177/0022022117732532>
- Rojas, D. E. (2020). Relaciones de clase y estratificación social desde la perspectiva de la sociología analítica. *Sociológica*, 35, 9-41.
- Rojas-Tejada, A. J., Navas-Luque, M., Lozano Rojas, O. M., y Gómez Berrocal, C. (2010). Test de favoritismo endogrupal interétnico adaptado al modelo ampliado de aculturación relativa: fiabilidad y evidencias de validez. *Psicothema*, 22, 1039-1047.
- Rosal, R. (2007). El psicoterapeuta ante el reto de una sociedad con creciente pluralismo e identidad cultural. *Revista de Psicoterapia*, 18(70-71), 85-114.
- Rose-Clarke, K., Pradhan, I., Shrestha, P. et al. (2020). Culturally and developmentally adapting group interpersonal therapy for adolescents with depression in rural Nepal. *BMC Psychology*, 8, 83. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00452-y>
- Rubin, M., y Morrison, T. (2014). Individual differences in individualism and collectivism predict ratings of virtual cities' liveability and environmental quality. *Journal of General Psychology*, 141, 348e372. <http://dx.doi.org/10.1080/00221309.2014.938721>.
- Saadi, A., Ponce, N. A. (2020). Worse mental health among more-aculturated and younger immigrants experiencing discrimination: California health interview survey, 2015–2016. *Journal of General Internal Medicine*, 35, 1419–1426. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05412-w>
- Sachs, J. (2005). *El fin de la pobreza. Cómo conseguirlo en nuestro tiempo*. Debate (Traductor, R. Martínez; original inglés, 2005).
- Saha, S., Beach, M. C., y Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31505-4)
- Sampson, A. (2001). La psicoterapia como artefacto cultural. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30, 359-368.
- Sangalang, C. C., Becerra, D., Mitchell, F. M., Lechuga-Peña, S., Lopez, K., y Kim, I. (2019). Trauma, post-migration stress, and mental health: A comparative analysis of refugees and immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(5), 909–919. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0826-2>
- Santos, H. C., Varnum, M. E. W., y Grossmann, I. (2017). Global increases in individualism. *Psychological Science*, 28(9), 1228-1239. <https://doi.org/10.1177/0956797617700622>
- Sekhar, A. C., y Govinda, B. (2012). Individualistic and collectivistic orientations of rural and urban professional students and their attitudes towards fairness in appraisals and procedures in HRM practices. *Paripex Indian Journal of Research*, 3, 209-210.
- Shala, M., Morina, N., Salis Gross, C., Maercker, A., y Heim, E. (2020). A Point in the Heart: Concepts of Emotional Distress Among Albanian-Speaking Immigrants in Switzerland. *Culture, medicine and psychiatry*, 44(1), 1–34. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09638-5>
- Silveus, S. A., Schmit, M. K., Oliveira, J. T., y Hughes, L. E. (2023). Meta-analysis of culturally adapted cognitive behavioral therapy for anxiety and depression. *Journal of Counseling & Development*, 101(2), 129–142. <https://doi.org/10.1002/jcad.12463>
- Sit, H. F., Ling, R., Lam, A. I. F., Chen, W., Latkin, C. A., y Hall, B. J. (2020). The cultural adaptation of step-by-step: An intervention to address depression among chinese young adults. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 650. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00650>
- Smith, T. B., Bartz, J. D., y Richards, P. S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17, 643-655. <https://doi.org/10.1080/10503300701250347>
- Snodgrass, J. G., Brewis, A., Dengah, H. J. F., Dressler, W. W., Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Mendenhall, E., Sagstetter, S., Weaver, L. J., y Zhao, K. X. (2022). Ethnographic methods for identifying cultural concepts of distress: Developing reliable and valid measures. *Field Methods*, 35(3), 175-197. <https://doi.org/10.1177/1525822X221113178>
- Stiles, D. A., Alaraudanjoki, E., Wilkinson, L. R., Ritchie, K. L., y Brown, K. A. (2019). Researching the effectiveness of tree of life: An imbeleko approach to counseling refugee youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(1), 123–139. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00286-w>
- Sue S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440–448. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.53.4.440>
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., y Berger, L. K. (2009). The case for cultural competence in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525-5348. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163651>
- Takeda, K. (1964). Morita therapy. *Journal of Religion and Health*, 3, 335-344.
- Tan, J. J., y Kraus, M. W. (2015). Lay theories about social class buffer lower-class individuals against poor self-rated health and negative affect. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 41(3), 446–461. <https://doi.org/10.1177/0146167215569705>
- Tan, J. J. X., Kraus, M. W., Carpenter, N. C., y Adler, N. E. (2020). The association between objective and subjective socioeconomic status and subjective well-being: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 146(11), 970-1020. <https://doi.org/10.1037/bul0000258>
- Taylor, C. (1996). *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Paidós (Traductora, A. Lizó; original inglés, 1989).
- Tehrani, H. D., y Yamini, S. (2022). Gender differences concerning the horizontal and vertical individualism and collectivism: A meta-analysis. *Psychological Studies*, 67(1), 11–27. <https://doi.org/10.1007/s12646-022-00638-x>
- Thomason, T. (2011). Best practices in counseling native americans. *Journal of Indigenous Research*, 1(1). Article 3. <https://doi.org/10.26077/ypcz-9x86>
- Thompson, M., Diestelmann, J, Cole, O., Keller, A, y Minami, T. (2014). Influence of social class perceptions on attributions among mental health practitioners. *Psychotherapy Research*, 24, 640-650. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.873556>
- Thompson, M. N., Chin, M. Y., y Kring, M. (2019). Examining mental health practitioners' perceptions of clients based on social class and sexual orientation. *Psychotherapy*, 56(2), 217–228. <https://doi.org/10.1037/ps0000222>
- Thompson, M. N., Cole, O. D., y Nitzarim, R. S. (2012). Recognizing social class in the psychotherapy relationship: A grounded theory exploration of low-income clients. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 208–221. <https://doi.org/10.1037/a0027534>
- Triandis, H. C. (1995). Individualism and collectivism. *Westview Press*.

- Trott, A., y Reeves, A. (2018). Social class and the therapeutic relationship: The perspective of therapists as clients. A qualitative study using a questionnaire survey. *Counselling & Psychotherapy Research*, 18(2), 166–177. <https://doi.org/10.1002/capr.12163>
- Ulgen, S. (2022). Una perspectiva crítica sobre la globalización. *Anuario Internacional CIDOB*, 31, 99-111.
- UNESCO (2012). *Fácil guía 1. Cultura y nuestros derechos culturales*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000228345>
- Uzoka, A. F. (1983). Active versus passive therapist role in didactic psychotherapy with nigerian clients. *Social Psychiatry*, 18, 1-6.
- Van Dyck, G. A. J., y Nefale, M. (2005). The split-ego experience of africans: Ubuntu therapy as a healing alternative. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 48-66. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.1.48>
- Vannini, S., Gomez, R., Carney, M., y Mitchell, K. (2018). Interdisciplinary approaches to refugee and migration studies: Lessons from collaborative research on sanctuary in the changing times of Trump. *Migration and Society*, 1(1), 164-174. <https://doi.org/10.3167/arms.2018.010115>
- Varela, V. M. (2005). Análisis de la relación existente entre aculturación y nacionalidad. *Psicología para América Latina*, 3. <https://psicolatina.org/Tres/analisis.html>
- Velandia-Coustol, C. A., Navas-Luque, M., y Rojas-Tejada, A. J. (2018). El Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR). Balance y perspectivas de investigación. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 34, 11480. <https://doi.org/10.4000/remi.11480>
- Vicary, D. A., y Bishop, B. J. (2005). Western psychotherapeutic practice: Engaging aboriginal people in culturally appropriate and respectful ways. *Australian Psychologist*, 40, 8-19. <https://doi.org/10.1080/00050060512331317210>
- Vilar, J. B., y Vilar, M. J. (1999). *La emigración española a Europa en el Siglo XX*. La Muralla.
- Villa, A., y Poblete, M. (2007). *Aprendizaje basado en competencias*. Universidad de Deusto
- Villalba, J. A., Ivers, N. N., y Ohlms, A. B. (2010). Cuento group work in emerging rural latino communities: Promoting personal-social development of latina/o middle school students of mexican heritage. *Journal for Specialists in Group Work*, 35, 23-43 <https://doi.org/10.1080/01933920903463502>
- Walsh, K., King, M., Jones, L., Tookman, A., y Blizard, R. (2002). Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *BMJ-Clinical Research*, 324(7353), 1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7353.1551>
- Wampold, B. E., e Imel, Z. E. (2021). *El gran debate de la psicoterapia. La evidencia que hace que la psicoterapia funcione*. Eleftheria. (Traductor, L. Botella; original inglés, 2015).
- Weinrach, S.G., y Thomas, K. R. (2004). The AMCD multicultural counseling competencies: a critically flawed initiative. *Journal of Mental Health Counseling*, 26, 81–93. <https://doi.org/10.17744/mehc.26.1.p20t16tdhpgcxm3q>
- Whaley, A. L., y Davis, K. E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist*, 62(6), 563–574. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.6.563>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton.
- Wilczewska, I. T. (2023). Examining the relationship between acculturation and socioeconomic status and their role for the first generation polish immigrants' well-being. *Journal of International Migration y Integration*, 24, 1337–1355. <https://doi.org/10.1007/s12134-023-01006-y>
- Wright, A., Reisig, A., y Cullen, B. (2020). Efficacy and cultural adaptations of narrative exposure therapy for trauma-related outcomes in refugees/asylum-seekers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(4), pp. 301-314. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.003>
- Wu, H., Yu, D., He, Y., Wang, J., Xiao, Z., y Li, C. (2015). Morita therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Article CD008619. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008619.pub2>
- Yampolsky, M. A., Amiot, C. E., y de la Sablonnière, R. (2013). Multicultural identity integration and well-being: A qualitative exploration of variations in narrative coherence and multicultural identification. *Cultural Psychology*, 4, 126. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00126>
- Yáñez, S., y Cardenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista Salud y Sociedad*, 1, 51-70. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2010.0001.00006>
- Yíp, T. (2005). Sources of situational variation in ethnic identity and psychological wellbeing: A Palm study of chinese american students. *Personality Social Psychology Bulletin*, 31, 1603–1616. <https://doi.org/10.1177/0146167205277094>
- Yoon, E., Chang, C. T., Kim, S., Clawson, A., Cleary, S. E., Hansen, M., Bruner, J. P., Chan, T. K., y Gomes, A. M. (2013). A meta-analysis of acculturation/enculturation and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 15–30. <https://doi.org/10.1037/a0030652>
- Zimmer, Z., Rojo, F., Ofstedal, M. B., Chiu, C. T., Saito, Y., y Jagger, C. (2018). Religiosity and health: A global comparative study. *SSM-Population Health*, 7, 006–6. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.11.006>

Artículo

Terapia Psicodinámica Breve en Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados: Evaluación de su Utilidad

Daniel Prado 

Práctica privada (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 04/01/2025
Aceptado: 16/02/2025

Palabras clave:

Revisión sistemática
Psicoanálisis
Psicoterapia
Somatización
Guía de Práctica Clínica
Atención primaria
Sistema Nacional de Salud

RESUMEN

En España, son comunes trastornos mentales de ansiedad, depresión o de síntomas somáticos, con el 49.2% de probables casos en Atención Primaria, suponiendo costos anuales equivalentes al 2.2% del producto interior bruto o 22.778 millones de euros, de los cuales, 1.650 millones o 35.36 euros por persona, se dedican a trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. No se dispone de una Guía de Práctica Clínica (GPC) vigente para el tratamiento de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Se presenta una revisión sistemática para valorar la utilidad clínica de la terapia psicodinámica breve en estos trastornos, contemplada en la GPC vigente sobre la depresión en el adulto. Mediante una búsqueda en las bases de datos PsycArticles, PsycInfo, PsycTherapy, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MEDLINE y Web Of Science, se identificaron inicialmente 98 estudios, cumpliendo 13 los criterios de inclusión. Destacan la reducción significativa de síntomas somáticos durante los ensayos, con efectos estables o crecientes en los seguimientos y el uso reducido de asistencia sanitaria. Hallazgos que sugieren la inclusión de esta alternativa terapéutica en una GPC pertinente, lo cual podría suponer una reducción de costes para el Sistema Nacional de Salud en el manejo de estos trastornos.

Brief Psychodynamic Therapy in Somatic Symptom and Related Disorders: Evaluation of its Utility

ABSTRACT

In Spain, mental disorders of anxiety, depression or somatic symptom are common, with 49.2% of probable cases in Primary Care, involving annual costs equivalent to 2.2% of the gross domestic product or 22,778 million euros, of which 1,650 million or 35.36 euros per person, are devoted to somatic symptom disorders and related disorders. There is no current Clinical Practice Guideline (CPG) available for the treatment of somatic symptom disorders and related disorders. A systematic review is presented to assess the clinical utility of brief psychodynamic therapy in these disorders, as contemplated in the current CPG on adult depression. Through a search in the databases PsycArticles, PsycInfo, PsycTherapy, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MEDLINE and Web Of Science, 98 studies were initially identified, meeting 13 inclusion criteria. Of note were the significant reduction in somatic symptoms during the trials, with stable or increasing effects at follow-up and reduced health care use. These findings suggest the inclusion of this therapeutic alternative in a relevant CPG, which could lead to a reduction in costs for the National Health System in the management of these disorders

Keywords:

Systematic review
Psychoanalysis
Psychotherapy
Somatization
Clinical Practice Guideline
Primary care
National Health System

Introducción

Los trastornos mentales comunes, de ansiedad, depresión o de síntomas somáticos y trastornos relacionados, suponen la mitad del coste de todos los trastornos mentales en España en el año 2010, con un gasto del 2.2% del producto interior bruto (PIB). Debido a su alta prevalencia, el alto porcentaje de casos no tratados y el bajo porcentaje de casos que siguen un tratamiento basado en la evidencia, presentan un gran impacto sobre las personas y la sociedad. Cumpliendo el 49.2% de los pacientes que acuden a consultas de Atención Primaria (AP) los criterios diagnósticos para al menos un probable trastorno de ansiedad, depresión o de síntomas somáticos y trastornos relacionados (Ruiz-Rodríguez et al., 2017). Actualmente, se dispone de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (Álvarez et al., 2023) vigente para tratar la depresión en el Sistema Nacional de Salud (SNS) financiado por el Ministerio de Sanidad, no disponiéndose su homóloga para el tratamiento de ansiedad o de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. La terapia psicodinámica breve, que deriva del modelo psicodinámico/psicoanalítico, donde el paciente y el terapeuta exploran los conflictos actuales y pasados del paciente y se centran en su interpretación y trabajo sobre ellos, es una de las terapias recogidas en esta guía (Álvarez et al., 2023). A pesar de ello, la terapia psicodinámica está en retroceso en todo el mundo debido a las críticas sobre su credibilidad científica (Fonagy, 2015) treatment as usual and placebo.

La categoría “Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados” del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) (anteriormente trastornos somatomorfos por DSM-IV) que incluye los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión (o trastorno de síntomas neurológicos funcionales), factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, trastorno facticio, otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados, y trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados, comparten el malestar y deterioro significativo por síntomas somáticos.

Siendo su principal diagnóstico, trastorno de síntomas somáticos, definido por los criterios: a) uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria; b) pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes: 1) pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas, 2) grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas y 3) tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud y c) aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

El impacto de los trastornos mentales comunes se evalúa considerando los siguientes criterios: a) costes, cuantificando en unidades monetarias la utilización de recursos atribuida a la enfermedad; b) carga producida, a través de la calidad de vida relacionada con la salud, en años de vida ajustados a la calidad con que se viven dichos años y c) discapacidad que producen, en años vividos ajustados por discapacidad.

Respecto de los costes, 83.749 millones de euros se gastaron en España en 2010 por trastornos mentales comunes, 1.650 de los cuales se gastaron en somatizaciones, unos 35.36 euros per cápita y año. Sobre la carga producida, 244 años de vida ajustados con calidad (AVAC) se perdieron por trastornos somatomorfos según un estudio con una muestra de 2.539 participantes en 2006. En cuanto a la discapacidad, los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados no se encuentran, como sí los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, entre los que más contribuyeron a aumentar la cifra de años vividos con discapacidad (AVD) en 2010. (Ruiz-Rodríguez et al., 2017).

Originariamente, se iniciaron en 1950 dentro del movimiento psicoanalítico, una serie de corrientes que no consideraban la interpretación, técnica para la toma de conciencia en el paciente, como único proceso mitigante. Estas procuraban abreviar el tratamiento psicoterapéutico con la propuesta inicial del autor Franz Alexander en el uso de la relación terapéutica, de tal manera que el psicoterapeuta asume un rol diametralmente opuesto al de las expectativas desadaptativas del paciente que le permiten creer que nuevas soluciones son posibles y abandonar patrones nocivos, denominada como “experiencia emocional correctiva”. Fue considerada por el statu quo como terapia de apoyo junto con dar consejos y reeducación y demarcada como terapia psicodinámica en contraste con el psicoanálisis (Christian et al., 2012).

En esta línea, actualmente se practica terapia psicodinámica breve o terapia psicodinámica de corta duración (STPP) con técnicas desarrolladas por Luborsky, Mann, Sifneos, Davanloo o Malan, entre otros. Características comunes son: número limitado de sesiones, criterios de selección, mantenimiento de foco terapéutico, terapeuta activo y manejo de la transferencia.

Luborsky propone identificar el “tema central conflictivo de la relación”, lo cual constituye la base de la “Terapia de Apoyo-Expresiva” siendo especialmente adecuada para entornos terapéuticos de tiempo limitado, como las consultas en salud mental públicas (Luborsky, 1984). Davanloo centró sus esfuerzos en acelerar el acceso al inconsciente, mediante el desafío y confrontación activa de las defensas que impiden al paciente experimentar emociones difíciles, así las supere y pueda iniciarse el proceso terapéutico de liberación emocional, promoviendo su flexibilidad en interacciones sociales previamente mermadas. Sin embargo, en sus primeras versiones, estas técnicas no eran adecuadas para pacientes con baja tolerancia a la ansiedad, lo que le llevó a introducir primero un proceso para construir la tolerancia a la ansiedad, el formato gradual junto con otras fases preparatorias, desarrollando la “Psicoterapia Intensiva Psicodinámica y Breve (ISTPD)” (Davanloo, 2000). Malan propone sistematizar la comprensión del individuo integrando el estudio de casos clínicos individuales con metodología de las ciencias sociales que emergían en su tiempo, siendo su libro “Psicoterapia Individual y la Ciencia de la Psicodinámica” (Malan y Parker, 1995) el primero en establecer un puente entre ambas cuestiones. En él, describe los diagramas triángulo de conflicto y de personas, que relacionan la interacción entre defensa, ansiedad e impulso entre pasado, presente y relación terapéutica para acercarse a la comprensión del caso (Fonagy, 2014). Sifneos introduce la “Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedad”, que procura aumentar deliberadamente la ansiedad en el paciente y establecer objetivos limitados en aras de la brevedad del tratamiento (Sifneos, 1972).

A pesar de la creencia en que los tratamientos psicodinámicos carecen de apoyo empírico, existe evidencia de que los pacientes no solamente mantienen las ganancias terapéuticas, sino que además, continúan mejorando con el tiempo (Shedler, 2010). Abbass et al. (2009, 2014, 2021), Kleinstaeuber et al. (2011), Leichsenring y Klein (2014) y otros autores, con trabajos de revisión sistemática y meta-análisis de estudios experimentales como ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), demuestran que es una alternativa con probada evidencia empírica de su eficacia, uso reducido de asistencia sanitaria y mejora continuada tras terapia, en el tratamiento de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados para los estándares científicos actuales.

La presente revisión sistemática procura recoger exhaustivamente la información relativa a la utilidad clínica de la terapia psicodinámica breve en el tratamiento de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, con objeto de que autores y colaboradores de guías de práctica clínica, profesionales sanitarios y demás interesados dispongan de una revisión actualizada y en español de esta modalidad terapéutica.

Método

Siguiendo las recomendaciones de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021) se planteó la siguiente pregunta de investigación siguiendo el protocolo PICOS: en personas con diagnóstico de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (Participants) que han recibido tratamiento psicodinámico breve (Intervention), ¿Cuál fue la utilidad clínica, en términos de eficacia o mejoría de síntomas somáticos durante y tras el tratamiento y uso de asistencia sanitaria (Outcome) de los distintos tratamientos psiquiátricos (Comparisons), según estudios con diseño empírico (Study Design)?

Estrategia de Búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica siguiendo las indicaciones de Cajal et al. (2020). Crossref. Los términos de búsqueda se obtuvieron del tesoro de la Asociación Americana de Psicología para obtener resultados más precisos. Los comandos de búsqueda avanzada, sin limitación de campo, fueron: (Psychodynamic Psychotherapy AND Brief Psychotherapy) OR Psychodynamic Psychotherapy AND (Psychosomatic Disorders OR Somatoform Disorders OR Somatization Disorder) AND (Experimental Design OR Clinical Trials OR Randomized Controlled Trials). Los términos que se utilizan tratan de abarcar cualquier fecha de publicación, intentando recoger la mayor cantidad de evidencia. La búsqueda se efectuó en las bases de datos PsycArticles, PsycInfo, PsycTherapy, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MEDLINE y Web Of Science.

Los criterios de inclusión fueron: a) muestra de población con diagnóstico de trastorno psicodinámico, trastorno somatoforme o trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados; b) grupo experimental terapia psicodinámica de corta duración (STPP), definida como una intervención de 40 semanas o menos de duración, con sesiones individuales de 45-60 minutos, utilizando técnicas desarrolladas por autores como Mann, Sifneos, Malan, Davanloo, Luborsky, o específicamente descrita como terapia psicodinámica

breve; c) grupo control en lista de espera u otros tratamientos psiquiátricos; d) medida de resultados en cambios de sintomatología somática y uso de asistencia sanitaria y e) estudios con diseño experimental, ensayo clínico, ensayo clínico aleatorizado, revisión sistemática, meta-análisis.

Los criterios de exclusión fueron: a) estudios que evalúen otras modalidades terapéuticas u otras variables en grupo experimental, para centrar el foco en los efectos terapéuticos de la STPP y valorar su pertinencia a una GPC y b) escritos en idiomas distintos al español e inglés.

Se evaluó la calidad metodológica de los trabajos incluidos mediante las checklist Health Evidence (Health Evidence, 2016) para revisiones sistemáticas y CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2018) para ensayos clínicos aleatorizados, clasificándose aproximadamente en niveles de evidencia según SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019): 1++ (Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo), 1+ (Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo) y 1- (Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo).

Resultados

En la búsqueda inicial se identificaron un total de 98 artículos (42 en PsycArticles, PsycInfo, PsycTherapy, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MEDLINE y 56 en Web of Science) de los cuales 27 duplicados fueron eliminados antes del cribado. Durante el cribado 71 artículos fueron analizados, recuperando 30 publicaciones para evaluar por cumplir los criterios de inclusión. Finalmente se eligieron 13 estudios, tras excluir aquellos que consideraban otras variables terapéuticas o de interés, u estaban escritos en otros idiomas distintos al español e inglés. Estos 13 estudios se componen de comprehensive overview (1), revisión sistemática y meta-análisis (2), meta-análisis (2), revisión sistemática (6) y ensayos clínicos aleatorizados (2). La Figura 1 representa la selección completa de artículos según PRISMA.

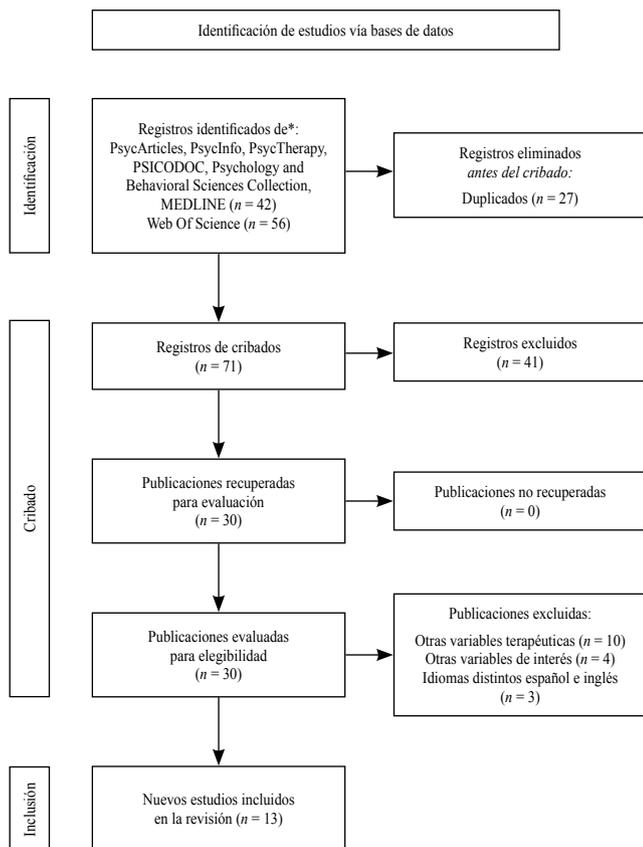
Datos Extraídos de los Artículos

Se realiza un resumen de los hallazgos clave tras la extracción de los datos de los artículos reflejada en la Tabla 1 que se muestra a continuación.

Características Generales de los Estudios

Respecto de la población objeto de estudio: Abbass et al. (2006, 2014) y Lillengren (2023) refieren muestras con pacientes adultos, Kleinstaeuber et al. (2011) pacientes con una media de 44.5 años, Abbass et al. (2020) 42.9 años y Chavooshi et al. (2016) entre los 18 y 45 años. Respecto del sexo de los pacientes: Kleinstaeuber et al. (2011) refieren una mayoría de mujeres con el 72% del tamaño muestral, también Abbass et al. (2021) con el 67,5% de mujeres así como Abbass et al. (2014) que también refieren mayoría de mujeres. Los tamaños muestrales se comprendieron entre meta-análisis con un máximo de 2094 sujetos (Abbass, 2021) y estudios con un mínimo de 20 individuos (Leichsenring et al., 2015) 2 randomized controlled trials (RCTs).

Figura 1
Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Artículos Para la Revisión Sistemática, Según Prisma.



Todos los trabajos incluidos en esta revisión valoran la eficacia de la terapia psicodinámica breve y sus variantes frente a condiciones sin tratamiento, lista de espera, contacto mínimo, tratamiento habitual, atención médica mejorada, farmacoterapia, Terapia Cognitiva-Conductual (TCC), Terapia Cognitiva de Apoyo, Terapia de Apoyo, grupo educativo y material de lectura educativo en trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, también denominados trastornos somáticos funcionales, trastornos somatoformes, trastornos de dolor somatomorfo, síntomas físicos sin explicación médica, dolor sin explicación médica y trastorno multisomatoforme por los distintos estudios.

Con estimaciones del tamaño del efecto mediante meta-análisis y comparación de puntuaciones en medidas de: calidad de vida física de la encuesta de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), somatización del cuestionario PHQ (Spitzer et al., 1999) y family practice e intensidad del dolor del NPRS (Jensen y McFarland, 1993) and test-retest stability, internal consistency and validity coefficients were computed to address 4 questions. 1.(1, entre otras. Realizadas a corto, mediano y largo plazo y en seguimientos una vez finalizado el tratamiento.

Respecto de la calidad de la evidencia, se recogen trabajos en distintos niveles según la aplicación de la checklist Health Evidence (2016): de calidad fuerte como la revisión sistemática y meta-análisis de Abbass (2021); de calidad moderada, como la revisión sistemática de Leichsenring y Klein (2014); y de calidad débil, como

la revisión sistemática de Leichsenring (2005). Según la aplicación de la checklist CASP (2018), los ensayos clínicos aleatorizados incluidos pueden considerarse estudios metodológicamente sólidos, a pesar de la falta de “ceguera” en los encargados de analizar los resultados y de no identificarse posibles fuentes de sesgo ni de analizarse el coste-efectividad de la intervención experimental en el ECA de Chavooshi et al. (2016) y de no efectuarse un proceso a doble-ciego ni de analizarse el coste-efectividad de la intervención experimental en Sattel et al. (2012). En función de lo anterior, se clasificaron aproximadamente los estudios en los distintos niveles de evidencia según SIGN (2019), reflejados en la Tabla 1.

Los distintos tipos de terapia psicodinámica breve se compusieron, entre otras, por Terapia Psicodinámica Interpersonal (PIT), Psicoterapia Intensiva Psicodinámica y Breve (ISTDP), Terapia de Conciencia y Expresión Emocional (EAET), Psicoterapia Dinámica a Corto Plazo (STDP), Terapia de Apoyo-Expresiva, Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado, el Modelo de Conciencia Afectiva, Terapia Corporal Psicodinámica y Psicoterapia Intensiva Psicodinámica y Breve a Través de Internet (ID-ISTDP). De los estudios que refieren promedio de sesiones, el mayor fue de 13.3 sesiones en Abbass (2021), seguido por Kleinstaeuber et al. (2011) y Abbass et al. (2014) con 11.

Para responder a la pregunta de investigación, se presentan los hallazgos por orden de mayor a menor calidad metodológica:

Tiempo en tratamiento STPP sobre sintomatología somática, Abbass et al. (2021). Los síntomas somáticos mejoraron significativamente y con un tamaño del efecto grande desde el pre-tratamiento hasta el seguimiento a corto ($d = -1.07$), mediano ($d = -0.92$) y largo plazo ($d = -0.90$). Además, consideran la falta de diferencias entre estas comparaciones intra y las comparaciones entre condiciones experimentales como muestra de la relativa estabilidad de los trastornos somáticos funcionales durante varios meses sin tratamiento.

Terapia Psicodinámica Interpersonal y farmacoterapia sobre síntomas somáticos, discapacidad funcional, calidad de vida y uso de asistencia sanitaria, van Dessel et al. (2014). No encontraron diferencias significativas en la mejoría de síntomas somáticos ni en la discapacidad funcional o en la calidad de vida, pero sí en la utilización de asistencia sanitaria con un tamaño del efecto de pequeño a mediano en el plazo de un año tras el tratamiento ($d = -.32$), con un uso reducido a favor de la Terapia Psicodinámica Interpersonal.

STPP, farmacoterapia, Terapia Cognitiva de Apoyo, Terapia de Apoyo, grupo educativo, tratamiento habitual y sin tratamiento sobre síntomas somáticos, Abbass et al. (2009). Encuentran que los síntomas somáticos mejoraron significativamente con un tamaño del efecto al menos moderado a corto ($d = -0.59$), mediano ($d = -0.87$) y largo plazo ($d = -0.49$) en favor de STPP, pero advierten de que deben interpretarse con precaución por la alta heterogeneidad entre estudios del meta-análisis.

STPP, lista de espera, medicación habitual y material de lectura educativo sobre síntomas físicos y utilización de asistencia sanitaria, Kleinstaeuber et al. (2011). Encuentran diferencias significativas en reducción de síntomas físicos con tamaños del efecto pequeños, tanto en la comparación al final del tratamiento ($d = 0.35$) como en el seguimiento ($d = 0.40$) y en la utilización de asistencia sanitaria ($d = 0.33$) en favor de STPP.

STPP, lista de espera, tratamiento usual y tratamiento mínimo sobre síntomas somáticos, Abbass et al. (2014). Destacan diferencias

Tabla 1
 Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en Esta Revisión Sistemática

Autor/es (año) Nivel de evidencia SIGN aproximado	Población objeto de estudio	Objetivo del estudio / intervención	Componentes del tratamiento	Resultados y conclusiones más destacables
Abbass (2021) 1++	Pacientes con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, incluyendo dolor crónico, desórdenes gastrointestinales y neurológicos funcionales. (N = 2.094).	Cuánta mejoría experimentan los pacientes dentro o pre-post del tratamiento con STPP, visión complementaria a los trabajos que comparan entre condiciones experimentales.	Promedio de 13.34 sesiones de STPP.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora síntomas somáticos significativa $p < 0.0001$ y tamaños de efecto grande en tres momentos de medida: <3 meses (-1.07 [-1.40, -0.74]), 3-6 meses (-0.92 [-1.27, -0.57]), >6 meses (-0.90 [-1.23, -0.57]). Comparables a comparaciones entre condiciones exp. • Indican que estos trastornos podrían ser estables, por lo que sin tratamiento se mejoraría poco o nada.
Sattel 2012 en van Dessel et al. (2015) 1++	Personas con al menos 3 síntomas somáticos actuales que son funcionalmente incapacitantes, y antecedentes de síntomas somáticos durante al menos 2 años, que resulten en el uso de atención médica. (N = 211).	Valorar efecto de terapias no-farmacológicas en el trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados y síntomas físicos no explicados médicamente.	<p>Tratamiento manualizado de Terapia Psicodinámica Interpersonal de 3 fases: 1. Hincapié en la construcción de una relación terapéutica subrayando la legitimidad de las quejas corporales e introducción de relajación, 2. Aclarar emociones del participante, 3. Concentrarse en cuestiones de terminación.</p> <p>12 sesiones semanales, 1ª sesión 90 minutos, otras sesiones 45 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias significativas $p = 0.02$ en el uso de asistencia sanitaria en el plazo de 1 año tras el tratamiento, con un uso reducido a favor de la terapia psicodinámica (-0.32 [-0.59, -0.05])
Abbass et al. (2009) 1+	Amplia variedad de trastornos somáticos. (N = 1870).	Examinar la eficacia de STPP en pacientes con trastornos de síntomas somáticos frente a medicación + ansiolíticos, tratamiento médico, medicación, Terapia Cognitiva de apoyo, sin tratamiento, Terapia de Apoyo, tratamiento habitual y grupo educativo	STPP en que la mayoría de los tratamientos no estaban manualizados ni evaluados en términos de adherencia para garantizar la estandarización del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora síntomas somáticos significativa $p < 0.001$ y tamaños de efecto al menos moderado en tres momentos de medida: a corto plazo <3 meses (-0.59 [-0.78, -0.40]), mediano plazo (-0.87 [-1.37, -0.38]), largo plazo > 9 meses (-0.49 [-0.77, -0.21]). Alta heterogeneidad, interpretarse con precaución.
Kleinstaeuber et al. (2011) 1+	Edad media de 44,4 años. Porcentaje de mujeres 72%. Duración media síntomas físicos 13,3 años. Mayoría de estudios obtuvieron información sobre diagnósticos comórbidos: depresión mayor, trastorno de ansiedad. (N = 1781).	Eficacia de la STPP para "Múltiples síntomas físicos sin explicación médica" en comparación a lista de espera, atención médica habitual y material de lectura psicoeducativo.	Media de 11 sesiones de terapia psicodinámica (rango: 1 a 72) y 92 días de duración (rango: 1 a 365).	<ul style="list-style-type: none"> • Tamaños del efecto pequeños pero significativos, tanto en la comparación al final del tratamiento (0.35 [0.18, 0.51]) como en el seguimiento ≤ 1 año (0.40 [0.10, 0.70]) y en la utilización de asistencia sanitaria, en favor de la intervención psicodinámica (0.33 [0.04, 0.61]).
Abbass et al. (2014) 1+	Adultos, mayoría mujeres, trastorno multisomatoforme, síndrome del intestino irritable, dolor crónico, síndrome uretral, dolor pélvico, dispepsia crónica y dermatitis atópica. Comorbilidad de trastornos de personalidad, resistentes al tratamiento y graves. (N = 1381).	Comparar la eficacia de STPP con controles en lista de espera, tratamiento habitual, y contacto mínimo.	<p>Media de 11 sesiones de terapia psicodinámica (rango: 4 a 40). Empleo de factores comunes de las terapias dinámicas breves, como: enfoque en las operaciones y emociones inconscientes y su vínculo con los síntomas o problemas de conducta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En todos los síntomas somáticos, tamaños del efecto del tratamiento mayores en el seguimiento a largo plazo que a corto plazo, lo que sugiere ganancias acumuladas a lo largo del tiempo. Diferencia significativa $p < 0.05$ y de tamaño grande a mediano plazo (-1.39 [-2.75, -0.02]), sin embargo, no significativas a corto ni a largo plazo. • Revisan un estudio en el que indican que esta forma de terapia reduce severamente los costes del servicio en comparación con el tratamiento usual en una muestra de trastornos mixtos.

Tabla 1
 Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en Esta Revisión Sistemática (Continuación)

Autor/es (año)	Nivel de evidencia SIGN aproximado	Población objeto de estudio	Objetivo del estudio / intervención	Componentes del tratamiento	Resultados y conclusiones más destacables
Abbass et al. (2006)	1+	Pacientes ambulatorios adultos con trastornos mentales comunes (es decir, pacientes mayores de 17 años) entre ellos, trastornos de síntomas somáticos. Trastornos psicóticos fueron excluidos.	Comparar la eficacia de STPP con controles en lista de espera, tratamiento habitual, y contacto mínimo.	STPP sin control sobre tipo (procesos emocionales vs intelectuales).	<ul style="list-style-type: none"> Mejora síntomas somáticos significativa $p < 0.001$ y tamaños de efecto grande en dos momentos de medida: a corto plazo < 3 meses (-0.86 [-1.69, -0.02]) y a mediano plazo (-0.87 [-1.37, -0.38]). Efectos del tratamiento aumentaron durante el seguimiento a largo plazo. Menos costosa que incluso un año de algunos medicamentos psicotrópicos.
Lilliengren (2023)	1-	Adultos con trastornos del estado de ánimo, psicósomáticos, de ansiedad o de personalidad. (N = 91.4).	Revisar la eficacia de la terapia psicodinámica con todos los estudios de ensayos clínicos aleatorizados disponibles hasta la fecha.	Terapia psicodinámica breve mayormente manualizada y ambulatoria, con una media entre 12 a 40 sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> Desde 1967, el número de estudios publicados ha aumentado con el tiempo, con el 41,3% publicados en los últimos 10 años. En comparaciones paramétricas, no se encuentran diferencias significativas entre la terapia psicodinámica de corta y de larga duración. Si bien los hallazgos meta-analíticos sugieren que las terapias psicodinámicas son efectivas para muchos pacientes con trastornos de síntomas somáticos, se necesitan estudios más amplios y de mayor calidad, así como estudios que examinen con más detalle los mecanismos del tratamiento.
Abbass et al. (2020)	1-	Pacientes con edad media de 42,9 años, 67,5% mujeres. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados presentes durante muchos meses o años. Trastornos gastrointestinales funcionales, dolor crónico, fibromialgia, cuadros mixtos de síntomas somáticos, bruxismo y síndrome uretral con dolor pélvico. (N = 2004).	Comparar la eficacia de STPP frente a tratamiento mínimo, tratamiento habitual, lista de espera o Terapia Cognitiva-Conductual en síntomas somáticos.	Mayormente STPP específica y manualizada: Terapia Psicodinámica Interpersonal (PIT), ISTDP, Terapia de Conciencia y Expresión Emocional (EAET), Psicoterapia Dinámica a Corto Plazo (STDP), Terapia de Apoyo-Expresiva, Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado, el Modelo de Conciencia Afectiva, una combinación de STDP de Malan más ISTDP, y una combinación de EAET más ISTDP.	<ul style="list-style-type: none"> STPP superó a los controles de tratamiento mínimo/tratamiento habitual/lista de espera en los síntomas somáticos, con efectos significativos en los tres periodos $p < 0.01$, grande de pre a < 3 meses (-0.84 [-1.35, -0.33]) y de pre a > 6 meses (-1.00 [-1.78, -0.22]). Mostró resultados de ser al menos tan eficaz como los tratamientos psicológicos con más evidencia, TCC, para reducir los síntomas somáticos como el dolor. Mejoras sostenidas o crecientes durante el seguimiento Concluyen que debería incluirse en las guías de práctica clínica para trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.
Leichsenring et al. (2015)	1-	Pacientes con trastorno de síntomas somáticos y predominancia de dolor crónico (N = 20).	Actualización con los estándares científicos actuales de la evidencia de la terapia psicodinámica (TPD) en trastornos mentales específicos. STPP frente a tratamiento habitual/sin terapia y atención médica mejorada.	33 sesiones de Terapia Corporal Psicodinámica: (a) leer información afectiva (b) intervenciones adaptadas a cómo pacientes reconocen los afectos (conciencia) y se dejan conmover por los afectos (tolerancia) (c) exploración de maneras expresivas y patrones expresivos y su vinculación a otras personas y a las representaciones de otras personas significativas (e) intervenciones corporales que hacen que los afectos sean accesibles a la conciencia.	<ul style="list-style-type: none"> Concluyen que la terapia psicodinámica puede considerarse eficaz en el trastorno de dolor somatomorfo (trastorno de síntomas somáticos con dolor predominante en DSM-5).

Tabla 1
 Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en Esta Revisión Sistemática (Continuación)

Autor/es (año) Nivel de evidencia SIGN aproximado	Población objeto de estudio	Objetivo del estudio / intervención	Componentes del tratamiento	Resultados y conclusiones más destacables
Leichsenring y Klein (2014) 1-	Pacientes con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional crónica, síntomas gastrointestinales, dolor crónico.	Revisar la evidencia empírica de la terapia psicodinámica para trastornos mentales específicos en adultos. STPP frente a paroxetina, tratamiento médico, escucha de apoyo, tratamiento habitual/sin terapia y atención médica mejorada.	Terapia psicodinámica breve de autores como Hobson, Shapiro, Firth, Luborsky, Book, Monsen and Monsen de entre 7 y 33 sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> • STPP ha mostrado mejorar síntomas gastrointestinales, mecanismos de defensa psicológica y alexitimia. • Respaldan recomendación de terapia psicodinámica para el tratamiento de trastornos somatoformes.
Leichsenring (2005) 1-	Pacientes con trastornos específicos, entre ellos, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.	Revisión de datos empíricos de la efectividad de terapias psicodinámicas y psicoanalíticas. STPP frente a tratamiento habitual/sin terapia.	Terapia psicodinámica de duración entre breve y moderada de autores como Horowitz y Kaltreider, Shapiro y Firth, Mann, Rose y DelMaestro, Malan de entre 8 y 46 sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Efectiva en pacientes con síndrome de intestino irritable que no respondieron a tratamientos médicos previos, logrando una mejoría en dos tercios de los casos • Terapia psicodinámica es tan eficaz como la paroxetina en el tratamiento de síndrome de intestino irritable. • Terapia psicodinámica, pero no la paroxetina, en tratamiento de síndrome de intestino irritable se asoció con una reducción significativa de los costos de atención médica en comparación con el tratamiento habitual. • En el tratamiento de la dispepsia funcional crónica, la terapia psicodinámica demostró ser superior a la terapia de apoyo, y los resultados se mantuvieron estables durante un año. • Terapia psicoanalítica es (1) más eficaz que ningún tratamiento o el tratamiento habitual, y (2) más eficaz que formas más breves de terapia psicodinámica.
Chavooshi et al. (2016) 1-	Pacientes con edades comprendidas entre 18 y 45 años, al menos un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, con una duración de seis meses, excluyendo con abuso agudo de drogas/alcohol, trastornos psicóticos o bipolares, anorexia nerviosa, tendencias suicidas agudas y embarazo. (N = 100).	Investigar la eficacia de un ISTDP distribuido por Internet (ID-ISTDP) para personas con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados que usan Skype™ en comparación con el tratamiento habitual (TAU).	Psicoterapia Intensiva Psicodinámica y Breve a Través de Internet (ID-ISTDP), 16 sesiones de terapia semanales de una hora de duración.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora significativa con tamaño del efecto grande $d=0.89$ en síntomas de dolor $p<0,001$ en el grupo de intervención, mientras que no se observó una reducción significativa en el grupo tratamiento habitual. • Además, se observaron disminuciones significativas con tamaños de efecto grande $d=0.79$ en depresión, ansiedad, estrés, así como un mayor aumento del funcionamiento de la regulación emocional, atención plena, calidad de vida en el grupo de intervención seis meses después del tratamiento, en comparación con el grupo tratamiento habitual. • Concluyen que la psicoterapia dinámica intensiva a corto plazo administrada por Internet en comparación con el tratamiento habitual podría ser un tratamiento eficaz para reducir la intensidad del dolor.
Sattel et al. (2012) 1-	Pacientes con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados por al menos dos años. (N = 211).	Comprobar si la Terapia Interpersonal Psicodinámica (PIT) mejora eficazmente la calidad de vida física en pacientes que han tenido trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados durante al menos 2 años frente a atención médica mejorada.	12 sesiones semanales de Terapia Psicodinámica Interpersonal (PIT) manualizada, una variante de la terapia psicodinámica con especial énfasis en los procesos interpersonales.	<ul style="list-style-type: none"> • Se observó una mejoría significativa en la somatización, pero no en la depresión, la ansiedad por la salud o la utilización de asistencia sanitaria • Este ensayo documenta la eficacia a largo plazo de la terapia psicodinámica breve para mejorar la calidad de vida física en pacientes con múltiples síntomas médicamente inexplicables difíciles de tratar.

significativas en la mejora de síntomas somáticos a mediano plazo con tamaño de efecto grande ($d = -1.39$) en favor de STPP, además, convergiendo con los resultados de la revisión original del 2006 que se muestra posteriormente, para cada uno de los síntomas somáticos, los tamaños del efecto del tratamiento fueron mayores en el seguimiento a largo plazo que en el seguimiento a corto plazo, lo que sugiere ganancias acumuladas a lo largo del tiempo. Muchos de los estudios incluyeron muestras de pacientes comunes en poblaciones clínicas y que no alcanzan la remisión de los síntomas con medicamentos u otro tipo de terapias, resultando costosos para el sistema sanitario, por lo que estas ganancias acumuladas a lo largo del tiempo podrían reducir potencialmente dichos costes. Además, revisan un estudio en el que se indica que esta forma de terapia reduce severamente los costes del servicio en comparación con el tratamiento usual en una muestra de trastornos mixtos de alta utilización de los mismos.

STPP, lista de espera, tratamiento usual y tratamiento mínimo sobre síntomas somáticos, [Abbass et al. \(2006\)](#). Diferencias significativas en la mejora de síntomas somáticos a favor de STPP que aumentaron durante el seguimiento a largo plazo y sugieren ganancias acumuladas a lo largo del tiempo. Sin embargo, la falta de control sobre el tipo de STPP aplicada (más enfocada en procesos emocionales vs procesos intelectuales) lo consideran un impedimento para la interpretación y utilización de estos datos. También informan de que estas terapias son relativamente breves y mucho menos costosas que los modelos de psicoterapia a largo plazo e incluso un año de algunos medicamentos psicotrópicos.

[Lilliengren \(2023\)](#) actualiza una revisión de la evidencia disponible sobre la eficacia de la terapia psicodinámica de forma periódica en su perfil de ResearchGate. Informa de no encontrar diferencias significativas en estudios paramétricos entre la terapia psicodinámica de larga duración y de corta duración, y que, si bien los hallazgos meta-analíticos sugieren que las terapias psicodinámicas son efectivas para muchos pacientes con trastornos de síntomas somáticos, se necesitan estudios más amplios y de mayor calidad, así como estudios que examinen con más detalle los mecanismos del tratamiento.

STPP, tratamiento mínimo, tratamiento habitual, lista de espera y Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) sobre síntomas somáticos, [Abbass et al. \(2020\)](#). Diferencias significativas en mejora de síntomas somáticos de tamaño moderado a mediano plazo y grande a corto y largo plazo: pre a <3 meses ($d = -0.84$), pre a 3–6 meses ($d = -0.45$) y pre a >6 meses ($d = -1.00$) en favor de STPP frente a tratamiento mínimo/tratamiento habitual/lista de espera. No se encontraron diferencias significativas en reducción de síntomas somáticos como el dolor, mostrándose al menos tan eficaz a TCC en 5 ECA. Postulan que las terapias psicodinámicas pueden crear cambios adaptativos en el funcionamiento relacional y de la personalidad que permiten que el crecimiento continúe después del tratamiento para explicar las mejoras sostenidas o crecientes durante el seguimiento, concluyendo que la STPP debería incluirse en las GPC para trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Terapia psicodinámica considerada eficaz en el tratamiento del trastorno de dolor somatomorfo, recogiendo evidencia de revisiones anteriores, [Leichsenring et al. \(2015\)](#) 2 randomized controlled trials (RCTs).

STPP sobre síntomas gastrointestinales, mecanismos de defensa psicológica, alexitimia, síntomas físicos, síntomas psiquiátricos y

ajuste social, [Leichsenring y Klein \(2014\)](#). Diferencias significativas en mejora de síntomas gastrointestinales, mecanismos de defensa psicológica y alexitimia; y en síntomas físicos, psiquiátricos y de ajuste social, estas mejoras se prolongan al largo plazo, lo que respalda su recomendación en el tratamiento de trastornos somatoformes.

STPP, tratamiento habitual, farmacoterapia (paroxetina) y Terapia de Apoyo sobre síndrome del intestino irritable, síndrome del intestino irritable grave, costes sanitarios, dispepsia funcional crónica, medidas de dolor, síntomas psiquiátricos, problemas interpersonales y conciencia afectiva, [Leichsenring \(2005\)](#). Diferencias significativas en síntomas del síndrome del intestino irritable, con eficacia en dos tercios de los pacientes, a favor de la STPP frente al tratamiento habitual ineficaz durante los seis meses anteriores. Significación estadística en síntomas del síndrome del intestino irritable grave, STPP más eficaz que el tratamiento habitual y tan eficaz como la farmacoterapia (paroxetina). Costes sanitarios reducidos significativamente durante el seguimiento en STPP pero no en farmacoterapia (paroxetina) en comparación con el tratamiento habitual. Síntomas calificados por gastroenterólogos y pacientes en tratamiento de dispepsia funcional crónica intratable reducidos significativamente y prolongados al seguimiento de doce meses en STPP a diferencia de terapia de apoyo y tratamientos farmacológicos convencionales. Diferencias significativas en medidas de dolor, síntomas psiquiátricos, problemas interpersonales y conciencia afectiva en pacientes con dolor crónico, estables o mejoradas en el seguimiento a doce meses, a favor de STPP frente al grupo de control. Este autor concluye que los estudios controlados de eficacia cuasiexperimental aportaron pruebas de que la terapia psicoanalítica es más eficaz que ningún tratamiento o el tratamiento habitual.

ID-ISTPD y tratamiento habitual (ISTPD) sobre síntomas de dolor, depresión, ansiedad, estrés percibido, regulación emocional, atención plena y calidad de vida, [Chavooshi et al. \(2016\)](#). Significación estadística en síntomas de dolor con tamaño de efecto grande en el seguimiento ($d = 0.79$), depresión con tamaño del efecto mediano en post-tratamiento ($d = 0.64$) y con tamaño del efecto grande en el seguimiento ($d = 0.83$), ansiedad con tamaño del efecto grande en el seguimiento ($d = 0.89$), estrés percibido con un tamaño del efecto mediano en post-tratamiento ($d = 0.77$) y con tamaño del efecto mediano en el seguimiento ($d = 0.74$) y mayor aumento del funcionamiento de la regulación emocional, atención plena y calidad de vida en el seguimiento, en favor de ID-ISTPD. Este estudio sugiere que la psicoterapia dinámica intensiva a corto plazo administrada por Internet en comparación con el tratamiento habitual podría ser un tratamiento eficaz para reducir la intensidad del dolor.

Terapia psicodinámica breve y atención médica mejorada sobre calidad de vida física, somatización, depresión, ansiedad por la salud y utilización de asistencia sanitaria, [Sattel et al. \(2012\)](#). Diferencias significativas en mejora de calidad de vida física con tamaño del efecto pequeño en el seguimiento ($d = 0.42$) en favor de la terapia psicodinámica breve, junto con mejoría significativa en la somatización, pero no en la depresión, la ansiedad por la salud o la utilización de asistencia sanitaria. Este ensayo documenta la eficacia a largo plazo de la terapia psicodinámica breve para mejorar la calidad de vida física en pacientes con síntomas múltiples, difíciles de tratar y médicamente inexplicables.

Discusión

Sobre su eficacia, en los análisis pre-post o intra sujetos, los pacientes mejoraron de sus síntomas somáticos al recibir terapia psicodinámica breve, con tamaños del efecto grande a corto, mediano y largo plazo. En cambio, en comparación a otras terapias o inter sujetos, hay resultados que favorecen a la terapia psicodinámica breve y otros en que no se distinguen sus efectos de los de otras condiciones de control.

Entre los que favorecen la STPP, se encuentran: a) reducción en el uso de asistencia sanitaria: 1) frente a farmacoterapia en el plazo de un año tras el tratamiento con un tamaño del efecto de pequeño a mediano y 2) frente a lista de espera, medicación habitual y material de lectura educativo tanto en la comparación al final del tratamiento como en el seguimiento con tamaños del efecto pequeños; b) reducción en los costes del servicio: 1) frente a tratamiento usual en una muestra de trastornos mixtos de alta utilización de los mismos con diferencias severas, 2) frente a modelos de psicoterapia a largo plazo e incluso un año de algunos medicamentos psicotrópicos son relativamente breves y mucho menos costosas y 3) a diferencia de paroxetina frente a tratamiento habitual en el tratamiento de síndrome del intestino irritable, durante el seguimiento a largo plazo; c) mejora de síntomas somáticos: 1) intra-sujetos a corto, mediano y largo plazo con tamaño del efecto grande, 2) frente a medicación, terapia cognitiva de apoyo, terapia de apoyo, grupo educativo, tratamiento habitual y sin tratamiento, a corto, mediano y largo plazo con un tamaño del efecto al menos moderado, 3) frente a lista de espera, medicación habitual y material de lectura educativo, tanto en la comparación al final del tratamiento como en el seguimiento con tamaños del efecto pequeños, 4) frente a lista de espera, tratamiento usual y tratamiento mínimo, a mediano plazo, con tamaño de efecto grande, además, los tamaños del efecto del tratamiento fueron mayores en el seguimiento a largo plazo que en el seguimiento a corto plazo, 5) frente a lista de espera, tratamiento usual y tratamiento mínimo, aumentaron durante el seguimiento a largo plazo, 6) frente a tratamiento mínimo, tratamiento habitual y lista de espera, a corto, mediano y largo plazo, y de tamaño grande a corto y largo plazo, 7) frente a no tratamiento o tratamiento habitual en tratamiento de dolor crónico, con estabilidad o incluso mejora en el seguimiento a doce meses, 8) frente a la atención médica mejorada, a los nueve meses de seguimiento, 9) frente a tratamientos médicos previos para síndrome de intestino irritable, logrando una mejoría en dos tercios de casos que previamente fueron infructuosos, 10) frente a terapia de apoyo en el tratamiento de dispepsia funcional crónica intratable, con resultados estables durante un año o incluso con aumento del tamaño del efecto, 11) frente a ausencia de tratamiento en tratamiento de dolor crónico, 12) frente al grupo control en tratamiento de dolor crónico, que se mantuvieron estables en el seguimiento de doce meses, o incluso mejoraron, 13) suministrada por internet, frente a tratamiento habitual, al finalizar el tratamiento y en el seguimiento a los seis meses, con tamaños del efecto grandes y 14) frente a atención médica mejorada, en el seguimiento, con un tamaño del efecto de pequeño a medio y d) mejora de otras variables psicológicas: 1) frente a no tratamiento o tratamiento habitual en conciencia afectiva, 2) frente a terapia de apoyo en mecanismos de defensa psicológica y alexitimia, 3) frente a ausencia de tratamiento en ajuste social y 4) frente a tratamiento habitual en regulación emocional y atención plena.

Entre los que no diferencian la STPP de las alternativas, se encuentran: 1) frente a farmacoterapia en mejoría de síntomas somáticos, discapacidad funcional o calidad de vida, 2) frente a terapia cognitiva-conductual en mejora de síntomas somáticos, 3) frente a atención médica mejorada en cuestionarios de salud, depresión, ansiedad por la salud o utilización de asistencia sanitaria al final del tratamiento y 4) frente a paroxetina en tratamiento de síndrome de intestino irritable grave.

Los investigadores encuentran que la terapia psicodinámica breve reduce uso y costes de asistencia sanitaria, sugieren que son efectivas para muchos pacientes con trastornos de síntomas somáticos, acumulan ganancias en el tamaño del efecto a lo largo del tiempo, y pueden crear cambios adaptativos en el funcionamiento relacional y de la personalidad que lo expliquen.

Sin embargo, pudo subestimarse la eficacia de la STPP por dudas respecto de la calidad de la psicoterapia, a continuación se discuten el impacto de esta y otras limitaciones.

La validez de los resultados se ve afectada por: a) falta de garantía de experiencia del terapeuta en muchos estudios; b) falta de estandarización del tratamiento: 1) amplia variabilidad de variantes de STPP, en la mayoría de los estudios no se informó el grado en el que los procesos emocionales frente a los procesos intelectuales dominaron las sesiones de tratamiento, por lo tanto existe la posibilidad de que los tratamientos proporcionados fueran más diferentes que similares, 2) calidad de la STPP varió entre estudios, lo que aumenta la probabilidad de que la STPP se haya proporcionado de manera subóptima, 3) la mayoría de los tratamientos no estaban manualizados ni se evaluó la adherencia, 4) no estaba claro en algunos estudios si el modelo de STPP era un método STPP genuino versus una serie de sesiones de terapia psicoanalítica sin una base metodológica de terapia breve específica, 5) clasificaciones mejorables de las variantes de STPP por basarse en teóricos o breves descripciones de las terapias y 6) límites no definitivos de STPP frente a otras terapias; c) sesgo de selección por falta de homogeneidad entre condiciones control como diferente cantidad de tiempo dedicado a los pacientes; d) baja potencia estadística por tamaños de muestra pequeños; e) amplia variabilidad de etiquetas diagnósticas o etiqueta diagnóstica con alta heterogeneidad; f) alta probabilidad de sesgo de notificación, en el que los eventos positivos (dejar de fumar) o negativos (cirugía de vagotomía) llamativos se notificarían con mayor probabilidad solo en algunos estudios y g) pérdida de significación de algunas medidas en el seguimiento a largo plazo.

Además, la generalización estos resultados a la práctica de la STPP para pacientes individuales por parte del clínico se ve limitada por: a) sesgo en selección de centros por falta de aleatorización e influencia de la voluntad de cooperar; b) falta de criterios de diagnóstico específicos en algunos estudios y el uso de muestras mixtas; c) considerar un amplio rango de variables resultado y d) probables sesgos de publicación, sin suficientes gráficos de embudo para evaluarlos.

Aunque la STPP parecía funcionar al menos tan bien como los controles con la mayor evidencia disponible, no había un número adecuado de comparadores similares para realizar un metaanálisis, lo que deja en entredicho la comparación de la STPP con tratamientos como la TCC. A pesar del hallazgo de grandes beneficios con el STPP en el resultado primario de síntomas somáticos a corto y largo plazo, los efectos del tratamiento en algunos de los resultados

secundarios no siempre fueron estadísticamente significativos, lo que plantea interrogantes acerca de cuán generalizados son los beneficios del STPP. El no haber incluido en esta revisión estudios en otros idiomas distintos al inglés y español podría suponer no informar de toda la evidencia disponible. Además, hubo relativamente pocos estudios en algunos de los análisis, especialmente a medio plazo (de 3 a 9 meses después del tratamiento), lo que sugiere la necesidad de investigaciones adicionales. El problema de los estudios con muestras pequeñas, sin embargo, no es específico de los estudios de STPP, ya que muchos estudios de TCC tampoco tienen suficiente potencia. En el caso de las comparaciones de la STPP con las terapias con mayor evidencia, se observó que los tamaños del efecto entre grupos eran pequeños. Por lo tanto, es una cuestión abierta de investigación si estudios con mayor potencia encontrarían diferencias significativas. Además, hay que abordar la cuestión de si estas diferencias (probablemente pequeñas) son clínicamente relevantes. Respecto de la heterogeneidad, estos estudios reflejan la complejidad de pacientes que presentan múltiples problemas, incluidos los trastornos de síntomas somáticos y de personalidad. Por lo tanto, este cuerpo de estudios puede decirnos más sobre la utilidad en el mundo real de la STPP que una muestra altamente seleccionada de pacientes que a menudo no existen en los consultorios de psicoterapia públicos y privados.

Para futuros trabajos, sugieren: a) mejorar la calidad de los estudios con mayor tamaño muestral, uso de manuales de tratamiento específicos, evaluación de la adherencia grabada en vídeo, terapeutas experimentados, extender la evaluación del tratamiento con más seguimientos, considerar recomendaciones de estudios de alta calidad actuales, reducir la heterogeneidad entre estudios y mejorar la efectividad de los tratamientos aumentando la especificidad como focalizarse en categorías diagnósticas concretas; b) análisis que comparen STPP con otras terapias basadas en la evidencia, respecto de variables mecanismos de tratamiento (intra STPP e inter STPP/otras terapias y metaanálisis de estas comparaciones para hacer recomendaciones específicas de procesos efectivos) como procesamiento emocional y eventos en la sesión, diferencias individuales como género y edad, rango más amplio de variables resultado concordantes con los objetivos de la terapia psicodinámica como mejora del funcionamiento en relaciones, ahorro potencial para la salud pública, coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad; c) plantearse la cuestión de si la eficacia puede mejorarse con un mayor foco en los mecanismos etiológicos que mantienen la psicopatología del trastorno; d) futuras revisiones o actualizaciones del actual trabajo incluyan artículos en más idiomas, como el francés; e) futuros conceptos de psicoterapia no focalizados en mejorar la psicoterapia exclusivamente, teniendo en cuenta que la mayoría de profesionales en salud mental o bien no están interesados en tratar a pacientes con estas dolencias que se consideran difíciles de tratar o bien no tienen el entrenamiento necesario para tratar una dolencia que requiere de un enfoque distinto de psicoterapia del que se necesita para ansiedad o depresión y f) considerar que los actuales resultados de meta-análisis están sesgados en la medida en que las muestras de los estudios son pacientes dispuestos a recibir terapia, por tanto debería focalizarse en llegar a pacientes que no lo están.

Concluyen que la terapia psicodinámica de corta duración puede considerarse eficaz en el tratamiento de trastorno de síntomas somáticos con dolor predominante y que debería incluirse en las

guías de práctica clínica para trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Para finalizar, se muestra el tratamiento resumido en [Sattel et al. \(2012\)](#), una versión manualizada de PIT especialmente adaptada a las necesidades de pacientes con síntomas somáticos, como punto de partida de una intervención implementable en el Sistema Nacional de Salud para el manejo de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Terapia Psicodinámica Interpersonal (PIT) individual de 3 meses de duración consistente en 12 sesiones semanales adaptadas específicamente a pacientes con quejas somáticas, comienza con una primera sesión de 90 minutos, seguidas del resto de sesiones de 45 minutos. Se desarrolla en tres fases: a) establecimiento de la alianza terapéutica subrayando la legitimidad de las quejas corporales, evaluándolas, aclarando experiencias negativas previas con el sistema de salud al respecto e introduciendo la idea de la posibilidad de vinculación entre estados emocionales y quejas corporales. Entrenamiento en relajación corporal, preferiblemente durante las tres fases y psicoeducación sobre la aparición de síntomas de una manera apropiada y no catastrófica; b) al menos seis sesiones centradas en: 1) aclarar emociones relacionadas con dolencias corporales en el contexto de relaciones reales y 2) establecer asociaciones entre la experiencia de malestar corporal grave y las relaciones anteriores con objeto de mejorar la regulación de la autoexperiencia corporal y los síntomas por medio de un aumento en la identificación de estos patrones disfuncionales y c) centrada en cuestiones de terminación, como hacer balance y planificar medidas terapéuticas psicológicas, sociales o farmacológicas adicionales para síntomas psicológicos bien definidos o síntomas corporales sin explicación médica.

Evaluaciones realizadas con: encuesta de salud SF-36 ([Ware y Sherbourne, 1992](#)) y somatización del cuestionario PHQ ([Spitzer et al., 1999](#)) 41 family practice ([Tabla 2](#)).

Tabla 2
Propuesta Base de Intervención PIT Específicamente Adaptada a las Necesidades de Pacientes con Quejas Somáticas

Sesión	Objetivos	Intervenciones
Sesión Evaluación Pre	Establecer línea base de síntomas somáticos	Aplicación de encuesta de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) y somatización del cuestionario PHQ (Spitzer et al., 1999).
Sesiones 1-3	Panorama de las quejas y de sus síntomas y experiencias Psicoeducación sobre emergencia de síntomas	
Sesiones 4-9	Aclaración de episodios relacionales con las quejas Diferenciación de afectos Vínculo con material biográfico	
Sesiones 10-12	Terminación, balance	
Sesión Evaluación Post	Valorar resultados tratamiento	Aplicación de encuesta de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) y somatización del cuestionario PHQ (Spitzer et al., 1999).

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Abbass, A. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., y Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4, CD004687. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub3>
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., y Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Abbass, A., Kisely, S., y Kroenke, K. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265-274. <https://doi.org/10.1159/000228247>
- Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Lumley, M. A., Schubiner, H., Allinson, J., Bernier, D., De Meulemeester, C., Kroenke, K., y Kisely, S. (2020). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 363-370. <https://doi.org/10.1159/000507738>
- Álvarez, M., Atienza, G., Avila, M. J., González, A., Guitián, D., y De Las Heras, E. (2023). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto* (2.ª ed.). GuíaSalud. https://doi.org/10.46995/gpc_534
- Cajal, B., Jiménez, R., Gervilla, E., y Montaña, J. J. (2020). Doing a systematic review in health sciences. *Clinica y Salud*, 31(2), 77-83. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a15>
- Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., y Dolatshahi, B. (2016). A randomized double-blind controlled trial comparing davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: A 6-month pilot study. *Psychosomatics*, 57(3), 292-300.
- Christian, C., Safran, J. D., y Muran, J. C. (2012). The corrective emotional experience: A relational perspective and critique. En L. G. Castonguay, y C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. (pp. 51-67). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13747-000>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018). *CASP Randomised Controlled Trial Checklist*. <https://casp-uk.net/checklists/casp-rct-randomised-controlled-trial-checklist.pdf>
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of habib davanloo, M.D.* Wiley.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed).
- Fonagy, P. (2014). On individual psychotherapy and the science of psychodynamics by David Malan. *The British Journal of Psychiatry*, 204(4), 282-282. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.130500>
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137-150. <https://doi.org/10.1002/wps.20235>
- Health Evidence. (2016). *Quality appraisal tool & dictionary*. https://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/QA_Tool&Dictionary_10Nov16.pdf
- Jensen, M. P., y McFarland, C. A. (1993). Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain*, 55(2), 195-203. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90148-I](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90148-I)
- Kleinstaubner, M., Witthoeft, M., y Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 146-160. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001>
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868. <https://doi.org/10.1516/rfee-lkpn-b7tf-kpdu>
- Leichsenring, F., y Klein, S. (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(1), 4-32. <https://doi.org/10.1080/02668734.2013.865428>
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., y Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy—An update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3). <https://doi.org/10.1159/000376584>
- Lilliengren, P. (2023). A comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(2), 117-140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2197617>
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York (Basic Books). 1984. <https://opus4.kobv.de/opus4-Fronm/frontdoor/index/index/docId/28263>
- Malan, D., y Parker, L. (1995). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. (2 ed.). CRC Press.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Medrano, L., Moriana, J. A., Buiza Aguado, C., Jiménez Cabré, G., y González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: Una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Sattel, H., Lahmann, C., Guendel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., Ohmann, C., Ronel, J., Sack, M., Sauer, N., Schneider, G., y Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 60-67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093526>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019). *A guideline developer's handbook*. (SIGN publication no. 50). SIGN. <http://www.sign.ac.uk>

- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., y Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstaeuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E., y van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Artículo

Entendiendo el Sentido de la Vida Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso

Josep Pena-Garijo 

Hospital Universitari Doctor Peset, Valencia (Spain)

INFORMACIÓN

Recibido: 04-06-2024
Aceptado: 15-03-2025

Palabras clave:

Terapia de Aceptación y Compromiso
Sentido de la vida
Flexibilidad psicológica
Psicoterapia
Valores

RESUMEN

A pesar de la escasa relevancia que se le ha dado al término en la literatura científica especializada, el “Sentido de la Vida” emerge como un tema central en la Terapia de Aceptación y Compromiso. El propósito del presente trabajo es ofrecer una visión general de cómo esta terapia entiende y trabaja el Sentido de la Vida, partiendo de su conceptualización general como terapia contextual, resumiendo sus principios básicos de actuación y enlazando la técnica con los resultados terapéuticos en términos de flexibilidad psicológica que se convierte en el foco central de la terapia como condición para alcanzar una vida valiosa. La finalidad de la terapia no es tanto la eliminación de los síntomas, sino la consecución de una vida con significado, aceptando el dolor que ineludiblemente la acompaña, a partir de la clarificación de los valores personales y el compromiso con las acciones alineadas con ellos. La Terapia de Aceptación y Compromiso ha demostrado su eficacia en numerosos problemas de salud mental. La investigación sobre los procesos implicados revela que esta terapia mejora los resultados al aumentar la flexibilidad psicológica.

Understanding the Meaning of Life From Acceptance and Commitment Therapy

ABSTRACT

Despite the limited relevance of the term in the scientific literature, “Meaning of Life” emerges as a central theme in Acceptance and Commitment Therapy. The purpose of this paper is to provide an overview of how this therapy understands and works with meaning of life, starting with its general conceptualisation as a contextual therapy, summarising its basic principles of action, and linking the technique to therapeutic outcomes in terms of psychological flexibility, which becomes the central focus of therapy as a condition for achieving a valued life. The aim of the therapy is not so much the removal of symptoms but the achievement of a meaningful life, accepting the pain that inevitably accompanies it, based on the clarification of personal values and the commitment to actions in accordance with them. Acceptance and Commitment Therapy has been shown to be effective for a wide range of mental health problems. Research on the processes involved shows that this therapy improves outcomes by increasing psychological flexibility.

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy
Meaning of life
Psychological flexibility
Psychotherapy
Values

Introducción

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT de sus siglas en inglés, *Acceptance and Commitment Therapy*) es un modelo de psicoterapia que se enmarca dentro de las llamadas Terapias de Tercera Generación, que nacieron entre los años 80 y 90 en los Estados Unidos y se alinean con los enfoques de terapia que tienen como finalidad la construcción de una vida plena y con sentido para la persona, aceptando el dolor que inevitablemente viene con ella (Hayes et al., 2015; Wilson y Luciano, 2002).

La ACT se caracteriza porque, en lugar de centrarse en la modificación del contenido de los pensamientos, como lo hacen las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) tradicionales, pone el foco en el contexto y en la función que los eventos psicológicos privados (pensamientos, emociones, etc.) tienen para cada persona dentro de ese contexto actual e histórico. Por esta razón, el término “Terapias Contextuales” va ganando cada vez más terreno frente al de Terapias de 3ª Generación (Pérez-Álvarez, 2014).

La ACT se presenta como una alternativa a las psicoterapias tradicionales, es un modelo de intervención avalado científicamente y se sirve de distintas técnicas como, por ejemplo, las metáforas, las paradojas, los ejercicios experienciales, el trabajo con los valores personales o el entrenamiento en *mindfulness* (Hayes et al., 2015; Stoddard y Afari, 2014; Wilson y Luciano, 2002).

A pesar de la escasa relevancia que se le ha dado al término en la literatura científica especializada, el Sentido de la Vida emerge como un tema esencial en la ACT (Rahal y Gon, 2019). La finalidad de la terapia no es tanto la eliminación de los síntomas, sino la consecución de una vida con significado (una vida valiosa), aceptando el dolor que ineludiblemente la acompaña (Hayes et al., 2015; Wilson y Luciano, 2002). De este modo, la ACT se focaliza en identificar los valores esenciales de la persona y en fomentar el compromiso con acciones alineadas con ellos (García-Haro, 2022; Hayes et al., 2015).

El propósito del presente artículo es ofrecer una visión general de cómo la ACT entiende y trabaja el Sentido de la Vida, partiendo de su conceptualización general como terapia contextual,

resumiendo sus principios básicos de actuación y enlazando la técnica con los resultados terapéuticos en términos de flexibilidad psicológica (constructo central del proceso) como condición para alcanzar una vida valiosa.

Conceptos Básicos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La ACT se define como una forma de psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva (Hayes, 2013). Sus fundamentos pueden resumirse como sigue:

- Se basa en la Teoría de los Marcos Relacionales (del inglés RFT: Relational Frame Theory), la teoría del lenguaje y de la cognición humana (Barnes-Holmes et al., 2005; Hayes, 2004; 2016). La RFT postula que los eventos verbales son comportamientos operantes relacionales (Törneke et al., 2015).
- Se encuadra dentro del conductismo radical (Dougher, 2002).
- Considera las cogniciones como conductas y, como tales, sujetas a las mismas leyes que cualquier otro comportamiento (González-Terrazas y Froxán, 2021; Hayes, 2004).

Su premisa principal es que el sufrimiento humano está ligado a la evitación experiencial (la persona pondrá su empeño en huir del dolor) y a la fusión cognitiva (identificarse con los propios pensamientos y considerarlos como realidades absolutas). Por ello, el objetivo principal de la ACT será ayudar a las personas a encontrar el bienestar emocional a través de la aceptación y la flexibilidad psicológica en contraposición a la inflexibilidad psicológica (ver Figura 1).

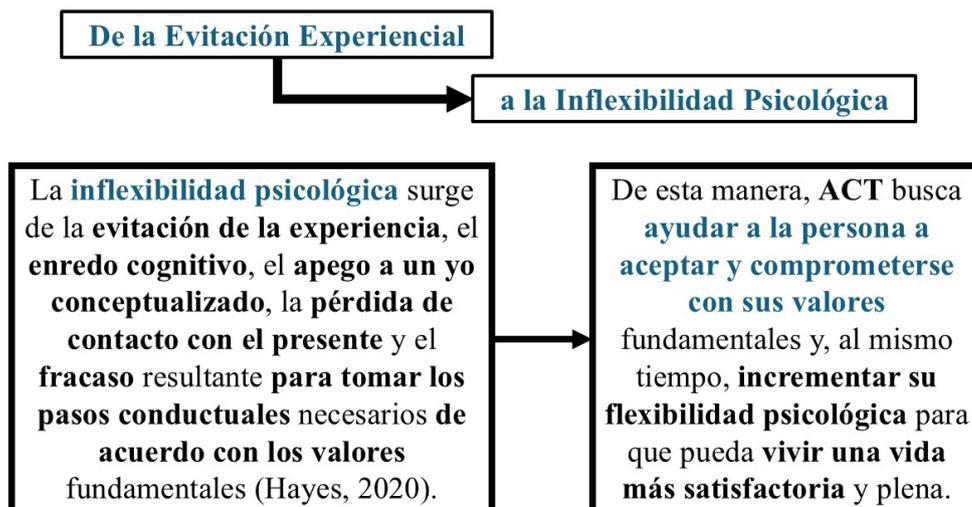
De esta conceptualización se deriva que la eficacia de la terapia no se mide por la cantidad de síntomas eliminados, sino por los logros personales a partir de la clarificación de valores.

Más allá del objetivo principal, los objetivos concretos de la ACT podrían resumirse como sigue (Wilson y Luciano, 2002):

- La clarificación de los valores de la persona. Esto es, identificar y comprometerse con los valores personales como guía para la acción (Lundgren y Larsson, 2018).

Figura 1

La Inflexibilidad Psicológica Como Psicopatología de la ACT



2. La aceptación de los eventos privados (pensamientos, emociones, etc.) abandonando los intentos de suprimirlos y sin juicio: alterar los contextos verbales que sostienen el Trastorno de Evitación Experiencial (versus flexibilidad psicológica) y a través de los cuales se hacen visibles las trampas de los procesos verbales en los que el paciente está atrapado (Macri y Rogge, 2024).
3. El fortalecimiento del “Yo como contexto”, lo que significa ser capaz de contemplar los propios eventos privados y, a partir de la reflexión, elegir el camino más adecuado para los propios intereses.

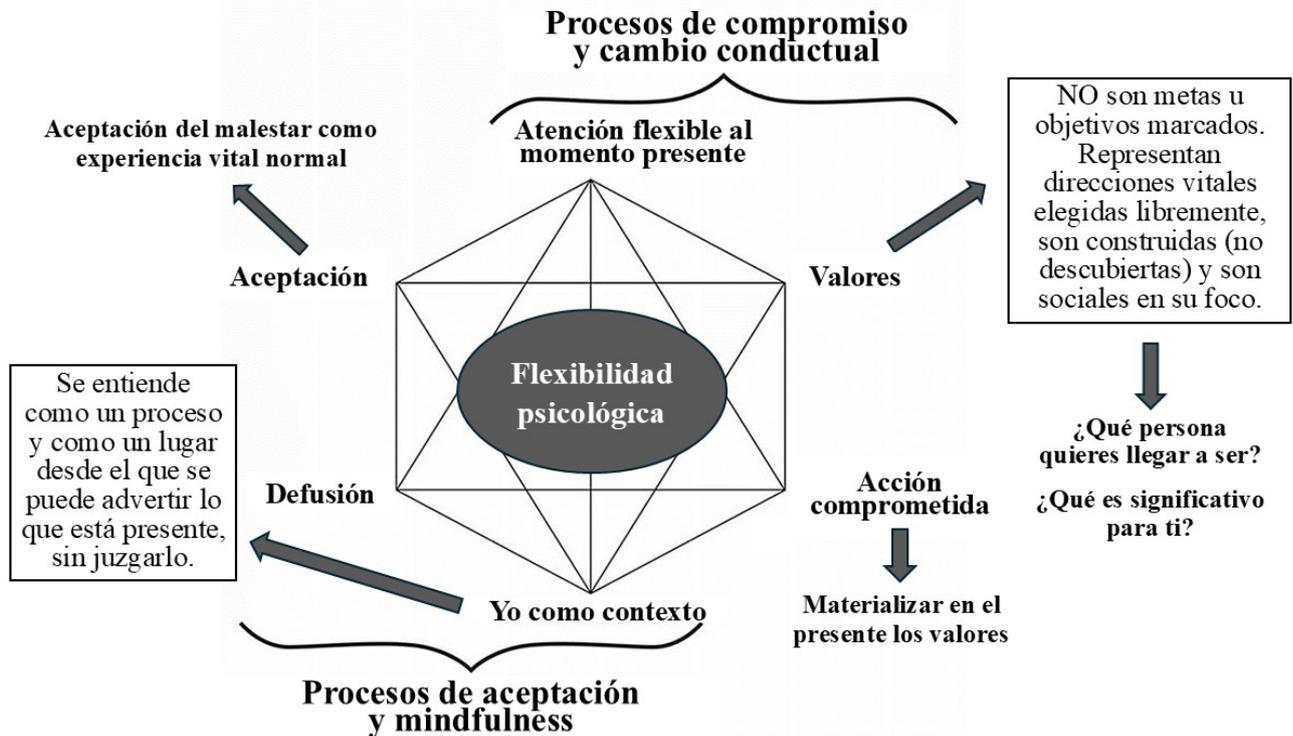
En la **Figura 2** se representa el Modelo *Hexaflex*. El modelo incorpora la interrelación entre las diferentes dimensiones o procesos clínicos centrales que se contemplan en la ACT (Hayes et al., 2015). Este modelo parte de que una considerable fracción del sufrimiento es atribuible a la fusión cognitiva y a la evitación experiencial. Por este motivo, se busca someter a las reglas o procesos verbales que parecen guiar nuestras acciones a un control contextual eficaz que permita a la persona estar más atenta a las consecuencias de sus actos en el presente y que reconozca el valor de la vida que lleva (Hayes et al., 2015). En las líneas siguientes se desarrollan más ampliamente los contenidos de la **Figura 2**.

De un modo general, los componentes de la ACT pueden concretarse en: a) los valores; b) la exposición a los contextos aversivos; c) la desactivación de funciones y distanciamiento; y

d) el fortalecimiento de la persona. A su vez, estos componentes se podrían desarrollar como sigue (Hayes, 2004; Hayes y Hofmann, 2021; Paliza-Olivares, 2023):

1. **Aceptación:** La aceptación comienza con el reconocimiento del malestar como algo propio y normal. La principal meta de la ACT es entender que nuestra vida es significativa y valiosa, aun cuando suframos. El proceso de aceptación tiene como desafío principal enfrentar la evitación experiencial, ya que ésta lleva a la antítesis de la aceptación. Cuando las personas entran en un estado evitativo reducen el contacto, tanto con su presente como con su historia, y la inteligencia vivencial se empobrece (Hayes et al., 2015; citado por Paliza-Olivares, 2023). El mensaje central es que la aceptación, en lugar de la evitación, conduce a la flexibilidad psicológica.
2. **Activación:** La idea es perseguir nuestros objetivos y valores a pesar de los síntomas o del malestar. Si no se evitan los síntomas, se puede promover el cambio mediante estrategias de activación conductual (May et al., 2024).
3. **Desactivación de funciones y distanciamiento** (defusión cognitiva): Supone desactivar el poder del lenguaje, de los pensamientos y demás cogniciones. ACT trata de debilitar el predominio funcional de los contenidos cognitivos. Es decir, que la persona pueda entender los pensamientos, los recuerdos o las creencias como algo que ocurre, pero que no representan verdades absolutas.

Figura 2
Modelo *Hexaflex*



Fuente. Adaptado de Hayes et al. (2015).

4. *El Yo como contexto* (relacionado con la defusión cognitiva). “El yo como contexto se entiende como un proceso y como un lugar desde el que se puede advertir lo que está presente, sin juzgarlo” (Hayes, 2020). Desde esta perspectiva, la persona es la observadora de su propia experiencia; son las vivencias las que cambian, no el Yo que está observando y conteniéndolo todo (Paliza-Olivares, 2023).
5. *Atención al momento presente*. Lleva implícito un esfuerzo por experimentar lo que nos ocurre, en contraposición a la evitación experiencial. Esto incluye el empleo de estrategias concretas, como el entrenamiento en atención plena (mindfulness). La atención al momento presente es flexible, intencional y consciente. Permite vivir las experiencias adoptando una postura de apertura, aceptación y suspensión del juicio que deja a los pensamientos, emociones y sensaciones “ir y venir” sin que generen apego (Hayes, 2013; Hayes et al., 2015 citado por Paliza-Olivares, 2023).
6. *Identificación con los valores*. Son principios que rigen el pensamiento o la conducta y pueden guiar o motivar cualidades deseadas de acción, cualidades que se desea transferir a la propia conducta (Harris y Hayes, 2009; Hayes, 2004). Averiguar “¿qué persona quieres llegar a ser?” o “¿qué es significativo para ti?”. Mientras en las TCC tradicionales el objetivo era la eliminación del malestar, en ACT se hace necesario establecer un objetivo vital que surge después de aceptar e integrar el sufrimiento. Los valores no son metas u objetivos marcados. Representan direcciones vitales elegidas libremente, son construidas (no descubiertas) y son sociales en su foco (Hayes, 2013; Lundgren y Larsson, 2018; Páez et al., 2006). Nótese que, acerca de la confusión de los valores con los objetivos, debe considerarse que los objetivos se refieren a cursos de acción planificados, alcanzables y específicos. Pueden lograrse en tiempos pautados, son extinguidos al conseguirse o funcionan como escalón para pautar uno nuevo. Los valores son una asíntota a la cual no se llega propiamente, no son específicos y no pueden ser logrados en un tiempo determinado (Barraca, 2007; Harris y Hayes, 2009).
7. *Compromiso de acción*. Se trata del compromiso con pautas de conducta orientadas a los valores. Es decir, materializar en el presente los valores. Siguiendo a Harris y Hayes (2009), existen ciertos pasos para lograr una acción o acciones comprometidas. El primer paso será elegir un dominio de la vida que sea de alta prioridad para el cambio (valor). El segundo implicará que la persona elija qué valores desea perseguir en el dominio seleccionado. El tercer paso consistirá en desarrollar objetivos (metas) que se guíen por esos valores. Finalmente, se deberá actuar conscientemente y en congruencia con esas metas y valores (Paliza-Olivares, 2023).
8. *La Exposición* a los sentimientos y pensamientos más dolorosos y las situaciones más desagradables resulta imprescindible. En este sentido, la exposición se entiende como la experimentación de aquello que hay entre la persona y lo que ésta quiere. Para progresar en la dirección que elegimos, hemos de enfrentarnos a los eventos privados temidos. Esto proporciona las condiciones para la desactivación del lenguaje.

El Concepto del Sentido de la Vida en la ACT

El sentido de la vida es un tema central en la ACT. Según esta perspectiva, el sentido de la vida se interpreta como la capacidad de encontrar significado y propósito en nuestras experiencias y acciones (Ciarrochi et al., 2022). Se reconoce que el sentido de la vida no es intrínseco ni objetivo, sino que es construido y creado por cada persona a través de su compromiso con los valores que son importantes para ella. En la ACT, se reconoce también que el sentido de la vida puede variar de una persona a otra y que no hay una única respuesta o fórmula universal. Consecuentemente, se enfatiza la importancia de que cada persona descubra y defina su propio sentido de la vida de acuerdo con sus valores y metas personales (Rahal y Gon, 2019). Desde de una visión amplia e integradora, resulta interesante el trabajo de García-Haro (2022) donde elabora una lectura existencial de la ACT a la luz de la filosofía de Ortega y Gasset (“La vida es siempre un jugarse la vida al naipe de unos ciertos valores”; citado por García-Haro, 2022). De esta manera, el trabajo en ACT se centra en ayudar a los individuos a identificar sus valores fundamentales y a comprometerse con acciones que estén alineadas con esos valores. Esto implica tomar decisiones conscientes y dirigir los esfuerzos hacia actividades que aporten sentido y satisfacción (Hayes y Hofmann, 2021; Rahal y Gon, 2019).

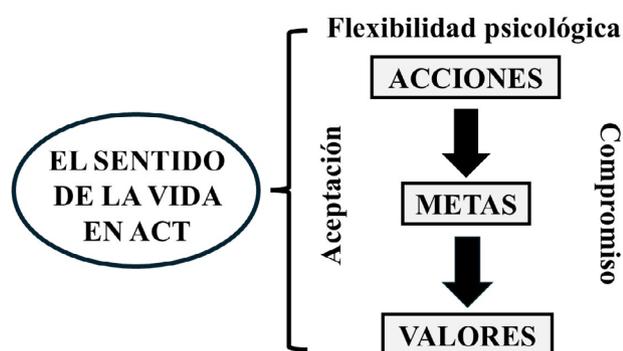
Por otro lado, a lo largo de nuestras vidas, todas las personas debemos enfrentarnos a crisis existenciales como la enfermedad, la muerte de seres queridos, la pérdida del empleo, el maltrato o la ruptura de relaciones. Estas crisis pueden malograr nuestro sentido de la vida. Recientemente, en el que es probablemente el mejor trabajo realizado hasta la fecha sobre esta cuestión, Ciarrochi et al. (2022) plantean la siguiente pregunta: “¿Cómo podemos afrontar ese momento con honestidad y valentía, aceptar la angustia y crear un nuevo sentido?”. En su aportación al libro de Menzies et al. (2022), *Existential Concerns and Cognitive-Behavioral Procedures: An Integrative Approach to Mental Health*, ofrecen una teoría de cómo el lenguaje y la autoconciencia pueden llevarnos a la crisis existencial y a la pérdida de sentido, y argumentan cómo la ACT puede ayudar a las personas a recuperar la coherencia tras un acontecimiento que la haya roto, a superar la alienación, a superar la inercia, a superar un sentido del yo que se autodestruye o se siente vacío, y a salvar el abismo entre el yo y los demás creando una conexión genuina (páginas 283-302).

Asimismo, es importante señalar que el sentido de la vida no es estático, sino que puede evolucionar con el tiempo a medida que cambian las circunstancias y las prioridades personales (García-Haro, 2022). Por tanto, la ACT también se enfoca en fomentar una actitud de flexibilidad y adaptación a medida que los individuos exploran y redefinen su sentido de la vida en diferentes etapas de su desarrollo. La búsqueda del sentido de la vida es un viaje personal y único para cada individuo, y la ACT proporciona un marco para este proceso de autoconocimiento y crecimiento personal. En este proceso, se anima a las personas a reflexionar sobre lo que es verdaderamente importante para ellas y a comprometerse con acciones que estén alineadas con sus valores más profundos. Esto puede implicar enfrentar miedos, desafiar pensamientos limitantes y enfrentar situaciones difíciles con una actitud de apertura y aceptación. Estas acciones se encaminan a la consecución de metas que, a su vez, nos acercan a nuestros valores. No tienen un objetivo

final: son direcciones valiosas en sí mismas. Las metas son sólo hitos que marcan el camino; lo importante no es conseguirlos, sino el sentido de aquello que hacemos para mantenernos en la dirección adecuada (Barraca, 2007; Harris y Hayes, 2009). En la Figura 3 se muestra una representación visual del sentido de la vida en ACT.

Figura 3

El "Sentido de la Vida" en la ACT



Finalmente, cabe señalar que dentro de la ACT existen diferentes enfoques teóricos para comprender y definir el sentido de la vida. Algunas definiciones se basan en la idea de que el sentido de la vida está relacionado con el logro de metas y objetivos personales (enfoque que se adopta en este trabajo), mientras que otros enfoques enfatizan la importancia de encontrar significado y propósito en cada momento presente. También se considera que el sentido de la vida implica la conexión con algo más grande que uno mismo, como los valores trascendentes o el servicio a los demás (Huguelet et al., 2016; Yavuz, 2022).

Más allá de lo anteriormente expuesto, se han formulado diversas lecturas filosóficas de la ACT. Por ejemplo, se ha señalado su semejanza con la fenomenología y el existencialismo, concretamente con la logoterapia y con la psicoterapia existencial de Irvin D. Yalom. Y, por su énfasis en la práctica del *mindfulness*, se ha subrayado su afinidad con la filosofía budista (Pérez Álvarez, 2014; citado por García-Haro, 2022). Finalmente, atendiendo a algunas similitudes técnicas, se ha comparado la ACT con otros modelos terapéuticos, como la Terapia Psicodinámica de Adler o la Terapia Breve Estratégica de Paul Watzlawick y Giorgio Nardone.

Una Perspectiva "Práctica" de la ACT Sobre el Sentido de la Vida

La ACT ofrece una visión particular sobre el significado de la vida. Desde esta perspectiva práctica se entiende que el sentido de la vida no radica en la búsqueda de un propósito único o trascendente, sino en la capacidad de conectar con nuestros valores más profundos y vivir de acuerdo con ellos (LeJeune y Luoma, 2019). La ACT sostiene que el significado de la vida se construye a través del compromiso con acciones significativas y coherentes con nuestros valores, a pesar de los eventos privados negativos (pensamientos,

recuerdos o emociones) que puedan surgir en el proceso. La ACT se centra en potenciar la capacidad de la persona para aceptar sus experiencias privadas y comprometerse con lo que es valioso y significativo en su vida (Harris, 2019).

Además, la perspectiva de la ACT se basa en la idea de que el sufrimiento es parte inherente de la experiencia humana (Miramontes, 2013) y que la evitación de ese sufrimiento, paradójicamente, puede llevar a una vida vacía y sin sentido. En cambio, la aceptación de las dificultades y el compromiso con lo que realmente importa nos brinda la posibilidad de encontrar el sentido y vivir una vida más plena (Harris, 2017).

Aplicaciones Prácticas en el Proceso de Terapia

En la ACT se utilizan diversas estrategias prácticas para abordar el propósito de la vida. Estas se centran en ayudar al individuo a desarrollar habilidades psicológicas que le permitan enfrentar los desafíos y dificultades de la vida de manera más efectiva. Algunas de las aplicaciones prácticas más utilizadas incluyen la defusión cognitiva, que consiste en separar los pensamientos de la experiencia directa; el *mindfulness*, que busca que el individuo esté plenamente consciente en el momento presente; la identificación y definición de valores personales significativos, que permite al individuo orientar su vida hacia lo que realmente le importa; y la realización de acciones comprometidas y coherentes con los valores identificados (Páez y Montesinos, 2016).

Estas estrategias y técnicas se adaptan de forma individualizada según las necesidades y objetivos de cada persona, proporcionando herramientas concretas para que puedan vivir una vida más plena y significativa (Bohlmeijer et al., 2015).

A pesar de que la conceptualización teórica de la ACT (contextualismo funcional) es extraordinariamente precisa (Gifford y Hayes, 1999), cualquier herramienta técnica (metáforas, intervenciones conductuales, diálogo socrático, ejercicios experienciales, etc.) que permita movilizar alguna de las dimensiones contempladas en el modelo Hexaflex que se ha descrito, puede ser utilizada "venga de donde venga" (Barraca, 2007). Lo interesante de esta conceptualización es que permite aprovechar las capacidades de cada terapeuta, de sus saberes profesionales y de su propia experiencia personal. Una muestra paradigmática sería el caso de la aceptación psicológica. Este constructo, aunque central y definitorio de la ACT, está implícito en muchos sistemas terapéuticos como la Terapia Centrada en la Persona, la Psicoterapia Gestáltica, la Psicología Existencial, la Terapia Conductual Dialéctica o los últimos desarrollos de la Terapia Racional-Emotivo-Conductual, e incluso en muchas de las tradiciones religiosas (Barraca, 2007).

No obstante, este pragmatismo terapéutico no está exento de críticas. Críticas que provienen, sobre todo, de la tradición conductista, y que se centran en la desviación del modelo con respecto a sus bases epistemológicas (el contextualismo funcional) y sus discrepancias con el análisis funcional de conducta (González-Terrazas y Froxán, 2021).

Dentro de las estrategias y métodos de la ACT, se resaltan algunas que resultan beneficiosas para abordar el propósito de la vida. Entre ellas, como se ha señalado, se incluyen el uso de metáforas y ejercicios experienciales, los cuales ayudan al individuo en la comprensión y reflexión sobre su relación con el sentido de la vida. También se emplean técnicas de defusión cognitiva, como la

etiquetación de los pensamientos y la visualización de estos como “nubes pasajeras”, con el fin de minimizar la influencia negativa de los pensamientos en la búsqueda de sentido. Por último, otra técnica utilizada es la atención plena (*mindfulness*), a través de la cual se invita a la persona a vivir el momento presente con plenitud, lo que permite un mayor vínculo con su sentido de vida.

Estas estrategias y métodos, puestos en práctica a través de una adecuada alianza terapéutica (Walser y O’Connell, 2022), ayudan al individuo a explorar y encontrar un sentido de vida más auténtico y gratificante (Hayes, 2013; Klusman et al., 2022). Desde un punto de vista filosófico, se considera que las técnicas citadas operan sobre el comportamiento privado, pero no difieren ontológicamente del público (conductas manifiestas) y, por tanto, están sujetas a contingencias en el proceso terapéutico de forma similar a cualquier otro comportamiento (González-Terrazas y Froxán, 2021).

El uso de Metáforas y Ejercicios Experienciales

El empleo de metáforas y ejercicios vivenciales en la ACT es esencial para favorecer que las personas conecten con sus valores y anhelos más profundos. Estas técnicas buscan generar vivencias emocionales significativas que impulsen al individuo a comprometerse con acciones alineadas a sus valores. A través de metáforas creativas, se busca ilustrar conceptos abstractos de manera más concreta y accesible, lo que facilita la comprensión y asimilación de los principios de la ACT (Hayes, 2013; 2020).

Por otro lado, los ejercicios vivenciales permiten a los pacientes conectarse con sus experiencias internas de manera directa y no evitativa, lo que les ayuda a aumentar su tolerancia a la incomodidad emocional y a actuar conforme a sus valores a pesar de la presencia de pensamientos y emociones difíciles. Son un medio para conseguir que las personas entren en contacto con sus pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones físicas problemáticas (y evitadas). La seguridad que confiere el contexto terapéutico hace más fácil exponerse y experimentar estos eventos, y, en consecuencia, debilita su posible carga de amenaza (Barraca, 2007). Además, estos ejercicios acaban resultando bastante más entendibles para el paciente que las discusiones analíticas y lineales.

La capacidad de utilizar recursos metafóricos y ejercicios vivenciales en la terapia es esencial para fomentar una conexión más profunda con los valores personales y las aspiraciones individuales (para una extensa revisión del uso de metáforas en ACT, se recomienda consultar el libro de Stoddard y Afari, 2014).

Las Técnicas de Defusión Cognitiva

Dentro del marco de la ACT, las técnicas de defusión cognitiva se enfocan en ayudar a las personas a distanciarse de sus pensamientos perturbadores y evitar fusionarse con ellos (Assaz et al., 2023). Este objetivo se alcanza mediante ejercicios destinados a separar los pensamientos de su impacto emocional (Hayes, 2004). Algunos de los ejercicios incluyen la repetición de palabras hasta que pierdan su significado, visualizar los pensamientos como “objetos flotando en un río”, e incluso entonar los pensamientos en tono cómico. A diferencia de la TCC tradicional (p. ej., la reestructuración cognitiva), estos ejercicios no se dirigen a cambiar el contenido de los pensamientos (su forma, frecuencia o duración), sino su función, socavando el

dominio del contenido verbal sobre el comportamiento (referido en ocasiones como comportamiento guiado por reglas) y detectando la fusión cognitiva (respuestas privadas equivalentes a hechos físicos) que podría llevar a la evitación experiencial, comportamientos cuya función es el escape/evitación de dichas respuestas privadas desagradables o con funciones aversivas (Assaz et al., 2023; González-Terrazas y Froxán, 2021). Algunas estrategias de defusión que pueden ser implementadas en el plan de tratamiento de acuerdo con los objetivos de la intervención son: estrategias de defusión para estimar los pensamientos; para minimizar los pensamientos; para aceptar los pensamientos y para responder a los pensamientos (Assaz et al., 2023). Como puede deducirse de lo anterior, estas estrategias tienen como finalidad ayudar a las personas a liberarse del dominio de sus pensamientos, permitiéndoles enfocarse en vivir de acuerdo con sus valores y objetivos, en lugar de quedar atrapados en patrones de pensamiento negativos (Assaz et al., 2023).

El uso de la Atención Plena (Mindfulness)

La atención o conciencia plena (*mindfulness*) es una técnica fundamental en la ACT. Esta práctica se centra en la atención consciente al momento presente, permitiendo a los pacientes observar sus pensamientos y emociones sin emitir juicios (Hayes, 2013; Hayes et al., 2015).

En ACT, la conciencia plena se emplea para ayudar a las personas a conectar con sus valores y metas, a pesar de los pensamientos y sentimientos desagradables que puedan surgir. Mediante ejercicios de atención plena, como la meditación, los pacientes aprenden a observar sus sensaciones físicas, emociones y pensamientos sin involucrarse completamente en ellos (Strong, 2021). Esta forma de atención conduce a la aparición de un “sentido del Yo” que es capaz de diferenciarse de los contenidos de la conciencia. Esto es, facilita el surgimiento del “Yo como contexto” (Paliza-Olivares, 2023).

Esta práctica brinda a las personas la capacidad de elegir respuestas más conscientes y alineadas con sus valores, en lugar de reaccionar automáticamente ante experiencias difíciles (Hayes, 2013; Hayes et al., 2015). Asimismo, la práctica de la compasión y la gratitud se han incluido en la ACT como estrategias para mejorar el bienestar emocional (Voci et al., 2019).

El Procedimiento Terapéutico de la ACT. Fases de la Terapia

El procedimiento de intervención desde la ACT se diseña a partir de la formulación del caso basándose en el análisis funcional. El resultado de éste determinará los objetivos terapéuticos concretos (Hayes et al., 2015; Wilson y Luciano, 2002).

Durante la fase de evaluación, el terapeuta debe tratar de esclarecer (en consonancia con el modelo) qué es lo que está tratando de evitar el paciente, con qué evento verbal está fusionado, qué es lo que realmente desea conseguir (hacia dónde valoraría dirigirse) y cuáles son las barreras previsibles que obstaculizan el cambio (qué le impide ir en la dirección valorada) (Barraca, 2007).

La ACT no tiene un procedimiento estructurado, sino que se concibe como una guía flexible que dispone de diferentes estrategias que se ajustan a los objetivos del tratamiento. Estos objetivos se van adaptando al caso y momento concreto del proceso, atendiendo a cuáles son los valores de la persona y su compromiso con ellos.

El objetivo general de ACT será promover una mayor flexibilidad psicológica en aquellas situaciones donde la evitación experiencial impide u obstaculiza a la persona vivir con plenitud (Macri y Rogge, 2024).

La ACT se compone de tres fases generales: la clarificación de valores y la aceptación de los eventos privados; la defusión cognitiva y el compromiso para iniciar acciones efectivas; y la creación de una vida significativa de acuerdo con los valores personales.

Estas fases generales pueden concretarse en una serie de procesos centrales que se movilizarán y abordarán durante la intervención (Hayes et al., 1999; 2015; Páez y Montesinos, 2016; Paliza-Olivares, 2023) y que se esquematizan como sigue:

- A) *Generar la desesperanza creativa*. Posibilitar que la persona entienda que los intentos que ha llevado a cabo, hasta ahora, para solucionar sus problemas no le están dando resultado y que debería considerar otras posibles alternativas. En esta fase, se cuestiona la lógica social que impone el desembarazarse de los síntomas como única vía posible para “curarse” (Barraca, 2007). Con el objetivo de que el paciente abandone esta lucha se procurará que, por su propia experiencia, se dé cuenta de la falta de utilidad de sus intentos. Si siente al fin que por ese camino no va a llegar a ningún sitio se generará la desesperanza creativa, una experiencia que le abrirá a posibilidades alternativas de actuación.
- B) *Clarificación y orientación hacia los valores*. Averiguar qué aspectos son valiosos para la persona en los diferentes ámbitos de su vida (familia, pareja, amistad, trabajo, crecimiento personal, salud, espiritualidad, etc.). Aquí se puede intentar que la persona sea consciente de cuáles son los motivos o razones que dirigen sus acciones para, posteriormente, clarificar hasta qué punto le están ayudando o le están alejando de sus valores. Se procura, por tanto, identificar una dirección vital valorada y unas metas y acciones que la impliquen.
- C) *Abordar que el control es el problema* (o la solución es el problema). En este punto, se pretende que la persona se dé cuenta, por sí misma, que sus intentos de control son el propio problema; de lo ineficaces que resultan sus estrategias de control. Por ejemplo, alguien que sufre agorafobia intentará no salir a la calle, lo cual le proporciona alivio, así que permanece en su casa. Pero esto no hace más que agravar el problema (la conducta de evitación queda reforzada). La evitación, como intento de controlar su ansiedad, se ha convertido en el problema. Lo mismo ocurre cuando se intentan controlar los eventos privados (pensamientos, emociones, etc.). Contra esto, la ACT propone estar abierto a contactar y experimentar las experiencias privadas (aunque sean desagradables), lo cual resulta en una exposición *in vivo* a las mismas.
- D) *La aceptación*. Comienza con el reconocimiento como algo propio y normal del malestar, las emociones negativas o los sentimientos que nos resultan desagradables. Se trata de no huir o enmascarar la realidad por dolorosa que sea. Supone abrirse al sufrimiento en tanto en cuanto se encuentre en el camino a nuestras metas y valores.
- E) *Defusión cognitiva*. Supone desactivar el poder del lenguaje, de los pensamientos y demás cogniciones. Por ejemplo, una persona que tiene problemas en el trabajo puede decirse “soy un inútil” y este pensamiento podría llegar a dominar su vida

y sus relaciones causándole un intenso malestar. Se trata, por tanto, de que la persona pueda entender los pensamientos, los recuerdos o las creencias como algo que ocurre, pero que no representan verdades absolutas. Entenderlo así nos aporta una gran autonomía, al liberarnos de leyes autoimpuestas que guían nuestras decisiones (reglas verbales).

- F) *El Yo como contexto*. El Yo como contexto se entiende como un proceso y como un lugar desde el que se puede advertir lo que está presente, sin juzgarlo. Una vez comprendemos que no somos lo que pensamos o lo que sentimos, supone vernos como observadores/as de nuestra experiencia, sea agradable o desagradable. El Yo es muy resistente al cambio (casi indestructible); por el contrario, los contenidos que alberga pueden ir variando.
- G) *La acción comprometida*. Se trata del compromiso con pautas de conducta. Es decir, materializar en el presente los valores. Atendiendo a la Teoría de los Marcos Relacionales, “la acción comprometida es un patrón de comportamiento constructivo regulado por los valores, entendidos como antecedentes verbales, que se mantiene por sus consecuencias en correspondencia con esos valores” (Hayes, 2004). En esta última fase ayudaremos a llevar a cabo las acciones previamente elegidas. Se utilizarán técnicas de exposición y otras técnicas conductuales si son necesarias.

La Investigación en ACT

Aunque el rigor metodológico de cada ensayo varía, en la actualidad hay más de 1.000 Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) sobre la eficacia de la ACT para una amplia gama de problemas que abarcan trastornos psiquiátricos, enfermedades crónicas y problemas psicosociales más ordinarios (Levin et al., 2024). Estos ECA representan los esfuerzos realizados en todo el mundo para perfeccionar, estudiar y administrar la ACT, incluso en muchos países fuera de Norteamérica y Europa, como Irán, Corea del Sur y países del África subsahariana, entre muchos otros (Levin et al., 2024).

La ACT ha ido adoptándose cada vez más en las guías clínicas y directrices de tratamiento con apoyo empírico de todo el mundo, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica de Reino Unido (NICE), la Sociedad Psicológica Australiana y la Asociación Psicológica Americana (APA).

La ACT posee un importante corpus de investigación que avala su eficacia y efectividad en el tratamiento de una extensa variedad de condiciones de salud y de problemas de salud mental incluyendo, entre otros, trastornos depresivos, de ansiedad, trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, trastornos alimentarios, de la personalidad, trastornos psicóticos, trastornos por consumo de sustancias, dolor crónico, afrontamiento de enfermedades crónicas, obesidad, estigmatización, estrés y burnout (Bai et al., 2020; Beygi et al., 2023; Ferreira et al., 2022; Fonseca et al., 2021; Forman et al., 2012; García-Montes y Pérez-Álvarez, 2016; Gloster et al., 2020; Levin et al., 2024; Luciano y Valdivia, 2006; O’Donoghue et al., 2022; Páez y Gutiérrez, 2012; Ramos y Dias, 2021; Ruiz, 2010). La ACT también ha demostrado su eficacia cuando se administra en formatos digitales de autoayuda (Klimczak et al., 2023) y existe una evidencia emergente sobre su eficacia potencial para diversas

poblaciones, incluyendo niños y adolescentes (Fang y Ding, 2020; Levin et al., 2024; Petersen et al., 2024).

En la reciente revisión de Gloster et al. (2020) de los metaanálisis publicados hasta la fecha, se encontró que la ACT fue eficaz para una vasta gama de objetivos terapéuticos y para efectos específicos de la intervención. Los resultados mostraron que la ACT fue eficaz para todas las condiciones examinadas en la citada revisión, incluyendo ansiedad, depresión, uso de sustancias, dolor crónico y condiciones transdiagnósticas. Además, la ACT puede considerarse tan eficaz como la TCC tradicional y más eficaz que otras comparaciones activas. Estos autores concluyen recomendando encarecidamente que los estudios futuros examinen los procesos de cambio, incluidas las diferentes trayectorias de cambio, y contengan resultados sobre funcionamiento psicosocial y bienestar emocional (constructo relacionado con el más amplio de sentido de la vida).

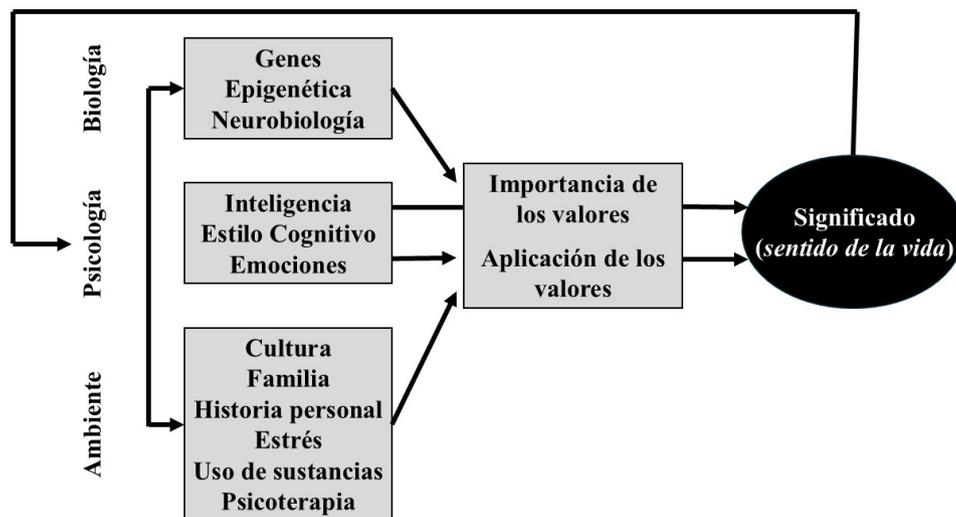
Por otro lado, la exploración de los componentes específicos del proceso terapéutico en la ACT ha ganado terreno en los últimos años, sobre todo en relación con la flexibilidad psicológica como mecanismo de cambio. La investigación parece indicar que la ACT funciona aumentando la flexibilidad psicológica (Levin et al., 2024). En una reciente revisión y metaanálisis, Macri y Rogge (2024) encontraron que las intervenciones basadas en la ACT produjeron cambios consistentes en las dimensiones de flexibilidad e inflexibilidad psicológica a las que se dirigían (inflexibilidad global, falta de conciencia del momento presente, fusión cognitiva y acción comprometida/contacto con los valores), y que esos cambios estaban vinculados a las correspondientes reducciones en el malestar psicológico.

Siguiendo con este breve análisis, se hace patente la disponibilidad de abundantes estudios empíricos y revisiones sistemáticas que investigan la eficacia de la ACT en una serie de escenarios clínicos y en diferentes poblaciones (Levin et al., 2024). Sin embargo, desde una perspectiva teórica, el objetivo principal

de la ACT es aumentar la vida valorada, en lugar de reducir los síntomas o las experiencias internas evaluadas negativamente (Hayes et al., 2013). A pesar de ello, la vida valorada rara vez es el resultado principal estudiado en los ensayos clínicos (Gloster et al., 2020), lo que crea una discrepancia entre el modelo y la base de la investigación. Hasta el momento, sólo unos pocos estudios se han centrado en la investigación sobre una vida valiosa (vivir con valores). Una revisión sistemática reciente (Rahal y Gon, 2020) mostró que las intervenciones ACT dirigidas a mejorar la acción basada en valores tienen un efecto positivo en los resultados diana (p. ej., dolor crónico, depresión y ansiedad). Los valores y la experiencia de una vida valiosa son componentes críticos en la construcción y mejora de la flexibilidad psicológica, que es el objetivo principal de la ACT (Hayes, 2016). Una mejor comprensión de la asociación de una vida valiosa con diferentes constructos de salud mental nos aportaría pruebas del papel de los valores en la psicoterapia en general y en la ACT en particular. Intentando comprender esta asociación, Tunç et al. (2023) llevaron a cabo un complejo estudio de revisión, metaanálisis y meta-regresión. En general, los resultados demostraron relaciones significativas entre la percepción de tener “una vida valiosa” y menores niveles de depresión y ansiedad. Esto subraya la importancia de que los terapeutas consideren el trabajo con valores y la búsqueda de una vida con sentido como un mecanismo potencial de cambio para la depresión, la ansiedad y otros problemas clínicos.

Por último, a pesar de la elevada probabilidad de que intervenciones como la terapia existencial (Yalom, 1980) o la ACT proporcionen herramientas importantes para la recuperación (Recovery) de condiciones de salud mental graves, este tema ha sido escasamente abordado en la literatura. Desde el “paradigma de la recuperación”, Huguelet et al. (2016) llevaron a cabo un interesante estudio en pacientes con trastornos psiquiátricos graves. En su investigación pusieron a prueba un modelo basado en el paradigma biopsicosocial de la recuperación (Figura 4) que

Figura 4
El Sentido de la Vida en el Paradigma Biopsicosocial



Fuente. Adaptado de Huguelet et al. (2016).

hipotetizaba que algunos síntomas y parámetros psicosociales están relacionados con los valores y con el sentido de la vida y que, a su vez, el sentido de la vida está asociado con medidas clínicas, como la depresión o la autoestima (Huguelet et al., 2016). En general, sus hipótesis resultaron correctas: en primer lugar, encontraron que características como la depresión, la desesperanza, la autoestima y el número de relaciones interpersonales influyeron en los valores; en segundo lugar, que la presencia y la puesta en práctica de valores se asociaron con el sentido de la vida y, en tercer lugar, que el sentido de la vida se asoció con algunos síntomas y características sociales. Estos resultados apoyan la relevancia de abordar los valores y el significado en la atención orientada a la recuperación de pacientes con trastornos psiquiátricos graves.

Conclusiones y Reflexión Final

En primer lugar, de acuerdo con la ACT, el significado de la vida radica en la capacidad de aceptar nuestras experiencias y comprometernos con nuestros valores más profundos. Este enfoque se fundamenta en la idea de que la búsqueda de sentido no consiste en eliminar el sufrimiento o alcanzar la felicidad plena, sino en vivir de acuerdo con lo que es realmente importante para cada cual. A través de las técnicas descritas, como el uso de metáforas o ejercicios experienciales, la defusión cognitiva, la atención plena y la clarificación de valores, podemos alcanzar una mejor comprensión de nuestro propósito en la vida y acometer acciones coherentes con nuestros valores. Sin embargo, es necesario recordar que el sentido de la vida es una construcción individual y dinámica que varía a través del tiempo. Por consiguiente, es esencial adoptar una actitud de apertura y aceptación a la hora de explorar y adaptar el sentido de la vida a medida que se avanza en el propio camino.

En segundo lugar, la investigación demuestra la eficacia de la ACT para numerosas condiciones específicas de salud. No obstante, ésta se centra a menudo en los cambios en los síntomas. Cabe, por tanto, recordar que el objetivo de la ACT es comprometerse en perseguir una vida valiosa (es decir, implicarse en lo que importa a la persona, incluso cuando puedan surgir experiencias internas desagradables). De esta conceptualización se deriva que la eficacia de la terapia no se mide por la cantidad de síntomas eliminados, sino por los logros personales que se van alcanzando a partir de la clarificación de nuestros valores. La ACT es un tratamiento que se ha aplicado ampliamente a áreas problemáticas afectadas y que está basado en procesos mediados por la inflexibilidad psicológica. Las revisiones de la investigación sobre esta mediación indican que la ACT mejora los resultados al aumentar la flexibilidad psicológica.

En tercer lugar, el objetivo principal de la ACT será ayudar a las personas a encontrar el bienestar emocional a través de la aceptación y la flexibilidad psicológica en contraposición a la inflexibilidad psicológica. La flexibilidad psicológica se convierte, por tanto, en el foco central de la terapia.

Para finalizar, los acercamientos actuales de la TCC al contextualismo, el llamado “giro transdiagnóstico” y la vuelta a una psicopatología fenomenológica han aproximado, como nunca, tradiciones históricamente enfrentadas y constituyen una extraordinaria oportunidad de encuentro y de mutuo enriquecimiento a través de una propuesta de “Integración Existencial-Contextual” (Heidenreich et al., 2021; Pérez-Álvarez, 2014).

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener conflictos de interés en la elaboración y desarrollo del presente artículo.

Referencias

- Assaz, D. A., Tyndall, I., Oshiro, C. K. B., y Roche, B. (2023). A process-based analysis of cognitive defusion in Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy, 54*(6), 1020-1035. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., y Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 260*, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Barnes-Holmes, D., Rodríguez Valverde, M., y Whelan, R. (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista Latinoamericana de Psicología, 37*, 255-275. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n2/v37n2a03.pdf>
- Barraca, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales, 65*(127), 761-781. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2594334&orden=0&info=link>
- Beygi, Z., Tighband Jangali, R., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbakhsh, F., y Mahboobzadeh, M. (2023). An overview of reviews on the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on depression and anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry, 18*(2), 248-257. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12373>
- Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M., y Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 65*, 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.014>
- Ciarrochi, J., Hayes, L., Quinlen, G., Sahdra, B., Ferrari, M., y Yap, K. (2022). Letting go, creating meaning: The role of Acceptance and Commitment Therapy in helping people confront existential concerns and lead a vital life. En R. G. Menzies, R. E. Menzies, y G. A. Dingle (Eds.), *Existential concerns and cognitive-behavioral procedures: an integrative approach to mental health* (pp. 283-302). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-06932-1_17
- Dougher, M. (2002). This is not B. F. Skinner's behavior analysis. A review of Hayes, Strosahl, and Wilson's Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 35*, 323-336. <https://doi.org/10.1901/jaba.2002.35-323>
- Fang, S., y Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science, 15*, 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.007>
- Ferreira, M., Mariano, L., Rezende, J., Caramelli, P., y Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 309*, 297-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>
- Fonseca, M., Ferreira, B., Costa, L., Tiago, N., y Santos, P. (2021). Acceptance and Commitment Therapy and drug use: A systematic review. *Paidéia, 31*, e3136. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3136>

- Forman, E., Shaw, J., Goetter, E., Herbert, J., Park, J., y Yuen, E. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing Acceptance and Commitment Therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43, 801-811. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.004>
- García-Haro, J. (2022). La terapia de aceptación y compromiso como terapia existencial a la luz de la filosofía de Ortega. *Eikasía Revista de Filosofía*, 107, 299-316. <https://doi.org/10.57027/eikasía.107.308>
- García-Montes, J. M., y Pérez-Álvarez, M. (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 99-119. <http://hdl.handle.net/10651/38781>
- Gifford, E. V., y Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue, y R. Kitchener (Eds.). *Handbook of behaviorism* (pp. 285-327). Academic Press.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., y Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and Commitment Therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- González-Terrazas, R., y Froxán, M. X. (2021). Saber qué y saber cómo. Una propuesta explicativa de tres técnicas terapéuticas empíricamente validadas. *Clínica Contemporánea*, 12(3), Artículo e25. <https://doi.org/10.5093/cc2021a22>
- Harris, R. (2017). *La trampa de la felicidad: deja de sufrir, comienza a vivir*. Planeta.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Harris, R., y Hayes, S. C. (2009). *ACT made simple*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational Frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida: La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C. (2020). *Una mente liberada: La guía esencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Paidós.
- Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (2021). “Third wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World psychiatry*, 20(3), 363-375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., y Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée De Brouwer.
- Heidenreich, T., Noyon, A., Worrell, M., y Menzies, R. (2021). Existential approaches and cognitive behavior therapy: Challenges and potential. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 209-234. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00096-1>
- Huguelet, P., Guillaume, S., Vidal, S., Mohr, S., Courtet, P., Villain, L., Girod, C., Hasler, R., Prada, P., Olié, E., y Perroud, N. (2016). Values as determinant of meaning among patients with psychiatric disorders in the perspective of recovery. *Scientific Reports*, 6, Article e27617. <https://doi.org/10.1038/srep27617>
- Klimczak, K. S., San Miguel, G. G., Mukasa, M. N., Twohig, M. P., y Levin, M. E. (2023). A systematic review and meta-analysis of self-guided online Acceptance and Commitment Therapy as a transdiagnostic self-help intervention. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(3), 269-294. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2178498>
- Klussman, K., Curtin, N., Langer, J., y Nichols, A. L. (2022). The importance of awareness, acceptance, and alignment with the self: A framework for understanding self-connection. *Europe's Journal of Psychology*, 18(1), 120-131. <https://doi.org/10.5964/ejop.3707>
- LeJeune, J., y Luoma, J. B. (2019). *Values in therapy*. New Harbinger Publications.
- Levin, M. E., Krafft, J., y Twohig, M. P. (2024). An overview of research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 47(2), 419-431. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>
- Luciano, C., y Valdivia, S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1339.pdf>
- Lundgren, T., y Larsson, A. (2018). Values choice and clarification, En S. C. Hayes, y S. G. Hoffman (Eds.). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy* (pp. 375-387). Context Press.
- Macri, J. A., y Rogge, R. D. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 110, Article 102432. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432>
- May, D., Litvin, B., y Allegrante, J. (2024). Behavioral activation, depression, and promotion of health behaviors: A scoping review. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 51(2), 321-331. <https://doi.org/10.1177/10901981221090157>
- Menzies, R. G., Menzies, R. E., y Dingle, G. A. (2022). *Existential concerns and cognitive-behavioral procedures: An integrative approach to mental health*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-06932-1>
- Miramontes, F. (2013). La teoría del sentido del sufrimiento. Fundamentación filosófica de una terapéutica: Scheler y Frankl. *Realitas. Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(1), 51-55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2009007>
- O'Donoghue, E. K., Morris, E. M. J., Oliver, J. E., y Johns, L. C. (2022). *ACT para la recuperación de la psicosis*. Ediciones Psara.
- Páez, M., y Gutiérrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Pirámide.
- Páez, M., y Montesinos, F. (2016). *Tratando Con... Terapia de Aceptación y Compromiso. Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz*. Pirámide.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., y Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 6(1), 1-20. <https://www.ijpsy.com/volumen6/num1/127/act-y-la-importancia-de-los-valores-personales-ES.pdf>
- Paliza-Olivares, V. F. (2023). Entendiendo la Terapia de Aceptación y Compromiso: Estado actual y bases teóricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 49(180), 83-99. <https://doi.org/10.33776/amc.v49i180.7614>

- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Petersen, J. M., Zurita Ona, P., y Twohig, M. P. (2024). A review of Acceptance and Commitment Therapy for adolescents: Developmental and contextual considerations. *Cognitive and Behavioral Practice, 31*(1), 72-89. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.08.002>
- Rahal, G. M., y Gon, M. C. C. (2019). A systematic review of values interventions in acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 20*(3), 355-372. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.10.004>
- Ramos, S., y Dias, A. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: A systematic review. *European Psychiatry, 64*(S1), S437-S437. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1166>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component, and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*, 125-162. <https://psycnet.apa.org/record/2010-05335-008>
- Stoddard, J. A., y Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Strong, S. D. (2021). Contemplative psychotherapy: Clinician mindfulness, buddhist psychology, and the therapeutic common factors. *Journal of Psychotherapy Integration, 31*(2), 146-162. <https://doi.org/10.1037/int0000191>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, y A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254-272). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch12>
- Tunç, H., Morris, P. G., Kyranides, M. N., McArdle, A., McConachie, D., y Williams, J. (2023). The relationships between valued living and depression and anxiety: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Contextual Behavioral Science, 28*, 102-126. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.02.004>
- Voci, A., Veneziani, C. A., y Fuochi, G. (2019). Relating mindfulness, heartfulness, and psychological well-being: The role of self-compassion and gratitude. *Mindfulness, 10*(2), 339-351. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0978-0>
- Walser, R. D., y O'Connell, M. (2022). The therapeutic alliance in acceptance and commitment therapy [La alianza terapéutica en la terapia de aceptación y compromiso]. *Revista de Psicoterapia, 33*(122), 5-20. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1145>
- Wilson, K., y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books.
- Yavuz, O. (2022). Building a bridge between spirituality/religion with Acceptance and Commitment Therapy. *Spiritual Psychology and Counseling, 7*(2), 179-200. <https://dx.doi.org/10.37898/spc.2022.7.2.174>

Artículo

Revisión Sistemática de la Investigación en Psicoterapia Grupoanalítica

Ferran Vilalta-Abella¹  y José Miguel Ribé Buitrón² 

¹Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí (España)

²Docente del Máster en Psicoterapia Analítica Grupal de Fundación OMIE y la Universidad de Deusto en Barcelona (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 17/07/2024

Aceptado: 16/03/2025

Palabras clave:

Revisión sistemática

Investigación

Grupoanálisis

Beneficios terapéuticos

Terapia grupal

RESUMEN

Introducción: el grupoanálisis es una orientación terapéutica centrada en la intervención grupal, sin una estructura de contenido estipulada, existiendo una elevada variabilidad entre grupos. Pocos estudios analizan la eficacia de la intervención grupal y una menor cantidad utilizan la orientación grupoanalítica. **Objetivo:** realizar una revisión sistemática de los estudios de investigación publicados (1952-2021) que utilizan el grupoanálisis en una población de pacientes. **Metodología:** se efectuó una búsqueda exhaustiva con las siguientes bases de datos: PsychINFO, PubMed, Scielo y PubPsych. **Resultados:** se han seleccionado un total de 32 estudios, analizando un total de 1326 pacientes. En 35% de los estudios eran descriptivos, un 6% cualitativos y un 59% cuantitativos. El tratamiento oscilaba entre 5 sesiones y 10 años, su duración y frecuencia variaba mucho entre investigaciones. **Conclusiones:** se observa gran disparidad en las metodologías y muestras empleadas en los diferentes estudios, dificultando así su análisis y la posibilidad de comparar sus resultados con otras perspectivas teóricas. En todas las intervenciones, la aplicación del grupoanálisis obtiene beneficios terapéuticos. Futuras investigaciones que aplicasen una metodología común podrían facilitar la interpretación y extrapolación de los resultados.

Systematic Review of Research in Group Analytic Psychotherapy

ABSTRACT

Introduction: Group analysis is a therapeutic approach focused on group-based interventions without a predetermined content structure. There is a high variability across groups. The literature includes few studies that evaluate the efficacy of group interventions, with even fewer specifically examining group-analytic approaches. **Objective:** To perform a systematic review of published research studies employing group analysis in patient populations (1952-2021). **Methodology:** An exhaustive search using the PsychINFO, PubMed, Scielo, and PubPsych databases. **Results:** 32 studies were included, encompassing 1326 patients. 35% of the studies were descriptive, 6% qualitative and 59% quantitative. Treatment durations ranged from 5 sessions to 10 years, with considerable variation in frequency and duration across studies. **Conclusions:** There is considerable disparity in the methodologies and sample populations employed in different studies. The analysis and the ability to compare these results with other theoretical perspectives is challenging. Group analysis interventions consistently demonstrated therapeutic benefits. Future research employing standardized methodologies could enhance the interpretation and generalization of the results.

Keywords:

Systematic review

Research

Group análisis

Therapeutic benefits

Group therapy

Introducción

El grupoanálisis es una modalidad terapéutica que centra su modelo teórico e intervención en el tratamiento grupal (Sunyer, 2008). Aunque muchos países tienen formaciones específicas en dicha orientación, es escasa la investigación empírica en este ámbito. Específicamente, la orientación grupoanalítica presenta un modelo teórico difícilmente cuantificable y extrapolable, dado que conceptualiza al individuo y la sociedad como dos entidades inseparables y a la vez indispensables (Bermejo, 2017). Es por ello, que entiende el grupo como un todo, donde una entidad es más que la suma de sus integrantes, incluyendo al conductor y observador. Cada grupo es único, ya que cada grupo genera una matriz de conocimientos y experiencias compartidas, un inconsciente colectivo mediante la discusión de flujo libre y la asociación grupal (Foulkes y Anthony, 2006). Al interactuar libremente, se va verbalizando el material inconsciente que va surgiendo en el momento presente, elaborando nueva información y movilizándolo al grupo hacia la madurez, consciencia e integración (Sunyer, 2020).

En la bibliografía existente, destacan sobre todo trabajos de investigación en la terapia individual, hallando un menor número de estudios que estudian la terapia grupal. Si comparamos ambas modalidades terapéuticas se observa que ambas tienen los mismos niveles de eficacia. La intervención grupal es recomendable en personas que sufren violencia juvenil, trastornos de personalidad, trastornos de la alimentación, pacientes aquejados de cáncer, pacientes que conviven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), adicciones (McRoberts et al., 1998; Escudero y Zafra, 2022), depresión y duelo (Cuijpers et al., 2019), trastornos de ansiedad (Barkowski et al., 2020), trastorno de estrés posttraumático (TEPT) (Schwartz et al., 2019), trastornos psicóticos (Sala, 2020; Sala, 2023). No obstante, no en todas las patologías se observan unos beneficios similares a la intervención grupal. En pacientes con fibromialgia, la intervención grupal obtiene mejoras significativas, aunque inconsistentes, y con un tamaño del efecto bajo (Şen et al., 2019; Temeloğlu Şen y Hocaoglu Uzunkaya, 2020).

Dichos estudios son mayoritariamente desde una perspectiva cognitivo conductual (TCC), dado que es la orientación terapéutica que tiene más similitudes con el modelo médico al aportar una estructura definida, permitiendo obtener una mayor validez interna en las investigaciones de eficacia de dicha modalidad (Ribé, 2021). En cambio, otras orientaciones terapéuticas, como el grupoanálisis, no ofrecen una estructura fácilmente evaluable desde el modelo empírico. Para ello, se realizan revisiones sistemáticas y metaanálisis de las diferentes orientaciones terapéuticas (Lindgaard et al., 2020; Zhang et al., 2022).

La investigación en el grupoanálisis es escasa y no se ha elaborado una revisión sistemática. El objetivo del presente trabajo es elaborar una revisión sistemática con la finalidad de identificar los estudios que aplican la orientación grupoanalítica en la investigación científica y aportar datos preliminares de las publicaciones existentes a fin de poder analizarlas.

Método

Criterios de Selección

A la hora de seleccionar los trabajos, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Las publicaciones que aplican la intervención grupoanalítica en una población. Para que un artículo se considerase grupoanalítico, tiene que cumplir los siguientes requisitos:
 - Intervención grupal.
 - Inclusión de teorías relacionales.
 - Centrada en el presente.
 - Intervención no directiva del conductor.
 - Mención de al menos un autor de referencia del grupoanálisis: Foulkes, Bion, Yalom, Grothan, Lorentzen.
- Aportar datos pre y post intervención.

Criterios de Exclusión

- Artículo teórico, de revisión, de reflexión o de conceptualización de un tema relacionado con el grupoanálisis.
- Artículo que analiza un caso que ha transitado por una terapia grupal.

Fuentes de Información y Búsqueda

Se realizó una búsqueda detallada en los siguientes bases de datos: PsychINFO, PubMed, Scielo y PubPsych.

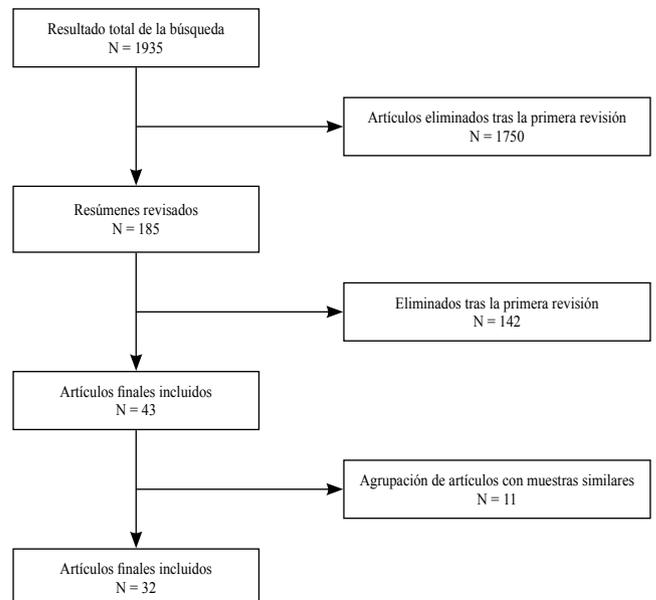
En la exploración se incluyeron las siguientes palabras clave en inglés: “group analytic” AND “treatment” AND “therapy” AND “group psychotherapy” OR “psychodynamic group therapy”. No se limitó la búsqueda a ningún campo, ni el idioma ni el periodo de tiempo con la finalidad de acceder al mayor número posible de publicaciones.

Selección de Estudios

Tras eliminar todos los artículos duplicados, se procede a analizar todos los estudios restantes. Tal como se observa en la Figura 1 se seleccionaron un total de 1935 estudios.

Figura 1

Diagrama de Flujo en el Proceso de Selección de los Trabajos



En un primer análisis, se revisaron todos los títulos y los resúmenes de los artículos. La gran mayoría de estudios se eliminaron por no utilizar grupos terapéuticos, habiéndose incluido porque agrupaban a los pacientes en el “grupo” control y el “grupo” experimental, no obstante, en dichos estudios se aplicaban intervenciones individuales. Otro motivo frecuente de exclusión fue la teorización de un concepto grupal o grupoanalítico, sin realizar ninguna intervención clínica. Se descartan un total de 1750 estudios.

Con los 185 estudios restantes, se lee por completo el artículo, se analizan según los factores de inclusión/exclusión. La dificultad identificada en esta fase fue que muchos artículos no especificaban que orientación terapéutica utilizaban. Se descartan 142 artículos.

Finalmente, se seleccionan 43 estudios. Analizando dichos estudios se observa que 10 son del mismo equipo y utiliza la misma muestra, por lo que, estos 10 artículos se considerarán 1. Paralelamente, 3 estudios de otro grupo de investigación también utilizan la misma muestra, por lo que también se consideraran 1 estudio.

Finalmente, los estudios considerados en esta revisión sistemática son 32 y sus años de publicación se sitúan entre el 1952 y el 2021.

Análisis de Datos

De los 32 estudios seleccionados, se recogen los siguientes datos relevantes (ver [Tabla 1](#)).

Tabla 1
Resultados de la Revisión Sistemática (Diseño, Evaluación y Resultados de los Grupos)

Autor	Muestra	Objetivos	Tipo de grupo	Número de sesiones	Duración	Medidas	Resultados
Lipshutz (1952)	N = 8	Valorar el efecto del grupoanálisis en pacientes en terapia individual.	Cerrados	-	90 minutos	Descriptivo	Se reducen los periodos de resistencias. Se genera más material asociativo y transferencias más positivas con el analista.
Boulangier (1959)	N = 10	Mejoría en adolescentes de 11 a 14 años.	Cerrados	20	60 minutos	Descriptivo	Mejoría en los rasgos neuróticos, menores dolores de cabeza, tics y vómitos.
Munzer (1964)	N = 16 Experimental N = 16 Control	Si se utilizan términos en 1ª persona del plural (“nosotros”), el grupo potencia la cohesión grupal.	Cerrados	10 sesiones 5ª primeras sesiones se aplicaban los cambios experimentales. Las 5 últimas sesiones eran iguales.	90 minutos	Descriptivo	Utilizar nosotros mejora la cohesión grupal. No se observa mejoría en la cohesión grupal tras potenciar la expresión emocional. A mayor material emocional reprimido expresado, mayor eficacia terapéutica.
Leal (1966)	N = 6	Niñas con problemas escolares y de conducta	Cerrados	52 semanas	-	Descriptivo	Mejoría en el ausentismo, en el razonamiento abstracto, mejor aceptación de la responsabilidad, autoridad e independencia.
Ohlmeier et al. (1973)	N = 6	Pacientes que han sufrido un infarto miocárdico.	Cerrados	5 sesiones	90 minutos	Descriptivo	Se identifican regresiones, miedos sobre la pérdida de identidad y a la despersonalización.
Dick (1975)	N = 93	Mejorar el afrontamiento cotidiano.	Cerrados	10 años de duración	75 minutos	Descriptivo	Mejoría de los síntomas neuróticos, mejor adaptabilidad y un buen funcionamiento en la sociedad.
Wachtel et al. (1979)	N = 7	El efecto de la grabación y reproducción de cintas de video.	Cerrados	2 años	90 minutos	Descriptivo	En la primera fase se grabaron las sesiones sin reproducirlas. El grupo transcurrió según lo esperado. En la segunda fase, se reproducían las sesiones del grupo, generando un elevado malestar y aumentando la confrontación. Beneficios ante las grabaciones (reflexión y cohesión grupal). Tras el visionado, el grupo ofrecía más resistencias.
Koch (1983)	N = 6 N = 9	Correlacionar los cambios en las interpretaciones personales para identificar buenos predictores de mejoría terapéutica.	Cerrados	-	-	Técnica de rejilla PASS	La expresión de la hostilidad era un buen predictor de la autoestima. La verbalización era un buen predictor de la ansiedad subjetiva. Que los terapeutas potencien la parte crítica mejora la autoestima.
Steuer et al. (1984)	N = 10 Grupoanálisis N = 10 TCC	Comparar el tratamiento grupal en personas geriátricas con sintomatología depresiva	Cerrados	46 sesiones	90 minutos	HAMD HAMA SDS BDI	Mejorías significativas en ansiedad, somatizaciones y depresión en ambas modalidades. Con el tratamiento TCC había mejorías en la sintomatología depresiva.

Tabla 1

Resultados de la Revisión Sistemática (Diseño, Evaluación y Resultados de los Grupos) (Continuación)

Autor	Muestra	Objetivos	Tipo de grupo	Número de sesiones	Duración	Medidas	Resultados
Poulsen (1991)	N = 46	Beneficios con pacientes artritis reumatoide y síndrome de Sjögren.	Cerrados	12 sesiones	90 minutos	AIMS TAS SCL-90 BDI "Yalom's Curative Factors Q-Sort"	Leve mejoría física y psíquica, no significativa. La alexitimia se reduce tras la intervención. Pacientes reportan mejoría psíquica y percepción de utilidad de la intervención.
Falck (1996)	N = 50	Beneficios con pacientes psicósomáticos.	Semi-abierto	150-200 sesiones	90 minutos	Descriptivo	Las somatizaciones se redujeron. Mejoría en la toma de decisiones. Dos tercios plantearon dejarlo con su pareja y un cuarto lo hizo.
Davanzo y González (1998)	N = 10	Analizar las interpretaciones de una sesión de terapia.	Abierto	1 año	90 minutos	Descriptivo	Identificación de diferentes mecanismos de defensa y cómo estos influyen en la dinámica grupal.
Staats et al. (1998)	N = 36	Cambios en la narrativa de los conflictos con la pareja tras terapia.	Cerrados	9 meses	90 minutos	RAP	Las mujeres reducen la respuesta negativa de sí mismas y los hombres reducen tanto esta como la respuesta negativa de los otros.
Sachse y Strauss (2002)	N = 34	Valorar si el estilo de apego de los pacientes influye en el beneficio de la terapia grupal.	Apertura lenta	6 meses de media	75 minutos	SCL-90 IIP-C STAI GT FKS Inventario de narcisismo	El éxito del tratamiento estaba influenciado por el tipo de apego. Apegos ambivalentes mostraban mejores mejorías (menores síntomas y mayor introspección). Apegos evitativos tendían a tener menos altruismo, menor identificación, menor sufrimiento y mucha menor presencia emocional. El apego mixto tiene menor capacidad de recapitulación y conocimiento.
Macdonald et al. (2003)	N = 9 Dificultades de aprendizaje N = 4 delincuentes sexuales N = 5 mujeres	Preguntar sobre la experiencia grupal.	Cerrados	Mínimo 2 años	90 minutos	IPA	Valoraban positivamente el grupo y hablar de temas dolorosos. Expresaban la dificultad de algunos temas emociones y de algunas veces identificarse con otros miembros del grupo.
Vlastelica et al. (2003)	N = 66	Identificar factores terapéuticos importantes para la terapia.	Cerrados	entre 2 meses y 8 años	-	"Yalom's Therapeutic Factors"	Se observaron más beneficios terapéuticos en mujeres, menores de 30 años, con estudios de secundaria y con psicoterapias previas. El factor con más beneficio fue la autocomprensión.
Vlastelica et al. (2005)	N = 20	Reducir los mecanismos de defensa y modificar características de personalidad.	Cerrados	4 años	90 minutos	MMPI LS-DM	Las medidas a los 2 y 4 años de tratamiento indicaban cambios significativos en los mecanismos de defensa, utilizando mecanismos más maduros como la intelectualización. MMPI se observa una mejoría en pensamientos extraños, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, esquizofrenia. Empeoramiento en las escalas de mentidas y control.
Kurzweil (2008)	N = 31	El efecto del grupo en madres que sufren depresión post parto.	Abiertos	10 sesiones	-	GAF	Efectos beneficiosos tras el grupo, mayor conexión interpersonal, bienestar general y relaciones, perspectiva de vida, estado de ánimo y ansiedad.
Prestano et al. (2008)	N = 8	Eficacia en personas con anorexia y bulimia.	Cerrados	2 años de intervención 1 sesión/semana	90 minutos	OQ-45.2 SEED EDI CALPAS-G GCQ	La terapia analítica grupal mejora la sintomatología del TCA. Dicha mejoría se hallaba en las pacientes con AN, los pacientes con BN no mostraban mejoría. Ser comprendido por el terapeuta potenciaba el proceso terapéutico.

Tabla 1
Resultados de la Revisión Sistemática (Diseño, Evaluación y Resultados de los Grupos) (Continuación)

Autor	Muestra	Objetivos	Tipo de grupo	Número de sesiones	Duración	Medidas	Resultados
Leirvåg et al. (2010)	N = 21 grupoanálisis N = 29 Conciencia corporal corporal	Comparar la terapia grupoanalítica y la terapia de conciencia corporal tras el ingreso diurno.	Cerrados	24 meses	90 minutos	GAF SCL-90 CIP	Ambas terapias obtienen una mejoría en la sintomatología psicológica. La terapia de conciencia corporal obtiene mejorías significativas.
Kähönen et al. (2012)	N = 25 analítico N = 24 psicodrama N = 28 control	Comprarse el desarrollo de la coherencia en las diferentes intervenciones.	Cerrados	16 sesiones	90 minutos	OLQ	El grupoanálisis obtiene mejores puntuaciones de coherencia que el grupo de psicodrama. A la vez, el grupo de psicodrama obtiene mejores puntuaciones que el grupo control.
Lo Coco et al. (2012)	N = 32	Predecir si la reducción de los síntomas estaba influenciada por la alianza grupal.	Cerrados	62 sesiones	90 minutos	CALPAS-G OQ-45.2	Una elevada alianza grupal se relacionaba con una mayor reducción de síntomas presentados. La falta alianza grupal no se relacionó con una menor reducción de síntomas.
Restek-Petrović et al. (2013)	N = 7	El efecto terapéutico para evocar los sueños en pacientes psicóticos.	Semi-abierto	50 sesiones	90 minutos	Descriptivo	La expresión y el análisis de los sueños mejoró el insight y su capacidad de un autoanálisis.
Restek-Petrović et al. (2014)	N = 30 Grupoanálisis N = 30 Control (tratamiento habitual, solo fármacos)	Comparar la mejoría del funcionamiento social de pacientes con trastornos psicóticos.	Cerrados	2 años	60 minutos	Cualitativo Instrumentos Ad-hoc de auto-evaluación y evaluación del terapeuta	Los pacientes del grupo mejoraron el funcionamiento social, acudieron al psiquiatra más veces y tuvieron 4 veces menos ingresos que el grupo control.
Levi et al. (2017)	N = 116	Identificar los beneficios terapéuticos en personas que sufren TEPT.	Cerrados	1 año	90 minutos	CAPS MADRS POAMS-TV DHS	Tras la intervención, se redujeron la sintomatología TEPT y la depresiva. Dicha mejoría se mantuvo a los 12 meses.
Sieradzki et al. (2017)	N = 139 trastornos de personalidad N = 110 neuróticos	Efecto de la terapia en la estructura de personalidad en una intervención a corto plazo.	Cerrados	12 semanas	-	EPQ-R	Los pacientes con neurosis muestran una leve pero no significativa mejoría en el neuroticismo. Los pacientes con trastornos de personalidad muestran mejoras en el neuroticismo y mejoran la extroversión. La escala de la mentira bajó en ambos grupos.
Kvarstein et al. (2017)	N = 77	Efectos a largo plazo de la intervención en pacientes con trastornos de personalidad.	Semi-abierto	Media de 75 sesiones, 1 por semana	90 minutos	MINI SCID-II SCL-90 IIP-C GSQ-S	Mejoría en la ansiedad, problemas interpersonales y ocupacionales. Requieren menos servicios de salud mental. Elevado abandono en los pacientes con trastorno límite de personalidad.
Sánchez-Morales et al. (2018)	N = 20	Analizar el efecto de la cohesión, la esperanza y la expresión emocional.	Abierto	-	60 minutos	Cualitativo. Análisis del discurso Glaser	Tras el grupo, mayor expresión emocional. Mejoría en la cohesión social al reducir el tiempo hablando de las normas.
Grah et al. (2019)	N = 30 familias	Explorar los cambios en la autoestima, la percepción de soledad y el cambio de mecanismos defensivos de familiares de pacientes psicóticos	Semi-abierto	18 semanas	90 minutos	RSE ULS-7 LSI	Se halla una mejoría estadísticamente significativa en la autoestima, los mecanismos defensivos y una reducción de la percepción de soledad.
Pousa et al. (2020)	No específica	El beneficio mediante la expresión escrita.	Abierto	1	60 minutos	Descriptivo	Mejoría en el insight en la identidad personal.

Tabla 1
Resultados de la Revisión Sistemática (Diseño, Evaluación y Resultados de los Grupos) (Continuación)

Autor	Muestra	Objetivos	Tipo de grupo	Número de sesiones	Duración	Medidas	Resultados
Equipo Lorentzen							
Lorentzen et al. (2002)	N = 69	Evaluar el cambio terapéutico a largo plazo.	Cerrado	32 sesiones	90 minutos	SCL-90 IIP-C GAF	Mejoría clínica en el ámbito personal, en el funcionamiento global y en el malestar de los síntomas. Las mejorías se mantienen durante el seguimiento.
Lorentzen, Hoglend (2004)	N = 69	Identificar las variables que pueden predecir los beneficios terapéuticos en grupos.	Cerrado	32 sesiones	90 minutos	IIP-C	El tiempo de terapia fue un factor predictivo positivo. Los problemas interpersonales y la frialdad se identificaron como factores negativos.
Bakali et al. (2010)	N = 70 Corto N = 78 Largo	La importancia de la cohesión y la alianza terapéutica en grupos de corta y larga duración.	Cerrado	Corto (20/semana) Largo (80/semana)	90 minutos	WAI-S TFI GCQ-S	La alianza terapéutica es importante durante todo el proceso. Los miembros eran los agentes más importantes para la alianza. La cohesión es importante a las fases intermedias.
Lorentzen et al. (2012)	N = 70 Corto N = 78 Largo	Existen diferencias entre la alianza terapéutica y la sensación de pertenencia en grupos cortos y grupos largos.	Cerrado	Corto (20/semana) Largo (80/semana)	90 minutos	SCID-II WAI-S GAF	La alianza y la sensación de pertenencia no se vieron influenciadas por la duración del grupo. Inicialmente los pacientes del grupo de larga duración puntuaban peor a los terapeutas con experiencia. Los grupos de corta duración creaban un vínculo y una orientación hacia la meta más rápido.
Lorentzen et al. (2013)	N = 77 Corto N = 90 Largo	Comparar los beneficios terapéuticos de una terapia a corto y otra a largo plazo.	Cerrado	Corto (20/semana) Largo (80/semana)	90 minutos	SCL-90 IIP-C	En ambos tratamientos se mejoró la sintomatología, los problemas interpersonales y el funcionamiento global. En el tratamiento a largo plazo se obtuvieron mayores mejorías que en la intervención a corto plazo.
Lorentzen et al. (2015a)	N = 64 Corto N = 52 Largo	Mayor mejoría terapéutica tras un tratamiento grupal largo, en comparación de uno corto.	Cerrado	Corto (20/semana) Largo (80/semana)	90 minutos	SCL-90 IIP-C	Los pacientes con TP mejoraban más en terapias de larga duración. Pacientes con TP, su mejoría era similar a los 3 años de tratamiento.
Lorentzen et al. (2015b)	N = 77 Corto N = 90 Largo	El cambio en el autoconcepto en intervenciones de corta y larga evolución.	Cerrado	Corto (20/semana) Largo (80/semana)	90 minutos	SASB	La intervención a corto plazo mejoraba la autonomía. La intervención a largo plazo mejoraba la autonomía y la afiliación, dado que mejoraban puntuaciones como autoculpa y autoataque.
Fjeldstad et al. (2016)	N = 77 Corto N = 90 Largo	Comparar eficacia de grupos de corta y larga duración con pacientes con trastornos de personalidad.	Cerrado	Corto (20/semana) Largo (80/semana)	90 minutos	SCL-90 IIP-C	Ambos tratamientos son efectivos, mejorando la gravedad de síntomas y las relaciones interpersonales. Los pacientes mostraron mayor cambio significativo en asertividad, explotable y cariñoso. El tratamiento largo obtiene más efectos a largo plazo.
Fjeldstad et al. (2017)	N = 77 Corto N = 90 Largo	Identificar diferencias en el patrón del cambio, según si la terapia es de corta o larga duración.	Cerrado	Corto (20/semana) Largo (80/semana)	90 minutos	IIP-C	No se hallan diferencias estadísticamente significativas entre la intervención a corto y largo plazo. La subescala de frialdad mejoró más en los primeros 6 meses en la intervención corta. Esta mejoría no es significativa.
Lorentzen et al. (2018)	N = 70 Corto N = 78 Largo	Comparar eficacia grupo a corto y largo plazo.	Cerrado	Corto (20/semana) Largo (80/semana)	90 minutos	MINI SCID-II SCL-90 IIP-C GAF TFI	Mejoría significativa en los síntomas y en las relaciones interpersonales. No diferencias entre grupos. La cohesión es un predictor de mejora.

Tabla 1
Resultados de la Revisión Sistemática (Diseño, Evaluación y Resultados de los Grupos) (Continuación)

Autor	Muestra	Objetivos	Tipo de grupo	Número de sesiones	Duración	Medidas	Resultados
Equipo de Kristensen							
Lau y Kristensen (2007)	N = 46 Grupoanálisis N = 44 Sistémica	Comparar el beneficio terapéutico de la terapia grupoanalítica y la sistémica en personas con antecedentes de abuso sexual.	Abierto	Grupo analítico: 12 meses Grupo sistémica: 5 meses Ambas semanales	Grupo analítico: 150 min Grupo sistémica: 300min	DIP-Q CSA-Q Registros de flashback GAF SCL-90 RCQ GLQ	Los pacientes incluidos en la terapia sistémica obtuvieron mejoras significativas en calidad de vida, menos sintomatología y mejor funcionamiento general.
Elkjaer et al. (2014)	N = 46 Grupoanálisis N = 44 Sistémica	Seguimiento el artículo de Lau y Kristensen (2007) de 1 año.	Abierto	-	Grupo analítico: 150 min Grupo sistémica: 300min	Registros de flashback GAF SCL-90 RCQ GLQ	Las mejorías de la terapia analítica se mantuvieron. Los beneficios de la terapia sistémica se redujeron. Al año, ambas terapias tienen el mismo beneficio terapéutico.
Elkjær et al. (2021)	N = 46 Grupoanálisis N = 44 Sistémica	Seguimiento el artículo de Lau y Kristensen (2007) de 5 años.	Abierto	-	Grupo analítico: 150 min Grupo sistémica: 300min	Registros de flashback GAF SCL-90 RCQ GLQ	Las mejorías de la terapia analítica se mantuvieron. Los beneficios de la terapia sistémica se redujeron. A los 5 años, ambas terapias tienen el mismo beneficio terapéutico.

Resultados

Los resultados muestran una elevada disparidad en las muestras, el diseño de la intervención y en las medidas de evaluación.

Muestras

El sumatorio de todos los pacientes que han sido incluidas en un programa de intervención de orientación grupoanalítica según la presente revisión sistemática sería de un total de 1326 personas.

En general el tamaño del grupo era de 4 a 12 personas, realizando intervenciones de grupos pequeños. No se ha hallado ningún estudio que realizase grupos grandes.

Analizando el tamaño de la muestra de los estudios por separado, podemos identificar 4 estudios con muestras muy pequeñas: $n = 4$ y $n = 5$ (Macdonald et al., 2003), $n = 6$ (Leal, 1966; Ohlmeier et al., 1973; Koch, 1983) y $n = 7$ (Wachtel et al., 1979; Restek-Petrović et al., 2013).

Los criterios de inclusión/exclusión eran muy dispares entre estudios. En un estudio se utiliza un tamaño de la población pequeña de reclutamiento, entre sus pacientes individuales (Lipshutz, 1952). En la mayoría de los estudios descriptivos, no se especifican los criterios de selección de los pacientes del grupo para participar al grupo, a excepción de pacientes provenientes de problemas de salud (Ohlmeier et al., 1973; Falck, 1996; Restek-Petrović et al., 2013).

Las edades de los participantes son poco homogéneas, presentado casi todos los estudios una muestra adulta, siendo sólo 2 estudios con pacientes menores de 18 años (Boulanger, 1959; Leal, 1966) y 2 con pacientes geriátricos (Steuer et al., 1984).

Diseño de los Estudios

La mayoría de los estudios han utilizado un formato de tipo cerrado ($n = 22$; 69%), uno ha utilizado el formato de apertura lenta

($n = 1$; 3%), el 16% ($n = 5$) han utilizado el formato abierto y el 12% restante ($n = 4$) el formato semi-abierto.

Los cuestionarios utilizados han sido muy dispares, utilizando diferentes cuestionarios autoadministrados en las investigaciones (ver Tabla 1).

También ha habido una gran disparidad en el número de sesiones que se han realizado en cada intervención. En los estudios se puede observar que el tiempo de la intervención oscila entre 5 sesiones y 10 años de intervención y en 3 estudios no especifican el tiempo en el que la intervención fue aplicada (Lipshutz; 1952; Koch, 1983; Sánchez-Morales et al. 2018).

La duración de cada sesión grupal también es diferente según el estudio presentado. La duración más utilizada han sido 90 minutos ($n = 20$; 63%), seguida de 60 minutos ($n = 4$; 12%), 75 minutos ($n = 2$; 6%) y, por último, 150 minutos ($n = 1$; 3%). En 5 estudios no se especifica el tiempo dedicado en cada sesión de intervención grupoanalítica (Leal, 1966; Koch, 1983; Vlastelica et al., 2003; Kurzweil, 2008; Sieradzki et al., 2017).

De los 32 estudios analizados, 19 utilizan una metodología cuantitativa (59%), 11 son descriptivos (35%) y dos son cualitativos (6%).

Estudios Cuantitativos

De los 19 estudios cuantitativos, 3 comparan el efecto del grupoanálisis en diferentes poblaciones y 4 comparan el grupoanálisis con otras orientaciones terapéuticas.

Los 3 estudios que aplican el grupoanálisis en diferentes poblaciones y con diferentes problemáticas son los siguientes: en primer lugar, el estudio de Macdonald et al. (2003) que comparan personas con dificultades de aprendizaje, delinquentes sexuales y mujeres. En todos los grupos se valora el poder hablar de temas emocionalmente intensos e identificarse con otros miembros del

grupo. En segundo lugar, el equipo de [Sieradzki et al. \(2017\)](#) compara la terapia grupoanalítica en pacientes con trastornos de personalidad y pacientes que tienen neurosis. Ambos grupos se muestran eficaces para mejorar la sintomatología de los pacientes. Finalmente, los estudios realizados por el grupo de [Lorentzen](#) comparan los beneficios terapéuticos de una intervención más corta (20 semanas) y una más larga (80 semanas, identificando que la intervención larga obtiene mejores resultados en la alianza terapéutica y cohesión ([Bakali et al., 2010](#)), en los problemas interpersonales y el funcionamiento en general ([Lorentzen et al., 2013](#)), y que los pacientes con trastornos de personalidad mejoraban más ([Lorentzen et al., 2015a](#)), tenían mejoras en la autonomía ([Lorentzen et al., 2015b](#)), en la asertividad y en ser más cariñosos ([Fjeldstad et al., 2016](#)).

De los 4 estudios restantes realizan una comparativa el grupoanálisis con otras orientaciones terapéuticas, el primer estudio fue el del equipo de [Steuer \(Steuer et al., 1984\)](#), donde comparaba la eficacia de la TCC y del grupoanálisis. En dicho estudio se puede observar como ambas terapias son efectivas, pero la TCC obtenía mejores resultados.

El equipo de [Kristensen](#) compara la efectividad del grupoanálisis con la terapia sistémica, observando que los pacientes incluidos en la terapia sistémica obtuvieron mejoras significativas en calidad de vida, menos sintomatología y mejor funcionamiento general ([Lau y Kristensen, 2007](#)). Este equipo hace un seguimiento de 1 y 5 años, observando que los beneficios de la terapia grupoanalítica se mantienen a los 5 años, en cambio, el beneficio de la terapia sistémica decrece. Por lo que, en los seguimientos, no se pueden observar diferencias significativas entre ambas terapias ([Elkjaer et al., 2014](#); [Elkjaer et al., 2021](#)).

También se comparó el grupoanálisis con la consciencia corporal, observando que la consciencia corporal obtiene mejores resultados que el grupoanálisis ([Leirvåg et al., 2010](#)). Al comparar el grupoanálisis con el psicodrama y con un grupo control, el grupoanálisis obtiene mejores puntuaciones de coherencia que el grupo que aplica el psicodrama. Así mismo, el grupo de psicodrama obtiene mejores puntuaciones que el grupo control ([Kähönen et al., 2012](#)).

En los estudios restantes cuantitativos se observa un beneficio terapéutico del grupoanálisis en la autoestima ([Koch, 1983](#)), mejoría psíquica y física en pacientes con artritis reumatoide y síndrome de Sjögren ([Poulsen, 1991](#)), cambios narrativos en los conflictos de pareja ([Staats et al., 1998](#)), reducción de los mecanismos de defensa más primarios así como menor sintomatología psicológica ([Vlastelica et al., 2005](#)), mayor conexión interpersonal, mayor bienestar general y mayor bienestar en las relaciones interpersonales en personas que sufrían depresión post parto ([Kurzweil, 2008](#)), mejoría en pacientes con anorexia nerviosa ([Prestano et al., 2008](#)), reducción de la sintomatología del Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) y sintomatología depresiva ([Levi et al., 2017](#)), mejoría en personas que sufren un trastorno de personalidad, percibiendo una reducción de la ansiedad y una mejoría de las relaciones interpersonales ([Kvarstein et al., 2017](#)), una mejoría en la autoestima y una reducción de la percepción de soledad en pacientes que sufren un trastorno psicótico ([Grah et al., 2019](#)).

En la presente revisión sistemática se han incluido estudios, cuya hipótesis es más exploratoria pero que también han aplicado una intervención grupoanalítica. El estudio elaborado por [Sachse](#)

y [Strauss \(2002\)](#) quería identificar si el estilo de apego de cada persona influye en el resultado del grupo, observando que las personas con un apego tipo ansioso-ambivalente mostraban más mejorías terapéuticas, menor número e intensidad de los síntomas y mayor introspección. En cambio, las personas con apego evitativo tendían a mostrar menos conductas altruistas, menor capacidad de identificarse con la narrativa del otro, presentaban menor presencia emocional en el grupo y una menor percepción del sufrimiento.

Otro estudio de índole exploratorio tuvo como objetivo identificar si la reducción de la sintomatología psicopatológica mediante la aplicación de una intervención grupoanalítica estaba influenciada por la alianza grupal ([Lo Coco et al., 2012](#)). Los resultados de dicha investigación identifican que una elevada alianza grupal se correlacionaba con una mayor reducción de síntomas presentados. En cambio, esta relación no aparecía cuando no había alianza grupal, dado que una falta de ésta no se relacionó con una menor reducción de síntomas.

Estudios Descriptivos

11 estudios del análisis son descriptivos.

El primer estudio descriptivo que se ha identificado es de 1952, por el profesional [Lipshutz](#). La hipótesis de investigación fue valorar la mejoría de los pacientes que estaban en una intervención individual, a fin de valorar los efectos de la terapia grupoanalítica. Se observó que, en el transcurso del grupo, las defensas de la psique se reducían y flexibilizaban, facilitando el material asociativo y una transferencia más sana.

A destacar un estudio descriptivo que compara el efecto incluir más expresiones en primera persona del plural (nosotros) en el grupo experimental de tipo grupoanálisis con el grupo control (grupoanálisis) ([Munzer, 1964](#)). Es uno de los primeros estudios registrados del grupoanálisis, éste es descriptivo y compara dos grupos.

A nivel descriptivo, se han identificado diferentes mejorías al aplicar la terapia grupoanalítica: mejoría de los rasgos neuróticos, menores dolores de cabeza, tics y vómitos ([Boulanger, 1959](#)), mejor adaptabilidad y un buen funcionamiento en la sociedad ([Dick, 1975](#)).

En un estudio donde la muestra eran niñas con problemas escolares y de conducta se observa una mejoría en el absentismo, en el razonamiento abstracto, en la aceptación de la responsabilidad y la autoridad y mayor independencia ([Leal, 1966](#)). En pacientes que han sufrido un infarto de miocardio se observa que tras la intervención grupoanalítica presentan una menor cantidad de regresiones, y una mejora respecto al miedo relacionado con la pérdida de identidad y a la despersonalización ([Ohlmeier et al., 1973](#)).

Finalmente, un estudio exploratorio quiere analizar el efecto de visionar las sesiones grupales grabadas. Aunque en grupo que visualizaba las sesiones tenía un incremento de sintomatología, sentían que era beneficioso visualizar las grabaciones, dado que potenciaban la reflexión y la cohesión grupal ([Wachtel et al., 1979](#)).

Estudios Cualitativos

Tras la revisión sistemática, únicamente se han encontrado 2 estudios cualitativos.

Por un lado, el equipo de [Restek-Petrović et al. \(2014\)](#) comparó los beneficios terapéuticos de aplicar el grupoanálisis en

pacientes que sufren un trastorno psicótico en comparación con el tratamiento farmacológico habitual. En este estudio se observa cómo el grupoanálisis mejora el funcionamiento social de pacientes con dicha problemática.

Otro estudio analiza el efecto de la cohesión social, la percepción de la esperanza y la expresión emocional en el grupo. Los resultados muestran que tras la intervención aparece una mejor cohesión social, observado en cómo los componentes del grupo dedican menos tiempo para hablar de las propias normas grupales y dialogan más de sus problemas (Sánchez-Morales et al., 2018).

Discusión

La presente revisión sistemática tiene como objetivo realizar una búsqueda exhaustiva de los estudios publicados que aplicaron la orientación grupoanalítica a fin de identificar los estudios publicados hasta la fecha. Tras el análisis de los artículos encontrados, se seleccionan al final un total de 43 artículos.

Búsqueda Bibliográfica

La identificación de los estudios fue la primera complicación. Se utilizaron criterios de búsqueda de las bases teóricas muy amplios, al incluir el concepto de “psicoterapia grupal” y “grupo de terapia psicodinámico”. Al buscar únicamente grupoanálisis, los artículos que se hallaban eran escasos. Por ello, en una búsqueda amplia se añadieron muchos artículos de diferentes orientaciones. Se decidió no acotar más la búsqueda debido a que muchas de las investigaciones incluidas en el estudio no especificaban exactamente la utilización del grupoanálisis como orientación terapéutica. En vez de explicitarlo, las investigaciones utilizan la teoría basada en los conceptos de Foulkes o Bion, o describen la terapia grupoanalítica sin nombrarla. La omisión de la orientación teórica en los artículos dificulta la identificación y la selección de estudios relevantes para la presente revisión sistemática. En primeros estudios de la segunda década del siglo XX sí que especificaban la palabra grupoanálisis, pudiendo generar la ilusión de que los estudios grupoanalíticos son antiguos cuando el más reciente es del 2021 (Elkjær et al., 2021).

La aplicación de la orientación grupoanalítica está más extendida de lo que aparentemente se puede identificar en las búsquedas bibliográficas utilizadas. El motivo principal es que el concepto “grupoanálisis” no se especifica en el título de los trabajos ni en las palabras clave. Ello supone una invisibilización de dicha orientación en los estudios publicados.

Comparación del Grupoanálisis con Otras Orientaciones

Se identifican 4 estudios que comparan la efectividad del grupoanálisis con otra orientación terapéutica. Uno de ellos compara la TCC con el grupoanálisis (Steuer et al., 1984). En este estudio se comparan los beneficios terapéuticos de ambos tratamientos ante la sintomatología depresiva en una población geriátrica. Ambos tratamientos reducen la sintomatología ansiosa y depresiva, no obstante, la TCC obtiene mejores resultados en relación a la sintomatología depresiva. Con este estudio no se puede afirmar que la TCC tenga mejores resultados que la orientación grupoanalítica. Dado que únicamente halla un estudio, el número de muestra es muy bajo (10 participantes/grupo) y la población es muy específica (pacientes geriátricos con depresión), sólo se puede afirmar que en

ese estudio hubo mejoras. No se incluyeron medidas a largo plazo. El equipo de Kristensen (Lau y Kristensen, 2007) compara los beneficios terapéuticos de la orientación grupoanalítica y sistémica en una muestra de 90 (46 y 44 participantes, respetivamente). La muestra es específica, centrándose en pacientes que han sufrido abusos sexuales. La comparativa de ambas orientaciones tiene limitaciones muy importantes en la metodología, dado que en la orientación grupoanalítica el tratamiento es de 12 meses, con un tiempo de sesión de 150 minutos, y en cambio, en la orientación sistémica, el tratamiento dura 5 meses y el tiempo de las sesiones es de 300 minutos. Se asume que el tiempo de tratamiento es el mismo, pero la distribución es diferente, pudiendo interferir en la interpretación de los resultados. Los resultados de dicha investigación indican que los pacientes incluidos en la terapia de orientación sistémica obtuvieron mejoras significativas en las escalas de la calidad de vida, menor sintomatología psicopatológica y mejor funcionamiento general (Lau y Kristensen, 2007). Al analizar el efecto de la intervención a largo plazo, se observa que tanto al año como a los 5 años, el efecto terapéutico de la orientación sistémica se reduce, en cambio, el efecto terapéutico del grupoanálisis se mantiene (Elkjaer et al., 2014; Elkjaer et al., 2021). Dada la diferente metodología utilizada, no pueden atribuirse las diferencias únicamente a las orientaciones terapéuticas, teniendo que tener en cuenta los resultados por separado. Un dato relevante a tener en cuenta de dicha investigación es que la efectividad del grupoanálisis se mantuvo durante los 5 años de seguimiento.

Otro estudio a destacar es la comparación entre el grupoanálisis y la conciencia corporal (Leirvåg et al., 2010). En dicho estudio se compara el grupoanálisis con la orientación de la Gestalt en pacientes graves que han estado en ingreso diurno. Tras 24 meses de terapia, tanto el grupo grupoanalítico ($n = 21$) como el grupo de conciencia corporal ($n = 29$) obtienen mejorías en las diferentes escalas de sintomatología psicopatológica. No obstante, la terapia de conciencia corporal obtiene mejorías significativas con respecto a la terapia grupoanalítica.

Finalmente, otro estudio relevante de esta índole es cuando se compara el grupoanálisis ($n = 25$) con el psicodrama ($n = 24$) y un grupo control ($n = 28$) (Kähönen et al., 2012). Tras 16 sesiones de terapia, tanto el grupoanálisis como el psicodrama obtienen mejorías significativas en la coherencia. El grupoanálisis obtiene mejores puntuaciones que el psicodrama y el grupo control. La muestra de este estudio era población más general, siendo su objetivo la coherencia, la cual se relaciona con la capacidad de una persona para mantener una identidad y un sentido de sí mismo que sea estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. En dicho estudio no se obtienen puntuaciones de si las personas mantenían algún sufrimiento psicológico o no.

Ausencia del Grupo Grande

Tras la revisión sistemática, no se ha identificado ningún estudio científico que haya formado un grupo grande. El grupo grande es una configuración terapéutica de generalmente más de 20, en un ambiente abierto y menos estructurado que las sesiones de terapia de grupo pequeño (De Maré, 2010).

Revisando la bibliografía existente, los grupos grandes se han aplicado en la salud mental como una alternativa a la hospitalización tradicional, especialmente para pacientes en crisis con sintomatología

aguda, con el objetivo de brindar contención, acompañamiento y transformación ante situaciones personales y familiares patógenas (Ayerra, 2019). En una búsqueda más específica en las bases de datos anteriormente utilizadas (PsychINFO, PubMed, Scielo y PubPsych) y con los criterios de búsqueda siguientes: “group analytic” AND “treatment” AND “multifamiliar”, no se encuentra ningún estudio que relaciona el grupoanálisis con el tratamiento multifamiliar.

Estudios con Metodología Adecuada

La mayoría de los estudios identificados presentan una muestra y/o metodología poco sólida que dificulta la interpretación de los resultados. En cambio, los estudios del equipo Lorentzen (añadir referencia) utilizan una muestra elevada de un total de 167 personas y una metodología robusta, por lo que se atribuye el efecto a la intervención grupoanalítica (Bakali et al., 2010; Lorentzen et al., 2013; Lorentzen et al., 2015a; Lorentzen et al., 2015b; Fjeldstad et al., 2016). La intervención breve de 12 semanas en pacientes con problemas neuróticos y que sufren trastornos de personalidad también obtuvo mejoras significativas en la escala de neuroticismo (Sieradzki et al., 2017). La muestra de dicho estudio era de 249 pacientes.

Así mismo, el trabajo de Kvarstein et al. (2017) también es un trabajo metodológicamente consistente, incluyendo 77 participantes con problemas de personalidad y tras 75 sesiones se evaluaba la efectividad de la terapia, en la cual se observó que aparecía una mejoría en la sintomatología ansiosa, menor conflictos interpersonales y ocupacionales y dichos pacientes requerían menos servicios de salud mental.

El equipo de Levi (Levi et al., 2017) también muestra unos criterios metodológicos adecuados, incluyendo 116 pacientes, mostrando beneficios terapéuticos importantes del grupoanálisis en el TEPT, reduciendo significativamente la sintomatología.

Finalmente, el último estudio con una buena metodología es en pacientes que sufren artritis reumatoide y síndrome de Sjögren (Poulsen, 1991). Tras el tratamiento, obtienen una leve mejoría física y psíquica, la cual no se considera significativa, pero sí obtienen una mejoría en la alexitimia. Dicha intervención se aplicó a 46 pacientes en un transcurso de 12 sesiones de intervención.

Perspectivas Futuras

Tras el análisis de todos los artículos hallados en la presente revisión sistemática, se observa una gran variedad en los estudios, no hay homogeneidad en la frecuencia de las sesiones, en el tiempo de las mismas, la tipología de grupo, la población y los criterios de inclusión y exclusión, aunque únicamente 4 estudios tienen una metodología adecuada, no se puede concluir que sea una terapia eficaz. Aun así, pensar que el grupoanálisis no tiene efectividad porque no hay suficientes estudios con evidencia científica es un error.

Dichos resultados nos indican la necesidad en tener que incrementar las publicaciones en el ámbito del grupoanálisis, aplicando una metodología común y consistente para poder atribuir los resultados obtenidos a la intervención, valorar la eficacia y comparar con otras orientaciones terapéuticas.

Inicialmente, sería necesario aplicar una metodología común para el grupoanálisis, delimitando la aplicabilidad del grupo, determinando

el tiempo de las sesiones, la frecuencia, el número de sesiones y los cuestionarios administrados. La finalidad sería aumentar la muestra analizada, siendo enriquecedor un estudio multicéntrico, permitiendo analizar una muestra amplia que permitirían calcular análisis estadísticos más robustos. Sería interesante también analizar dichas variables mediante los análisis multinivel (Sáez, 2001; Zunzunegui et al., 2004; Tasca et al., 2009).

En conclusión, el análisis de las investigaciones en conjunto muestra una gran disparidad de estudios que utilizan el grupoanálisis, no permitiendo hacer una comparativa entre estudios. Se hallan pocos estudios que apliquen dicha orientación, dado que, en toda la bibliografía analizada, únicamente se incluyen 43 estudios. A excepción de 4 estudios, la metodología utilizada en la mayoría de las investigaciones es cuestionable. En investigaciones futuras, sería interesante elaborar una metodología común, pudiendo ser aplicada por diferentes profesionales de diferentes centros, así se podría cuantificar el beneficio terapéutico del grupoanálisis. Empero, según los datos obtenidos en la presente revisión sistemática, se puede concluir que la aplicación del grupoanálisis en diferentes poblaciones, de edades muy dispares, y con diferentes problemas médicos o psicológicos, tiene unos beneficios clínicamente relevantes.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Referencias

- Ayerra, J. M. (2019). El grupo multifamiliar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 205-221. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000200011>
- Bakali, J. V., Wilberg, T., Hagtvet, K. A., y Lorentzen, S. (2010). Sources accounting for alliance and cohesion at three stages in-group psychotherapy: Variance component analyses. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(4), 368-383. <https://doi.org/10.1037/a0019170>
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., y Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965-982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Bernejo, F. S. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en psicoanálisis*. Herder Editorial.
- Boulanger, J. B. (1959). Analytic psychotherapy of a group of pre-adolescents; preliminary report. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 4(1), 22-23. <https://doi.org/10.1177/070674375900400107>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., y Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700-707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>
- Davanzo, H., y González, S. (1998). An analytic group psychotherapy session: Interpretations and hidden texts. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48(3), 347-361. <https://doi.org/10.1080/00207284.1998.11491549>
- De Maré, P. (2010). *Textos escogidos. La historia del grupo grande y sus fenómenos en relación con la psicoterapia de grupo Grupoanalítica*. Cegaop Press.

- Dick, B. M. (1975). A ten-year study of out-patient analytic group therapy. *Br J Psychiatry*, 127, 365-375. <https://doi.org/10.1192/bjp.127.4.365>
- Elkjær, H. K., Lau, M., Mortensen, E. L., Kristensen, E., y Poulsen, S. (2021). Psychodynamic and systemic group treatment for women with a history of childhood sexual abuse: five-year follow-up of a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1855887. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1855887>
- Elkjaer, H., Kristensen, E., Mortensen, E. L., Poulsen, S., y Lau, M. (2014). Analytic versus systemic group therapy for women with a history of child sexual abuse: 1-Year follow-up of a randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(2), 191-208. <https://doi.org/10.1111/papt.12011>
- Escudero, G. G., y Zafra, M. R. (2022). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139-148. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1127>
- Falck, H. R. (1996). Psychoanalytic group therapy in the treatment of severe psychosomatic dysfunctions-experiences since 1981. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 17(4), 235-237. <https://doi.org/10.3109/01674829609025688>
- Fjeldstad, A., Høglend, P., y Lorentzen, S. (2016). Presence of personality disorder moderates the long-term effects of short-term and long-term psychodynamic group therapy: A 7-year follow-up of a randomized clinical trial. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 20(4), 294-309. <https://doi.org/10.1037/gdn0000055>
- Fjeldstad, A., Høglend, P., y Lorentzen, S. (2017). Patterns of change in interpersonal problems during and after short-term and long-term psychodynamic group therapy: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 27(3), 350-361. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1102357>
- Foulkes, S. H., y Anthony, E. J. (2006). *Psicoterapia de grupo: El enfoque psicoanalítico*. Cegaop Press.
- Grah, M., Restek-Petrović, B., Kezić, S., Jelavić, S., y Lukačić, T. (2019). Changes in the long-term psychodynamic group psychotherapy in family members of persons with psychotic disorders. *Psychiatria Danubina*, 31(2), 185-189. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31158120/>
- Kähönen, K., Näätänen, P., Tolvanen, A., y Salmela-Aro, K. (2012). Development of sense of coherence during two group interventions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(6), 523-527. <https://doi.org/10.1111/sjop.12020>
- Koch, H. C. H. (1983). Correlates of changes in personal construing of members of two psychotherapy groups: Changes in affective expression. *British Journal of Medical Psychology*, 56(4), 323-327. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1983.tb01564.x>
- Kurzweil, S. (2008). Relational-developmental Therapy Group for postnatal depression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(1), 17-34. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2008.58.1.17>
- Kvarstein, E. H., Nordviste, O., Dragland, L., y Wilberg, T. (2017). Outpatient psychodynamic group psychotherapy—outcomes related to personality disorder, severity, age and gender. *Personality and Mental Health*, 11(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/pmh.1352>
- Lau, M., y Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 96-104. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00977.x>
- Leal, M. R. (1966). Group-Analytic Play Therapy with. *The International Journal of Group Psychotherapy*, 16(1), 58-64. <https://doi.org/10.1080/00207284.1966.11642900>
- Leirvåg, H., Pedersen, G., y Karterud, S. (2010). Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: Body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2), 115-122. <https://doi.org/10.3109/08039480903487525>
- Levi, O., Shoval-Zuckerman, Y., Fruchter, E., Bibi, A., Bar-Haim, Y., y Wald, I. (2017). Benefits of a psychodynamic group therapy (PGT) model for treating veterans with PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1247-1258. <https://doi.org/10.1002/jclp.22443>
- Lindgaard, T., Berg, M., y Andersson, G. (2020). Efficacy of internet-delivered psychodynamic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychodynamic Psychiatry*, 48(4), 437-454. <https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.4.437>
- Lipshutz, D. M. (1952). Psychoanalytic group therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 22(4), 718-737. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1952.tb01976.x>
- Lo Coco, G., Gullo, S., y Kivlighan Jr, D. M. (2012). Examining patients' and other group members' agreement about their alliance to the group as a whole and changes in patient symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 197-207. <https://doi.org/10.1037/a0027560>
- Lorentzen, S., y Høglend, P. (2004). Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(1), 25-35. <https://doi.org/10.1159/000074437>
- Lorentzen, S., Bakali, J. V., Hersoug, A. G., Hagtvet, K. A., Ruud, T., y Høglend, P. (2012). Psychodynamic group psychotherapy: Impact of group length and therapist professional characteristics on development of therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 420-433. <https://doi.org/10.1002/cpp.758>
- Lorentzen, S., Bøgwald, K. P., y Høglend, P. (2002). Change during and after long-term analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52(3), 419-429. <https://doi.org/10.1521/ijgp.52.3.419.45511>
- Lorentzen, S., Fjeldstad, A., Ruud, T., Marble, A., Klungsøyr, O., Ulberg, R., y Høglend, P. A. (2015b). The effectiveness of short-and long-term psychodynamic group psychotherapy on self-concept: three years follow-up of a randomized clinical trial. *International Journal of Group Psychotherapy*, 65(3), 362-385. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2015.65.3.362>
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., y Høglend, P. (2013). Comparison of short-and long-term dynamic group psychotherapy: Randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 203(4), 280-287. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113688>
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., y Høglend, P. A. (2015a). Personality disorder moderates outcome in short-and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 129-146. <https://doi.org/10.1111/bjc.12065>
- Lorentzen, S., Strauss, B., y Altmann, U. (2018). Process-outcome relationships in short-and long-term psychodynamic group psychotherapy: Results from a randomized clinical trial. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 22(2), 93. <https://doi.org/10.1037/gdn0000084>
- Macdonald, J., Sinason, V., y Hollins, S. (2003). An interview study of people with learning disabilities' experience of, and satisfaction with, group analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(4), 433-453. <https://doi.org/10.1348/147608303770584764>
- McRoberts, C., Burlingame, G. M., y Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic

- perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2), 101. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.2.2.101>
- Munzer, J. (1964). The effect on analytic therapy groups of the experimental introduction of special "warm-up" procedures during the first five sessions. *International Journal of Group Psychotherapy*, 14(1), 60-71. <https://doi.org/10.1080/00207284.1964.11642722>
- Ohlmeier, D., Karstens, R., y Köhle, K. (1973). Psycho-analytic group interview and short-term group psychotherapy with post-myocardial infarction patients. *Psychopathology*, 6(4), 240-249. <https://doi.org/10.1159/000283278>
- Poulsen, A. (1991). Psychodynamic, time-limited group therapy in rheumatic disease—a controlled study with special reference to alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(1-2), 12-23. <https://doi.org/10.1159/000288525>
- Pousa, V., Pereda, M., y Paniagua, I. M. (2020). Lectura grupoanalítica de un taller de escritura creativa: la escritura como vehículo de interconexión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 55-66. <https://doi.org/10.4321/s0211-573520200020004>
- Prestano, C., Coco, G. L., Gullo, S., y Verso, G. L. (2008). Group analytic therapy for eating disorders: Preliminary results in a single-group study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(4), 302-310. <https://doi.org/10.1002/erv.871>
- Restek-Petrović, B., Gregurek, R., Petrović, R., Orešković-Krezler, N., Mihanović, M., y Ivezic, E. (2014). Social functioning of patients with psychotic disorders in long-term psychodynamic group psychotherapy: preliminary research. *Psychiatra Danubina*, 26(2), 122-126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24909248/>
- Restek-Petrović, B., Orešković-Krezler, N., Grah, M., Mayer, N., Bogović, A., y Mihanović, M. (2013). Dreams and fantasies in psychodynamic group psychotherapy of psychotic patients. *Psychiatra Danubina*, 25(2), 300-304. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23995198/>
- Ribé, J. (2021). *Técnica en psicoterapia analítica grupal. Experiencia desde la asistencia pública*. Barcelona: Herder.
- Sachse, J., y Strauss, B. (2002). Attachment characteristics and psychotherapy outcome following inpatient psychodynamic group treatment. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(3-4), 134-140. <https://doi.org/10.1055/s-2002-24959>
- Sáez, M. (2001). El problema de las medidas repetidas. Análisis longitudinal en epidemiología. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 347-352. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71579-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71579-8)
- Sala, A. (2020). Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 241, 63-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7976181>
- Sala, A. (2023). Implementación y adaptación de la terapia multifamiliar en la psicosis incipiente. *Clinica Contemporánea*, 14(1), Artículo e4. <https://doi.org/10.5093/cc2023a4>
- Sánchez-Morales, L., Eiroa-Orosa, F. J., Valls Llagostera, C., González Pérez, A., y Alberich, C. (2018). From feelings of imprisonment to group cohesion: A qualitative analysis of group analytic psychotherapy with dual diagnosed patients admitted to an acute inpatient psychiatric unit. *Psychotherapy Research*, 28(3), 433-445. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216623>
- Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., y Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 29(4), 415-431. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168>
- Şen, E. T., Hocaoglu, A., y Berk, Ö. S. (2019). Group psychotherapy with fibromyalgia patients: A systematic review. *Archives of Rheumatology*, 34(4), 476. <https://doi.org/10.5606/ArchRheumatol.2019.6801>
- Sieradzki, A., Szechiński, M., y Małyszczak, K. (2017). The effects of short-term group psychodynamic psychotherapy on the personality traits of patients treated in a day ward. *Psychiatria Polska*, 51(4), 633-646. <https://doi.org/10.12740/PP/65270>
- Staats, H., May, M., Herrmann, C., Kersting, A., y König, K. (1998). Different patterns of change in narratives of men and women during analytical group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48(3), 363-380. <https://doi.org/10.1080/00207284.1998.11491550>
- Steuer, J. L., Mintz, J., Hammen, C. L., Hill, M. A., Jarvik, L. F., McCarley, T., Motoike, P., y Rosen, R. (1984). Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 180. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.2.180>
- Sunyer, J. M. (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Sunyer, J.M. (Coord.). (2020). *Experiencias grupoanalíticas. Aportaciones desde la práctica*. Madrid: viveLibro.
- Tasca, G. A., Illing, V., Joyce, A. S., y Ogrodniczuk, J. S. (2009). Three-level multilevel growth models for nested change data: A guide for group treatment researchers. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 453-461. <https://doi.org/10.1080/10503300902933188>
- Temeloğlu Şen, E., y Hocaoglu Uzunkaya, A. A. (2020) Mixed Method Evaluation of Cognitive Behavioral Group Psychotherapy Based Relaxation in Patients Diagnosed with Fibromyalgia Syndrome. <http://161.9.143.160:8080/handle/20.500.12627/1366>
- Vlastelica, M., Jurčević, S., y Zemunik, T. (2005). Changes of defense mechanisms and personality profile during group analytic treatment. *Collegium Antropologicum*, 29(2), 551-558. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16417160/>
- Vlastelica, M., Pavlović, S., y Urlić, I. (2003). Patients' ranking of therapeutic factors in group analysis. *Collegium Antropologicum*, 27(2), 779-788. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14746171/>
- Wachtel, A. B., Stein, A., y Baldinger, M. (1979). Dynamic implications of videotape recording and playback in analytic group psychotherapy: Paradoxical effect on transference resistance. *International Journal of Group Psychotherapy*, 29(1), 67-85. <https://doi.org/10.1080/00207284.1979.11491653>
- Zhang, Q., Yi, P., Song, G., Xu, K., Wang, Y., Liu, J., Chen, Z., Zhang, H., Ma, L., y Liu, W. X. (2022). The efficacy of psychodynamic therapy for social anxiety disorder: a comprehensive meta-analysis. *Psychiatry Research*, 114403. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114403>
- Zunzunegui, M. V., García de Yébenes, M. J., Forster, M., Aguilar Conesa, M. D., Rodríguez Laso, A., y Otero, Á. (2004). Aplicaciones de los modelos multinivel al análisis de medidas repetidas en estudios longitudinales. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 177-188. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000200005

Artículo

La Terapia de Poesía Como Tratamiento Psicológico: Un Metaanálisis

Daniel Rodríguez-Rodríguez 

Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Europea de Canarias (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 10-02-2024
Aceptado: 02-05-2025

Palabras clave:

Eficacia
Poema
Psicología
Salud mental
Tratamiento

RESUMEN

El desarrollo de la terapia de poesía ha experimentado en las últimas décadas un gran crecimiento. Ningún metaanálisis ha evaluado los efectos de esta terapia, por lo que se plantea como objetivo la realización de un metaanálisis que determine si la aplicación de la terapia de poesía conlleva un efecto significativo en el bienestar psicológico. Se utilizaron bases de datos que permitieran localizar estudios de intervenciones con terapia de poesía que contasen con grupo experimental y control. Se incluyeron 7 estudios con 14 comparaciones y 377 participantes. El tamaño de efecto global fue $g = -1.12$, con un intervalo de confianza del 95% de $-1.72 \sim -.53$, con una heterogeneidad elevada. Esto es indicativo de la relevancia de la terapia de poesía para la reducción de síntomas contrarios al bienestar emocional. Se encontraron efectos significativos de variables moderadoras. No se encontró sesgo de publicación. Los resultados permiten que se pueda considerar el uso de la terapia de poesía como una modalidad de intervención psicológica para personas que requieran mejorar su salud mental.

Poetry Therapy as a Psychological Treatment: a Meta-Analysis

ABSTRACT

The development of poetry therapy has experienced significant growth in recent decades. No meta-analysis has evaluated the effects of poetry therapy as a psychological treatment, so the main objective of this study is to conduct a meta-analysis to determine whether the application of poetry therapy has a significant effect on the psychological well-being of individuals undergoing this treatment. Databases were used to locate empirical studies of poetry therapy interventions with experimental and control groups. Random effects models were used for analysis. Seven studies with 14 comparisons and 377 participants were included. The overall effect size was $g = -1.12$, with a 95% confidence interval of $-1.72 \sim -.53$, with high heterogeneity. This indicates the relevance of poetry therapy for reducing symptoms contrary to emotional well-being. Significant moderator variable effects were found. No publication bias was found. The results allow us to consider the use of poetry therapy as a modality of psychological intervention for people who need to improve their mental health.

Keywords:

Efficacy
Poem
Psychology
Mental health
Treatment

Introducción

El desarrollo de la terapia de poesía ha experimentado un crecimiento significativo a nivel global, con una amplia representación internacional de autores y programas clínicos tanto a nivel individual como grupal en diversos países, como Alemania, Australia, Canadá, Corea, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Irán, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Lituania, Nigeria, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Rusia y Suecia (Bergqvist y Punzi, 2020; Karpova et al., 2018; Mazza, 2018).

Inicialmente concebida como una forma de biblioterapia, la terapia de poesía ha evolucionado hacia un campo independiente que incorpora el uso de poemas, la biblioterapia, la terapia narrativa y la terapia basada en el diario (Lorenz, 2020). Es fundamental mantener presente que, si bien algunos poemas producidos en el contexto terapéutico pueden poseer un alto mérito artístico, la mayoría no ostenta esta cualidad. No obstante, este aspecto carece de relevancia, ya que lo crucial radica en la manera en que la obra poética sirve como instrumento terapéutico (Olson-McBride, 2012). Por consiguiente, el énfasis recae no en el poema en sí mismo ni en su calidad o universalidad, sino en la persona que se ve impactada por la experiencia poética.

En lo que respecta al ámbito de aplicación, la terapia de poesía se ha extendido de manera significativa, abarcando una diversidad de poblaciones y problemáticas. Ha demostrado su eficacia tanto en contextos individuales como grupales, así como en diversos entornos terapéuticos y educativos. Esta amplitud de aplicación ha contribuido a su reconocimiento como una modalidad terapéutica versátil y altamente adaptable (Matalon, 2023). La terapia de poesía representa un campo en desarrollo y expansión, enriquecido por la diversidad de enfoques teóricos y prácticos que contribuyen a su evolución y consolidación como disciplina terapéutica (Rolfs, 2023). Fernández-Álvarez et al. (2016) identificaron la existencia de cuatro modelos teóricos fundamentales que sustentan la praxis de la terapia de poesía: el psicodinámico, el cognitivo-conductual, el humanista y el sistémico.

Los elementos intrínsecos de la terapia de poesía han sido implementados a través de diversos enfoques en un amplio espectro de contextos terapéuticos. Un modelo destacado de enfoque terapéutico, denominado Modelo de Práctica de Terapia de Poesía RES, fue inicialmente formulado por Mazza (2003) y posteriormente actualizado (Mazza y Hayton, 2013). Este modelo proporciona un marco que abarca la utilización diferenciada de técnicas poéticas para una amplia gama de personas. Consta de tres componentes esenciales. (R) Receptivo/Prescriptivo: Este componente se centra en la introducción de la literatura en la práctica terapéutica. Su objetivo principal es presentar al paciente obras poéticas con el propósito de validar sus emociones, fomentar el intercambio de experiencias y, en el contexto de terapias grupales, propiciar debates constructivos. (E) Expresivo/Creativo: se involucra a la persona en la producción escrita como parte integral de la terapia. Se alienta a que se exprese a través de la poesía, brindándole la oportunidad de comunicar sus emociones y pensamientos de manera creativa. (S) Simbólico: este componente abarca el uso de metáforas, rituales y narrativas simbólicas. Su enfoque principal radica en permitir que los símbolos faciliten el afrontamiento de situaciones que han resultado desafiantes o traumáticas para el paciente. Asociadas a cada uno de estos componentes, suelen establecerse o prescribirse

una serie de prácticas o técnicas que el profesional de la psicología debe seleccionar de acuerdo con la coherencia con los límites profesionales, el propósito, el momento y la idoneidad (Mazza y Hayton, 2013).

La poesía, en su naturaleza intrínseca, proporciona un marco seguro y propicio que permite a las personas explorar, experimentar y confrontar sentimientos que, de otra manera, podrían ser evitados, negados o relegados al olvido. La utilización de la escritura poética, en particular, va más allá de expresar meramente sentimientos; implica también la expresión de motivaciones, deseos, necesidades, pensamientos y una gama amplia de procesos internos (Hunter y Sanderson, 2007). Diversos estudios han destacado los beneficios terapéuticos inherentes a la poesía en diversas circunstancias y con variados grupos poblacionales. Esto abarca desde personas que experimentan restricciones internas por cuestiones de salud física (Slaughter y Brummel, 2019) hasta individuos que buscan terapia individual o grupal para abordar patologías psicológicas específicas (Brillantes-Evangelista, 2013).

Tras realizarse un minucioso examen de la literatura especializada, se ha constatado que hasta el momento no se han divulgado metaanálisis relativos a la eficacia de la terapia de poesía en el ámbito del tratamiento psicológico. En consecuencia, el propósito primordial de este estudio es determinar si la aplicación de la terapia de poesía conlleva un efecto significativo en el bienestar psicológico de las personas bajo este tratamiento.

Método

Se realizó una revisión de la literatura de acuerdo con la Declaración PRISMA. Para el tratamiento de los datos se utilizó el programa informático Comprehensive Meta-Analysis versión 4.

Estrategia de Búsqueda

Para llevar a cabo el estudio, se efectuaron búsquedas exhaustivas en bases de datos electrónicas: Web of Science, Scopus y PsycINFO. Inicialmente, se llevaron a cabo búsquedas exploratorias incluyendo términos clave como “poetry therapy” y otras combinaciones como (“treatment OR intervention OR psychotherapy”). Sin embargo, se tomó la decisión de centrar la revisión formal de los artículos exclusivamente en el término “poetry therapy”. Este enfoque se basó en la manejable cantidad de publicaciones a revisar y en que, al emplear ecuaciones de búsqueda más restrictivas, no se apreció una diferencia sustancial en el número de resultados obtenidos. Dichas búsquedas se llevaron a cabo en un intervalo temporal comprendido entre el 7 de enero y el 9 de junio de 2023. La selección de los estudios se efectuó mediante un proceso de revisión en dos etapas. En la primera fase, se realizó una selección inicial en función del título y el resumen. Posteriormente, en la segunda fase, se procedió a una revisión completa y detallada de cada artículo. Este proceso de selección aseguró la inclusión de estudios relevantes para el análisis metaanalítico.

Criterios de Inclusión

Se realizaron búsquedas exclusivamente en idioma inglés, dado que las indagaciones previas en español no arrojaron resultados relativos a la terapia de poesía. En consecuencia, se aplicaron siete criterios de inclusión para evaluar la pertinencia de cada

estudio en este metaanálisis: 1. Se exigía que el estudio tuviera una metodología cuantitativa y un enfoque empírico. 2. El diseño del estudio debía ser cuasiexperimental o experimental. 3. El estudio debía contemplar una comparación entre un grupo control y un grupo experimental. 4. Se requería la presentación de datos cuantitativos previos a la intervención y después de esta. 5. En el proceso terapéutico, al menos uno o varios terapeutas debían haber implementado la terapia de poesía. 6. El estudio debía incorporar medidas relativas al bienestar emocional de las personas tratadas. 7. La publicación debía estar redactada en idioma inglés.

No se impuso ninguna restricción temporal en la búsqueda de artículos. Las exclusiones más comunes se basaron en: (a) estudios de enfoque cualitativo; (b) estudios limitados a enfoques descriptivos o correlacionales; y (c) estudios que carecían de un grupo de comparación o control.

Selección de Estudios

En la **Figura 1** se presenta de manera gráfica la estructura del proceso de búsqueda y selección de estudios para este metaanálisis. En el inicio del proceso, se identificaron un total de 1589 registros. Luego, se procedió a realizar un cribado basado en el título y resumen de cada publicación, resultando en 742 publicaciones que fueron sometidas a una revisión exhaustiva de sus textos completos. Durante esta fase, se descartaron 839 publicaciones por duplicación y 8 más debido a la inaccesibilidad de su texto completo.

De las 742 publicaciones revisadas en su totalidad, 719 fueron excluidas por seguir una metodología cualitativa, dejando un total de 23 publicaciones para la evaluación de su elegibilidad en el estudio. En esta etapa, se excluyeron 16 artículos, de los cuales 9 no cumplían con los criterios de metodología cuantitativa, 5 no se ajustaban al diseño experimental especificado y 2 no contaban con

un grupo control en su intervención. En consecuencia, se incluyeron 7 estudios para el metaanálisis.

Análisis de Datos

En la fase de análisis, se consideraron múltiples tamaños del efecto para un único estudio si este medía variables distintas en la misma muestra. En consecuencia, se codificaron un total de 14 tamaños del efecto provenientes de los 7 estudios incluidos en la revisión.

Para cada comparación entre la intervención y el grupo control, se realizó el cálculo del tamaño del efecto, que señala la magnitud de la diferencia entre los dos grupos en el posttest. En este sentido, se empleó el estadístico g de Hedges (Hedges y Olkin, 1985) debido a su adecuación para mitigar posibles sesgos ocasionados por tamaños muestrales reducidos, especialmente inferiores a 20 personas por grupo (Card, 2012).

En la fase de análisis posttest, se utilizaron las medias, desviaciones típicas y tamaños muestrales correspondientes a cada grupo experimental y de control, extraídos de los estudios primarios. La interpretación de la magnitud de los tamaños del efecto se basó en la propuesta de Cohen (1988), donde se establece que tamaños del efecto de .8 se consideran grandes, .5 se consideran moderados y .2 se consideran pequeños. Esta categorización permitió una evaluación precisa de la relevancia de los resultados obtenidos en cada estudio.

Se realizó un modelo de efectos aleatorios utilizando los estudios incluidos. Se examinó los resultados dentro del grupo de tratamiento asociados a las variables relacionadas al bienestar psicológico. Este modelo se utilizó para calcular el tamaño medio del efecto y la heterogeneidad entre los tamaños del efecto incluidos.

Para el estudio de la heterogeneidad y variabilidad de la muestra, se analizaron los valores Q de Cochran para la comprobación de la hipótesis nula de homogeneidad y, los valores I^2 para el estudio de la proporción de variabilidad.

Para evaluar la presencia de sesgo de publicación, se utilizó un gráfico de embudo, y también se implementó el procedimiento de recorte y relleno de Duval y Tweedie (Duval y Tweedie, 2000), que produce una estimación del tamaño del efecto después de tener en cuenta el sesgo de publicación.

Resultados

Todas las investigaciones procedían de artículos publicados en revistas de revisión por pares. El rango de publicación de los artículos va desde 2011 hasta 2023.

Las investigaciones incluidas proceden de cinco estudios realizados en Irán (Daboui et al., 2020; Jabarouti et al., 2014; Jahanpour et al., 2019; Mohammadian et al., 2011), uno en Corea del Sur (Park et al., 2022) y uno en China (Zhang, 2022), con una muestra total de 377 participantes adultos, de los cuales 173 estaban en grupos experimentales y 204 estaban en grupos de control. A su vez, hay que mencionar que 104 personas no presentaban ninguna patología física o mental y 273 sí presentaban alguna patología física o mental. Entre estas personas, 22 sufrían esquizofrenia, 100 tenían trastornos mentales no descritos en el estudio, 91 eran mujeres con cáncer de mama y 60 eran pacientes ingresados en centros hospitalarios por haber sufrido infarto de miocardio (Tabla 1).

Figura 1

Diagrama de Flujo de la Estrategia de Búsqueda

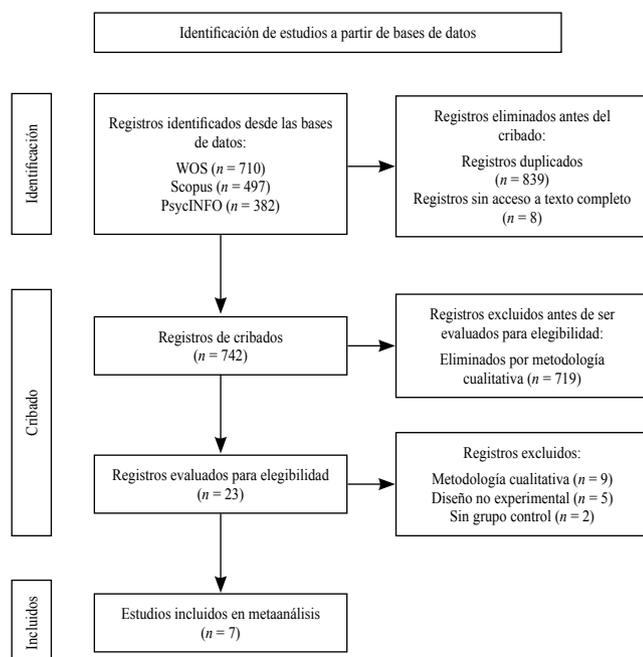


Tabla 1
 Datos Descriptivos de los Estudios

Estudio	Diseño	N (GE - GC)	Descripción participantes	Intervención	Duración intervención	Tipo terapia poesía	VD
Mohammadian et al. (2011)	Experimental	14 - 15	Sin patologías	Grupal	7 sesiones. Una a la semana	Receptivo/prescriptivo	Depresión, ansiedad y estrés
Rajaei et al. (2016)	Experimental	11 - 11	Con esquizofrenia	Grupal	11 sesiones. Una a la semana	Receptivo/prescriptivo	Expresividad positiva, Expresividad negativa e impulsividad
Zhang (2022)	Experimental	50 - 50	Patologías mentales no especificadas	Grupal	12 sesiones. Cada 15 días una sesión durante 6 meses	Receptivo/prescriptivo	Salud mental
Daboui et al. (2020)	Cuasiexperimental	31 - 60	Con cáncer de mama	Grupal	6 sesiones durante 6 semanas. Una a la semana	Receptivo/prescriptivo	Esperanza y calidad de vida
Park et al. (2022)	Cuasiexperimental	24 - 25	Sin patologías	Grupal	10 sesiones, durante 5 semanas. 2 sesiones a la semana	Receptivo/prescriptivo, expresivo/creativo y simbólico	Bienestar psicológico y ansiedad
Jabarouti et al. (2014)	Experimental	13 - 13	Sin patologías	Individual	Durante 8 semanas, 5 sesiones a la semana	Receptivo/prescriptivo	Estrés
Jahanpour et al. (2019)	Experimental	30 - 30	Con infarto de miocardio	Grupal	4 sesiones en una semana	Receptivo/prescriptivo	Ansiedad y estrés

Nota. N = número de participantes; GE = grupo experimental; GC = grupo control; VD = variables dependientes.

Respecto a la distribución por sexo de los participantes, hubo dos estudios (Jahanpour et al., 2019; Park et al., 2022) que no reportaron cuántos eran mujeres y cuántos eran hombres. De los otros cuatro estudios que sí reportaron 171 (57.77%) eran mujeres y 125 (42.23%) eran hombres, de un total de 296 personas. Sobre sus edades, el rango de edad para los tres estudios (Daboui et al., 2020; Jabarouti et al., 2014; Mohammadian et al., 2011) que informaron sobre esta variable, era de 18 a 54 años.

Intervenciones de Terapia de Poesía

De las siete intervenciones de terapia de poesía realizadas en las publicaciones, cinco siguieron un diseño experimental (Jabarouti et al., 2014; Jahanpour et al., 2019; Mohammadian et al., 2011; Rajaei et al., 2016; Zhang, 2022) y dos un diseño cuasiexperimental (por no asignar aleatoriamente a los participantes). Seis de las terapias fueron grupales y solo una (Jabarouti et al., 2014) realizó tratamiento individual, aunque en este caso las personas siguieron el mismo procedimiento de escucha de sonetos de un poema. La frecuencia de aplicación de las intervenciones osciló desde una sesión cada quince días hasta a cinco sesiones a la semana, aunque lo más frecuente era una sesión a la semana. Respecto al número de semanas de duración de las intervenciones, el rango iba de una semana a 6 meses. Y, sobre la duración de cada sesión, oscilaban de 45 a 90 minutos.

Atendiendo al modelo de práctica de la terapia de poesía RES (Mazza, 2003; Mazza y Hayton, 2013), seis de las intervenciones trabajaron únicamente el componente receptivo/prescriptivo. En estos tratamientos el terapeuta recitaba poesía, o los propios pacientes leían poemas, para posteriormente reflexionar y debatir sobre lo que les sugerían o hacían sentir. En una de las intervenciones (Park et al., 2022) sí se trabajaron los tres componentes del modelo RES (Mazza, 2003; Mazza y Hayton, 2013). En este tratamiento, los pacientes además de leer poemas debían realizar ejercicios de

escritura poética y de uso y creación de metáforas sobre sus vidas y cómo se sentían.

Evaluaciones de Variables Dependientes

En cuanto a las variables dependientes que las intervenciones mediante terapia de poesía trataban, eran depresión ($n = 1$), ansiedad ($n = 3$), estrés ($n = 3$), expresividad positiva ($n = 1$), expresividad negativa ($n = 1$), impulsividad ($n = 1$), salud mental genérica ($n = 1$), esperanza ($n = 1$), calidad de vida ($n = 1$), bienestar psicológico ($n = 1$). Para medir estas variables, uno de los estudios utilizó una prueba fisiológica, el ensayo inmunoenzimático, para evaluar el estrés mediante los niveles de cortisol en saliva. El resto de las investigaciones usó test estandarizados de autoinforme.

Tamaño del Efecto y Significación Estadística

Se tomó como referencia el modelo de efectos aleatorios sobre los tamaños del efecto informados, con un intervalo de confianza del 95% y significatividad para $p < .05$. Como resultado se obtiene un tamaño medio del efecto de -1.12 con un intervalo de confianza del 95% de -1.72 a $-.53$. Esto sugiere que la terapia de poesía tiene un efecto grande y significativo en la reducción de síntomas contrarios al bienestar emocional. El tamaño medio del efecto en el universo de estudios comparables podría situarse en cualquier punto de este intervalo.

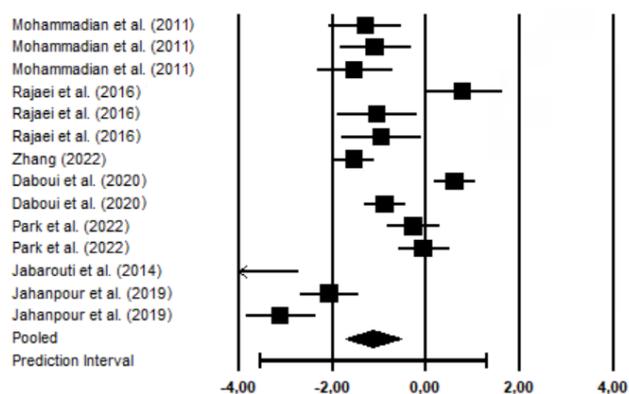
El valor Z prueba la hipótesis nula de que el tamaño medio del efecto es cero. El valor Z es -3.7 con $p < .001$. Utilizando un criterio alfa de $.05$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que en el universo de poblaciones comparables a las del análisis, el tamaño medio del efecto no es precisamente cero.

Se creó un forest plot (véase [Tabla 2](#) y [Figura 2](#)), que proporciona una visión general de los resultados incluidos en términos de tamaño del efecto y tamaño de la muestra.

Tabla 2
Resultados del Forest Plot Para la Intervención con Terapia de Poesía Sobre el Bienestar Psicológico

Nombre del estudio	g Hedge	Error estándar	Varianza	Límite inferior	Límite Superior	Valor Z	p Valor
Mohammadian et al. (2011)	-1.30	.4	.16	-2.08	-.52	-3.25	.001
Mohammadian et al. (2011)	-1.09	.39	.15	-1.84	-.32	-2.79	.005
Mohammadian et al. (2011)	-1.52	.41	.17	-2.33	-.71	-3.68	.000
Rajaei et al. (2016)	.79	.43	.18	-.05	1.62	1.84	.065
Rajaei et al. (2016)	-1.04	.44	.19	-1.9	-.18	-2.37	.018
Rajaei et al. (2016)	-.94	.43	.19	-1.8	-.09	-2.17	.03
Zhang (2022)	-1.54	.23	.05	-1.98	-1.09	-6.79	.000
Daboui et al. (2020)	.62	.22	.05	.18	1.06	2.77	.006
Daboui et al. (2020)	-.88	.23	.05	-1.33	-.43	-3.85	.000
Park et al. (2022)	-.27	.28	.08	-.82	.29	-.94	.345
Park et al. (2022)	-.05	.28	.08	-.6	.5	-.18	.858
Jabarouti et al. (2014)	-4.03	.68	.46	-5.36	-2.7	-5.97	.000
Jahanpour et al. (2019)	-2.06	.32	.10	-2.68	-1.44	-6.5	.000
Jahanpour et al. (2019)	-3.1	.38	.15	-3.85	-2.36	-8.14	.000
Total	-1.12	.3	.09	-1.72	-.53	-3.7	.000

Figura 2
Forest Plot Para la Intervención con Terapia de Poesía Sobre el Bienestar Psicológico



Análisis de Heterogeneidad y Variabilidad

El valor Q es 155.42 con 13 grados de libertad y $p < .001$. Utilizando un criterio alfa de .100, se puede rechazar la hipótesis nula de que el verdadero tamaño del efecto es el mismo en todos estos estudios. El estadístico I^2 es del 92%, lo que indica que alrededor del 92% de la varianza de los efectos observados refleja la

varianza de los efectos reales y no un error de muestreo. Se realizó un análisis de moderadores para examinar las posibles fuentes subyacentes a esta heterogeneidad. La **Tabla 3** muestra los efectos de estos moderadores.

Intervalo de Predicción

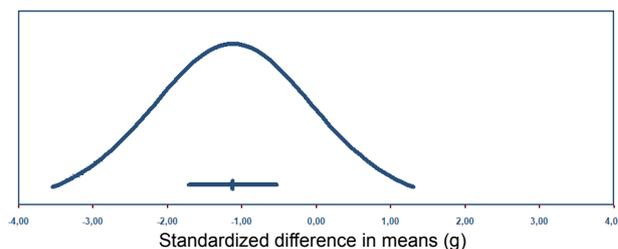
Si se supone que los efectos verdaderos se distribuyen normalmente (en unidades g), podemos estimar que el intervalo de predicción es de -3.54 a 1.30 (véase **Figura 3**). El tamaño real del efecto en el 95% de las poblaciones comparables se sitúa en este intervalo.

Tabla 3
Análisis de Moderadores

Moderador	Grupo	k	n	g Hedge	95% IC	Q	F
Descripción participantes	Con patologías	4	273	-1.02*	-1.88 - -.15	7.48	6.4
	Sin patologías	3	104	-1.25*	-2.08 - -.41	8.12	38.41
	Entre grupos			$Q_{(1)} = 15.73, p < .001$			
Diseño intervención	Experimental	6	237	-1.54***	-2.19 - -.89	12.69	29.09
	Cuasiexperimental	2	140	-.14	-.82 - .53	2.5	0
	Entre grupos			$Q_{(1)} = 23.77, p < .001$			
Tipo intervención	Grupal	7	351	-1.21***	-1.81 - -.58	14.59	17.76
	Individual	1	26	-.5	-.6 - .5	0	0
	Entre grupos			$Q_{(1)} = 15.73, p < .01$			
Componentes	Receptivo	7	328	-1.3***	-1.98 - -.61	12.95	15.06
	RES	1	49	-.16	-.55 - .23	.3	0
	Entre grupos			$Q_{(1)} = 21.30, p < .05$			
Procedencia	Asia Meridional	6	228	-1.28***	-2.05 - -.51	11.21	10.77
	Asia Oriental	2	149	-.63	-12.69 - 11.43	1.79	0
	Entre grupos			$Q_{(1)} = 14.06, p < .001$			

Nota. k = número de estudios; n = número de participantes; * $p < .05$; *** $p < .001$

Figura 3
Distribución de Efectos Verdaderos



Análisis de Sesgo de Publicación

Para verificar que los resultados obtenidos no se deben a un sesgo de publicación, se realizó una comprobación de la presencia de sesgo a través del gráfico de embudo, presentado en la **Figura 4**.

El procedimiento de recorte y relleno de Duval y Tweedie no imputó que faltara algún estudio. A partir de la observación del

Figura 4
Gráfico de Embudo

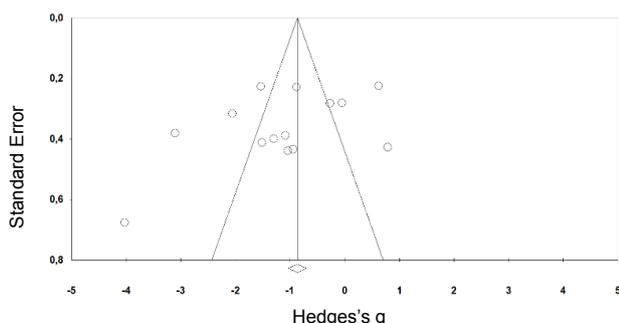


gráfico de embudo y del resultado del procedimiento de recorte y relleno, se interpreta que hay ausencia de sesgo de publicación.

Análisis de Variables Moderadoras

Dado que se encontró una heterogeneidad considerable entre los tamaños del efecto de los estudios, se realizó un análisis de variables moderadoras. Como se incluyeron como moderadores variables categóricas, se realizaron ANOVA para cada una de ellas. Fueron incluidas: (a) Descripción de participantes: con patologías, sin patologías. (b) Diseño de intervención: experimental, cuasiexperimental. (c) Tipo de intervención: grupal, individual. (d) Componentes del modelo de práctica de terapia: receptivo, RES. (e) Procedencia del estudio: Asia Oriental, Asia Meridional.

Como se puede apreciar en la [Tabla 3](#), todas las variables incluidas como moderadoras parecen explicar proporciones relevantes de heterogeneidad en los resultados. Pero, en el caso del diseño de la intervención, esta variabilidad se encuentra en los estudios de diseño experimental. En el tipo de intervención, en las de tipo grupal. En el tipo de componentes de práctica de terapia de poesía, en las del componente receptivo/prescriptivo. Y, en la procedencia de los estudios, solo en los que proceden de Asia Meridional.

Discusión

El metaanálisis realizado se centró en examinar la eficacia de la terapia de poesía en el bienestar emocional de personas que recibieron este tratamiento psicológico, estableciendo una comparación precisa con grupos de control que no experimentaron esta intervención específica. La profundización en los datos reveló que la influencia de la terapia de poesía en el bienestar emocional se manifiesta de manera considerable. Los resultados obtenidos respaldan la efectividad de las intervenciones basadas en la terapia de poesía para potenciar la salud mental, al lograr disminuir los niveles de variables tradicionalmente vinculadas a un bienestar emocional deficiente, como la ansiedad, el estrés, la depresión y la expresión negativa de emociones, entre otros ([Collins et al., 2006](#)). Adicionalmente, estas intervenciones propician un aumento en la satisfacción percibida con respecto a la calidad de vida, la expresión emocional y la salud mental en general de los individuos ([Chamberlain, 2019](#)).

La integración de la poesía en el ámbito de la terapia psicológica se erige como un valioso recurso para potenciar la comprensión de los problemas y las emociones más profundas de las personas. El poema, al actuar como un estímulo, facilita la comprensión interna y la expresión de emociones y pensamientos, permitiendo así una mejor introspección ([Fraser, 2011](#)). La experiencia de escuchar un poema recitado por otro individuo puede brindar una perspectiva más clara sobre los propios sentimientos, mientras que el acto de escribir un poema se convierte en una herramienta poderosa para expresar emociones que suelen resultar difíciles de abordar ([Slaughter y Brummel, 2019](#)).

Los análisis de moderación realizados revelaron diferencias importantes entre los grupos de pacientes con distintos perfiles patológicos. Aunque la terapia de poesía demostró ser eficaz en ambos grupos, los análisis detallados señalaron una leve superioridad en la mejoría del bienestar emocional en individuos sin patologías evidentes (g Hedge = -1.25). Es de notable relevancia destacar la confirmación de mejoras en el bienestar emocional en personas que enfrentan patologías como el cáncer de mama, esquizofrenia o infarto de miocardio. Estos individuos, debido a sus circunstancias particulares, enfrentan riesgos de deterioro en su salud mental y bienestar personal. Por lo tanto, lograr mejoras en su salud mental durante el proceso de tratamiento es un objetivo fundamental de los enfoques integrales que reciben ([Johnson, 2017](#)).

En relación al tipo de intervención, es importante resaltar la eficacia de las intervenciones grupales (g Hedge = -1.21). La capacidad de compartir los sentimientos y pensamientos evocados por un poema específico, ya sea al leerlo o al componerlo, y poder compartirlos con otros individuos que brindan apoyo sin juzgar, contribuye al bienestar emocional de la persona. Es cierto que el psicólogo o psicóloga debe crear las condiciones propicias para que este tipo de dinámicas sean exitosas, pero la terapia de poesía parece sobresalir como una propuesta especialmente valiosa en este contexto terapéutico ([Lerner y Bettinger, 1991](#); [Mazza, 2017](#)).

Respecto a la moderación de una variable de tipo metodológico, como el diseño del estudio, se encontró que existía una alta heterogeneidad en las investigaciones de diseño experimental, pero con resultados beneficiosos para las personas incluidos en ello. En cambio, en los diseños cuasiexperimentales no se obtuvo un tamaño del efecto significativo (g Hedge = -.14), lo que pone de manifiesto la importancia de que se realice una mayor cantidad de estudios de índole cuantitativa, en el que las asignaciones de los pacientes a los grupos se hagan de forma aleatoria, con el fin de poderse obtener más información empírica sobre la eficacia de la terapia de poesía ([Prendergast, 2009](#)).

En lo que respecta a la moderación en función de la variable procedencia, se observa una notable heterogeneidad que puede atribuirse a los estudios realizados en Irán, los cuales exhiben un tamaño del efecto grande y significativo (g Hedge = -1.28). Estos estudios, que constituyen cinco de los artículos incluidos en el metaanálisis, emplearon diversos tipos de poemas pertenecientes al ámbito tradicional persa y a la poesía iraní moderna. Es esencial destacar que se aplicó el isoprincipio, que establece que los poemas seleccionados para la terapia deben estar en total sintonía con el estado de ánimo de los individuos a quienes se dirigirán ([Mazza, 1999](#)). Por otro lado, las dos investigaciones realizadas en Asia Oriental optaron por poemas de fuerte tradición, en lugar de basarse en la identificación del estado de ánimo de los individuos y adecuar posteriormente los poemas a este.

Referencias

En cuanto a la heterogeneidad relacionada con la intervención centrada únicamente en el componente receptivo/prescriptivo de la terapia de poesía, es plausible que esta variabilidad se deba a las diferencias en el perfil de los individuos tratados y los motivos de la terapia en los diversos estudios que abordaron este componente. La conexión entre el estado de ánimo y el significado del poema proporciona valiosa información clínica, la cual es integrada por el psicólogo o psicóloga en la terapia. Es importante resaltar que la obtención de esta información difiere según el motivo específico de cada tratamiento (Fraser, 2011). La selección apropiada de poemas para su lectura en la terapia de poesía representa uno de los desafíos más significativos, especialmente si no se cuenta con una guía adecuada en el idioma de los participantes que llevarán a cabo esta técnica (Mazza, 1999).

Es fundamental resaltar que estos resultados deben interpretarse con precaución y considerar sus limitaciones. El número de estudios analizados y tamaños del efecto estimados no fue extenso, comprendiendo únicamente 7 estudios con 14 tamaños del efecto. Además, es relevante notar que, en algunas investigaciones, la muestra fue relativamente pequeña. A pesar de que el funnel plot, utilizado para evaluar el sesgo de publicación en los resultados primarios, no sugiere que sea un problema en esta área de tratamiento, es importante tener en cuenta que el número de estudios incluidos en el análisis fue pequeño ($k < 20$), lo que afecta la fiabilidad de este examen (Borenstein et al., 2009).

No obstante, se considera que los resultados de este metaanálisis son sumamente relevantes para el ámbito de estudio de la terapia de poesía. Resulta alentador observar un efecto positivo de la terapia en variables clave como la ansiedad, el estrés, la depresión, y la expresividad emocional, entre otras. Hasta la fecha, no se tiene conocimiento de la realización de otro metaanálisis en esta área de estudio, lo que implica que los resultados obtenidos pueden suscitar un genuino interés entre los terapeutas que buscan integrar este tipo de intervención en sus prácticas. Es crucial resaltar a los profesionales e investigadores involucrados en la terapia de poesía que deberían esforzarse por incorporar mediciones cuantitativas de sus variables dependientes. Es notable que la mayoría de la literatura científica aborda esta temática desde un enfoque cualitativo, y apenas se encuentran estudios con un diseño cuantitativo. Incorporar un enfoque cuantitativo permitiría avanzar en la comprensión de la eficacia y los mecanismos de acción de la terapia de poesía de una manera más precisa y rigurosa.

En conclusión, este estudio ha brindado una visión del potencial terapéutico de la poesía en el ámbito del bienestar emocional. Sin embargo, es fundamental reconocer que aún se encuentran en una etapa inicial de investigación y aplicación clínica en muchos aspectos. Se requiere un compromiso continuo tanto de la comunidad académica como de los profesionales de la salud mental para avanzar en esta área. Es esencial fomentar una mayor investigación, desarrollar protocolos y guías adaptadas a contextos lingüísticos y culturales diversos, y promover la formación especializada en terapia de poesía.

Conflicto de Intereses

El autor de este manuscrito declara que no existe ningún conflicto de interés financiero, personal, académico o institucional que pudiera haber influido en la realización de este estudio, el análisis de los datos o la interpretación de los resultados.

- Bergqvist, P., y Punzi, E. (2020). "Living poets society"—a qualitative study of how Swedish psychologists incorporate reading and writing in clinical work. *Journal of Poetry Therapy*, 33(3), 152-163. <https://doi.org/10.1080/08893675.2020.1776963>
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., y Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Wiley.
- Brillantes-Evangelista, G. (2013). An evaluation of visual arts and poetry as therapeutic interventions with abused adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 71-84. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.11.005>
- Card, N. A. (2012). *Applied meta-analysis for social science research*. Guilford Press.
- Chamberlain, D. (2019). The experience of older adults who participate in a bibliotherapy/poetry group in an older adult inpatient mental health assessment and treatment ward. *Journal of Poetry Therapy*, 32(4), 223-239. <https://doi.org/10.1080/08893675.2019.1639879>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, K. S., Furman, R., y Langer, C. L. (2006). Poetry therapy as a tool of cognitively based practice. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 180-187. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.11.002>
- *Daboui, P., Akbari, M. E., Khayamzadeh, M., Moradi, S., Nouri, M., y Rezaei, M. (2020). Quality of life and hope assessment in women with breast cancer after poetry therapy as a psychotherapy method: A 6-month follow-up study. *International Journal of Cancer Management*, 13(1), artículo e96069. <https://doi.org/10.5812/ijcm.96069>
- Duval, S., y Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455-463.
- Fernández-Álvarez, H., Consoli, A. J., y Gómez, B. (2016). Integration in psychotherapy: Reasons and challenges. *American Psychologist*, 71(8), 820-830. <https://doi.org/10.1037/amp0000100>
- Fraser, D. (2011). Mood disorders and poetry: Archaeology of the self. *Journal of Poetry Therapy*, 24(2), 105-115. <https://doi.org/10.1080/08893675.2011.573288>
- Hedges, L. V., y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic Press.
- Hunter, D., y Sanderson, S. (2007). Hold me; heal me: Providing a holding environment through the use of poetry therapy. *Journal of Poetry Therapy*, 20(3), 153-158. <https://doi.org/10.1080/08893670701546445>
- *Jabarouti, R., Shariat, A., y Shariat, A. (2014). Effect of persian classic poetry on the level of stress hormone in retired academicians. *Journal of Poetry Therapy*, 27(1), 25-33. <http://dx.doi.org/10.1080/08893675.2014.871809>
- *Jahanpour, F., Armoon, B., Mozafari, N., Motamed, N., Poor, D. I., y Mirzaee, M. S. (2019). The comparison of the effect of poetry therapy on anxiety and post-traumatic stress disorders in patients with myocardial infarction. *Journal of Poetry Therapy*, 32(4), 214-222. <https://doi.org/10.1080/08893675.2019.1639884>
- Johnson, A. (2017). Brief focused poetry therapy in the medical hospital. *Journal of Poetry Therapy*, 30(1), 53-60. <http://dx.doi.org/10.1080/08893675.2016.1256465>
- Karpova, N., Golzitskaya, A., Czernianin, W., Chatzipentidis, K., y Mazza, N. (2018). Bibliotherapy in Russia, in Poland, in USA. *Voprosy Psikhologii*, 5, 136-144.
- Lerner, A., y Bettinger, S. (1991). Some semantic considerations in poetry therapy. *ETC: A Review of General Semantics*, 48(2), 213-220.

- Lorenz, D. (2020). My unique poem is me: Our poems are universal. A creative interactive poetry therapy inquiry. *Journal of Poetry Therapy*, 33(4), 252-264. <https://doi.org/10.1080/08893675.2020.1803617>
- Matalon, E. (2023). The therapeutic and scientific benefits of psychological poetry: a two-step study. *Journal of Poetry Therapy*, 36(4), 1-13. <https://doi.org/10.1080/08893675.2023.2259617>
- Mazza, N. (1999). *Poetry therapy: Interface of the arts and psychology*. CRC Press.
- Mazza, N. (2003). *Poetry therapy: Theory and practice*. Brunner-Routledge.
- Mazza, N. (2017). *Poetry therapy: Theory and practice* (2nd ed). Routledge.
- Mazza, N. (2018). No place for indifference: Poetry therapy and empowerment in clinical, educational, and community practice. *Journal of Poetry Therapy*, 31(4), 203-208. <https://doi.org/10.1080/08893675.2018.1505248>
- Mazza, N., y Hayton, C. (2013). Poetry therapy: An investigation of a multidimensional clinical model. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.10.002>
- *Mohammadian, Y., Shahidi, S., Mahaki, B., Mohammadi, A. Z., Baghban, A. A., y Zayeri, F. (2011). Evaluating the use of poetry to reduce signs of depression, anxiety and stress in Iranian female students. *The Arts in Psychotherapy*, 38(1), 59-63. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.12.002>
- Olson-McBride, L. (2012). A content analysis of poems most frequently utilized by poetry therapists. *Journal of Poetry Therapy*, 25(3), 137-149. <https://doi.org/10.1080/08893675.2012.709714>
- *Park, J. H., Kim, J. Y., y Kim, H. O. (2022). Effects of a group poetry therapy program on stress, anxiety, ego-resilience, and psychological well-being of nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.027>
- Prendergast, M. (2009). Poetic inquiry is...29 ways of looking at poetry as qualitative research. *Educational Insights*, 13(3), 29-36.
- *Rajaei, F., Atadokht, A., Hajloo, N., y Basharpour, S. (2016). Effectiveness of group poetry therapy on emotional expression in patients with schizophrenia. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 17(2), 217-226.
- Rolfs, A. M. (2023). Needed words: poetry therapy and the circle of hope. *Journal of Poetry Therapy*, 36(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/08893675.2022.2161756>
- Slaughter, A., y Brummel, B. (2019). Evaluation of the effects of single dosage poetry workshops for inpatient adolescents and children. *Journal of Poetry Therapy*, 32(3), 164-168. <https://doi.org/10.1080/08893675.2019.1625153>
- *Zhang, W. (2022). Psychological healing function of poetry appreciation based on educational psychology and aesthetic analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, artículo 950426. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.950426>

Artículo

La Psicoterapia en la Era Digital: Dilemas Éticos y Desafíos Técnicos de la Práctica Clínica Contemporánea

Juanjo Macías 

Universidad de Burgos (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 13-02-2025
Aceptado: 03-05-2025

Palabras clave:

Psicoterapia online
Nomadismo digital
Marketing
Práctica clínica contemporánea
Evidencia empírica
Evaluación crítica
Eficacia
Filosofía
Existencialismo
Epistemología
Alianza terapéutica
Terapia basada en la evidencia
Psicología crítica
Ética
Responsabilidad clínica
Terapias contextuales
Riesgos de la digitalización

Keywords:

Online psychotherapy
Digital nomadism
Marketing
Contemporary clinical practice
Empirical evidence
Critical evaluation
Efficacy
Philosophy
Existentialism
Epistemology
Therapeutic alliance
Evidence-based therapy
Critical psychology
Ethics
Clinical responsibility
Contextual therapies
Risks of digitalization

RESUMEN

La psicoterapia online se está consolidando como una modalidad ampliamente adoptada, impulsada por la digitalización, el marketing de los servicios psicológicos y el auge del nomadismo digital. El presente estudio ofrece un análisis crítico de la psicoterapia online desde una perspectiva metodológica y filosófica; integrando la “pregunta por la técnica” formulada por Ortega y Gasset, Heidegger, Marcuse, Jonas, Popper, entre otros autores relevantes. Se llevó a cabo una revisión crítica de la literatura reciente que examina la eficacia de la psicoterapia online. Paralelamente, se exploraron sus implicaciones éticas, epistemológicas, clínicas y filosóficas. Aunque la psicoterapia online presenta ventajas relevantes, persisten importantes limitaciones metodológicas, tales como la escasez de ensayos clínicos aleatorizados con diseños robustos. Se plantea concebir la psicoterapia online como un recurso tecnológico (*settings*) enlazado en una *praxis* idiográfica basada en la evidencia y el análisis de la deriva psicoterapéutica contemporánea. Como orientación filosófica, se recuperan nociones como la *phronesis* aristotélica y la prudencia de Baltasar Gracián, a fin de promover un modelo de psicoterapia online centrado en la ética y la responsabilidad profesional.

Psychotherapy in the Digital Age: Ethical Dilemmas and Technical Challenges in Contemporary Clinical Practice

ABSTRACT

Online psychotherapy is becoming a widely adopted modality, driven by the digitalization of psychological services, marketing strategies, and the rise of digital nomadism. This study offers a critical analysis from both methodological and philosophical perspectives, integrating the “question concerning technology” as formulated by Ortega y Gasset, Heidegger, Marcuse, Jonas, and Popper.

A review of recent meta-analyses and systematic reviews on the efficacy of online psychotherapy was conducted, along with an exploration of its ethical and epistemological implications. Despite its benefits in terms of accessibility, significant methodological limitations persist, such as the scarcity of randomized controlled trials with robust designs. Online psychotherapy is proposed as a technological resource that must be integrated into an idiographic clinical praxis, grounded in empirical evidence and a critical analysis of contemporary psychotherapeutic trends.

Philosophical guidance is drawn from Aristotelian *phronesis* and Baltasar Gracián’s prudence to promote an ethical and professionally responsible model of online psychotherapy.

Citar como: Macías, J. J. (2025). La psicoterapia en la era digital: dilemas éticos y desafíos técnicos de la práctica clínica contemporánea. *Revista de Psicoterapia*, 36(131), 93-102. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i131.44546>

Autor y e-mail de correspondencia: Juanjo Macías, jjmacias@ubu.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

El análisis retrospectivo del impacto de la pandemia permite examinar la transformación del modelo terapéutico y la consolidación de la psicoterapia online. Aunque inicialmente fue concebida como una solución transitoria durante el confinamiento (Torales et al., 2020), esta modalidad ha evolucionado hasta convertirse en una alternativa ampliamente adoptada, superando progresivamente a la terapia presencial en términos de accesibilidad y demanda (Fernández et al., 2023). En la actualidad, la psicoterapia presencial puede correr el riesgo de ocupar un rol secundario, posicionándose como una alternativa a la terapia online (Macías y Valero, 2018). Si bien los servicios de psicoterapia a distancia existían con anterioridad a la pandemia (Backhaus et al., 2012), el COVID-19 representó un punto de inflexión en su expansión y normalización, generando un cambio estructural en su implementación y aceptación global (Greenwood et al., 2022).

Las ventajas de la psicoterapia online han sido objeto de estudio, destacándose su capacidad para facilitar el acceso a la atención psicológica en zonas rurales y remotas (Luo et al., 2020), permitir la continuidad del tratamiento tras cambios de residencia o reducir costos y tiempos de desplazamiento (Otared et al., 2021; Simpson, 2009). Adicionalmente, posibilita la selección de profesionales altamente especializados sin restricciones geográficas.

A pesar de estas ventajas, persisten interrogantes sobre su eficacia, aplicabilidad y generalización de los resultados. La literatura sugiere que algunos profesionales perciben limitaciones en la creación de una alianza terapéutica efectiva y en la capacidad de establecer una comunicación empática en el entorno virtual (Roesler, 2017). Además, se han identificado dificultades técnicas, deficiencias en el manejo de herramientas digitales y riesgos asociados a la confidencialidad (Gerritzen et al., 2022). La revisión de este trabajo no solo plantea interrogantes sobre el impacto a largo plazo de la psicoterapia online también ofrece posibles soluciones, instando a un análisis crítico de su papel en la sociedad contemporánea.

En el contexto de las macro-contingencias socioeconómicas, la digitalización de la terapia psicológica se vincula con la precarización laboral y la privatización de los problemas psicológicos, desplazando la responsabilidad de la salud mental del ámbito comunitario al individual (Han, 2010; Fisher, 2016). La falta de consenso en la comunidad científica profesional sobre las condiciones clínicas adecuadas para la psicoterapia online (Richards y Viganó, 2013) contrasta con su creciente implementación: el 95% de los terapeutas actualmente ofrece esta modalidad, reflejando un incremento del 50% desde 2019 (Giordano et al., 2022). Sin embargo, a pesar de su expansión, el marco legal y ético de la psicoterapia online sigue sin estar claramente definido, generando incertidumbre sobre las obligaciones de los profesionales (Kiriakaki et al., 2022; Stoll et al., 2020).

El confinamiento impuso cambios drásticos en la psicoterapia, acelerando la adopción del formato online. Sin embargo, el debate sobre su eficacia frente a la terapia presencial y dada su extensión y alcance, puede perder por el camino el rigor empírico acerca de si se realiza una adecuada praxis acorde a las normas establecidas, que se documentarán en los próximos apartados. La ausencia de ensayos clínicos aleatorizados con metodología robusta impide una evaluación exhaustiva de sus limitaciones y riesgos, incluyendo

posibles efectos iatrogénicos (Beutler et al., 2002). En este trabajo, se analizan las limitaciones inherentes a la psicoterapia online y propone directrices para una adecuada aplicación basada en la evidencia, con el fin de garantizar su calidad, seguridad, viabilidad y eficacia en poblaciones específicas.

La creciente digitalización de los servicios psicológicos, junto con la proliferación del “nomadismo digital”, plantea desafíos adicionales (Pérez-Álvarez, 2023, 2025). La flexibilidad aparente de este modelo puede ocultar problemas estructurales que afectan a la calidad del tratamiento. En este sentido, es crítico abordar interrogantes fundamentales: ¿Es la psicoterapia online un medio lo suficientemente eficaz para ser adoptado masivamente? ¿Es ético promover su expansión sin evidencia concluyente sobre su aplicabilidad en todos los casos? La respuesta a estas cuestiones no puede ser dicotómica o reduccionista. Dado su impacto en la salud pública, se requiere un análisis integral que considere sus implicaciones clínicas, éticas y sociales (Andrade Viteri et al., 2021).

A continuación, se exponen una serie de condiciones *sine qua non* para evaluar la viabilidad de la psicoterapia online en distintos contextos y sugerir estrategias para mitigar sus posibles riesgos. En líneas generales y en aras de una mejora continua de la evidencia disponible, la psicoterapia online no representa una solución universal ni es adecuada para todos los profesionales o personas, aunque en ciertos casos supone la única alternativa viable. Al mismo tiempo, este creciente interés en la modalidad a distancia, requiere un análisis más detallado y estructural de la figura de la psicoterapia en la sociedad contemporánea. En consecuencia, se propone una reflexión crítica y prudente basada en la *phronesis* de Aristóteles (1999), entendida como la sabiduría práctica que permite deliberar correctamente sobre el bien y actuar de forma ética y virtuosa. Este enfoque se aplica a la implementación de la psicoterapia online, con el objetivo de garantizar una práctica profesional responsable y basada en la evidencia.

La Pregunta por la Técnica a Examen Desde la Filosofía: Cuando el Medio se Convierte en el Fin

La psicología, en su esencia, plantea interrogantes filosóficos al abordar problemas fundamentales sobre la existencia, la epistemología, la moral y la vida cotidiana. Revisitar postulados filosóficos en este contexto permite fundamentar y respaldar la práctica clínica desde una perspectiva científica y epistemológica. La psicoterapia online, en particular, plantea desafíos y oportunidades que pueden analizarse a la luz del pensamiento filosófico sobre la técnica y la tecnología.

Desde la filosofía de Ortega y Gasset, en *Meditación de la Técnica* (Ortega y Gasset, 2000), la técnica es concebida como una extensión natural de la actividad humana, reflejo de su adaptabilidad y creatividad. En este sentido, la digitalización de la psicoterapia puede entenderse como un ajuste necesario a las contingencias impuestas por la pandemia, permitiendo la continuidad de la atención psicológica en tiempos de crisis. Sin embargo, Ortega también advierte sobre los riesgos de la dependencia tecnológica, al señalar que todo avance puede conllevar un retroceso si sus efectos no son regulados. La proliferación masiva de servicios de psicoterapia online sin un análisis crítico de sus usos y repercusiones podría generar una deshumanización del proceso terapéutico.

Por otro lado, la técnica ha pasado de ser un medio circunstancial a un fin en sí mismo. Actualmente, el 95% de los profesionales ofrecen terapia online (APA, 2024), consolidando una transformación estructural en la práctica clínica. Heidegger, en *La Pregunta por la Técnica* (1954), conceptualiza la tecnología moderna como un *Gestell* (enmarcación), una estructura que condiciona la manera en que percibimos la realidad. En este sentido, la terapia online no es solo una alternativa, sino que modela la relación con la salud mental y con el propio proceso terapéutico. Si bien Ortega concibe la técnica como parte constitutiva del ser humano, también advierte que la relación del individuo con la tecnología debe orientarse hacia la creación de vidas más humanas y no hacia la subordinación a la técnica. En este sentido, el auge de las relaciones virtuales podría implicar una pérdida del contacto fenomenológico con el mundo material y con las dinámicas interpersonales directas. Heidegger, por su parte, enfatiza que el ser-en-el-mundo es ontológico, lo que implica que el entorno técnico influye en la existencia misma del individuo.

Desde una perspectiva ética, Hans Jonas (2004) sostiene que la tecnología contemporánea tiene un poder sin precedentes para transformar la vida humana, lo que exige una ética basada en la previsión y la prudencia. Propone el principio de precaución, que enfatiza la responsabilidad de evitar daños futuros incluso ante la incertidumbre científica. En el caso de la psicoterapia online, esta reflexión invita a examinar los efectos a largo plazo de la digitalización de la atención psicológica y la posible implementación de intervenciones automatizadas mediante inteligencia artificial.

Marcuse (1991), en “El Hombre Unidimensional”, expone cómo la tecnología en sociedades individualistas no solo opera como herramienta productiva, sino también como un mecanismo de control ideológico. La digitalización de la psicoterapia podría reforzar un modelo que fomente la conformidad, la alienación y la perpetuación del *status quo* (Fisher, 2016), donde el acceso masivo no necesariamente equivale a un beneficio universal. Si la psicoterapia online se expande sin considerar sus efectos psicosociales, podría desincentivar la construcción de redes de apoyo presenciales y reforzar patrones individualistas de afrontamiento. La psicoterapia tanto presencial como online también pueden convertirse en dispositivos biopolíticos (Foucault, 1975) cuando, en lugar de cuestionar las causas estructurales del malestar (económicas, laborales, culturales), se limita a gestionar síntomas para mantener la funcionalidad del individuo dentro del sistema. Cabe preguntarse si la expansión de la psicoterapia online, al facilitar el acceso a un mayor número de personas, podría operar más como una herramienta de control, estandarización y homogeneización que, como un proceso de emancipación que cuestione los modos de vida impuestos por la sociedad contemporánea.

Desde un enfoque pragmático, la digitalización de la psicoterapia ofrece innegables ventajas, especialmente para poblaciones en áreas aisladas o con dificultades de acceso a servicios presenciales. Sin embargo, también plantea riesgos que deben ser regulados y comprendidos en profundidad. Waldinger (2015), en su investigación longitudinal sobre el bienestar humano, destaca la correlación entre la calidad de las relaciones interpersonales y la longevidad. En este sentido, la psicoterapia online podría, en ciertos casos, reforzar la falta de interacción presencial en personas con problemas de soledad o desconexión social.

Este análisis filosófico invita a una reflexión crítica sobre el impacto de la psicoterapia online, subrayando la necesidad de un equilibrio entre sus beneficios y sus posibles efectos deshumanizadores. No toda innovación tecnológica implica un progreso intrínseco; la filosofía tiene la función de evaluar los límites y alcances de la técnica, asegurando que su implementación responda a criterios éticos y humanistas, más allá de su viabilidad técnica y económica.

La Eficacia de la Psicoterapia Online: Evaluación Crítica de la Evidencia Disponible

La eficacia de la psicoterapia online ha suscitado un debate considerable en la comunidad científica. Aunque existen indicios de su efectividad, aún no hay suficiente evidencia empírica para respaldar su uso generalizado. Para una evaluación rigurosa, es esencial considerar tanto los beneficios observados como las limitaciones metodológicas que comprometen la validez y generalización de los hallazgos. Si bien algunos estudios equiparan su eficacia con la presencial, persisten deficiencias metodológicas que dificultan conclusiones sólidas.

Una revisión sistemática realizada por la Unidad de Investigación de Políticas de Salud Mental del Instituto Nacional de Investigación Sanitaria (Barnett et al., 2020) evaluó la literatura científica sobre la psicoterapia online entre 2010 y 2020. Este estudio, basado en revisiones sistemáticas, incluyó 19 investigaciones que abordaron diferentes dimensiones de la terapia online: efectividad clínica, implementación, aceptación por parte de usuarios y clínicos, rentabilidad y directrices para su aplicación. Los hallazgos indicaron que la terapia online mediante videoconferencia puede ser comparable en efectividad y aceptación a la terapia presencial a corto plazo.

En los metaanálisis de Andersson et al. (2014) y Carlbring et al. (2018), que compararon la terapia cognitivo-conductual (TCC) presencial y en línea, se concluyó que ambas modalidades son igualmente efectivas en la reducción de síntomas. Asimismo, la revisión sistemática y metaanálisis de Barak et al. (2008), Bee et al. (2008), Cuijpers et al. (2010) y Reger y Gahm (2009) evidenció mejoras significativas en variables como ansiedad y depresión. Más recientemente, los estudios de Greenwood et al. (2022) y Rafieifar et al. (2024) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la severidad de los síntomas entre la terapia en línea y la presencial, incluso en el contexto de intervenciones grupales como las analizadas por los últimos autores.

Si bien la psicoterapia online presenta un potencial significativo, es necesario seguir investigando con diseños metodológicos robustos para evaluar su eficacia en diferentes poblaciones y a largo plazo. Además, es fundamental establecer directrices claras que permitan una implementación basada en la evidencia y adaptada a las necesidades clínicas de cada persona.

Dilemas Metodológicos y Sesgos en la Evidencia Disponible

A pesar de los hallazgos positivos reportados en diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre la eficacia de la psicoterapia online (Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018; Cuijpers et al., 2013), persisten importantes limitaciones metodológicas que pueden comprometer la solidez de la evidencia

disponible (Backhaus et al., 2012; Barnett et al., 2020; Bee et al., 2008). Autores como Skinner y Latchford (2006), Lester (2006) y Wells et al. (2007) han cuestionado críticamente la eficacia generalizada de estas intervenciones, señalando dificultades en la creación de una alianza terapéutica sólida, así como desafíos técnicos y comunicacionales. Estas cuestiones han sido compartidas por otros profesionales clínicos e investigadores que subrayan la falta de estudios controlados rigurosos y la escasa evidencia sobre poblaciones específicas (Macías y Valero, 2018). En muchas de estas investigaciones, se han identificado vacíos significativos como los siguientes: exclusión digital y su impacto, eficacia en niños y adolescentes, falta de medidas de seguimiento longitudinal, ausencia de tamaños del efecto, escasez de análisis de mediación y de variables transdiagnósticas, y una importante carencia de repositorios abiertos que permitan la replicación de los hallazgos (Barnett et al., 2020; Martínez Rodríguez et al., 2024). Asimismo, Alvandi (2019) ha advertido sobre las limitaciones en la percepción de presencia terapéutica efectiva en entornos digitales. Por ejemplo, el hecho de que la modalidad online podría dificultar la percepción de señales no verbales esenciales, lo que podría comprometer la calidad del vínculo clínico.

Otras limitaciones incluyen tasas elevadas de abandono terapéutico, heterogeneidad en las intervenciones y medidas de resultado, variables dependientes no validadas internacionalmente y la frecuente ausencia de seguimientos realizados (Greenwood et al., 2022; Reger y Gahm, 2009). Estas condiciones metodológicas pueden introducir sesgos y dificultan la generalización de los resultados. Además, persisten dilemas vinculados a la privacidad, la gestión de emergencias, la verificación de identidad y los conflictos ético-legales, tal como advierten las directrices propuestas por la APA (2024).

En este sentido, se ha planteado la necesidad de revisar críticamente los incentivos comerciales detrás de ciertos estudios promovidos o financiados por plataformas digitales (Dimidjian y Hollon, 2010), así como de fortalecer la regulación legal y profesional de la terapia online. Como subrayan Jonas (2004) y Pérez-Álvarez (2019), el desarrollo tecnológico no puede desligarse de la responsabilidad ética, humana y social, especialmente cuando se trabaja con la salud mental de la población.

La Alianza Terapéutica en Psicoterapia Online: Limitaciones y Desafíos

Uno de los debates más relevantes en torno a la psicoterapia online es si esta modalidad permite alcanzar la misma profundidad terapéutica que la terapia presencial. La evidencia anecdótica sugiere que los terapeutas que han trabajado con un mismo consultante en ambas modalidades suelen percibir la terapia presencial como más efectiva. Sin embargo, esta afirmación requiere un análisis empírico más detallado.

La alianza terapéutica es un elemento central en la efectividad de la terapia, según las investigaciones clásicas de Bordin (1979). En una revisión de 20 estudios sobre la relación terapéutica en entornos digitales, Simpson y Reid (2014) concluyeron que la psicoterapia online puede fomentar una alianza terapéutica efectiva siempre que se consideren barreras personales, como la confianza del terapeuta y la adecuación del consultante al formato digital. No obstante, Liebert et al. (2006) encontraron que la ausencia de

comunicación no verbal y la falta de proximidad física pueden dificultar el desarrollo de la relación terapéutica. Un problema adicional radica en la diversidad de modalidades tecnológicas utilizadas en los estudios disponibles. Muchos de los datos sobre la alianza terapéutica en entornos digitales provienen de estudios con metodologías variadas, lo que impide generalizar los hallazgos a la modalidad de videollamada en tiempo real. En este sentido, Berger (2017) subraya que los resultados de la psicoterapia online no son fácilmente extrapolables a la terapia presencial. Asimismo, Holmes y Kozłowski (2015) advierten que, aunque la alianza terapéutica ha sido históricamente un predictor confiable de buenos resultados, en el contexto online su capacidad predictiva puede verse reducida.

Desde una perspectiva fenomenológica, el pensamiento de Heidegger enfatiza la importancia del contacto directo y la interacción en el ser-en-el-mundo, lo que sugiere que la terapia online podría limitar la autenticidad del vínculo terapéutico. En el marco actual de la IA, la digitalización del proceso terapéutico podría deshumanizar la relación entre terapeuta y consultante, reduciéndola a un intercambio técnico en lugar de un encuentro significativo. Esta desconexión podría exacerbar problemas preexistentes, como la falta de empatía y la alienación emocional. En este sentido, ya es una realidad que personas usen el *ChatGPT* como psicoterapeuta. Carlbring et al. (2023) destacan limitaciones relevantes de *ChatGPT* en el ámbito psicoterapéutico, como su incapacidad para captar la ironía o su dificultad para mantener conversaciones largas, lo que podría obstaculizar la construcción del vínculo terapéutico. También se abordan cuestiones éticas, como la necesidad de transparencia sobre el origen de los mensajes, ya que las publicaciones generadas por *chatbots* en plataformas de salud mental recibían valoraciones más altas que las de personas reales. Así como las cuestiones ético-legales sobre la atención sanitaria, incluyendo la responsabilidad ante posibles daños al consultante y el debate sobre la ética algorítmica en cuanto a sesgos, transparencia y validación y comparación.

En contraposición a esto, modelos terapéuticos que priorizan el vínculo interpersonal, como la Psicoterapia Analítica-Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991), postulan que la mayoría de los problemas psicológicos tienen un origen interpersonal. Dentro de este enfoque, la intimidad que se genera en la terapia presencial es fundamental para el cambio terapéutico (López-Pinar et al., 2024). De hecho, estudios recientes sugieren que muchos consultantes prefieren un enfoque híbrido que combine sesiones presenciales y online para mitigar estos desafíos (Sora et al., 2022).

La falta de contacto físico y de interacción no verbal en la terapia online puede generar una sensación de mayor distancia emocional entre el terapeuta y el consultante. Mearns y Cooper (2017) enfatizan que elementos como la confianza, la intimidad psicológica y la profundidad en la relación terapéutica son esenciales para el proceso de cambio. La pérdida de señales no verbales, como la expresión facial, el tono de voz y la prosodia, puede afectar la sincronización emocional entre terapeuta y consultante, reduciendo la efectividad del tratamiento (Alvandi, 2019). Asimismo, aspectos relacionados con la sensación de seguridad y el apego en la relación terapéutica pueden verse comprometidos, afectando la capacidad del terapeuta para regular la interacción y ofrecer una contención adecuada.

Desde una perspectiva más crítica, Pérez-Álvarez (2019) argumenta que la psicoterapia es una ciencia humana más que

tecnológica, lo que sugiere que la excesiva dependencia de plataformas digitales podría desvirtuar su propósito. Las demandas psicológicas tienen relación con la creciente soledad emocional y aislamiento por la forma de vida actual. Por otra parte, la mayor accesibilidad a servicios psicológicos online podría derivar en una “psicologización” excesiva de problemas cotidianos, transformando cuestiones inherentes a la vida en demandas terapéuticas. Fisher (2016) advierte sobre el riesgo de privatizar el estrés, desplazando la responsabilidad de problemas sociales y estructurales hacia una solución individualista basada en la terapia online. Así, el acceso digitalizado a la psicoterapia podría reforzar el aislamiento social en lugar de promover la integración comunitaria.

En esta misma línea, Turkle (2020) ha demostrado que el 40% de los jóvenes experimentan una disminución en su capacidad empática, mientras que 8 de cada 10 presentan ansiedad ante interacciones telefónicas. Estos hallazgos sugieren que la forma en la que la sociedad organiza sus interacciones influye en la calidad de las relaciones humanas, y la tecnología podría estar jugando un papel en la erosión de la comunicación interpersonal. De aquí la pregunta por la técnica desde la filosofía y la ciencia. La psicoterapia online, aunque válida en muchos contextos, plantea interrogantes filosóficos sobre su papel como herramienta técnica. Existen riesgos de que contribuya al aislamiento emocional y a una desconexión social más profunda. Por ello, es fundamental investigar qué elementos de la terapia presencial son esenciales e integrar estratégicamente estos aspectos en los entornos digitales para preservar la calidad del vínculo terapéutico y mejorar la efectividad clínica.

Consideraciones Epistemológicas en la Implementación de la Psicoterapia Online

Al hilo del pensamiento de Russell (1912/2004), “la filosofía o la ciencia no serían valiosas por ofrecer respuestas definitivas, sino por fomentar una actitud crítica y escéptica frente al conocimiento establecido”. Si tenemos en cuenta el escepticismo como un ejercicio para la mejora continua desde una perspectiva epistemológica, Popper (1957) detalla que la ciencia debe contrarrestar el “ansia de tener razón”, promoviendo una actitud crítica en la evaluación de la evidencia. Aplicado al ámbito de la psicoterapia, este principio exige un análisis riguroso de los fundamentos empíricos de cualquier intervención antes de su implementación generalizada. En este sentido, la expansión de la psicoterapia online requiere el respaldo de estudios metodológicamente sólidos que garanticen su eficacia continua y seguridad para los consultantes.

Para que una intervención sea considerada científica, debe adherirse al método científico, al finalizar incluye: observación, formulación de hipótesis, experimentación, análisis de datos y conclusiones verificables. La replicabilidad de los hallazgos es un criterio esencial, así como la revisión por pares antes de su publicación en revistas especializadas. En la jerarquía de la evidencia, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados constituyen los niveles más altos de validez científica. Junto con esto, la ciencia debe explicar cómo y por qué ha sido eficaz en este caso la psicoterapia online, para así diferenciarse de la pseudociencia. Asimismo, la falsabilidad, es decir, la posibilidad de refutar una hipótesis mediante evidencia empírica, es un criterio fundamental en la ciencia. La consistencia

con el conocimiento acumulado y el uso de análisis estadísticos adecuados son aspectos medulares para la validación de cualquier intervención (Popper, 1957).

Desde una perspectiva ética, la ausencia de evidencia concluyente sobre la psicoterapia online plantea interrogantes sobre su viabilidad como única modalidad terapéutica sin una regulación adecuada. Si bien la digitalización de los servicios psicológicos ha ampliado el acceso a la atención en salud mental, su implementación prematura y creciente mercantilización podría comprometer la calidad del tratamiento y generar riesgos para los consultantes. Como señalan Dimidjian y Hollon (2010), una literatura científica distorsionada, ya sea por la sobreestimación o subestimación de la eficacia de la terapia online, puede afectar negativamente la toma de decisiones clínicas y, en última instancia, la salud mental de los consultantes.

Aunque la psicoterapia online es una alternativa prometedora para ampliar el acceso a la salud mental, su aplicación debe fundamentarse en evidencia rigurosa y sin sesgos. Es crucial mejorar la calidad metodológica de los estudios, mediante diseños sólidos, medidas válidas y seguimientos prolongados. Además, las autoridades sanitarias deben establecer regulaciones claras que aseguren el cumplimiento de estándares éticos y científicos. Solo con un enfoque basado en la evidencia podrá consolidarse como una opción eficaz y segura en la atención psicológica actual.

Regulación y Desafíos en la Psicoterapia Online: Consideraciones Éticas y Clínicas

La European Association for Psychotherapy (2023) ha señalado riesgos clave en la psicoterapia online y ha emitido recomendaciones para una práctica profesional adecuada. Entre los aspectos más relevantes figuran la evaluación del riesgo, la seguridad del consultante, la confidencialidad, el marco legal y la adaptación clínica al entorno digital.

Es fundamental identificar riesgos como autolesiones o daños a terceros, contando con datos de contacto y referencias locales del consultante. También se debe evaluar el perfil psicológico del consultante, incluyendo consumo de sustancias o trastornos graves. La confidencialidad exige el uso de plataformas seguras: Skype no es recomendable, mientras que Zoom cumple con normativas como la HIPAA y es preferido por su accesibilidad y seguridad.

El contrato terapéutico debe ajustarse al formato online, contemplando el marco legal de ambas partes, las políticas de emergencia, y aspectos como cancelaciones y pagos. La ausencia de fronteras geográficas complica la regulación ética y legal, por lo que se requiere verificación de credenciales. Asimismo, los terapeutas deben cumplir con leyes como el GDPR en Europa y adaptarse a políticas de privacidad y redes sociales, tomando como ejemplo portales especializados en buenas prácticas. Ejemplos de buenas prácticas pueden encontrarse en plataformas como adrianrhodes.net/social-media-policy (Tabla 1).

El entorno digital altera la interacción entre terapeuta y consultante, exigiendo ajustes teóricos y estratégicos. Mientras los nativos digitales se sienten más cómodos online, otros pueden experimentar una menor profundidad relacional. El “efecto de desinhibición en línea” (Suler, 2004) favorece una expresión más intensa, aunque esto puede dificultar la generalización de los cambios a la vida real (Kohlenberg y Tsai, 1991). Aun así, la

Tabla 1
Resumen de Riesgos y Recomendaciones European Association for Psychotherapy

Riesgos	Recomendaciones
Evaluación del riesgo de suicidio y autolesiones. Riesgo de daños a terceros	Recopilar datos de contacto, incluido profesionales sanitarios o personas cercanas al consultante.
Perfil psicológico del consultante	Examinar la gravedad y si hay abuso de sustancias, adicciones, problemas de la personalidad, impulsividad.
Confidencialidad y seguridad	Existen plataformas más seguras, como es Zoom, sin necesidad de instalar software.
Contrato terapéutico	Adecuar el contrato al formato online, ofreciendo los derechos y las bases para iniciar el servicio.
Seguridad online	Adecuarse a las normas establecidas de cada país para la regulación de la profesión. Cumplimiento de protección de datos y confidencialidad.
Implicaciones clínicas	Las personas interactúan diferente online que vía presencial. Adaptar los procedimientos y tener en cuenta el contexto y la generalización.

terapia online permite observar el contexto natural del consultante, aportando información valiosa. Por ello, es esencial que los terapeutas adapten sus intervenciones a las particularidades del medio digital para optimizar su eficacia.

Discusión

El avance de la psicoterapia online ha generado un debate sobre sus ventajas y limitaciones en la práctica clínica. A continuación, se presentan los principales aspectos a considerar para evaluar críticamente esta modalidad, promoviendo una reflexión sobre su efectividad y las mejores prácticas para su implementación.

Procesos de Cambio en Psicoterapia Online

Uno de los interrogantes centrales en la investigación sobre psicoterapia online es si esta modalidad opera bajo los mismos principios que la terapia presencial o si constituye un enfoque terapéutico con mecanismos de cambio diferenciados. En otras palabras, ¿la psicoterapia online es simplemente un vehículo alternativo para la intervención psicológica o implica un proceso de cambio distinto? La respuesta a esta cuestión tiene implicaciones significativas para la investigación, la formación de terapeutas, la supervisión clínica y la aplicación práctica de la terapia en entornos digitales.

La evidencia empírica sigue siendo limitada, especialmente por la escasa indagación en la experiencia del consultante (Smith et al., 2022), dificultando la identificación de los factores que facilitan el cambio terapéutico en entornos digitales. Aunque la alianza terapéutica y la reducción de síntomas son objetivos comunes, extrapolar los hallazgos de la terapia presencial al entorno online sin considerar sus particularidades puede generar conclusiones sesgadas (Hofmann et al., 2021). Se requiere por tanto una línea de investigación específica que analice los procesos terapéuticos digitales, integre la perspectiva del consultante y adopte metodologías rigurosas para evaluar la eficacia de esta modalidad.

Por otro lado, la reducción de síntomas por sí sola no es un indicador suficiente del éxito terapéutico si no se comprende qué factores han facilitado estos cambios (Hofmann et al., 2021).

Limitaciones de la Psicoterapia Online

Uno de los principales desafíos de la psicoterapia online es que no todos los consultantes pueden beneficiarse de esta modalidad, ni siquiera en combinación con la terapia presencial. Existen limitaciones en su aplicación para ciertos trastornos clínicos, especialmente en condiciones graves como adicciones severas, trastornos de personalidad o síndromes crónicos (Marks et al., 2004). En estos casos, el tratamiento presencial es preferible debido a la necesidad de un contacto cercano y una intervención más estructurada (Christensen et al., 2014). Investigaciones previas sugieren que el asesoramiento en línea debería estar reservado para problemas menos complejos, requiriendo una evaluación inicial antes de determinar su idoneidad (Finn y Barak, 2010). En situaciones de violencia doméstica, abuso de sustancias o riesgo suicida, la comunidad científica no ha alcanzado un consenso claro sobre la efectividad de la terapia online (Simpson et al., 2009). Otro factor a considerar es la necesidad de habilidades tecnológicas tanto por parte del terapeuta como del consultante (Lippke et al., 2021). No todos los consultantes poseen la alfabetización digital necesaria para manejar plataformas de terapia online, lo que puede afectar su experiencia y adherencia al tratamiento. Además, los entornos presenciales pueden facilitar la comunicación interpersonal, lo que resulta crucial para consultantes con dificultades en sus relaciones sociales (Erbe et al., 2017; Tsai et al., 2009).

Desde una perspectiva práctica, la terapia online presenta dificultades en la gestión de emergencias. La capacidad de los terapeutas para intervenir de manera inmediata es más limitada en comparación con la modalidad presencial. Experiencias negativas con la terapia online pueden generar inseguridad en los consultantes, reduciendo su motivación para futuras intervenciones. Además, se ha identificado una mayor tasa de abandono en terapia online (43%) en comparación con la presencial (24%) (Marks et al., 2004).

Otro aspecto relevante es la falta de formación específica de los terapeutas en el uso de tecnologías aplicadas a la psicoterapia. Muchos profesionales no han recibido capacitación formal en asesoramiento online (Mallen et al., 2005). La encuesta de Tanrikulu (2018) reveló que ni consultantes ni terapeutas contaban con formación en esta modalidad. Además, existen preocupaciones en torno a la confidencialidad y seguridad de la información, incluyendo el riesgo de grabaciones no autorizadas o filtraciones de datos (Haberstroh et al., 2007). La falta de regulación en algunas plataformas digitales expone tanto a terapeutas como a consultantes a riesgos de privacidad (Stoll et al., 2020).

El entorno en el que se lleva a cabo la sesión online también puede afectar la calidad del tratamiento. La presencia de ruidos externos, interrupciones o falta de un espacio privado pueden reducir la efectividad de la terapia (Sayers, 2021). En estos casos, la falta de un ambiente controlado puede comprometer la concentración y la calidad de la interacción terapéutica.

Finalmente, asumir que los hallazgos de la terapia presencial se aplican automáticamente al entorno online puede distorsionar la comprensión de su eficacia. Por ello, se requiere un enfoque específico que analice los procesos de cambio propios de la terapia

digital, incorporando la experiencia del consultante y empleando metodologías rigurosas esbozadas con anterioridad, que puedan permitir su evaluación e impacto con precisión

Virtudes de la Psicoterapia Online

A pesar de sus limitaciones, la terapia online presenta una serie de ventajas que la convierten en una alternativa viable en determinados contextos. Una de las más destacadas es el acceso a la terapia para personas que viven en áreas remotas o con dificultades de movilidad (Macías y Valero, 2018). Asimismo, facilita la conciliación entre la vida personal y laboral, permitiendo sesiones más flexibles. Otro beneficio clave es la disponibilidad de tratamientos basados en la evidencia. Estudios previos han demostrado que las intervenciones digitales pueden contribuir a la prevención de recaídas y mejorar la adherencia a largo plazo (Lindhiem et al., 2015). También se ha señalado que la terapia online puede reducir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda psicológica, al permitir que los consultantes accedan a los servicios sin la presión social que implica asistir físicamente a una consulta.

La terapia online ofrece mayor flexibilidad para terapeutas y consultantes, eliminando barreras como los desplazamientos y la rigidez horaria. En regiones con escasa oferta profesional, puede ampliar el acceso y reducir los tiempos de espera (Barnett et al., 2020). No obstante, su implementación exige cautela: debe adaptarse a las características del consultante y la naturaleza de su demanda clínica. Es imprescindible una regulación más estricta en formación, seguridad de datos y manejo de emergencias. Asimismo, se requieren investigaciones rigurosas que delimiten con claridad en qué casos esta modalidad puede equiparar o incluso superar la efectividad de la presencial.

Conclusiones: Hacia una Psicoterapia Online Basada en la *Phronesis* y la Evidencia

La psicoterapia online presenta tanto desafíos como oportunidades. Este artículo ha examinado sus limitaciones, así como sus potenciales virtudes, destacando cómo las soluciones pueden estar intrínsecamente vinculadas a los problemas actuales de cómo vivimos (vida nómada) y cómo los fines no pueden justificar los medios. Aunque la terapia online ha demostrado ser potencialmente beneficiosa en determinados contextos, aún es necesario sistematizar los procesos de cambio subyacentes para comprender mejor su impacto (Hofmann et al., 2021) y seguir manteniendo un ejercicio de escepticismo para la mejora continua de esta modalidad sin asumirla como útil en todos los casos.

El auge de la terapia online durante la pandemia no fue producto de una elección deliberada por parte de los consultantes, sino una adaptación a las circunstancias. Esto subraya la importancia de seguir investigando con enfoques más precisos, considerando análisis mediacionales y comparaciones con grupos de control activos. Para que la psicoterapia online sea un servicio ético y eficaz, es imprescindible adaptar su aplicación a cada consultante y su contexto particular. Esto incluye no solo evaluar su idoneidad para diferentes poblaciones, sino también desarrollar estrategias que optimicen la expresión y el reconocimiento de respuestas empáticas (Grondin et al., 2019), así como la presencia y comunicación del terapeuta en términos verbales y no verbales (Geller, 2020).

Asimismo, es central investigar qué formatos y poblaciones podrían no beneficiarse de la terapia online y en qué casos podría ser más efectiva que la terapia presencial. Se ha observado que las actitudes de los psicoterapeutas hacia esta modalidad impactan directamente en el curso de la terapia (Békés y Doorn, 2020). Factores como la experiencia previa, la preparación del terapeuta y del consultante, y las experiencias de agotamiento, inseguridad y desconexión pueden influir en la efectividad del tratamiento. Sin embargo, estos desafíos pueden abordarse mediante formación específica, apoyo profesional y supervisión entre colegas. La evidencia sugiere que, con la experiencia y la reducción del estrés inicial, los terapeutas desarrollan actitudes más positivas hacia la psicoterapia online, lo que podría mejorar su competencia en esta modalidad (Fisher et al., 2015).

A medida que se disponga de nueva evidencia, será fundamental actualizar las directrices de competencia profesional y los criterios de calidad para la prestación de servicios de terapia online (Asociación Británica de Consejería y Psicoterapia, 2021). La expansión de estos servicios debe ir acompañada de una reflexión continua sobre sus ventajas y limitaciones, garantizando que la psicoterapia online no se convierta en una solución impuesta sin un análisis crítico riguroso.

En este sentido, la filosofía ofrece herramientas valiosas para abordar este dilema como las expuestas a lo largo de esta revisión. La *phronesis* (φρόνησις) aristotélica, o sabiduría práctica, nos recuerda que la toma de decisiones en contextos complejos debe considerar la especificidad de cada caso, equilibrando la teoría con la realidad individual de los consultantes. Del mismo modo, la prudencia de Gracián (2020) o el Elogio a la Duda de Camps (2016) nos advierte sobre los riesgos de la precipitación y la necesidad de actuar con mesura, asegurando que la expansión de la psicoterapia online se realice con criterios de calidad y evidencia científica. En consonancia con la perspectiva crítica de Karl Popper, resulta fundamental que la psicoterapia online se someta de forma constante a procesos de falsación y revisión crítica. Esto implica no conformarse con la evidencia existente, sino promover una actitud de cuestionamiento riguroso y mejora continua. Solo así podrá evitarse que esta práctica quede subordinada a intereses mercantilistas o a la lógica expansiva de las redes sociales, donde llegar a más personas no siempre equivale a ofrecer una atención de mayor calidad en el contexto de la sociedad contemporánea.

Finalmente, la pregunta central sigue siendo: *¿Qué tratamiento, por quién, es más eficaz para esta persona, con ese problema específico, bajo qué conjunto de circunstancias y cómo se produce?* (Paul, 1969, p. 44). La terapia online puede convertirse en un espacio terapéutico óptimo si los profesionales se comprometen a mejorar sus estándares de calidad y cooperación. Modelos como el de Portland (Thompson et al., 2015) han buscado precisamente reducir la soledad y el aislamiento de los psicoterapeutas, promoviendo el entrenamiento en habilidades que fortalezcan la práctica terapéutica. La cooperación y el intercambio de conocimientos son esenciales en una disciplina que, por su naturaleza, implica el cuidado de otros. Al otro lado de la pantalla, los consultantes comparten los mismos miedos e incertidumbres que los terapeutas. Esto refuerza la necesidad de una aproximación prudente, escéptica y basada en la evidencia para garantizar que la terapia online sea verdaderamente un vehículo de cambio y no parte del problema contemporáneo.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener conflictos de interés en la elaboración y desarrollo del presente artículo.

Referencias

- Alvandi, E. O. (2019). Cybertherapy: A conceptual architecting of presence for counselling via technology. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 6(1), 30-45. <https://doi.org/10.17220/ijpes.2019.01.004>
- American Psychological Association (APA). (2024). *Proposed revision of guidelines for the practice of telepsychology*. Retrieved from <https://www.apa.org/about/policy/telepsychology-revisions>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., y Hedman, E. (2014). Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Andrade Viteri, D. C., Espinoza Ordóñez, J. M., Hurtado Enríquez, F. M., y Robalino Robayo, D. I. (2021). Psicoterapia online: Aplicación desde una perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Científica*, 6(22), 56-77.
- Aristóteles. (1999). *Ética a Nicómaco* (D. Ross, Trad.). Oxford University Press. (Trabajo original publicado en el siglo IV a. C.)
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., y Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111-131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., y Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barnett, P., Goulding, L., Casetta, C., Jordan, H., Rains, L. S., Steare, T., Williams, J., Wood, L., Gaughran, F., y Johnson, S. (2020). Remote working in mental health services: A rapid umbrella review of pre-COVID-19 literature. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.11.30.20240721>
- Bee, P. E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L., y Roach, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A systematic review and meta-analysis. *Health Technology Assessment*, 12(22), 1-183. <https://doi.org/10.3310/hta12220>
- Békés, V., y Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research*, 27(5), 511-524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>
- Beutler, L. E., Moleiro, C., y Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 207-217.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- British Association for Counselling and Psychotherapy. (2021). *Competence framework for online and phone therapy*. BACP. <https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/competences-and-curricula/online-and-phone-therapy/>
- Camps, V. (2016). *Elogio de la duda*. Arpa.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., y Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Carlbring, P., Hadjistavropoulos, H., Kleiboer, A., y Andersson, G. (2023). A new era in internet interventions: The advent of Chat-GPT and AI-assisted therapist guidance. *Internet Interventions*, 32, 100621. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100621>
- Christensen, H., Batterham, P., y Calear, A. (2014). Online interventions for anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 7-13. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000019>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., y Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40(2), 211-223. <https://doi.org/10.1017/S0033291709006114>
- Dimidjian, S., y Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65, 21-33.
- Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H., y Ebert, D. D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), e306. <https://www.jmir.org/2017/9/e306/>
- European Association for Psychotherapy (2023). *Psychological services via the internet and other digital means: recommendations for ethical practice*. https://www.efpa.eu/sites/default/files/2023-06/psychological_services_via_internet_and_other_digital_means_-_recommendations_for_ethical_practice_april_2023_002.pdf
- Fernández, D., Calero, E., y Guerrero, M., (2023). Comparativa de indicadores clínicos entre terapia presencial y terapia online por videoconferencia: éxito, adherencia al tratamiento y eficiencia. *Behavioral Psychology*, 31(3), 543-562. <https://doi.org/10.51668/bp.8323306n>
- Finn, J., y Barak, A. (2010). A descriptive study of e-counsellor attitudes, ethics, and practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(4), 268- 277. <https://doi.org/10.1080/14733140903380847>
- Fisher, M. (2016). *Realismo capitalista y nuevas subjetividades*. Nueva Sociedad.
- Fisher, P., Chew, K., y Leow, Y. J. (2015). Clinical psychologists' use of reflection and reflective practice within clinical work. *Reflective Practice*, 16(6), 731-743. <https://doi.org/10.1080/14623943.2015.1095724>
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (A. Yáñez, Trad.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en francés como *Surveiller et punir*).
- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348>

- Gerritzen, E. V., Lee, A. R., McDermott, O., Coulson, N., y Orrell, M. (2022). Online peer support for people with Parkinson disease: Narrative synthesis systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(7), e35425. <https://doi.org/10.2196/35425>
- Giordano, C., Ambrosiano, I., Graffeo, M. T., Di Caro, A., y Gullo, S. (2022). The transition to online psychotherapy during the pandemic: A qualitative study on patients' perspectives. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25(3), 638. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.638>
- Gracián, B. (1647/2020). *El arte de la prudencia*. Alianza Editorial.
- Greenwood, H., Krzyzaniak, N., Peiris, R., Clark, J., Scott, A. M., Cardona, M., y Glasziou, P. (2022). Telehealth versus face-to-face psychotherapy for less common mental health conditions: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR Mental Health*, 9(3), e31780. <https://doi.org/10.2196/31780>
- Grondin, F., Lomanowska, A. M., y Jackson, P. L. (2019). Empathy in computer-mediated interactions: A conceptual framework for research and clinical practice. *Clinical Psychology*, 26(4), 17. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12298>
- Haberstroh, S., Duffey, T., Evans, M., Gee, R., y Trepal, H. (2007). The experience of online counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(3), 269-282. <https://doi.org/10.17744/mehc.29.3.j344651261w357v2>
- Han, B.-C. (2010). *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial.
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., y Lorscheid, D. N. (2021). *Learning process-based therapy: A skills training manual for targeting the core processes of psychological change in clinical practice*. New Harbinger Publications.
- Holmes, C. M., y Kozlowski, K. A. (2015). A Preliminary Comparison of Online and Face-to-Face Process Groups. *Journal of Technology in Human Services*, 33(3), 241-262. <https://doi.org/10.1080/15228835.2015.1038376>
- Jonas, H. (2004). *El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica* (J. Montoya, Trad.). Herder. (Trabajo original publicado en 1979).
- Kiriakaki, S., Tzovanou, M., Sotiriou, A., Lampou, M., y Varsamidou, E. (2022). Online counseling: Advantages, disadvantages and ethical issues. *Homo Virtualis*, 5(1), 32-59. <https://doi.org/10.12681/homvir.30316>
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum.
- Lester, D. (2006). The use of the internet for counseling suicidal people: Possibilities and drawbacks. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 53(3), 243-250. <https://doi.org/10.2190/OM.58.3.e>
- Liebert, T. W., Archer, J. J., Munson, J. E., y York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of Internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(1), 69-83. <https://doi.org/10.17744/mehc.28.1.f0h37djr89nv6vb>
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Rosen, D., y Silk, J. (2015). Mobile technology boosts the effectiveness of psychotherapy and behavioral interventions: a meta-analysis. *Behavior Modification*, 39(6), 785-804. <https://doi.org/10.1177/0145445515595198>
- Lippke, S., Gao, L., Keller, F. M., Becker, P., y Dahmen, A. (2021). Adherence with online therapy vs face-to-face therapy and with online therapy vs care as usual: Secondary analysis of two randomized controlled trials. *Journal of Medical Internet Research*, 23(11). <https://doi.org/10.1002/jcpl.21974>
- López-Pinar, C., Galán-Doña, D., Tsai, M., y Macías, J. (2024). Meta-analysis of randomized controlled trials and single-case designs on the efficacy of functional analytic psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cps0000221>
- Luo, C., Sanger, N., Singhal, N., Pattrick, K., Shams, I., Shahid, H., ..., y Samaan, Z. (2020). A comparison of electronically-delivered and face-to-face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 24, 100442. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100442>
- Macías Morón, J. J., y Valero Aguayo, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1), 107-113. <https://doi.org/10.55414/AP.V36I1-2.717>
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., Rochlen, A. B., y Day, S. X. (2005). Online counseling: Reviewing the literature from a counseling psychology framework. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 819-871. <https://doi.org/10.1177/0011000005278624>
- Marcuse, H. (1991). *El hombre unidimensional: Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada* (J. Muñoz, Trad.). Ariel. (Trabajo original publicado en 1964).
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34(1), 9-17. <https://doi.org/10.1017/S003329170300878X>
- Martínez Rodríguez, J. M., Aguado Rodríguez, V., Mateo León, S., Martínez Fernández, J., y Fernández Rodríguez, B. (2024). La Evaluación de las psicoterapias: Implicaciones desde el criterio del paradigma de la psicoterapia basada en las evidencias. *Revista de Psicoterapia*, 35(129), 39-53. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i129.41313>
- Mearns, D., y Cooper, M. (2017). *Working at relational depth in counselling*. Sage.
- Ortega y Gasset, J. (2000). *Meditaciones de la técnica y otros ensayos sobre ciencia y filosofía*. Alianza.
- Otared, N., Moharrampour, N. G., Vojoudi, B., y Jahanian Najafabadi, A. J. (2021). A group-based online Acceptance and Commitment Therapy treatment for depression, anxiety symptoms and quality of life in healthcare workers during COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 21(3), 399-411. <https://doi.org/10.51668/bp.8323306s>
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics. *Behavior Therapy: Appraisal and Status*, 29-62.
- 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. (2023). *El individuo flotante: La muchedumbre solitaria en los tiempos de las redes sociales*. Deusto.
- Pérez-Álvarez, M. (2025). *La sociedad vulnerable: Un ensayo sobre la crisis de salud mental*. Ned Ediciones.
- Popper, K. R. (1957). *Logic of scientific discovery*. Routledge.
- Rafieifar, M., Hanbidge, A. S., Lorenzini, S. B., y Macgowan, M. J. (2024). Comparative efficacy of online vs. face-to-face group interventions: A systematic review. *Research on Social Work Practice*. <https://doi.org/10.1177/10497315241236966>
- Reger, M. A., y Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 53-75. <https://doi.org/10.1002/jcpl.20536>

- Richards, D., y Viganó, N. (2013). Online counseling: A narrative and critical review of the literature. *Journal of Clinical Psychology, 69*(9), 994-1011. <https://doi.org/10.1002/jclp.21974>
- Roesler, C. (2017). Tele-analysis: The use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship. *Journal of Analytical Psychology, 62*, 372-394. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-5922.12317>
- Russell, B. (2004). Los problemas de la filosofía (E. Godofredo, Trad.). Ediciones Cátedra. (Obra original publicada en 1912)
- Sayers, J. (2021). Online psychotherapy: Transference and countertransference issues. *British Journal of Psychotherapy, 37*(2), 223-233. <https://doi.org/10.1111/bjp.12624>
- Simpson, S. (2009). Psychotherapy via videoconferencing: A review. *British Journal of Guidance & Counselling, 37*(3), 271-286. <https://doi.org/10.1080/03069880902957007>
- Simpson, S. G., y Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health, 22*(6), 280-299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Skinner, A., y Latchford, G. (2006). Attitudes to counselling via the internet: A comparison between in-person counselling clients and internet support group users. *Counselling and Psychotherapy Research, 6*(3), 158-163. <https://doi.org/10.1080/14733140600853641>
- Smith, K., Moller, N., Cooper, M., Gabriel, L., Roddy, J., y Sheehy, R. (2022). Video counselling and psychotherapy: A critical commentary on the evidence base. *Counselling and Psychotherapy Research, 22*(1), 92-97.
- Sora, B., Nieto, R., Montesano, A., y Armayones, M. (2022). Usage patterns of telepsychology and face-to-face psychotherapy: Clients' profiles and perceptions. *Frontiers in Psychology, 13*, 821671. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.821671>
- Stoll, J., Müller, J. A., y Trachsel, M. (2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 993. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00993>
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology & Behavior, 7*(3), 321-326. <https://doi.org/10.1089/1094931041291295>
- Tanrikulu, I. (2018). Online counseling: A descriptive analysis of the use of technology in counseling. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 8*(50), 67-84. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2009.01.140>
- Thompson, B. L., Luoma, J. B., Terry, C. M., LeJeune, J. T., Guinther, P. M., y Robb, H. (2015). Creating a peer-led acceptance and commitment therapy consultation group: The Portland model. *Journal of Contextual Behavioral Science, 4*(3), 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.11.004>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry, 66*(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., y Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism*. Springer
- Turkle, S. (2020). *En defensa de la conversación: el poder de la conversación en la era digital*. Ático de los Libros.
- Waldinger, R., y Schulz, M. (2015). *What makes a good life. Lessons from the longest study on happiness*. Rider.
- Wells, M., Mitchell, K. J., Finkelhor, D., y Becker-Blease, K. A. (2007). Online mental health treatment: Concerns and considerations. *CyberPsychology & Behavior, 10*(3), 453-459. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9933>

Artículo

Estilo Personal del Terapeuta y Competencias Socioemocionales en una muestra de terapeutas argentinos

Mariano Daniel Villarrubia^{1,2}  y Jéssica Natalia Pérez² 

¹Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas (ISTE) CONICET - Universidad Nacional de Río Cuarto, Córdoba (Argentina)

²Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, Delegación Regional Río Cuarto (Argentina)

INFORMACIÓN

Recibido: 08-02-2025
Aceptado: 27-04-2025

Palabras clave:

Estilo personal del terapeuta
Competencias
Psicoterapeuta
Psicoterapia

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar las relaciones entre el Estilo Personal del Terapeuta y las Competencias Socioemocionales. Se empleó un enfoque cuantitativo con un diseño comparativo, correlacional y predictivo. La muestra estuvo compuesta por 102 psicoterapeutas, a quienes se administraron el Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C; Fernández-Álvarez y García, 1998; Castañeiras et al., 2008) y el Inventario de Competencias Socioemocionales (ICSE; Mikulic et al., 2015). Los análisis estadísticos incluyeron comparaciones entre grupos según edad, antigüedad en la profesión y orientación teórica, correlaciones de Spearman y regresión logística binaria. No se encontraron diferencias según la edad ni la experiencia profesional, pero sí según la orientación teórica. Se observaron correlaciones estadísticamente significativas de baja intensidad, entre algunas competencias socioemocionales y dimensiones del estilo personal del terapeuta. Asimismo, ciertas competencias predijeron dimensiones específicas del estilo personal. Estos hallazgos constituyen un punto de partida para futuras investigaciones que profundicen en la naturaleza y el alcance de estas relaciones en contextos clínicos.

Personal Style of the Therapist and Socioemotional Competencies in a Sample of Argentinian Therapists

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the relationships between the Personal Style of the Therapist and Socioemotional Competencies. A quantitative approach was used, with a comparative, correlational, and predictive design. The sample consisted of 102 psychotherapists, who completed The Personal Style of the Therapist Questionnaire (PST-Q; Fernández-Álvarez y García, 1998; Castañeiras et al., 2008) and the Socioemotional Competencies Inventory (ICSE; Mikulic et al., 2015). Statistical analyses included group comparisons based on age, years of professional experience, and theoretical orientation, Spearman correlations, and binary logistic regression. No differences were found regarding age or professional experience, but significant differences emerged based on theoretical orientation. Statistically significant weak correlations were observed between some socioemotional competencies and dimensions of the personal style of the therapist. In addition, certain competencies predicted specific dimensions of personal style. These findings provide a starting point for future research to explore the nature and scope of these relationships in clinical settings.

Keywords:

Personal style of the therapist
Competencies
Psychotherapist
Psychotherapy

Introducción

Existe una línea en la investigación en psicoterapias que se propone comprender los efectos del terapeuta sobre los resultados del tratamiento. Esta afirma que la mejoría en los pacientes se produce predominantemente a través de los factores comunes o inespecíficos de los tratamientos, tales como la relación terapéutica, las diferencias individuales del terapeuta y otros fenómenos clínicos que no dependen de la teoría a la que adhiere o de la técnica que implementa el terapeuta (Cuijpers et al., 2019; Norcross y Lambert, 2018).

En los últimos años, ha habido una investigación extensa sobre varios factores comunes en psicoterapia. Se han explorado aspectos demográficos, patrones de personalidad, factores cognitivo-afectivos, factores socio-profesionales y estilos terapéuticos (Fernández-Álvarez et al., 2017; Pereira et al., 2023). Se ha constatado que la influencia del terapeuta en los resultados de la terapia supera a la influencia ejercida por el tipo particular de intervención, y que el efecto del terapeuta explica entre el 5% y el 9% de la variabilidad en los resultados terapéuticos, mientras que el tipo de tratamiento contribuye hasta en un 4% (Johns et al., 2019; Wampold y Imel, 2015). Estos hallazgos subrayan la importancia de estudiar las características individuales de los terapeutas que promueven resultados positivos en psicoterapia (Heinonen y Nissen-Lie, 2020).

El *estilo personal del terapeuta* (EPT) es un área de interés creciente, conceptualizada como un constructo multidimensional que engloba disposiciones, rasgos y actitudes que el terapeuta pone en juego a lo largo de todo el proceso terapéutico (Fernández-Álvarez y García, 1998). En otras palabras, refleja la manifestación de su personalidad, valores, creencias y experiencias, aspectos que pueden influir de manera significativa tanto en el desarrollo como en los resultados de la terapia (Casari et al., 2017; Corbella et al., 2024). Independientemente del enfoque teórico que adopte, el terapeuta transmite en su práctica una serie de características consistentes que derivan de su modo de ser, y que constituyen el núcleo del EPT (Fernández-Álvarez y García, 1998).

El EPT comprende distintas funciones específicas: instruccional, atencional, expresiva, operativa, evaluativa e involucrativa (Fernández-Álvarez y García, 1998). Estas dimensiones no buscan ser exhaustivas, en el sentido de incluir todas las acciones posibles que despliega el terapeuta, más bien pretenden ofrecer una visión amplia de cómo un terapeuta imprime su estilo personal en su práctica profesional (Corbella et al., 2024).

La orientación teórico-clínica del terapeuta es la variable más estudiada en relación con el EPT (Casari et al., 2018). Aunque las metodologías y muestras han variado considerablemente entre estudios —en cuanto a la clasificación de orientaciones, tamaño muestral, versiones del EPT y tipos de análisis estadísticos— existe consenso en que la orientación teórica constituye una variable altamente sensible para captar diferencias estilísticas (Castañeiras et al., 2006, 2008; da Silva Oliveira et al., 2006; Fernández-Álvarez et al., 2000; Vázquez y Gutiérrez de Vázquez, 2015).

En esta línea, los hallazgos empíricos indican que los terapeutas psicoanalíticos tienden a puntuar más bajo en las dimensiones atencional, operativa y expresiva, lo que refleja una atención más abierta, intervenciones menos pautadas y una actitud más distante en la relación terapéutica (Quiñones y Ugarte, 2019). Por su parte, los terapeutas cognitivos muestran un estilo más directivo y estructurado,

con mayor focalización atencional, mientras que los terapeutas sistémicos destacan por un estilo más involucrativo y una preferencia por tratamientos menos estructurados (Vides-Porras et al., 2012).

Estudios con diseños más controlados, como el de Vázquez y Gutiérrez de Vázquez (2015), han confirmado la existencia de perfiles estilísticos diferenciados entre terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos, señalando que los integrativos presentan un perfil más flexible y menos definido, acorde con su enfoque ecléctico. Otras investigaciones han encontrado que los psicoanalistas tienden a mantener una mayor distancia emocional (Ferreira et al., 2019; Tabullo et al., 2023; Vázquez y Gutiérrez de Vázquez, 2015) y presentan puntuaciones más bajas en la función de involucración (Castañeiras et al., 2008; Quiñones y Ugarte, 2019) en comparación con terapeutas de otras orientaciones.

Luego del enfoque teórico, otra variable profesional que mayormente fue indagada con relación al EPT fue la experiencia profesional (Casari et al., 2018), entendida como la cantidad de años de ejercicio profesional. La evidencia muestra resultados dispares, mientras algunos estudios recientes no encontraron asociaciones significativas entre estas variables, sugiriendo que la acumulación de años no necesariamente promueve un estilo particular (Corbella et al., 2024; Torres Barbero, 2025), otros trabajos reportan efectos parciales. Por ejemplo, se ha observado que terapeutas más experimentados tienden a ser más rígidos en la función instruccional y presentan mayor apertura atencional (Quiñones et al., 2019; Silva-Palma y Guedes-Gondim, 2016). Asimismo, se ha señalado una modulación parcial de la experiencia en funciones atencional, operativa y expresiva (Castañeiras et al., 2006). La falta de consenso podría deberse a la escasa profundidad de los estudios sobre esta variable y a la heterogeneidad metodológica.

La investigación sobre el EPT ha abordado en menor medida la influencia de variables sociodemográficas como el sexo y la edad. Castañeiras et al. (2008) encontraron que los terapeutas varones tienden a puntuar más alto en la función atencional, lo que sugiere una mayor focalización durante la práctica clínica. En cuanto a la edad, los resultados son dispares: mientras Casari et al. (2012, citado en Casari et al., 2019 a) y Tabullo et al. (2023) no reportaron diferencias significativas en las dimensiones del EPT, Castañeiras et al. (2008), con una muestra más amplia ($n = 461$), hallaron una correlación negativa entre la edad del terapeuta y las funciones atencional y operativa. Esto indicaría que, a mayor edad, los terapeutas tienden a adoptar una atención más abierta y a intervenir de manera más espontánea.

El segundo constructo de interés en esta investigación, las *competencias socioemocionales* (CSE), ha sido objeto de amplias discusiones y definiciones específicas. Mikulic et al. (2015) las definen como el conjunto de habilidades, conocimientos, actitudes y comportamientos que permiten a una persona interactuar de manera efectiva con los demás, gestionar sus propias emociones y comprender las emociones ajenas en diversos contextos. Los mismos autores identificaron, mediante análisis factoriales, nueve dimensiones esenciales: conciencia emocional, regulación emocional, empatía, expresión emocional, autoeficacia, prosocialidad, asertividad, optimismo y autonomía.

En línea con esta definición, Lozano-Peña et al. (2022) señalaron que las CSE son las capacidades que un individuo posee para regular sus emociones, comportamientos y actitudes en sus relaciones interpersonales. Además, destacaron que estas capacidades se

adquieren y desarrollan a través de procesos educativos formales o experiencias dentro de instituciones u organizaciones estructuradas.

Estudios previos muestran que diversas áreas vitales del ser humano, se ven beneficiadas con un adecuado desarrollo de las CSE, especialmente las áreas profesional y académica. Al mismo tiempo que favorecen procesos de aprendizaje, así como la solución de problemas, benefician la obtención y mantenimiento de un puesto de trabajo y el desempeño laboral y profesional (Bisquerra-Alzina y Pérez-Escoda, 2007). Por este motivo, las CSE han sido ampliamente estudiadas en el ámbito educativo, desde la formación docente o del estudiante, hasta el clima del aula, o la formulación del currículo (García Labandal, 2019; Rendón Uribe, 2019; Yarlequ Dioses, 2022).

Asimismo, las CSE tienen un papel central en el ejercicio de profesiones caracterizadas por la atención o trato con clientes o pacientes. Entre ellas, la psicoterapia ocupa un rol central y requiere de un mayor dominio de aquellas, tanto para regular adecuadamente las propias emociones y las de los demás en función de las demandas del trabajo, como para salvaguardar a la persona del agotamiento emocional y del deterioro de su salud psicológica (Mikulic et al., 2015). Por estos motivos, los autores alientan al estudio, evaluación y a los desarrollos en torno a las CSE en contextos ligados a la psicología.

Aunque resulta evidente la relevancia teórico-práctica del estudio de estas variables, son escasas las investigaciones que vinculan el EPT con las CSE. Una de las pocas excepciones es el trabajo de Palma y Gondim (2019), que incluyó en su análisis la variable regulación emocional, considerada una de las CSE en el modelo propuesto por Mikulic et al. (2015). Asimismo, Corbella et al. (2009) encontraron una correlación positiva entre la autoeficacia general y la función operativa pautada. En este contexto, la presente investigación se propuso: (1) analizar si existen diferencias en las dimensiones del EPT entre terapeutas de distintas edades y con diferente antigüedad profesional; (2) comprender las relaciones entre las CSE y las dimensiones del EPT; y (3) evaluar el valor predictivo de las CSE sobre las dimensiones del EPT.

Método

Para abordar el problema de estudio, se adoptó un enfoque cuantitativo con un diseño comparativo y correlacional (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018), complementado con análisis predictivos. La recolección de datos se realizó en un único momento, por lo que el estudio fue transversal.

Participantes

La muestra se conformó por 102 psicoterapeutas, de los cuales 83 (81,4%) se identificaron como mujeres, 18 (17,6%) como hombres y uno (1%) como no binario. La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 25 y 76 años ($M = 34,9$; $DE = 9,08$). En cuanto a la experiencia profesional, los participantes tenían en promedio siete años de actividad ($DE = 5,65$). Respecto de la orientación teórico-clínica, el 37,3% ($n = 38$) se identificó con el Psicoanálisis, el 14,7% ($n = 15$) con enfoques Cognitivo-Conductual o Conductual-Contextual, el 36,3% ($n = 37$) con orientaciones integrativas o combinadas, y el 11,8% ($n = 12$) con otras corrientes, como la Gestáltica, Sistémica o Humanista.

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico autoelegido (Bologna, 2013). El tamaño de la muestra fue estimado *a priori*, con una potencia estadística del 80% y una probabilidad de error (α) de .05.

Instrumentos

Breve cuestionario de características profesionales. Se indagó sobre edad, género, lugar de residencia, años completos de experiencia en la profesión y orientación teórica. La orientación teórica de los participantes se relevó a través de un listado cerrado de opciones múltiples, en el que los terapeutas podían seleccionar más de una corriente.

Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Fernández-Álvarez y García, 1998). Es un inventario autoadministrado que propone como consigna indagar la forma en que el profesional lleva adelante su trabajo. Está compuesto por 36 afirmaciones a las que cada terapeuta debe responder en una escala tipo *Likert* que va desde 1 (*totalmente en desacuerdo*), hasta 7 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones totales de las cinco escalas del EPT-C se obtienen por sumatoria simple de los ítems que componen cada una de ellas (Casari et al., 2017). El instrumento ha demostrado tener propiedades psicométricas satisfactorias. Por un lado, posee una adecuada consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach para cada dimensión ($.69 \leq \alpha \leq .80$) y estabilidad temporal (García y Fernández-Álvarez, 2007). Por otra parte, se ha estudiado su validez de constructo a través de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios en distintos grupos, estos han reportado una estructura relacionada pero independiente de cinco dimensiones: instruccional, expresiva, involucración, atencional y operativa (Castañeiras et al., 2008; Fernández-Álvarez et al., 2003). En la presente investigación se utilizó la versión breve del cuestionario, compuesta por 21 ítems (Castañeiras et al., 2008).

Inventario de Competencias Socioemocionales (ICSE; Mikulic et al., 2015). Evalúa nueve CSE: conciencia emocional, regulación emocional, empatía, expresión emocional, autoeficacia, autonomía, comportamiento prosocial, asertividad y optimismo. Consta de 72 ítems que se puntúan con una escala *Likert* de cinco puntos que va de 1 (*desacuerdo*) a 5 (*acuerdo*). El instrumento posee una adecuada consistencia interna para todas sus dimensiones ($.74 \leq \alpha \leq .86$) (Mikulic et al., 2015).

Procedimiento

Para la recolección de datos, se emplearon dos métodos: formato impreso y online (a través de un formulario en Google). Los cuestionarios impresos se distribuyeron en Centros de Psicoterapia, donde diversos terapeutas ejercen su práctica. Previamente, se contactó a los directores o coordinadores mediante una carta informativa que resumía el problema, objetivos, método y consideraciones éticas del estudio. Se solicitó formalmente que distribuyeran las encuestas entre sus colegas. Simultáneamente, se difundió el enlace al formulario a través de redes sociales personales de los investigadores y, principalmente, mediante canales institucionales de la entidad que financió el proyecto. La recolección de datos se llevó a cabo desde septiembre hasta diciembre de 2023.

Análisis de Datos

En primer lugar, se realizaron procedimientos para detectar y reemplazar valores perdidos. Se verificaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene, respectivamente. Los resultados indicaron desviaciones de la normalidad y ausencia de homocedasticidad.

A continuación, se llevaron a cabo comparaciones entre grupos segmentados según edad, experiencia profesional y orientación teórica. La edad se agrupó en tres categorías de tamaño similar utilizando los percentiles 33 y 66: ≤ 30 años ($n = 35$), 31–35 años ($n = 36$) y ≥ 36 años ($n = 31$). La experiencia profesional se clasificó en tres niveles mediante los percentiles 25 y 75: baja (1–3 años; $n = 34$), intermedia (4–9 años; $n = 40$) y alta (≥ 10 años; $n = 28$). La orientación teórica se organizó en cuatro grupos: Psicoanálisis ($n = 38$), Terapia Cognitivo-Conductual/Contextual ($n = 15$), Psicoterapia Integrativa o ecléctica ($n = 37$), y otras orientaciones (Gestalt, Sistémica, Humanista-Existencial; $n = 12$).

Estas categorías se utilizaron como variables de agrupamiento, y se aplicaron pruebas de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre los grupos en los factores del EPT, seguidas de análisis *post hoc* de Dunn con corrección de Bonferroni. El tamaño del efecto se estimó mediante el estadístico eta cuadrado de Kruskal-Wallis (η^2_h), interpretado según los puntos de corte propuestos por [Dominguez-Lara \(2019\)](#): insignificante ($< .04$), moderado (.04–.25), fuerte (.25–.64) y muy fuerte ($> .64$).

Posteriormente, se realizó un análisis de correlación de Spearman para examinar la asociación entre las CSE y las funciones del EPT. Para interpretar la magnitud de las relaciones observadas, se siguieron los criterios de [Cohen \(1988\)](#), considerando correlaciones bajas ($\rho = .10$ a $.29$), moderadas ($\rho = .30$ a $.49$) y altas ($\rho \geq .50$).

Por último, se realizó un análisis de regresión logística binaria ([Hosmer et al., 2013](#); [Cea D'Ancona, 2002](#)) para evaluar la capacidad predictiva de las CSE sobre las funciones del EPT, consideradas como variables dependientes dicotomizadas. Para ello, se crearon variables *dummy* con las que se categorizaron las dimensiones del EPT en niveles bajos y altos a partir del percentil 50 (mediana).

Los análisis fueron realizados utilizando los programas SPSS 23, RStudio y G*Power 3.1.

Resultados

Análisis Comparativo

No se observaron diferencias en las cinco dimensiones del EPT en función de la edad ni de la experiencia profesional. Sin embargo, la orientación teórica permitió identificar diferencias significativas en las dimensiones atencional y operativa.

En la dimensión atencional, la prueba de Kruskal-Wallis mostró un efecto moderado ($H_{(3)} = 15.45, p = .001, \eta^2_h = .12$). El análisis *post hoc* reveló que los psicoanalistas (Mdn = 8.5, rango = 4–24) mostraron una atención más abierta en comparación con los cognitivo-conductuales o conductuales-contextuales (Mdn = 13, rango = 10–18) (p ajustado $< .001$). Además, estos últimos mostraron una atención significativamente más focalizada que los terapeutas integrativos (Mdn = 10, rango = 4–23; p ajustado = .026).

En cuanto a la dimensión operativa, la prueba de Kruskal-Wallis indicó un efecto moderado ($H_{(3)} = 22.23, p < .001, \eta^2_h = .20$). El análisis *post hoc* mostró diferencias significativas entre los psicoanalistas (Mdn = 11.5, rango 5–30), y los cognitivo-conductuales o conductuales-contextuales (Mdn = 18, rango 8–28, p ajustado $< .001$). Además, se encontró una diferencia significativa entre los psicoanalíticos y los integrativos (Mdn = 14, rango 6–29) (p ajustado = .004). Estos resultados sugieren que los terapeutas psicoanalíticos tienden a intervenir de manera más espontánea que los cognitivo-conductuales, conductuales-contextuales e integrativos, quienes prefieren un enfoque más pautado.

Análisis Correlacional

Se verificó que los datos de las escalas no seguían una distribución normal, excepto para las variables de autoeficacia y optimismo dentro de las CSE, así como la dimensión instruccional del EPT, por lo tanto, se utilizó el estadístico ρ de Spearman, como alternativa no paramétrica del coeficiente r de Pearson. Se identificaron seis correlaciones significativas entre las CSE y las dimensiones del EPT, que se detallan en la [Tabla 1](#).

La autoeficacia mostró una correlación estadísticamente significativa con dos dimensiones del EPT: involucración y operativa. Con la primera, la relación fue positiva y baja ($\rho_{(100)} = .202, p = .041$), lo que indica que a mayor autoeficacia, mayor nivel de involucramiento. Con la dimensión operativa, la correlación fue baja y negativa ($\rho_{(100)} = -.198, p = .046$), es decir, un aumento en la autoeficacia se asocia con intervenciones más espontáneas, mientras que niveles más bajos corresponden a intervenciones más pautadas.

El optimismo también presentó asociaciones significativas con estas dos dimensiones del EPT. La correlación con involucración fue baja y negativa ($\rho_{(100)} = -.237, p = .016$), lo que sugiere que terapeutas más optimistas tienden a mostrar un menor involucramiento. En cuanto a la dimensión operativa, la relación fue baja y positiva ($\rho_{(100)} = .195, p = .050$), indicando que niveles más altos de optimismo se asocian con intervenciones más estructuradas.

Por otra parte, la autonomía correlacionó significativamente con la dimensión involucración ($\rho_{(100)} = .207, p = .037$), con una relación positiva y baja, lo que sugiere que terapeutas con mayor autonomía exhiben un mayor nivel de involucramiento. Finalmente, la asertividad mostró una correlación positiva y baja con la dimensión expresiva ($\rho_{(100)} = .213, p = .032$), lo que implica que terapeutas con mayores habilidades asertivas tienden a adoptar un estilo de comunicación más próximo.

Análisis de Regresión Logística Binaria

Se identificaron cuatro modelos estadísticamente significativos para predecir las funciones del EPT, utilizando las CSE como variables predictoras. Los resultados se presentan en la [Tabla 2](#).

En primer lugar, se analizó la dimensión involucración, en su nivel alto, como variable dependiente. La prueba ómnibus fue significativa ($\chi^2 = 10.308, p = .016$), lo que indica que el modelo contribuye a predecir la probabilidad de involucración alta. El Pseudo R^2 de Nagelkerke fue de .14, lo que sugiere que el modelo tuvo una capacidad explicativa moderada en relación con la probabilidad de ocurrencia del resultado. La prueba de Hosmer y Lemeshow mostró un buen ajuste del modelo ($\chi^2 = 9.287, p = .319$). La autoeficacia

Tabla 1
Correlaciones Entre CSE y Funciones del EPT ($n = 102$)

		CE	RE	EM	EE	AEF	PRO	ASE	OP	AUT
AT	Rho	-.131	-.042	.037	-.015	-.053	.005	-.145	-.031	.097
	Sig.	.191	.679	.710	.882	.600	.961	.146	.759	.330
INV	Rho	.148	.103	-.077	-.105	.202*	-.123	.104	-.237*	.207*
	Sig.	.138	.303	.442	.296	.041	.217	.300	.016	.037
OP	Rho	.059	-.053	.090	.130	-.198*	.022	-.046	.195*	-.036
	Sig.	.553	.596	.369	.192	.046	.823	.646	.050	.717
EXP	Rho	-.057	.155	-.044	-.122	.100	-.116	.213*	-.050	.157
	Sig.	.569	.120	.660	.220	.319	.246	.032	.620	.116
INS	Rho	-.036	-.042	.074	.184	-.093	-.115	-.092	.192	-.140
	Sig.	.716	.677	.459	.063	.338	.248	.359	.054	.160

* La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral).

Nota. AT = atencional, INV = involucración, OP = operativa, EXP = expresiva, INS = instruccional, CE = conciencia emocional, RE = regulación emocional, EM = empatía, AEF = autoeficacia, PRO = prosocialidad, ASE = asertividad, OP = optimismo, AUT = autonomía.

resultó ser un predictor significativo; por cada aumento en esta competencia, los terapeutas tuvieron aproximadamente un 10% más de probabilidades ($\text{Exp}_{(B)} = 1.1$) de mostrar un involucramiento alto frente a niveles bajos o intermedios.

El segundo modelo evaluó la dimensión atencional en su extremo focalizado. La prueba ómnibus fue significativa ($\chi^2 = 8.638, p = .013$) y el estadístico de Nagelkerke fue de .114, lo que indica una contribución modesta del modelo para distinguir entre terapeutas con estilo atencional focalizado frente a los de estilo abierto o intermedio. El estadístico de Hosmer y Lemeshow indicó un buen ajuste del modelo ($\chi^2 = 5.031, p = .754$). La conciencia emocional mostró una asociación estadísticamente significativa. El valor de $\text{Exp}_{(B)}$ fue 0.81, con un intervalo de confianza del 95% [.682–.961]. Esto indica que niveles altos de conciencia emocional reducen aproximadamente en un 19% la probabilidad de que un terapeuta presente un estilo atencional focalizado en lugar de uno abierto o intermedio.

El tercer modelo, que consideró la dimensión operativa en su extremo pautado como variable dependiente, resultó significativo ($\chi^2 = 5.658, p = .017$), con un Nagelkerke R^2 de .077, lo que sugiere una capacidad explicativa baja. El ajuste fue adecuado ($\chi^2 = 8.294, p = .405$). El optimismo mostró una asociación significativa con la dimensión operatividad pautada ($\text{Exp}_{(B)} = 1.14$); esto indica que terapeutas con mayor optimismo tienen aproximadamente un 14% más de probabilidades de presentar un estilo operativo pautado en vez de uno espontáneo o intermedio.

Finalmente, para la dimensión expresiva en su extremo próximo, el modelo fue significativo ($\chi^2 = 15.003, p = .005$), con un Nagelkerke R^2 de .20, que sugiere una capacidad explicativa moderada respecto a la probabilidad de presentar este estilo. El modelo presentó un buen ajuste ($\chi^2 = 2.644, p = .955$). Tres competencias mostraron asociaciones significativas con la probabilidad de que un terapeuta presente un estilo expresivo próximo: prosocialidad, optimismo

y autonomía. Concretamente, los profesionales con niveles más altos de optimismo presentaron un 16%, y aquellos con mayor autonomía, un 27% más de probabilidades. Por el contrario, quienes mostraron niveles más altos de prosocialidad presentaron un 26% menos de probabilidades de exhibir este estilo.

Cabe aclarar que no se encontraron evidencias de relaciones significativas entre las CSE y la dimensión instruccional en sus niveles altos y bajos, ni con los niveles bajos de las cuatro dimensiones restantes del EPT (involucramiento bajo, atencional abierto, operativo espontáneo y expresivo distante).

Discusiones

El EPT ha recibido un marcado interés en las investigaciones sobre los factores comunes o inespecíficos de las psicoterapias (Corbella et al., 2024; Cuijpers et al., 2019; Norcross y Lambert, 2018). Aunque se han realizado numerosos estudios sobre este constructo, aún existen aspectos por explorar. Por otra parte, estudios previos afirman que las CSE desempeñan un papel destacado en profesiones basadas en la interacción con clientes o pacientes. Se ha puesto de manifiesto la importancia de gestionar estas competencias, por su impacto en la regulación emocional y en la salud (Mikulic et al., 2015). Sin embargo, hasta el momento son escasos los estudios que exploran la relación entre ambos constructos.

En este marco, el primer objetivo de este trabajo fue analizar las diferencias en el EPT según la edad, la experiencia y la orientación teórica. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas en función de las dos primeras variables, pero sí según la orientación teórica.

En relación con la edad, los hallazgos coinciden con los de Casari et al. (2012, citado en Casari et al., 2019a) y Tabullo et al. (2023), quienes no reportaron diferencias significativas en el

Tabla 2
Modelos de Regresión Logística Binaria con Resultados Significativos en la Predicción de las Dimensiones del EPT

Modelo 1								
Variable dependiente: función de involucración alta								
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% IC para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Conciencia emocional	-.155	.096	2.604	1	.107	0.856	0.709	1,034
Autoeficacia	.105	.042	6.332	1	.012	1,111	1,024	1,206
Prosocialidad	-.174	.096	3.306	1	.069	0.840	0.697	1,014
Constante	.835	1.939	.185	1	.667	2.305		
Modelo 2								
Variable dependiente: función atencional focalizada								
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% IC para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Conciencia emocional	-.211	.088	5.804	1	.016	0.810	0.682	0.961
Autonomía	.158	.087	3.314	1	.069	1.171	0.988	1.389
Constante	1.288	1.796	0.514	1	.473	3.626		
Modelo 3								
Variable dependiente: función operativa pautada								
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% IC para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Optimismo	.131	.058	5.089	1	.024	1.140	1.017	1.278
Constante	-4.720	1.746	7.311	1	.007	0.009		
Modelo 4								
Variable dependiente: función expresiva próxima								
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% IC para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Regulación emocional	.202	.113	3.170	1	.075	1.223	0.980	1.527
Prosocialidad	-.295	.106	7.743	1	.005	0.745	0.605	0.917
Optimismo	.155	.068	5.142	1	.023	1.167	1.021	1.334
Autonomía	.239	.111	4.618	1	.032	1.270	1.021	1.579
Constante	-7.567	3.800	3.965	1	.046	0.001		

Nota. B = coeficiente de regresión; Wald = estadístico Wald; gl = grados de libertad; Exp(B) = razón de probabilidades; IC = intervalo de confianza al 95% para Exp(B).

EPT. No obstante, contrastan con la investigación de [Castañeiras et al. \(2008\)](#), en la cual se encontró una relación negativa entre la edad y las funciones técnicas (atencional y operativa), más específicamente, que los terapeutas de mayor edad tienden a adoptar una atención más abierta y a intervenir de manera más espontánea. Cabe destacar que la muestra de [Castañeiras et al. \(2008\)](#) ($n = 461$) fue considerablemente mayor que la de este estudio ($n = 102$), así como las de [Casari et al. \(2012, citado en Casari et al., 2019a\)](#) ($n = 100$) y [Tabullo et al. \(2023\)](#) ($n = 152$). Esta diferencia muestral es relevante, dado que las muestras pequeñas incrementan el riesgo de errores tipo II, es decir, no detectar efectos reales ([Cohen, 1992](#)).

La ausencia de diferencias podría, por tanto, reflejar limitaciones estadísticas más que una falta de relación entre variables.

Respecto a la *experiencia clínica*, tampoco se observaron diferencias significativas en las dimensiones del EPT, lo cual replica resultados previos ([Ferreira et al., 2019](#); [Tabullo et al., 2023](#); [Torres Barbero, 2025](#)). Esto sugiere que la acumulación de años de práctica no conlleva, necesariamente, transformaciones en el EPT ([Corbella et al., 2024](#)). Sin embargo, esta conclusión debe matizarse, dado que otros estudios han encontrado que la experiencia modula algunas funciones del EPT, especialmente las técnicas ([Castañeiras et al., 2006](#); [da Silva Oliveira et al., 2006](#); [Silva-Palma y Guedes-Gondim, 2016](#)).

Según estos, los terapeutas noveles tienden a exhibir una atención más focalizada y un estilo operativo más estructurado, mientras que los experimentados adoptan una atención más abierta e intervenciones más espontáneas. Esta discrepancia entre el presente estudio y algunos antecedentes podría deberse, nuevamente, a diferencias metodológicas y contextuales, así como a las características de las muestras estudiadas.

La única variable vinculada a los factores personales de los terapeutas que mostró diferencias claras fue la *orientación teórica*. En particular, los psicoanalistas presentaron un estilo atencional más abierto y un estilo operativo más espontáneo en comparación con los cognitivo-conductuales/conductuales-contextuales y los integrativos/eclécticos, quienes tendieron a estilos más focalizados y estructurados. Estos resultados replican los hallazgos de [Fernández-Álvarez et al. \(2000\)](#) y coinciden parcialmente con otras investigaciones ([Castañeiras et al., 2006](#); [Ferreira et al., 2019](#); [Silva-Palma y Guedes-Gondim, 2016](#); [Vázquez y Gutierrez de Vázquez, 2015](#)). Esta tendencia resulta coherente con el encuadre psicoanalítico, que promueve la atención flotante y la asociación libre ([Freud, 1912/1987](#)), y se basa en un enfoque menos estructurado en la conducción de las sesiones.

Es importante destacar que las diferencias observadas se centraron en la comparación entre los psicoanalistas y los otros dos grupos, lo que podría sugerir que los primeros exhiben un estilo personal más definido, especialmente en las funciones técnicas (atencional y operativa). En cambio, los terapeutas cognitivo-conductuales/conductuales-contextuales e integrativos/eclécticos no mostraron un perfil tan marcado, lo que podría atribuirse a una mayor flexibilidad en su práctica o a una tendencia integradora, incluso entre quienes se identifican con modelos más estructurados. En este sentido, [Fernández-Álvarez](#) (como se citó en [Vázquez y Gutierrez de Vázquez, 2015](#)) advierte que no puede hablarse de un estilo personal integrativo en sentido estricto, ya que no existe un modelo único.

El segundo objetivo se centró en analizar las relaciones entre el EPT y las CSE, y el tercero, en evaluar el impacto de las CSE sobre las funciones del EPT. La discusión de los resultados obtenidos a partir de los análisis correlacionales y la regresión logística binaria, se organiza en torno a cuatro de las cinco funciones del EPT que, en esta investigación, mostraron estar asociadas o influenciadas por las competencias de los terapeutas: involucración, operativa, atencional y expresiva. No se encontraron resultados significativos respecto de la función instruccional, entendida como las conductas que el terapeuta implementa para establecer y regular el dispositivo terapéutico ([Fernández-Álvarez y García, 2019](#)).

En relación con la *función de involucración*, se encontró una correlación positiva y baja con la autoeficacia ($\rho = .202, p = .041$), lo que sugiere que los terapeutas con mayor confianza en sus capacidades tienden a implicarse más en las intervenciones y con sus consultantes. Este resultado fue confirmado por el modelo de regresión binaria ($\chi^2_{(2)} = 10.31, p = .016$; Nagelkerke $R^2 = .14$; $\text{Exp}_{(B)} = 1.10$; Hosmer-Lemeshow $\chi^2_{(8)} = 9.29, p = .319$). Aunque la evidencia empírica sobre la relación específica entre autoeficacia y la involucración terapéutica es limitada en el campo de la psicoterapia, investigaciones en otros contextos profesionales han abordado esta relación. Por ejemplo, en consejería, [Akinlolu y Chukwudi \(2019\)](#) demostraron que la autoeficacia predice el compromiso profesional. De manera similar, estudios recientes

en enfermería reportaron que disposiciones personales como la autoeficacia y la autoestima explican, en diferente grado, la motivación y la persistencia ante las dificultades ([Ventura-Egoávil y Sosa-Huichi, 2023](#)).

Además, respecto de la misma función del EPT, se encontró una correlación positiva y baja con la autonomía ($\rho = .207, p = .037$), lo que sugiere que los terapeutas que pueden pensar y actuar según criterios propios ([Bisquerra-Alzina y Pérez Escoda, 2007](#)), tienden a involucrarse más activamente en la terapia. Este hallazgo puede interpretarse a la luz de una de las teorías contemporáneas más influyentes en el campo de la motivación, la Teoría de la Autodeterminación ([Deci y Ryan, 2000](#)), que sostiene que la percepción de autonomía fomenta la motivación intrínseca y potencia la participación comprometida en las actividades profesionales. Aunque esta relación podría ser indirecta, la teoría ofrece un marco útil para explorar cómo esta competencia influye en el involucramiento con la tarea terapéutica y con los consultantes.

Por último, la función de involucración mostró una correlación negativa con el optimismo ($\rho = -.237, p = .016$), lo que sugiere que los terapeutas con niveles más altos en esta competencia tienden a involucrarse menos en sus intervenciones. Este hallazgo es llamativo porque contrasta con la idea general de que el optimismo favorece el compromiso y la motivación, y abre una línea poco explorada en la literatura ([Conversano et al., 2010](#)). En este contexto, los desarrollos de [Forgeard y Seligman \(2012\)](#) sobre el *pesimismo realista* ofrecen una posible clave interpretativa. En esta línea, aunque el optimismo suele asociarse con persistencia y apertura, en contextos de alta demanda emocional (como el de la práctica clínica), un exceso podría afectar la implicación del terapeuta. Estos resultados deben considerarse preliminares y subrayan la necesidad de futuras investigaciones que exploren cómo esta variable influye en la relación terapéutica.

Por otra parte, con respecto a la *función operativa*, se observó una asociación negativa con la autoeficacia ($\rho = -.198, p = .046$), es decir, que los terapeutas con mayores niveles de esta competencia, realizarían intervenciones más espontáneas y menos estructuradas. Este resultado contrasta con [Corbella et al. \(2009\)](#), quienes hallaron una correlación positiva entre la autoeficacia general y la función operativa pautada ($r = .306, p < .01$). Una posible explicación de esta discrepancia, radica en las diferencias entre instrumentos, [Corbella et al. \(2009\)](#), utilizaron la *General Perceived Self-Efficacy Scale* ([Schwarzer y Jerusalem, 1995](#)), que evalúa la autoeficacia global; mientras que el presente estudio empleó el ICSE ([Mikulic et al., 2015](#)), que mide CSE específicas (entre ellas, la autoeficacia), definidas como capacidades para regular emociones, comportamientos y actitudes en contextos interpersonales e institucionales, desarrolladas a través de la experiencia y la formación ([Lozano-Peña et al., 2022](#)).

Asimismo, se observó una correlación positiva, aunque modesta, con el optimismo ($\rho = .20, p = .050$), lo que sugiere que los terapeutas con niveles más altos de optimismo adoptarían un estilo operativo más pautado. Este hallazgo se ve respaldado por los análisis de regresión, que indicaron que el optimismo incrementa en un 14% la probabilidad de que los terapeutas utilicen intervenciones más pautadas ($\chi^2_{(1)} = 5.66, p = .017$; Nagelkerke $R^2 = .08$; $\text{Exp}_{(B)} = 1.14$; Hosmer-Lemeshow $\chi^2_{(8)} = 8.29, p = .405$). Tal como se discutió previamente, el optimismo mostró, además, una relación negativa con la función de involucración, lo que

sugiere que los terapeutas más optimistas podrían involucrarse emocionalmente de manera más distante con sus pacientes o tareas. Este patrón parece coherente: a medida que aumenta el optimismo, las intervenciones se tornan más estructuradas, mientras que el nivel de involucramiento emocional disminuye. No obstante, dado que las correlaciones observadas son de baja intensidad, estos resultados deben interpretarse con cautela.

En relación con la *función expresiva*, los análisis revelaron una correlación baja pero significativa con la asertividad ($\rho = .213$, $p = .032$), lo que sugiere que los terapeutas con mayores habilidades asertivas tienden a desplegar un estilo comunicativo más cercano con sus pacientes. Por su parte, los análisis de regresión binaria indicaron que las competencias de prosocialidad, optimismo y autonomía predijeron significativamente la probabilidad de que los terapeutas exhibieran este estilo expresivo próximo: el optimismo y la autonomía incrementaron dicha probabilidad en un 16% ($\text{Exp}_{(B)} = 1.17$; IC 95% = 1.02–1.33) y 27% ($\text{Exp}_{(B)} = 1.27$; IC 95% = 1.02–1.58), respectivamente, mientras que la prosocialidad se asoció negativamente, con una disminución del 26% en la probabilidad ($\text{Exp}_{(B)} = 0.75$; IC 95% = 0.61–0.92).

Resulta llamativo que el optimismo prediga un estilo expresivo próximo cuando, al mismo tiempo, mostró una relación negativa con el estilo de alto involucramiento. Investigaciones previas han señalado que la dimensión expresiva (próxima) suele correlacionar positivamente con un mayor grado de involucramiento (García y Gómez, 2019). Cabe recordar que la función expresiva hace referencia a las acciones mediante las cuales el terapeuta sostiene la comunicación emocional con el paciente, mientras que la involucración alude al conjunto de conductas vinculadas con el compromiso que el terapeuta asume respecto de su tarea profesional y frente a sus pacientes (Fernández-Álvarez y García, 2019). Los resultados del presente estudio sugieren que estar altamente comprometido con el proceso terapéutico y con el consultante no implica necesariamente desplegar una comunicación emocional cercana. El optimismo, por tanto, podría asociarse con un menor nivel de involucramiento y, simultáneamente, con una mayor cercanía emocional en la interacción.

Los estudios que permiten caracterizar este tipo de perfiles terapéuticos son escasos. Resulta pertinente considerar investigaciones como la de Casari et al. (2019b), quienes identificaron un perfil denominado *directivos y vulnerables*, caracterizado por un desarrollo elevado de funciones atencionales y operativas, y que, en el plano de la personalidad, se describen como terapeutas con menor estabilidad emocional, reservados, solitarios, competitivos y conservadores. Es posible que este perfil guarde cierta similitud con los terapeutas de la muestra del presente estudio, especialmente por su orientación a ser más reservados en su emocionalidad y a exhibir niveles elevados de involucramiento.

La autonomía, por otra parte, mostró correlaciones positivas tanto con la función de involucramiento como con la función expresiva, lo que sugiere que los terapeutas con mayor percepción de autonomía tienden no solo a involucrarse activamente en el proceso terapéutico, sino también a mantener una comunicación más cercana y abierta con sus pacientes. La asertividad, en la misma línea, al correlacionar positivamente con la función expresiva, refuerza la idea de que un estilo comunicativo cercano se asocia con la capacidad del terapeuta para expresar sus pensamientos y emociones.

Finalmente, en cuanto a la *función atencional*, el análisis de regresión binaria mostró que la conciencia emocional predijo un estilo atencional más abierto, reduciendo en un 19% la probabilidad de que los terapeutas adoptaran un estilo focalizado. Esta capacidad, definida como la habilidad para reconocer y decodificar señales emocionales (Salovey y Mayer, 1990), parece facilitar una atención más flexible y receptiva a las demandas del proceso terapéutico. No se han encontrado estudios empíricos que aborden específicamente la variable conciencia emocional en relación con el EPT.

A modo de conclusión, es pertinente destacar el principal hallazgo de este estudio: la identificación de correlaciones entre dos variables clave en la investigación de los factores inespecíficos de la psicoterapia. Sin embargo, aunque varias asociaciones fueron estadísticamente significativas, su magnitud fue baja (Cohen, 1988), lo que sugiere una relevancia práctica limitada. Esto subraya la necesidad de seguir explorando estos vínculos mediante metodologías más robustas y con muestras más amplias, que permitan corroborar y profundizar la comprensión de estos efectos.

Entre las limitaciones, cabe señalar que la orientación teórica de los terapeutas se relevó mediante un listado cerrado de opciones múltiples, permitiendo seleccionar más de una corriente. Esta modalidad permitió registrar combinaciones frecuentes de orientaciones, pero también generó una gran dispersión de respuestas, resultando en 24 categorías distintas. Para facilitar el análisis estadístico, estas respuestas fueron agrupadas posteriormente en cuatro categorías generales: Psicoanálisis, Terapia Cognitivo-Conductual/Contextual, Psicoterapia Integrativa o ecléctica, y otras orientaciones menos frecuentes. Si bien este enfoque posibilitó una primera aproximación a la diversidad teórica presente en la muestra, futuras investigaciones podrían beneficiarse de formatos de respuesta abiertos u otros métodos que capturen con mayor precisión la orientación teórica de los terapeutas, lo que fortalecería la fiabilidad de las puntuaciones en esta variable (por ejemplo, Fernández-Álvarez y García, 2019, p. 139).

Otro aspecto relevante es que, dado que este estudio constituye una primera aproximación a la relación entre las CSE y el EPT, se optó por utilizar un instrumento local que evalúa nueve competencias socioemocionales. No obstante, sería recomendable que futuras investigaciones recurran a herramientas más focalizadas, que permitan una evaluación más específica y profunda de cada competencia, favoreciendo así una medición más precisa. Un posible aporte instrumental en este campo podría ser la adaptación del ICSE (Mikulic et al., 2015) para su uso específico en terapeutas, lo cual tendría un impacto significativo, no solo en la investigación sobre los factores inespecíficos de la psicoterapia, sino también en la formación profesional.

Asimismo, este estudio no abordó posibles efectos de mediación o moderación, limitación vinculada principalmente al tamaño muestral, que no resultó suficiente para implementar modelos más complejos, como ecuaciones estructurales o análisis de caminos. Futuros estudios con muestras más extensas podrían avanzar en este aspecto y aportar mayor claridad sobre las vías mediante las cuales las CSE influyen en el EPT, así como sobre el papel de variables sociodemográficas y profesionales en estas relaciones.

Por otra parte, si bien la muestra fue adecuada para detectar efectos de magnitud media, puede haber limitado la identificación de asociaciones más pequeñas. Este aspecto, sumado a la baja magnitud de las correlaciones halladas, sugiere que las asociaciones entre las variables examinadas son modestas. En consecuencia, estos

resultados deben considerarse preliminares y como un punto de partida para futuras investigaciones que profundicen en el papel de las características individuales, las variables socioprofesionales y las competencias terapéuticas, como predictoras del EPT, con el fin de comprender mejor la naturaleza y el alcance de estas relaciones en contextos clínicos.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Este proyecto de investigación fue financiado por la Delegación Regional Río Cuarto del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y desarrollo del presente artículo.

Referencias

- Akinlolu, A. D., y Chukwudi, A. R. (2019). Counselling self-efficacy and professional commitment: The mediating role of emotional intelligence and gender identification. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 9(3), 613-619. <http://dx.doi.org/10.29322/IJSRP.9.03.2019.p8785>
- Bisquerra-Alzina, R., y Escoda, N. P. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82. <http://www.ub.edu/grop/wp-content/uploads/2014/03/Las-competencias-emocionales.pdf>
- Bologna, E. (2013). *Estadística para psicología y educación*. Brujas.
- Casari, L. M., Gómez, B., y Ison, M. S. (2019a). Investigaciones llevadas a cabo con el EPT-C. En H. Fernández-Álvarez y F. García (Comps.), *El estilo personal del terapeuta* (pp. 91-116). Polemos.
- Casari, L. M., Ison, M., y Gómez, B. (2018). Estilo personal del terapeuta: estado actual (1998-2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 466-477. <https://dx.doi.org/10.24205/03276716.2018.1082>
- Casari, L. M., Ison, M. S., y Gómez, B. M. M. (2019b). Personal style of the therapist and personality dimensions in a sample of argentinian therapists. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(2), 292-307. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.362>
- Casari, L. M., Morán, V., y Ison, M. (2017). Cuestionario de estilo personal del terapeuta: análisis factorial confirmatorio de modelos rivales con psicoterapeutas argentinos. *Psychologia*, 11(2), 69-84. <https://doi.org/10.21500/19002386.2725>
- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J., y Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical-technical orientation on the personal style of the therapist. *Psychotherapy Research*, 16(5), 587-593. <https://doi.org/10.1080/10503300600802867>
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2008). Assessment of personal style of the therapist: presentation of a brief version of the PST-Questionnaire. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
- Cea D'Ancona, M. Á. (2002). *Análisis multivariable: teoría y práctica en la investigación social*. Síntesis.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F., y Reda, M. A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 25-29. <https://doi.org/10.2174/1745017901006010025>
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., y García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133. <https://www.revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=119>
- Corbella, S., Casari, L. M., y Prado-Abril, J. (2024). La persona del terapeuta: conceptualización, estilo personal e investigación. *Revista de Psicoterapia*, 35(127), 5-16. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.39763>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., y Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- da Silva Oliveira, M., Tiellet Nunes, M. L., Fernández-Álvarez, H., y García, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Psico*, 37(3), 241-247. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161565>
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Domínguez-Lara, S. (2019). Comparación entre más de 2 grupos y magnitud del efecto: Un enfoque no paramétrico. *Investigación en Educación Médica*, 8(30), 133-134. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.07.001>
- Fernández-Álvarez, H., y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca, y P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Educat.
- Fernández-Álvarez, H., y García, F. (2019). Introducción. En H. Fernández-Álvarez, y F. García (Comps.), *El estilo personal del terapeuta* (pp. 11-31). Polemos.
- Fernández-Álvarez, H., García, F. S., Lo Bianco, J., y Corbella, S. C. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 116-125. <https://doi.org/10.1002/cpp.358>
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., y Corbella, S. (2000, septiembre). *Estilos personales en terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos* [Ponencia presentada en el II Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanálise e Psicoterapia, Gramado, Brasil].
- Fernández-Álvarez, J., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B., y Fernández-Álvarez, H. (2017). Investigando el estilo personal del terapeuta: Correspondencia entre las autodescripciones y la observación de jueces externos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 207-217. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18238>
- Ferreira, P., García, F., y Tutte, V. (2019). Estilo personal del terapeuta, en terapeutas que desempeñan la profesión en Uruguay, con distintos grados de experiencia y que adscriben a dos orientaciones teórico-técnicas (Psicoanalítica-Cognitiva). *Investigaciones en Psicología*, 24(2), 16-23. https://www.psi.uba.ar/publicaciones/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio24_2/ferreira.pdf
- Forgeard, M. J. C., y Seligman, M. E. P. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Review of General Psychology*, 18(2), 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.rpps.2012.02.002>
- Freud, S. (1912/1987). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En Obras completas, Vol. XII. Amorrortu.
- García Labandal, L. B. (2019). Afrontamiento y competencias socioemocionales en la formación de profesores de psicología. [Tesis de doctorado inédita]. Universidad del Buenos Aires. <http://biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=55431>

- García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 121-128. <https://www.revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=177>
- García, F., y Gómez, B. (2019). La construcción del instrumento de evaluación. En H. Fernández-Álvarez, y F. García (Comps.), *El estilo personal del terapeuta* (pp. 37-56). Polemos.
- Heinonen, E., y Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., y Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3ª ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118548387>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., y Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78-93. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2018.08.004>
- Lozano-Peña, G. M., Saez-Delgado, F. M., y López-Angulo, Y. (2022). Competencias socioemocionales en docentes de primaria y secundaria: una revisión sistemática. *Páginas de Educación*, 15(1), 1-22. <https://doi.org/10.22235/pe.v15i1.2598>
- Mikulic, I. M., Crespi, M., y Radusky, P. (2015). Construcción y validación del inventario de competencias socioemocionales para adultos (ICSE). *Interdisciplinaria*, 32(2), 307-329. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18043528007>
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy Relationships That Work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Palma, E. M. S., y Gondim, S. M. G. (2019). Relations among psychotherapists' epistemic orientation, personal style and emotion regulation. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35426. <https://doi.org/10.1590/0102.3772E35426>
- Pereira, G. L., Trujillo-Sánchez, C., Alonso-Vega, J., Echevarría-Escalante, D., y Froxán-Parga, M. X. (2023). What do we know about highly effective therapists? A systematic review. *Anales de Psicología*, 39(1), 10-19. <https://doi.org/10.6018/analesps.499371>
- Quiñones, A., y Ugarte, C. (2019). Investigación del estilo personal del terapeuta post-racionalista: Una revisión. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 7-15. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.281>
- Quiñones, A., Ugarte, C., Ceric, F., García, F., y Santibañez, P. (2019). Estilo personal del terapeuta: comparación entre terapeutas cognitivos post-racionalistas y sistémicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 48-55. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1054>
- Rendón Uribe, M. A. (2019). Competencias socioemocionales de maestros en formación y egresados de programas de educación. *Praxis y Saber*, 10(24). <https://doi.org/10.19053/22160159.v10.n25.2019.10004>
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Schwarzer, R., y Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, y M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). NFER-NELSON.
- Silva-Palma, E. M., y Guedes-Gondim, S. M. (2016). Questionário reduzido do estilo pessoal do terapeuta: Evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 15(3), 298-307. <https://doi.org/10.15689/ap.2016.1503.02>
- Tabullo, A. J., Casari, L. M., y Putrino, N. I. (2023). Associations between the personal style of the therapist, empathy and theory of mind among argentine psychotherapists. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*, 28(1), 51-65, 2023. <https://doi.org/10.5944/rppc.33825>
- Torres Barbero, T. M. (2025). Estilo personal del terapeuta ¿La experiencia del terapeuta es una variable moduladora? *Revista de Psicología*, 21(41), 126-143. <https://doi.org/10.46553/RPSI.21.41.2025.p126-143>
- Vázquez, L., y de Vázquez, M. G. (2015). Theoretic-technical orientation and personal style of the therapist. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 133. <https://www.proquest.com/openview/eb29fc36ec972b46e38e53e4e21b6467/1?cbl=4380457&pq-origsite=gscholar>
- Ventura-Egoávil, J., y Sosa-Huichi, A. (2023). Autoeficacia, autoestima y compromiso en profesionales de enfermería durante la pandemia covid-19 en el Perú. *Enfermería Global*, 22(70), 1-22. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.528511>
- Vides Porras, A., del Pilar Grazioso, M., y Garcia de la Cadena, C. (2012). Personal style of the therapist within different regions in Guatemala. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 33-43. <https://www.revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=33>
- Wampold, B., y Imel, Z. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Yarlequé Dioses, L. E. (2022). Inteligencia emocional y competencias socio emocionales en estudiantes de obstetricia de una universidad de Lima. [Tesis para optar el grado académico de Maestra en Docencia Universitaria]. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/7943>

Caso Clínico

Intervención Contextual Basada en ACT en un Caso de Violencia de Género

Antonio Blanco Guerrero 

Psicólogo clínico. Servicio de Salud de las Islas Baleares (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 08-02-2025
Aceptado: 27-04-2025

Palabras clave:

Violencia de género
Terapia contextual
Conductual
Evitación experiencial
Valores

RESUMEN

La violencia de género es un problema persistente tanto en España como en el mundo, que genera consecuencias psicológicas para las mujeres que la sufren. Entre esas consecuencias destacan los problemas relacionados con la evitación experiencial, la falta de conexión con los valores personales y la pérdida de calidad de vida. Las intervenciones contextuales se han planteado como idóneas para abordar este tipo de problemas, pero la literatura científica sobre su aplicación a la violencia de género es escasa y, principalmente, centrada en intervenciones grupales. En este texto se muestra una intervención contextual no manualizada desarrollada con una mujer de 39 años, víctima de violencia de género. Los resultados muestran que la intervención fue eficaz para reducir las conductas problema relacionadas con evitación experiencial y falta de acción comprometida con sus valores, mejorando la satisfacción de la persona respecto a áreas relevantes de su vida. El estudio aporta evidencia sobre la utilidad de las intervenciones contextuales para problemas psicológicos relacionados con la violencia de género en contextos sanitarios públicos.

ACT-Based Contextual Intervention in a Case of Intimate Partner Violence

ABSTRACT

Intimate partner violence is a persistent issue both in Spain and globally, resulting in psychological consequences for women affected by it. Among these repercussions, we can find difficulties associated with experiential avoidance, lack of connection with personal values, and a decline in quality of life. Contextual psychological interventions have been proposed as ideal for addressing such problems, yet the scientific literature regarding their application to intimate partner violence is limited, primarily focusing on group interventions. This text illustrates a non-manualized contextual intervention with a 39-year-old woman who is a victim of intimate partner violence. The findings indicate that the intervention was effective in reducing problematic behaviours linked to experiential avoidance and a lack of committed action to her values, thereby enhancing the woman's satisfaction across important areas of her life. This study provides evidence on the utility of contextual interventions for psychological issues related to intimate partner violence within public healthcare settings.

Keywords:

Gender violence
Contextual therapies
Behavioral
Experiential avoidance
Values

Introducción

La violencia de pareja hacia las mujeres tiene un impacto significativo en diversos aspectos de sus vidas, generando consecuencias tanto a corto como a largo plazo. Este fenómeno, reconocido como un grave problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud ([Organización Mundial de la Salud \[OMS\], 2013](#); [World Health Organization, 2016](#)), provoca efectos psicológicos, sociales y físicos que afectan a la calidad de vida y al bienestar emocional de las mujeres involucradas. A pesar de la importancia de abordar este problema, existe escasa información sobre la efectividad clínica de intervenciones psicológicas diseñadas para mujeres víctimas de violencia de pareja ([Isaza Cantillo y Muslaco Mendoza, 2020](#)), debido a limitaciones en la investigación clínica, como la necesidad de un diagnóstico, la necesidad de una denuncia previa, o el tamaño reducido de las muestras de participantes.

Dentro del marco de la violencia de pareja destaca la violencia de género, que abarca diversas formas de abuso, y que incluye la violencia que se desarrolla específicamente contra la mujer, por el hecho de serlo ([Ley 13/2007, de 26 de noviembre](#)). Puede entenderse como un mecanismo para subordinar a la mujer y mantener la dominación masculina en la relación, dentro de relaciones heterosexuales ([Fernández Velasco, 2015](#)). El concepto fue definido por primera vez en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la Organización de Naciones Unidas (ONU) ([Organización de Naciones Unidas, 1993](#)) de la siguiente forma:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada. (p. 2)

Entre las consecuencias que sufren las mujeres víctimas de violencia de género se pueden encontrar dificultades para entablar o mantener nuevas relaciones de pareja, repercusiones en el tiempo libre y la vida social ([Fuentes et al., 2008](#)), mayor incidencia de problemas de salud ([Stubbs y Szoeki, 2020](#)) y de problemas relacionados con la salud mental ([White et al., 2024](#)), así como repercusiones en sus hijos e hijas ([Ansara y Hindin, 2011](#)), que habitualmente quedan bajo su responsabilidad. Además, la prevalencia de estos problemas entre mujeres migrantes es elevada en España, especialmente en migrantes de Europa del Este y Latinoamérica ([Bentley y Riutort-Mayol, 2023](#)).

Muchos de los estudios publicados sobre intervención en casos de violencia hacia la mujer se centran en la reducción de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), de la depresión o de la ansiedad, con una orientación predominante cognitivo-conductual ([Félix-Montes et al., 2020](#); [Ramírez-Cruz et al., 2022](#); [Vaca-Ferrer et al., 2020](#)).

Como alternativa al modelo cognitivo-conductual se ha propuesto el modelo contextual ([Maero, 2022b](#)) como una opción adecuada, desde un punto de vista epistemológico, para entender los problemas relacionados con la violencia de género ([Bell y Naugle, 2008](#)). Desde esta perspectiva los problemas psicológicos, incluyendo los derivados de las experiencias de violencia de género, se entienden como realidades interactivas,

que son dependientes de los contextos sociales y culturales donde se dan ([Pérez Álvarez, 2014](#)).

El abordaje clínico desde el modelo contextual se basa en los principios del análisis funcional de la conducta, y la eficacia de un tratamiento se mide más por el grado de acercamiento a los valores personales y a un repertorio flexible de comportamiento, que por la reducción de los síntomas; de forma que lo que se persigue es devolver a la persona al frente de su vida, actuando en dirección a las cosas que le importan ([Pérez Álvarez, 2014](#)).

Dentro del modelo contextual se agrupan, entre otras, la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) ([Kohlenberg y Tsai, 1991](#)), la Activación Conductual ([Addis et al., 2001](#)) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) ([Hayes et al., 1999](#)).

Aunque se han obtenido resultados alentadores con la aplicación de terapias contextuales a distintos problemas psicológicos en distintos contextos ([A-Tjak et al., 2015](#); [Akbari y Hayat, 2023](#); [Eastwood y Godfrey, 2024](#); [Marco Cramer et al., 2018](#); [Sanabria-Mazo et al., 2023](#); [Stiglmayr et al., 2015](#); [Wakefield et al., 2018](#)), los estudios sobre su aplicación a problemas derivados de la violencia de género son aún escasos y han estado copados, principalmente, por intervenciones grupales ([Félix-Montes et al., 2020](#); [Hernández-Chávez, 2022](#); [Ramírez-Cruz et al., 2022](#); [Vaca-Ferrer et al., 2020](#); [Valizadeh y Ahmadi, 2022](#)).

En el caso de la ACT, pueden encontrarse estudios sobre su aplicación a problemas relacionados con ansiedad, depresión y trauma, o en personas con diagnóstico de TEPT ([Bean et al., 2017](#); [Félix-Montes et al., 2020](#); [Matud et al., 2016](#); [Simões y Silva, 2021](#); [Spidel et al., 2017](#)), que pueden ser algunas de las consecuencias que sufren las mujeres víctimas de violencia de género.

La ACT es un modelo terapéutico que viene desarrollándose por parte de Steven C. Hayes y sus colaboradores desde la década de 1980 ([Hayes, 2002](#)). Se basa en la *Teoría del Marco Relacional* sobre la cognición y el lenguaje humanos ([Hayes et al., 2001](#)) y se incluye en el marco de la *Ciencia Contextual Conductual* ([Hayes et al., 2012](#)).

Aunque la ACT es un modelo que ha evolucionado y que sigue cambiando a través de las aportaciones de la investigación ([Luciano, 2016](#)), se mantiene el planteamiento de un modelo de los problemas psicológicos basado en seis procesos relacionados con la rigidez en el repertorio de conducta, con su reverso en seis procesos más saludables (que reflejan flexibilidad): *Fusión (Defusión)*, *Evitación experiencial (Aceptación experiencial)*, *Pérdida de contacto con el presente (Contacto con el momento presente)*, *Yo-Contenido (Yo-Contexto)*, *Pérdida de contacto con Valores (Contacto con Valores)*, e *Inacción/Impulsividad/Persistencia Evitativa (Acción Comprometida)* ([Hayes et al., 2014](#)).

Este modelo de seis dimensiones de procesos se conoce como *Modelo de flexibilidad psicológica*, y se suele representar con el *Hexaflex* —la figura de un hexágono donde cada vértice simboliza un proceso o dimensión—, que ha derivado en distintas propuestas de formulación ([Sandoz, 2014](#)).

Las dimensiones representan diferentes aspectos de la flexibilidad psicológica y son interdependientes, por lo que no es posible trabajar un proceso sin trabajar otros, aunque sí sea posible dar un énfasis particular a alguno de ellos. En relación con este hecho, el modelo ha recibido críticas, especialmente en lo concerniente al ámbito de la investigación ([Luciano, 2016](#)), pero

se sigue empleando ampliamente por su utilidad para facilitar la comprensión y la comunicación a nivel clínico (Ruiz Sánchez, 2021, pp. 109-136).

Método

Participantes

La persona cuyo caso se expone ha dado su consentimiento explícito para ello. Pese a esto, y a fin de facilitar la confidencialidad, se ha modificado su nombre y se han omitido aspectos que no resultan relevantes para entender el caso.

H, mujer de 39 años originaria de Bulgaria, migró a las Islas Baleares (España) a los 20 años. Domina cuatro idiomas y trabaja en hostelería desde hace 16 años. Ha mantenido una relación de 14 años en la que ha sido víctima de violencia psicológica y sexual. En el momento de la consulta estaba separada. Fruto de la relación tiene dos hijas (14 y 12 años). Su familia nuclear —progenitores y dos hermanos— vive en la misma localidad, pero desconocían la magnitud del maltrato, atribuyendo la separación al consumo problemático de alcohol de su expareja.

La relación se inició cuando H contaba 24 años, tras un embarazo no planificado que ambos decidieron asumir. La relación inicialmente era satisfactoria y, dos años después, la pareja planificó un segundo embarazo. Tras el posparto surgieron tensiones económicas que la llevaron a retomar su empleo en hostelería, reduciendo su dedicación al deporte de fuerza —actividad que practicaba con aspiración competitiva— y empeorando los hábitos alimenticios —lo que derivó en ganancia ponderal—.

En este contexto, se inició un patrón de violencia psicológica por parte de su pareja, centrado en críticas hacia su cuerpo, inteligencia y desempeño doméstico, reforzando en H sentimientos de vergüenza corporal y aislamiento social. Paralelamente, su pareja desarrolló un consumo problemático de alcohol, asociado a conductas verbales agresivas y coerción sexual, ante la que H claudicó tras varios meses, debido a un gran sentimiento de culpa por pensar que “no cumplía” las expectativas conyugales. Estos episodios se normalizaron durante años, con breves interrupciones a sus 31 y 35 años, cuando su expareja intentó reducir su consumo de alcohol.

La violencia se mantuvo oculta para su familia, debido al temor a no cumplir las expectativas culturales asociadas a roles de género tradicionales —arraigadas en su socialización en Bulgaria (Vassileva y Delpuech, 2021)— y a su autopercepción de responsabilidad en la dinámica relacional. A los 37 años, tras la reanudación de la violencia sexual, H finalizó la relación, contando con apoyo familiar, aunque se mantenía la ignorancia familiar sobre el maltrato que sufría. Tras la separación, se acordó un régimen de visitas paternales, que funcionó hasta que, meses antes de la derivación a psicología clínica, se evidenció negligencia del padre con exposición de las hijas a situaciones de riesgo (consumo de alcohol previo a traslados en coche), lo que motivó la intervención de servicios de emergencia, una denuncia penal y una demanda de custodia exclusiva por parte de H.

Clínicamente, al inicio de la terapia, H presentaba irritabilidad persistente, abandono de actividades placenteras (deporte, socialización) y adopción de un rol materno autoritario, con disminución de interacciones positivas con sus hijas. Refería también sentimientos de culpa hacia ellas y una rabia intensa hacia

su expareja. Manifestaba sentirse totalmente incapaz de afrontar el proceso judicial en marcha y también que estaba perdiendo su red de apoyo social.

Fue atendida por un psicólogo clínico en un centro de salud de atención primaria de la red sanitaria pública de las Islas Baleares. En total se realizaron 10 sesiones presenciales, y se intercambiaron correos electrónicos entre sesiones. Todas las sesiones han tenido una duración de 45 minutos, con una periodicidad media de entre dos y tres semanas. El tiempo total de la intervención fue de aproximadamente 6 meses.

Instrumentos

El principal método de evaluación fue la entrevista clínica, que se complementó con dos cuestionarios que fueron cumplimentados por la usuaria en la fase de evaluación y en la penúltima cita, y por dos medidas registradas por la propia usuaria que se tomaron en diferentes momentos (sesiones 2, 6, 7, 8, 9 y 10). El uso de medidas auto-informadas cuenta con respaldo en cuanto a su utilidad en tratamientos basados en ACT (Twhig et al., 2006), y puede contribuir a fomentar un papel activo de la persona en su propio proceso (Kanfer, 1970). Los cuestionarios y las medidas auto-informadas fueron las siguientes:

- Un cuestionario de evaluación de valores elaborado por el propio terapeuta, que está basado en el de Wilson y Luciano (2002) y en el cuestionario Instantánea Vital (Ruiz García et al., 2021). Consta de 12 ítems que hacen referencia a distintas áreas vitales, para las que se evalúa el grado de satisfacción en cada una a través de una escala tipo Likert 1-10.
- Nivel de malestar autorreferido ante eventos privados relacionados con sus experiencias de violencia de género. Se pidió a la usuaria que reportara el nivel de malestar que los eventos privados, relacionados con las experiencias de violencia en la pareja, le generaban en las sesiones 2, 6, 7, 8, 9 y 10.
- Frecuencia de episodios en que adopta un rol materno autoritario durante una semana. Se pidió a la usuaria que reportara cuántos episodios de rol materno autoritario se habían presentado en la semana previa a las sesiones 2, 6, 7, 8, 9 y 10.
- El cuestionario *Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes* (CompACT) en su versión en español (Giovannetti et al., 2022; Reyes-Martín et al., 2021). El CompACT ha sido desarrollado como una medida general de la flexibilidad psicológica y los subprocesos que la constituyen, según la conceptualización desde el modelo de ACT. Consta de 23 ítems para los que la persona debe puntuar de 0 (Completamente en desacuerdo) a 6 (Completamente de acuerdo). Los ítems se agrupan en tres subescalas, que surgen de la combinación de los seis procesos del *Hexaflex* en binomios: Apertura a la experiencia (incluye *Aceptación experiencial* y *Defusión*), Conciencia conductual (incluye *Contacto con el presente* y *Yo-Contexto*), y Acción valorada (incluye *Claridad de valores* y *Acción comprometida*). Las escalas tienen un máximo de 60, 30 y 48 puntos, respectivamente, sumando un máximo total para la prueba de 138 puntos.

Procedimiento

Se realizó una evaluación funcional basada en el modelo de ACT, que no partía de un supuesto de psicopatología (Sandoz, 2014), y no estaba orientada a un diagnóstico categorial.

Evaluación

La evaluación inicial se desarrolló durante las dos primeras sesiones. Primero se identificaron las conductas problema:

- I. *Evitación de planes sociales*: previamente era algo importante dentro de su vida, que permitía disfrutar en compañía y sentirse parte de una red social de apoyo mutuo. Desde hacía meses había ido reduciendo la frecuencia porque se sentía culpable cuando salía sin sus hijas, y salir siempre con ellas sobrepasaba su capacidad económica.
- II. *Evitación de actividad física*: anteriormente era una actividad que le hacía disfrutar tanto en solitario como acompañada, y con la que establecía objetivos con los que se comprometía. Hacía más de 3 años que la había abandonado porque sentía vergüenza de su cambio físico.
- III. *Adopción de rol autoritario en interacciones con sus hijas*: durante los últimos meses cada vez eran más frecuentes los episodios en los que se sentía muy irritada ante distintos comportamientos de sus hijas, que antes no desencadenaban reacciones emocionales tan intensas. Cuando esto ocurría acababa tomando un rol materno muy autoritario, en forma de gritos, imposiciones y críticas, que no es como deseaba actuar hacia sus hijas.
- IV. *Evitación de recuerdos y pensamientos relacionados con la experiencia de maltrato*: cuando aparecían recuerdos o pensamientos relacionados con las experiencias de maltrato hacia ella o negligencia hacia sus hijas por parte de su expareja, se disparaban sentimientos de rabia y culpa muy intensos. Ante estos ponía en marcha distintas conductas privadas y motoras con la finalidad de reducir el malestar,

como tratar de pensar en otra cosa, sobreingesta de alimentos no deseados fuera de las comidas principales, búsqueda de actividades distractoras, rumia sobre la negligencia.

La representación del análisis funcional de estas conductas problema se muestra en las Tablas 1-4.

Posteriormente, se realizó una formulación basada en el modelo de flexibilidad psicológica, en la que se destacaron los procesos más debilitados y los más fortalecidos:

- *Aceptación experiencial*: era uno de los Procesos de ACT más debilitados. En el momento de la evaluación el repertorio conductual frente a distintas experiencias, que se juzgaban como negativas o intolerables, estaba guiado por la evitación. En concreto, trataba de evitar los recuerdos y emociones asociados a las experiencias de maltrato mediante distintas conductas, como tratar de pensar en otra cosa, invertir tiempo innecesario en limpieza u orden del hogar, comer en exceso fuera de las comidas principales del día o posponer trámites con su abogada. Por otra parte, también se daban conductas de evitación en cuanto a la vergüenza que sentía al exponer su cuerpo a actividad física, y en cuanto a la culpa que sentía al salir con amistades dejando a sus hijas con sus progenitores. Todo ello conformaba un patrón de evitación experiencial.
- *Acción comprometida*: era otro de los Procesos de ACT más debilitados. Pese a tener claridad en cuanto a sus valores centrales, en el momento de la evaluación no se daban acciones comprometidas con los mismos, predominando la inacción, la persistencia evitativa o la impulsividad. No estaba pudiendo resolver los trámites necesarios con su abogada, persistía en el abandono de su deporte favorito, no acudía a planes sociales con amistades y se mantenía el rol materno autoritario frente a sus hijas. Este patrón de falta de compromiso se veía muy influido por la elevada evitación frente a distintas experiencias (interrelación con el proceso *Aceptación experiencial*).

Tabla 1
Evitación de Planes Sociales

Contexto	Antecedentes		Conducta	Consecuentes	
	Eventos públicos	Eventos privados	Respuestas	Consecuencias inmediatas	Consecuencias demoradas
Experiencias de negligencia de sus hijas con su padre	Propuesta de un plan con sus amistades	Pensamientos: "aunque estén con mi madre, es como que las dejo solas", "¿y si les pasa algo?"	Declinar invitación a salir	(R-) Disminución de la culpa	Alejamiento de sus valores
Experiencias de maltrato con su expareja, algunas de las cuales presenciaron sus hijas		"Esto no es ser buena madre", "debería llevarlas conmigo, pero es mucho dinero"	No hacer propuestas de planes a sus amistades	(R-) Disminución del miedo	Pérdida de contacto con personas importantes y disminución de red de apoyo
Dificultades económicas por ser el sustento principal de sus hijas y ella misma		Culpa intensa Miedo		(R+) Congruencia con la regla "ser buena madre es estar siempre con mis hijas"	Aumento de la privación de contacto social
Cultura que tiende a depositar la responsabilidad de los hijos/as principalmente en la figura materna					

Nota. R- = Reforzamiento negativo. R+ = Reforzamiento positivo. En este caso las respuestas se están manteniendo tanto por reforzamiento negativo como por reforzamiento positivo.

Tabla 2
Evitación de Actividad Física

Contexto	Antecedentes		Conducta		Consecuentes	
	Eventos públicos	Eventos privados	Respuestas	Consecuencias inmediatas	Consecuencias demoradas	
Experiencias de maltrato con su expareja, quien criticaba su aspecto físico	Pasar cerca del gimnasio	Vergüenza intensa	No iniciar actividad física	(R-) Disminución de la vergüenza	Alejamiento de sus valores	
Cambio de aspecto físico (menos fuerza y más grasa corporal)	Propuesta de realizar actividad física	Pensamientos: “con lo que yo he sido, y mira ahora”	Tratar de no pasar cerca de su gimnasio	(R+) Congruencia con la regla “para volver con mi entrenador tengo que estar como antes”	Aumento del cambio físico: menos fuerza y más grasa corporal	
Sociedad que privilegia cuerpos delgados o musculosos frente a cuerpos con más grasa		“Si me viera mi entrenador”	Tratar de no encontrarse con su entrenador		Privación de experiencias de logro personal	

Nota. R- = Reforzamiento negativo. R+ = Reforzamiento positivo. En este caso las respuestas se están manteniendo tanto por reforzamiento negativo como por reforzamiento positivo.

Tabla 3
Adopción de rol Autoritario en Interacciones con sus Hijas

Contexto	Antecedentes		Conducta		Consecuentes	
	Eventos públicos	Eventos privados	Respuestas	Consecuencias inmediatas	Consecuencias demoradas	
Privación de contacto social con adultos	Sus hijas alborotan la casa, desordenan, tardan en cumplir una petición	Enfado	Gritar	(R+) Sensación de control	Alejamiento de su valor “ser una buena madre”	
Proceso judicial abierto con su expareja		Pensamientos: “Con lo que me esfuerzo por vosotras”	Imponer condiciones	(R+) Sus hijas acaban haciéndole caso	Sentirse distanciada de sus hijas Culpa	
Privación de experiencias de logro y satisfacción		“No puedo más”	Criticar a sus hijas	(R-) Sus hijas cesan de hacer ruido		

Nota. R- = Reforzamiento negativo. R+ = Reforzamiento positivo. En este caso las respuestas se están manteniendo tanto por reforzamiento negativo como por reforzamiento positivo.

Tabla 4
Evitación de Recuerdos y Pensamientos Relacionados con la Experiencia de Maltrato

Contexto	Antecedentes		Conducta		Consecuentes	
	Eventos públicos	Eventos privados	Respuestas	Consecuencias inmediatas	Consecuencias demoradas	
Experiencias de violencia psicológica con su expareja	Requerimientos del juzgado	Recuerdos de las experiencias de violencia	No responder peticiones de su abogada	(R-) Disminución de la culpa, vergüenza y rabia	No resolver trámites judiciales pendientes para tener la custodia de sus hijas en solitario	
Experiencias de violencia sexual con su expareja	Que la contacte su abogada	Vergüenza intensa Culpa intensa	Tratar de distraerse comiendo o haciendo otras cosas		Aumento de grasa corporal Culpabilidad por no actuar conforme a su valor de “ser buena madre”	
Crianza en un contexto con roles de género muy tradicionales Vivir inmersa en una cultura heteropatriarcal		Rabia intensa	Generar una discusión con sus hijas		Fenómeno de sensibilización cuando tiene que exponerse inevitablemente a un requerimiento del juzgado (breve, intenso), que aumenta la intensidad de las respuestas emocionales	

Nota. R- = Reforzamiento negativo. En este caso las respuestas se están manteniendo por reforzamiento negativo.

- *Contacto con valores* o *Claridad de valores*: era uno de los Procesos de ACT más fortalecidos. Como principal proceso fuerte se presentaba la claridad de valores, que le permitía ver que sus valores centrales incluían ser una buena madre (el cuidado adecuado de sus hijas), ser una trabajadora esforzada, mantener una red de apoyo mutuo con sus amistades, y mantenerse sana mediante actividades que disfrutaba y que supongan un reto (principalmente el deporte de fuerza).

Intervención

Durante la fase de intervención se buscó fortalecer los procesos más débiles a través del proceso más fuerte. Se utilizó la información del análisis funcional de las conductas problema con el fin de diseñar el plan a seguir, que estuvo marcado por ejercicios de exposición. Estos ejercicios experienciales estaban encaminados a aumentar la capacidad de aceptación, a la vez que se ponían en práctica acciones comprometidas con sus valores. Todos los ejercicios estuvieron enmarcados en el objetivo de conseguir mayor flexibilidad psicológica para, a través de ello, aumentar la capacidad de coordinar sus acciones con sus valores.

En la sesión 3, se realizó una revisión detallada de las respuestas al *Cuestionario de valores*, lo que permitió comprender los valores que resultaban fundamentales para H. Se introdujo la Metáfora del autobús (Wilson y Luciano Soriano, 2002) como una herramienta para ilustrar la relación que mantenía con algunas de sus experiencias privadas y cómo esa relación estaba influyendo en un progresivo alejamiento de sus valores.

Al entenderse que la presencia de un patrón generalizado de evitación se relacionaba con la falta de acciones comprometidas, inicialmente, se puso énfasis en el trabajo sobre el proceso de *Aceptación experiencial* mediante el ejercicio del Elefante rosa (variación del experimento del Oso blanco de Wegner et al., 1987), como forma de ilustrar lo ineficaz de tratar de controlar que no aparezcan ciertas experiencias internas (Hayes, 2013; Wegner et al., 1987), y mediante la Metáfora de flotar en el mar (adaptación de la Metáfora de las arenas movedizas; Hayes, 2013), como forma de cultivar una actitud de aceptación hacia las experiencias internas y externas ante las que generalmente mostraba conductas de evitación.

El uso de metáforas se planteó de forma interactiva, involucrando activamente a H mediante preguntas, en lugar de transmitir las como piezas de información unidireccional (Ramírez et al., 2021). Por esta razón, se optó por adaptar la Metáfora de las arenas movedizas a una versión más familiar para H —la Metáfora de flotar en el mar—, en lugar de utilizar la versión original.

Durante la intervención se consensuó un plan de actuación al estilo de Activación Conductual (Addis et al., 2001), que progresivamente fue incluyendo ejercicios de exposición que resultaban, a la vez, acciones comprometidas con sus valores, trabajando así sobre los procesos de *Aceptación experiencial* y *Acción comprometida*. Esta elección respondió a la intención de mantener a H en contacto con las contingencias directas en su vida fuera de la consulta, evitando poner énfasis excesivo en la conducta verbal y lo ocurrido exclusivamente dentro de sesión, tal como advierten algunas críticas recientes al modelo de ACT (García-Haro et al., 2024). Además, permitió utilizar sus fortalezas a su favor, ya que tener unos valores claros permitía relacionarlos con acciones más concretas dirigidas hacia los mismos, y esto mantenía

su motivación hacia la intervención —entendía el “para qué” del trabajo propuesto—.

Por otra parte, la intervención incluyó componentes propuestos por FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991), en tanto en cuanto el reforzamiento diferencial fue un proceso básico (reforzamiento positivo de la clase funcional *actuar con flexibilidad psicológica*, y bloqueo o extinción de respuestas de evitación o rigidez), y se puso especial atención en que el terapeuta supusiera una audiencia no-punitiva.

Además, una vez determinado que no se presentaba sintomatología compatible con un TEPT, entre las sesiones 5 y 9 se incluyó un ejercicio específico orientado a frenar el proceso de sensibilización (Domjan, 2010, pp. 31-65) que se estaba produciendo sobre los eventos internos relacionados con las experiencias de maltrato (rabia y culpa intensas ante los recuerdos del maltrato o la negligencia). Hasta la intervención, H se exponía a ellos de forma aislada, muy intensa y breve, cuando no había otra opción (p. ej., ante un mandato judicial). Tras haber realizado en consulta una narración de la vida en pareja y las experiencias sufridas —que finalizó con una sensación de alivio para H—, se propuso que repitiera este proceso reflexionando sobre algunas etapas de la relación a través de correos electrónicos semanales, incluyendo una valoración del grado de malestar que generaban las experiencias internas mientras escribía. Esto permitió obtener una huella de conducta y asegurar el correcto desarrollo del procedimiento esperado: una exposición más prolongada y frecuente, que permitiera la habituación, tal como plantean las recomendaciones (Barraca Mairal, 2014, pp. 221-231), y que pudiera contribuir a aumentar la tolerancia a las experiencias internas.

La *Tabla 5* muestra un resumen de la fase de intervención.

Tabla 5
Resumen de la Fase de Intervención

Principales procesos implicados	Sesiones donde ha estado presente	Técnicas y ejercicios
Claridad de valores	Sesión 3 Sesión 8 Sesión 10	Revisión de respuestas al Cuestionario de valores.
Acción comprometida	Sesión 3 Sesión 4 Sesión 7 Sesión 8 Sesión 9 Sesión 10	Metáfora del autobús Acciones planificadas (ejercicio físico ligero-moderado; salidas con amistades sin sus hijas; actividades compartidas con sus hijas fuera de la rutina habitual, reinicio de trámites con su abogada).
Aceptación experiencial	Sesión 5 Sesión 6 Sesión 7 Sesión 8 Sesión 9	Metáfora de flotar en el mar Ejercicio del Elefante rosa Exposición a recuerdos y pensamientos relacionados con la experiencia de maltrato en sesión (relato narrativo oral) Exposición a recuerdos y pensamientos relacionados con la experiencia de maltrato fuera de sesión (relato narrativo escrito) Acciones planificadas (reinicio de trámites con su abogada)

No se propusieron intervenciones dirigidas a modificar directamente la conducta problema número III (*Adopción de rol autoritario en interacciones con sus hijas*). Se optó por intervenir directamente sobre el resto de conductas problema, prediciendo que su modificación tendría un efecto indirecto sobre la conducta problema III, al modificarse las condiciones contextuales en que ésta se producía.

En suma, se aplicaron las recomendaciones de realizar una propuesta de intervención específica, además de buscar el establecimiento de un vínculo de trabajo positivo desde el interés genuino, y desde una actitud de aceptación, sin cuestionamiento hacia su persona y experiencia (Romero Sabater, 2010).

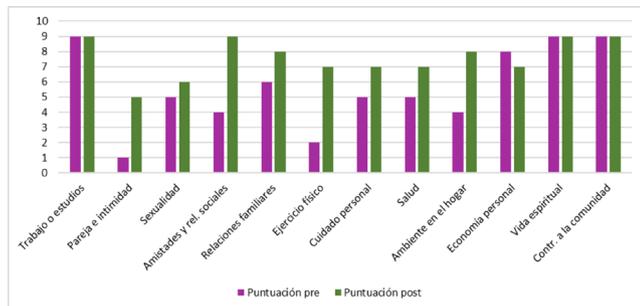
Resultados

Cuestionario de Valores

En la **Figura 1** se puede observar un aumento clínicamente significativo de la satisfacción auto-informada en áreas vitales importantes para la vida de H, como el área de relaciones de pareja e intimidad, el de las relaciones sociales y amistades, el del ejercicio físico y el del ambiente en el hogar.

A nivel cualitativo, en la última sesión reportaba haber conseguido cambios relevantes para ella en estas áreas, destacando las de ambiente en el hogar y relaciones sociales, además del área de relaciones de pareja, donde refería sentirse más preparada para cerrar la relación pasada y afrontar nuevas potenciales relaciones.

Figura 1
Puntuaciones en el Cuestionario de Valores

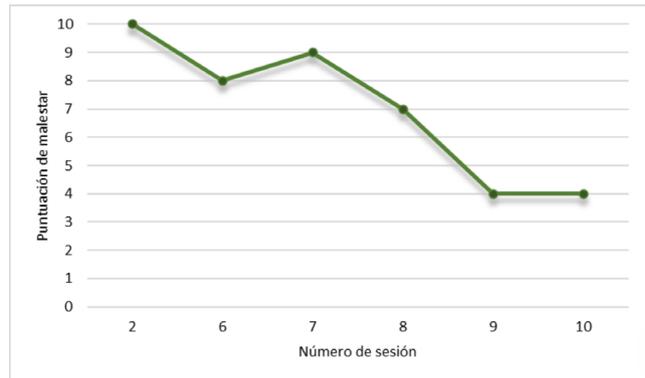


Nivel de Malestar Autorreferido ante Eventos Privados

H valoraba inicialmente el malestar ante ese tipo de eventos privados como intolerable, otorgándole la máxima puntuación en una escala de 0 a 10. La **Figura 2** muestra una disminución progresiva, que es clínicamente significativa y estable durante las últimas dos sesiones.

A nivel cualitativo H destacaba que pese a que persistía cierto malestar ya no lo experimentaba como tan limitante y, por tanto, se sentía más capaz de afrontar el proceso judicial. Además, parecía presentarse cierto contracondicionamiento, ya que estos eventos privados generaban menos reacciones de rabia o culpa y, en cambio, generaban hastío.

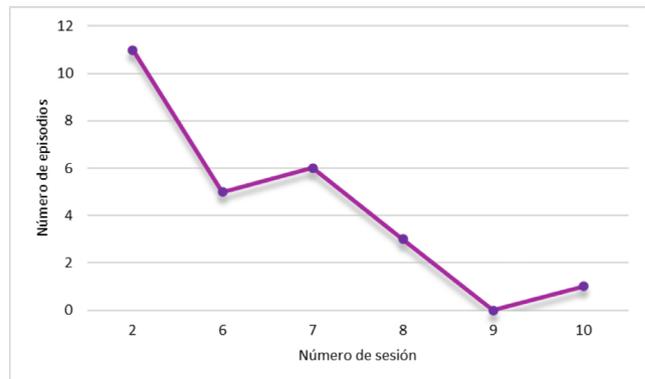
Figura 2
Puntuaciones de Malestar a lo Largo del Tratamiento



Frecuencia de Episodios en que Adopta un Rol Materno Autoritario

El registro compone una trayectoria de disminución del número de episodios en que acababa actuando un rol materno autoritario indeseado para ella. En la **Figura 3** se puede observar cómo la frecuencia pasa de 11 episodios en la semana previa a la sesión 2, a una media inferior a 1 episodio en las semanas previas a las últimas sesiones. Cabe recordar que no se realizó ninguna intervención dirigida específicamente a alterar la frecuencia de este tipo de situaciones.

Figura 3
Número de Episodios en que Había Actuado un rol Materno Autoritario Durante la Semana Previa a la Sesión

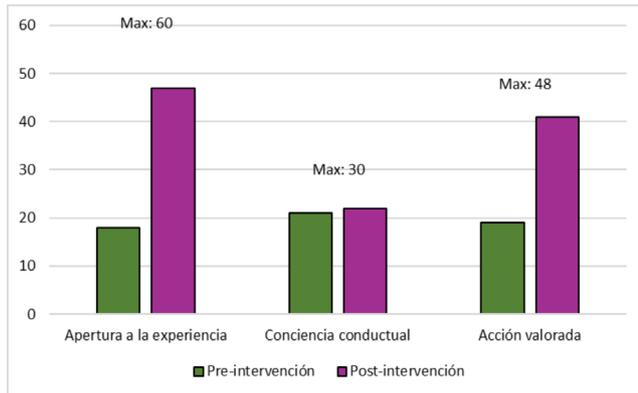


Cuestionario CompACT

Durante la fase de evaluación se registraron puntuaciones de 18, 21 y 19 en las tres subescalas, con un total de 58 puntos en la escala global. Estos resultados se corresponden con la evaluación clínica cualitativa realizada por el psicólogo clínico, en la que se identificaron *Aceptación experiencial* y *Acción comprometida* como los procesos más debilitados.

Tras la intervención, las puntuaciones obtenidas fueron de 47, 22 y 41, sumando un total de 110 en la escala completa. En la **Figura 4** se aprecia un aumento clínicamente significativo tanto

Figura 4
Puntuaciones Pre-Intervención y Post-Intervención en el Cuestionario CompACT-23



en la puntuación global como en las subescalas de Apertura a la Experiencia y Acción Valorada. Cabe recordar que estas subescalas agrupan dos procesos del *Hexaflex* cada una, según lo propuesto por Hayes et al. (2014); en este caso, la primera integra *Aceptación experiencial* —uno de los procesos debilitados— y *Defusión*, mientras que la segunda incluye *Claridad de valores* y *Acción comprometida* —el otro proceso debilitado—.

Evaluación Post-Intervención

No se llevó a cabo una evaluación formal tras el tratamiento, por lo que no se dispone de puntuaciones para comparar. No obstante, es relevante señalar que, en la fecha de envío de este informe, ha transcurrido más de un año desde el final de la intervención. Considerando que H tenía la posibilidad de solicitar una nueva cita en cualquier momento y sin coste económico, el hecho de que no la haya solicitado sugiere que la mejoría alcanzada podría haberse mantenido en el tiempo.

Discusión

Considerando lo referido por H en la primera sesión y la información de la evaluación, podría afirmarse que se encontraba inmersa en una pérdida de conexión con sus valores vitales, mostrando un repertorio conductual marcado por la evitación experiencial y la falta de acción comprometida. Este tipo de problemas se han propuesto como idóneos para una intervención contextual (Waltz y Hayes, 2010), como la que se ha descrito en el presente trabajo.

Si bien H seguía presentando cierto grado de malestar ante algunos eventos al final de la intervención, no cabría esperar algo diferente. La propuesta de las intervenciones contextuales, y en especial de la ACT, no es la de luchar contra síntomas y tratar de reducirlos, sino la de fomentar repertorios conductuales más flexibles y ayudar a las personas a que lleven vidas más significativas y congruentes con sus valores (Pérez Álvarez, 2014; Maero, 2022a, pp. 37-43). Esta idea representa una alternativa valiosa al modelo médico que, hasta ahora, impera en la red sanitaria pública (Ruiz Sánchez, 2021, pp. 341-372).

Los resultados tras la intervención permiten concluir que se ha reducido el control aversivo sobre su conducta, de forma que su repertorio conductual se ha tornado más flexible. Ha incorporado más

conductas relacionadas con la aceptación (p. ej., salir con amistades sin sus hijas, permitiendo pensamientos tipo “¿y si le pasa algo a mis hijas?”) que han llevado a una mayor facilidad para mantener acciones comprometidas con sus valores (p. ej., aceptar planes o ser ella quien se los proponga a otros adultos significativos fuera de la familia), y a un aumento global de la satisfacción en áreas de su vida significativas para ella (p. ej., relaciones de pareja e intimidad, relaciones sociales y amistades, ejercicio físico, ambiente en el hogar).

Estos resultados sugieren, por tanto, que una intervención contextual puede ser útil y adecuada para abordar las consecuencias derivadas de experiencias de violencia de género. Además, se respalda la idea de que la aplicación de los principios del modelo contextual (Ruiz Sánchez, 2021, pp. 15-105) permite adaptar el tratamiento a la persona y puede ser una intervención psicológica válida en el entorno del sistema sanitario público. Puesto que la mayoría de los desarrollos sobre terapias contextuales se han producido en contextos privados o universitarios (Ruiz Sánchez, 2021, pp. 341-372), resulta relevante obtener evidencia de la aplicación de estos principios a contextos públicos de atención clínica. Como línea futura, cabría validar estas conclusiones mediante nuevos estudios de caso con abordajes basados en los principios del modelo contextual, atendidos en contextos públicos, y aplicados tanto a problemas relacionados con la violencia de género como a otro tipo de cuestiones clínicas.

El estudio presenta como limitación principal un peso elevado de autorregistros y autoinformes en la evaluación, lo que podría introducir sesgos subjetivos (Podsakoff, et al., 2003), aunque resulta difícilmente evitable en un contexto clínico. Por otra parte, no se llevó a cabo un abordaje del proceso de *Defusión* de manera habitual según ACT (Maero, 2022a, pp. 291-314) —con ejercicios formales dirigidos a mejorar este proceso—, aunque en dos de las conductas problema la evitación estaba motivada, en parte, por reglas del tipo “no puedo volver a entrenar si no tengo el cuerpo de antes” o “no puedo volver a dejar a mis hijas con nadie”. Si bien autores de referencia consideran que esto no tiene por qué constituir una limitación (Waltz y Hayes, 2010), ya que los procesos son interdependientes y no se plantea un protocolo estándar, tampoco podemos descartar que pudiera haber facilitado la consecución de los cambios deseados. Por último, no se ha podido realizar un seguimiento postratamiento con las medidas utilizadas durante la intervención.

Financiación

Este trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

El autor manifiesta que no hay conflictos de intereses a declarar.

Agradecimientos

El autor desea agradecer a H su generosidad a la hora de contribuir con su experiencia a fines científicos.

Referencias

Addis, M. E., Jacobson, N. S., y Martell, C. R. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. W. W. Norton & Company.

- Akbari, M., y Hayat, B. (2023). The effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) on pain and quality of life of patients with breast cancer. *Trends in Medical Sciences*, 2(4), e135687. <https://doi.org/10.5812/tms-135687>
- Ansara, D., y Hindin, M. (2011). Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1628-1645. <https://doi.org/10.1177/0886260510370600>
- A-Tjak, J., Davis, M., Morina, N., Powers, M., Smits, J., y Emmelkamp, P. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Barraca Mairal, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: Una guía para su puesta en práctica*. Editorial Síntesis.
- Bean, R., Ong, C., Lee, J., y Twohig, M. (2017). Acceptance and commitment therapy and trauma: An empirical review. *The Behavior Therapist*, 40, 145-150.
- Bell, K., y Naugle, A. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28, 1096-1107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.003>
- Bentley, A., y Riutort-Mayol, G. (2023). The association between intimate partner violence type and mental health in migrant women living in Spain: Findings from a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11:1307841. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1307841>
- Isaza Cantillo, M., y Muslaco Mendoza, K. (2020). *Programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja: Una revisión sistemática*. Corporación Universidad de la Costa. <https://hdl.handle.net/11323/7415>
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta* (6.ª ed.). Cengage Learning.
- Eastwood, F., y Godfrey, E. (2024). The efficacy, acceptability and safety of acceptance and commitment therapy for fibromyalgia—a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Pain*, 18(3), 243–256. <https://doi.org/10.1177/20494637231221451>
- Félix-Montes, L. C., Gavilán-Centeno, R., y Ríos-Cataño, C. (2020). Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Persona*, 2302(023(2)), 41-55. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).4829](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).4829)
- Fernández Velasco, M. R. (2015). *Estrés postraumático y violencia de pareja: Análisis de la eficacia de tratamientos psicológicos* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/25655>
- Fuentes, J., García Leiva, P., y Casado, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: Consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología* 24(1), 115–120. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31881>
- García-Haro, J., Aranguren-Rico, P., White-Friedrichs, D. Y., Magdaleno-Florez, Á., y Rodríguez-Muñiz, C. (2024). Aportaciones críticas a la terapia de aceptación y compromiso desde la filosofía de Ortega y Gasset. *Apuntes de Psicología*, 42(3), 237–249. <https://doi.org/10.55414/6021rv23>
- Giovannetti, A., Poettgen, J., Anglada, E., Menendez, R., Hoyer, J., Giordano, A., Pakenham, K., Galán, I., y Solari, A. (2022). Cross-country adaptation of a psychological flexibility measure: The comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy Processes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3150. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063150>
- Hayes, S. C. (2002). Prólogo. En K. G. Wilson, y M. C. Luciano Soriano, *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores* (pp. 15–17). Ediciones Pirámide.
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. Desclée De Brouwer
- Hernández-Chávez, L. (2022). Acceptance and commitment therapy and its application in women living under a situation of intimate partner violence. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 4, 1-7. <https://doi.org/10.29057/jbapr.v4i7.7742>
- Kanfer, F. H. (1970). Self-monitoring: Methodological limitations and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(2), 148-152. <https://doi.org/10.1037/h0029874>
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Springer
- Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Boletín Oficial del Estado, 38, de 13 de febrero de 2008. <https://www.boe.es/eli/es-an/l/2007/11/26/13>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-66). <https://doi.org/10.33776/abc.v42i165-66.2791>
- Maero, F. (2022a). *Croquis: Una guía clínica de terapia de aceptación y compromiso* (1.ª ed.). Editorial Dunken.
- Maero, F. (2022b). El contextualismo de Stephen C. Pepper: Una introducción y traducción. *Revista Horacio*, 3, 1-65 <https://grupoact.com.ar/wp-content/uploads/2022/01/Horacio-Vol.-3.-Contextualismo-Introduccion-y-traducccion.pdf>
- Marco Cramer, M., Quiles Marcos, Y., y Quiles Sebastián, M. J. (2018). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: Un estudio piloto. *Informació Psicològica* (116), 18–31. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/870>
- Matud, M., Padilla, V., Medina, L., y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica*, 34, 199-208. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000300004>
- Organización de Naciones Unidas. (1993, diciembre 20). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. https://www.congreso.es/docu/docum/ddocum/dosieres/sleg/legislatura_12/spl_25/pdfs/15.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-HRP-13.06>
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., y Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the

- literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Ramírez, E. S., Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., y Bernal, P. A. (2021). empirical investigation of the verbal cues involved in delivering experiential metaphors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10630. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010630>
- Ramírez-Cruz, J. C., Santana-Cárdenas, S., y Javier-Juárez, S. P. (2022). Intervenciones psicológicas para mujeres en situaciones de violencia de género: Una revisión paraguas. *Uaricha, Revista de Psicología*, 19, 29-40.
- Reyes-Martin, S., Hernández-López, M., y Rodríguez-Valverde, M. (2021). Spanish adaptation of the comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (CompACT). *ACBS Annual World Conference 19. ACBS Annual World Conference 19*, Poznań.
- Romero Sabater, I. (2010). Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 191-199. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a10>
- Ruiz García, A., Macías Morón, J. J., Ferro García, R., y Valero Aguayo, L. (2021). Spanish validation of the “Life Snapshot Inventory”. *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 9-17.
- Ruiz Sánchez, J. J. (2021). *Manual de terapias conductuales contextuales: Una exposición crítica descriptiva* (2.ª ed.). Psara Ediciones.
- Sanabria-Mazo, J., Colomer-Carbonell, A., Borràs, X., Castaño, J., McCracken, L., Montero-Marin, J., Perez-Aranda, A., Edo, S., Sanz, A., Feliu-Soler, A., y Luciano, J. (2023). Efficacy of videoconference group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Behavioral Activation Therapy for Depression (BATD) for Chronic Low Back Pain (CLBP) Plus Comorbid Depressive Symptoms: A Randomized Controlled Trial (IMPACT Study). *Journal of Pain*, 24, 1522-1540. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.04.008>
- Sandoz, E. K. (2014). Formulación de hipótesis: Escuchar con oídos, ver con ojos ACT. En S. C. Hayes, K. Strosahl, y K. G. Wilson (Eds.), *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)* (pp. 161–216). Desclée De Brouwer.
- Simões, G., y Silva, R. (2021). The emerging role of acceptance and commitment therapy as a way to treat trauma and stressor related disorders. *BJPsych Open*, 7, S290-S290. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.770>
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., y Daigneault, I. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 91, 248-261. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
- Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meissner, J., Spretz, D., Steffens, C., Roepke, S., Fydrich, T., Salbach, H., Schulze, J., y Renneberg, B. (2015). Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: The Berlin Borderline Study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 20. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-20>
- Stubbs, A., y Szoek, C. (2020). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1157-1172. <https://doi.org/10.1177/1524838020985541>
- Towhig, M. P., Hayes, S. C., y Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001>
- Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., y Valero-Aguayo, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología*, 36(2), 189-199. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- Valizadeh, H., y Ahmadi, V. (2022). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment treatment on resilience and quality of life of women victims of domestic violence. *Journal of Family Psychology*, 8(2), 12-25. https://www.ijfpjournal.ir/article_252229.html
- Vassileva, M., y Delpeuch, T. (2021). Frontline response to high impact domestic violence in Bulgaria. En B. Lobnikar, C. Vogt, y J. Kersten (Eds.), *Improving frontline responses to high impact domestic violence* (pp. 117–142). University of Maribor Press. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/52028>
- Wakefield, S., Roebuck, S., y Boyden, P. (2018). The evidence base of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.001>
- Waltz, T. J., y Hayes, S. C. (2010). Acceptance and commitment therapy. En N. Kazantzis, M. A. Reinecke, y A. Freeman (Eds.), *Cognitive and behavioral theories in clinical practice* (pp. 148–192). The Guilford Press.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., y White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5>
- White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., y Mantovani, N. (2024). Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 494-511. <https://doi.org/10.1177/15248380231155529>
- Wilson, K. G., y Luciano Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- World Health Organization. (2016). *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. WHO. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241511537>