

# LA FORMULACIÓN DEL CASO DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA MENTE GOBERNADA POR OBJETIVOS Y CREENCIAS

## CASE FORMULATION IN CBT ACCORDING TO A FINALISTIC MODEL OF MIND

**Angelo Maria Saliani**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1013-6361>  
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

**Benedetto Astiaso Garcia**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9195-2151>  
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia, Università Guglielmo Marconi, Roma, Italia

**Claudia Perdighe**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-8155>  
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

**Barbara Barcaccia**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3946-481X>  
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia, Università La Sapienza, Roma, Italia

**Francesco Mancini**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8765-4047>  
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia, Università Guglielmo Marconi, Roma, Italia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Saliani, A. M., Astiaso Garcia, B., Perdighe, C., Barcaccia, B. y Mancini F. (2022). La formulación del caso desde la perspectiva de una mente gobernada por objetivos y creencias. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 111-132. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35674>



## Resumen

*La formulación del caso (FC) es el requisito necesario de cada tratamiento psicoterapéutico, independientemente de la orientación teórica del clínico. Sin una FC no hay un mapa del funcionamiento del problema que aflige al paciente y, en consecuencia, no hay posibilidad de una estrategia terapéutica clara derivada de ella.*

*En este artículo se presenta un método de FC en cinco puntos adaptado a la singularidad del paciente que tenga en consideración la descripción del problema, su posible clasificación diagnóstica y, sobre todo, su explicación. La explicación se refiere a las causas psicológicas próximas y remotas del problema concreto, las que determinan su mantenimiento y, por último, las precipitantes, es decir, las que provocaron su aparición. Llamamos a los cinco puntos de la FC: 1) descripción del problema y diagnóstico clínico; 2) perfil interno; 3) mantenimiento; 4) descompensación; 5) vulnerabilidad. El marco teórico en el que se inscribe este tipo de FC es el de una psicoterapia cognitiva (TC) inspirada en un modelo finalista de la mente (Miller et al., 1960), en el que, en la explicación del comportamiento individual, junto a las creencias, juegan un papel fundamental los objetivos sobrevalorados por el individuo.*

*Por último, se discutirán las importantes implicaciones de la estrategia terapéutica que involucran este tipo de formulación y la necesidad de conocer y aplicar los principios que rigen los procesos de aceptación cognitiva.*

*Palabras clave: formulación del caso, terapia cognitiva, objetivos sobrevalorados, creencias disfuncionales, aceptación cognitiva*

## Abstract

*Case formulation (CF) is the necessary prerequisite for any psychotherapeutic treatment, regardless of the theoretical orientation of the clinician.*

*This article presents a five-point CF method tailored to the uniqueness of the patient that takes into account the description of the problem, its diagnostic classification and above all its explanation. The explanation concerns the immediate and remote psychological causes of the specific problem, those that determine its maintenance and finally the precipitating ones, that is, which caused its onset. We call the five points of CF: 1) description of the problem and clinical diagnosis; 2) internal profile; 3) maintenance; 4) decompensation; 5) vulnerability.*

*The theoretical framework within which this type of CF takes shape is that of a cognitive psychotherapy (CT) inspired by a finalistic model of the mind (Miller et al., 1960), in which the explanation of individual behavior is based not only on beliefs but especially on the hyper-invested goals of the person. Therefore, ample space will be given to the second point of CF, the internal profile, the real beating heart of a good formulation, and illustrated how to proceed starting from the patient's wishes and fears (his goals and anti-goals) to reach his pathogenic beliefs. expressed as inferential rules (ie, as "if... then..." sentences).*

*Finally, the important implications for the therapeutic strategy that this type of conceptualization entails and the need to know and apply the principles that regulate the processes of cognitive acceptance will be discussed.*

*Keywords: case formulation, cognitive therapy, hyper-invested goals; dysfunctional beliefs, cognitive acceptance*

La formulación del caso (FC) es un modelo personalizado que describe y explica el problema psicológico que presenta un individuo. Los puntos esenciales de esta definición son ampliamente compartidos y comunes a diferentes orientaciones psicoterapéuticas (Eells, 2009; Mancini y Barcaccia, 2009; Pearson, 1989; Perdighe y Gragnani, 2021; Ruggiero et al, 2018; Westmeyer, 2003). Como se deduce de la definición propuesta, se puede añadir que sin FC no hay psicoterapia entendida como una intervención basada en estrategias derivadas de una clara comprensión del problema (Easden y Kazantzis, 2017; Perdighe y Gragnani, 2021).

Las preguntas que se hace el clínico cuando intenta comprender el sufrimiento de la persona que le pide ayuda son esencialmente cinco:

1) ¿Cuáles son los síntomas de los que se queja el paciente, en qué circunstancias se producen y con qué intensidad, duración y frecuencia? Y ¿es posible, a partir de los síntomas y signos observados, hacer un diagnóstico según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) u otro manual diagnóstico? En resumen, ¿qué aflige al paciente desde el punto de vista clínico-descriptivo?

2) ¿Por qué tiene esos síntomas? ¿Qué pensamientos próximos, evaluaciones, contenidos psicológicos los causan?

3) ¿Por qué no desaparecen esos síntomas?, es decir, ¿qué impide su resolución natural manteniéndolos o agravándolos en el tiempo?

4) ¿Por qué esos síntomas aparecieron en un momento determinado de la vida de la persona? Es decir, ¿qué acontecimiento precipitante produjo la descompensación psicológica que provocó la transición de un antes pre-patológico a un después patológico?

5) ¿Por qué esa persona es sensible a un determinado tema psicológico que la hace vulnerable y la predispone al desarrollo de un determinado trastorno? En otras palabras, ¿cuáles son los acontecimientos remotos que la hicieron psicológicamente vulnerable a un determinado problema?

Responder a estas preguntas significa tener una descripción y una explicación del problema psicológico, significa saber qué tiene la persona y por qué lo tiene. En última instancia, significa poseer una formulación de su caso.

El pilar de la FC en la terapia cognitiva (TC) es el segundo de los puntos enumerados anteriormente, es decir, el conjunto de pensamientos que determinan las emociones dolorosas y el comportamiento disfuncional, en otras palabras, el conjunto de determinantes mentales del sufrimiento de un individuo. Llamaremos a este punto de la FC el perfil interno del trastorno (PI).

Los contenidos mentales que determinan el sufrimiento son identificados y transcritos durante la entrevista clínica y de forma autónoma por el paciente, en diversas sesiones, mediante técnicas de auto-observación como el ABC de Ellis (1962), bien conocido en el panorama internacional de la terapia cognitivo-conductual (TCC). El ABC permite de forma relativamente sencilla e intuitiva comprender cómo el individuo interpreta y evalúa los acontecimientos críticos que

le suceden en la vida cotidiana y cómo estas evaluaciones provocan emociones y comportamientos problemáticos.

Más concretamente, en la TC el registro de los pensamientos automáticos mediante tarjetas ABC debería permitir identificar las creencias disfuncionales del paciente, también llamadas ideas irracionales (Ellis, 1962; Beck, 1976), es decir, aquellas estructuras cognitivas, aquellas lentes invisibles de la mente que determinan la forma totalmente subjetiva en que se interpreta y evalúa a sí mismo y al mundo. Para la TC estándar, la creencia es el pilar sobre el que descansa la formulación de lo que llamamos PI, el elemento fundamental que explica por qué los seres humanos sufren. Sufro porque creo que no valgo nada o que soy una mala persona o que estoy destinado a ser maltratado por los demás.

Sin embargo, es importante una reflexión crítica sobre esta forma de conceptualizar el PI de los problemas psicológicos: la mente de los seres humanos no se limita a creer, a conocer, la mente también crea representaciones de lo que quiere y de lo que no quiere. Así, la TC estándar parece descuidar, al menos en su formulación explícita, el papel que desempeñan las representaciones mentales distintas de las creencias, que podríamos denominar representaciones del querer, es decir, los objetivos. Con ellos nos referimos a las motivaciones del individuo, sus planes, estructuras mentales bien descritas en el trabajo de Miller et al. (1960) sin las cuales las creencias cumplirían una mera función epistémica (Castelfranchi, 2012). Por tanto, si consideramos la psicopatología, se hace necesario subrayar el papel fundamental que juega un tipo especial de objetivos: los anti-objetivos sobrevalorados, es decir, los estados, escenarios, hechos no deseados y vividos por el paciente como catastróficos, terribles, inaceptables. Si, cada vez que un paciente nos revela sus pensamientos automáticos, no intuimos lo que le importa, lo que quiere y lo que realmente no quiere, ¿cómo podríamos entender por qué una creencia le provoca emociones dolorosas y le impide el bienestar? Por ejemplo, si una persona cree que sentir la excitación sexual tocando el cuerpo de su pareja provoca en ésta la sensación humillante de ser utilizada como un objeto, pero la misma persona no se preocupa mucho por el sexo ni por los sentimientos de su pareja, la creencia en cuestión no provocará ninguna reacción emocional particular: simplemente presentará friamente un punto de vista. Si, por el contrario, esa persona desea una vida sexual intensa con su pareja, pero al mismo tiempo no quiere correr el riesgo de provocar sentimientos dolorosos en ella, lo más probable es que esa creencia obstruya sistemáticamente la búsqueda natural de un deseo y provoque sufrimiento.

En este trabajo afirmaremos que en la TC una buena FC no puede prescindir de la identificación de los objetivos y de los anti-objetivos sobrevalorados del paciente y que las creencias disfuncionales, ya sea en forma de simples afirmaciones (por ejemplo, “soy una persona fea”) o en forma de secuencia hipotética (por ejemplo, “si obtengo placer humillo a mi partner”), implican necesariamente la referencia a al menos un objetivo sobrevalorado y en algunos casos expresan un conflicto entre objetivos, normalmente entre un deseo y un miedo. Con la ayuda de ejemplos

clínicos se explicará cómo formular las creencias centrales y los objetivos de un PI y cómo conectarlos con los otros cuatro puntos de la FC. Por último, sostendremos la tesis de que la centralidad de los objetivos en la FC implica necesariamente la elaboración de una estrategia terapéutica que vea en la sobrevaloración de los objetivos una meta y en la aceptación del deterioro del objetivo (sea parcial o total, real o posible) una de las finalidades fundamentales para el éxito del tratamiento.

### **Creencias Disfuncionales y su Relación con los Objetivos del Individuo**

La TC utiliza dos tipos principales de formulación de creencias patógenas: expresiones simples (por ejemplo, “soy feo”, “soy egoísta”, “soy frágil”, “todo el mundo me odia”, etc.), y secuencias hipotéticas, es decir, creencias como “si... entonces...”, en las que una premisa se subordina a una consecuencia (por ejemplo, “si bajo la guardia y no rumio más, me arriesgo a cometer errores graves”, “si me caso con alguien que no sea el que le gusta a mi madre, se sentirá decepcionada y sufrirá”, “si digo lo que pienso, me ignorarán”, “si me compro un coche bonito, mi hermano se sentirá fracasado”, “si obtengo placer sexual, mi pareja se sentirá utilizada”, “si me emociono intensamente, perderé el control”). Si analizamos cada una de las creencias utilizadas como ejemplo, captaremos rápidamente una de sus características estructurales: todas implican un anti-objetivo y todas expresan un conflicto entre un deseo y un temor o, en términos más generales, un conflicto entre un propósito y un anti-propósito. Es decir, en la premisa suele estar implícito un deseo, en la conclusión el anti-objetivo, es decir, la consecuencia temida que impide la realización del deseo; cuando se produce el primero, también se produce (o corre el riesgo de producirse) el segundo:

- Quiero dejar de rumiar y relajarme, pero temo que, al bajar la guardia, cometeré errores graves que nunca podría perdonarme.
- Quiero casarme con esa persona, pero temo que mi madre se quedara decepcionada;
- Quiero expresar mis opiniones, pero temo que sean ignoradas;
- Quiero comprar un buen coche, pero temo que mi hermano se sienta un perdedor al comparar su coche con el mío;
- Quiero experimentar el placer sexual, pero temo que mi pareja se sienta utilizada por mí;
- Deseo sentir emociones intensas, pero temo que me lleven a perder el control.

En la mente del paciente, la realización de un deseo implica la realización de un escenario no deseado (un anti-objetivo, de hecho), a la inversa, la evitación del anti-objetivo inhibe la realización del deseo. No hay muchas opciones, o se intenta satisfacer el deseo arriesgándose a que el escenario temido se haga realidad, o se intenta evitar el escenario temido renunciando al deseo (Mancini, 1996; Mancini y Giacomantonio, 2018). Para mayor claridad, no se pretende afirmar que las creencias formuladas con reglas “si... entonces...” deban proponer siempre un conflicto

entre un deseo y un anti-deseo. De hecho, en algunos casos, la premisa, es decir, el si..., simplemente expresa la condición que hace que el anti-objetivo se cumpla (por ejemplo, “si tengo ansiedad entonces soy débil; si mi pareja exige más libertad entonces no me quiere; si pierdo el pelo entonces seré desagradable, etc.). Sin embargo, estas creencias siguen expresando un anti-objetivo o, más bien, ecuaciones de antiobjetivos, donde el primer escenario temido es un anti-objetivo en virtud de su correspondencia con el antiobjetivo terminal o jerárquicamente superior. Por lo tanto, lucho contra la ansiedad no por la ansiedad en sí, sino porque tener ansiedad significa ser un débil, y me aterra ser un débil. O bien, no quiero que mi pareja me pida más libertad, no porque esté mal en sí mismo, sino porque si lo hace, quizá signifique que no me quiere, y la idea de que ya no me quiere es intolerable. O, por último, no quiero perder el pelo no porque la calvicie en sí misma sea inaceptable, sino porque tengo miedo de dar asco y ser condenado al ostracismo, y me aterra parecer repugnante y ser rechazado).

Consideremos ahora las creencias formuladas como simples enunciados y de carácter aparentemente apodíctico (por ejemplo, “soy una mala persona”, “soy un perdedor”, “soy débil”, “soy una carga para todos”, “estaré solo”, etc.). Aunque pueden parecer o incluso ser relatados por el paciente como verdades absolutas, a menudo no expresan una convicción definitiva, sino el temor de que el escenario descrito sea cierto, mezclado con la esperanza de descubrir que es falso. En otras palabras, también revelan un antiobjetivo del paciente percibido como más o menos real, por ejemplo, el de ser juzgado o sentirse estúpido o frágil u odioso o una carga o egoísta o malvado o dañino, o el de ser abandonado, regañado, engañado, humillado, o el de ver sufrir a sus seres queridos, etc. (los ejemplos son interminables). Es decir, todo lo que él no desearía que se hiciera realidad.

Incluso cuando este tipo de creencias enfatizan una cualidad positiva y deseada por sí mismo o por los de demás (por ejemplo, “soy bueno”, “soy una persona equilibrada”, “los demás son serviciales y generosos”, etc.) podrían ser patógenas si ocultan un anti-objetivo sobrevalorado (y así, por ejemplo, el miedo a “ser juzgado como malo”, “perder el equilibrio mental”, “perder el apoyo de los demás”, etc.). Así, incluso las creencias expresadas en forma de meras afirmaciones, señalando críticas o cualidades positivas, pueden sugerir aquello de lo que el paciente se defiende, pero, a diferencia de las otras (las del tipo “si... entonces...”), carecen de la condición que hace que el anti-objetivo se haga realidad y no arrojan luz sobre los posibles conflictos entre objetivos que dificultan la consecución de su plan de vida. Las creencias en forma de meros enunciados son, en última instancia, estructuralmente más simples y proporcionan menos información sobre el funcionamiento del individuo.

En resumen, las creencias, independientemente de cómo se formulen, si son patógenas suelen señalar un propósito o un anti-propósito excesivo. Esto vale para las que se expresan a través de un simple enunciado y también para las que se expresan a través de un período hipotético como “si... entonces...”. Entre estos últimos, los

que sugieren una consecuencia entre la realización de un deseo y la realización de un anti-objetivo tienen un valor especial porque resumen en un solo periodo tanto los planes del paciente como las razones que los obstaculizan.

Una nota final sobre los anti-objetivos sobrevalorados y su papel en la génesis del sufrimiento. Si hay sufrimiento, significa que algún propósito está comprometido o amenazado. Como se ha descrito anteriormente, el propósito comprometido o amenazado es a veces un deseo, una necesidad, casi siempre sana y legítima, distinta y en conflicto con el anti-objetivo. Por ejemplo, el deseo de tener una relación sexual satisfactoria se ve comprometido o amenazado porque entra en conflicto con el miedo -el anti-objetivo- de encontrarse con una pobre prestación sexual y causar una mala impresión. Para defenderse del riesgo de hacer el ridículo, la persona en cuestión evita las relaciones sexuales y al evitarlas sufre porque compromete uno de sus deseos.

En otros casos, la sobrevaloración del anti-objetivo provoca sufrimiento porque produce efectos paradójicos opuestos a los perseguidos; en definitiva, hace realidad el anti-objetivo. Es decir, ocurre que los tenaces intentos de evitar el anti-gol acaban teniendo el efecto contrario de forma totalmente inesperada y no intencionada, aunque no causal (Mancini, 1996).

Este hecho, que no es raro en la clínica, puede entenderse fácilmente con ejemplos.

Alfio, un paciente obsesivo, vive con miedo a ser un mal padre (anti-objetivo) y para conjurar ese miedo se comporta de forma exageradamente escrupulosa con sus dos hijos; el exceso de control de Alfio les transmite tal ansiedad e inseguridad que acaba reforzando, a su pesar, el miedo a ser un mal padre.

A Marina, una mujer con trastorno Borderline de la personalidad, le aterra la idea de ser utilizada y luego abandonada por los hombres (anti-objetivo), por lo que cuando inicia una relación sentimental vigila todos los movimientos de su pareja, su teléfono, su ordenador y le pide con rabia que le asegure sus sentimientos. Esta actitud de Marina acaba por asustar e irritar a los hombres con los que sale, lo que los lleva muy a menudo a dejarla. Así, el escenario contra el que Marina ha luchado con todos sus esfuerzos desde su adolescencia se hace realidad y, paradójicamente, es el mismo comportamiento que ha puesto en marcha para evitarlo.

Carlo, un joven con ansia social, tiene miedo de parecer cohibido e inseguro (anti-objetivo), por lo que, cuando no puede evitar una situación social, se impone tenazmente actitudes de confianza y despreocupación que, por desgracia, precisamente por ser impuestas, acaban haciéndole parecer poco espontáneo e inseguro. Una vez más, la encarnizada lucha contra el anti-gol ha producido el efecto contrario al deseado. Más adelante veremos mejor este mecanismo en acción, en la sección sobre el mantenimiento del trastorno.



### Formular el Perfil Interno

La pregunta que se hace el clínico cuando intenta comprender el perfil interno de un problema psicológico es la siguiente: ¿cuáles son las causas psicológicas próximas del sufrimiento del paciente? En otras palabras, ¿cuáles son los estados mentales que subyacen a los fenómenos observados y/o comunicados por el paciente? Desde la perspectiva de la TC, la respuesta a esta pregunta son los pensamientos automáticos del paciente y, más concretamente, las evaluaciones subjetivas que provocan emociones y comportamientos disfuncionales. Los pensamientos automáticos expresan el sistema de creencias del individuo (Beck, 1976; Ellis, 1962) y, según el enfoque propuesto en este trabajo, también sus objetivos (Mancini et al., 2021; Perdighe y Gragnani, 2021; Saliani et al., 2021).

La idea de situar las motivaciones, y en particular los anti-objetivos, en el centro de los factores estructurales que obstaculizan el bienestar de un individuo va más allá de la mera especificación formal. Implica importantes consecuencias con respecto al método de formulación del caso y a los principios de la estrategia terapéutica.

En cuanto a la formulación del caso, es importante que el apartado dedicado a él PI del trastorno no se limite a la búsqueda de creencias disfuncionales, sino que parta precisamente de las motivaciones del paciente y, en particular, de lo que más teme y se defiende. Evidentemente no hay límite en el número de anti-objetivos de una persona, pero la observación clínica nos dice que los que juegan un papel decisivo en el sufrimiento son pocos y sobrevalorados, por lo que no es aconsejable incluir largas listas de objetivos en el PI, resultaría poco útil. Es mejor concentrarse en aquellos que son más característicos y están más claramente relacionados con el problema psicológico del paciente. Los anti-gol pueden consistir en acontecimientos objetivos (por ejemplo, sufrir un rechazo o perder un ser querido), conductas (por ejemplo, cometer un error grave en el trabajo), cualidades personales (por ejemplo, ser característicamente débil) o estados internos (por ejemplo, experimentar sentimientos de culpa) que no se desean, que se temen y que deben formularse de la forma más cercana posible a la representación subjetiva del paciente.

Por lo general, no es difícil identificar los anti-objetivos. El mejor de los casos es el paciente quien los comunica espontáneamente durante las primeras entrevistas (“estoy aquí porque tengo miedo de perder el control y volverme loco”, “es como si viviera con el miedo constante de ser declarado culpable de algo”, “lo que más temo es convertirme en un débil, como mi padre”, etc.). En estos casos, partiendo de lo que el paciente ya ha dicho, es suficiente proceder en la entrevista con una actitud socrática para centrarse mejor en el escenario temido y sondear la presencia de cualquier otro temor sobrevalorado.

Siempre es muy útil añadir a la investigación realizada durante la entrevista la grabación diaria del diálogo interno del paciente con la ayuda de tarjetas ABC. El estímulo a la auto-observación que proporciona el ABC permitirá identificar valiosos contenidos psicológicos que confirmarán, desconformarán o añadirán



hipótesis sobre el PI del problema. En los casos en los que el paciente no responda a las preguntas directas sobre sus pensamientos automáticos o realice las tareas de autoobservación de mala gana, el clínico tratará de llegar a la identificación de sus miedos sobrevalorados a través de preguntas indirectas, como, por ejemplo: “si por absurdo decidieras de hacerlo, si de repente empezaras a no preocuparte y dejaras de hacer esas comprobaciones, ¿qué pasaría? ¿Qué dirías a ti mismo? ¿Qué pensarías de ti?”. Este tipo de preguntas suele permitir averiguar de qué pretende defenderse el paciente con su comportamiento disfuncional. Por ejemplo, cuando el terapeuta se limitó a preguntarle a Roberta qué pensamientos tenía cuando revisaba repetidamente sus turnos de trabajo en el hospital o realizaba sus rituales numéricos, la respuesta fue que sentía que simplemente tenía que hacerlos. Cuando hacía el ABC en casa, no anotaba nada en la columna de pensamientos o hacía comentarios apresurados y tautológicos (“ahora tendré que contar hasta tres veces”; “tengo que comprobarlo, es más fuerte que yo”, “ahora lo compruebo porque tengo que hacerlo”. Porque no tengo otra opción”, etc.). Por otro lado, cuando el terapeuta le preguntó qué se habría dicho a sí misma si no se hubiera preocupado y no lo hubiera comprobado, su respuesta fue mucho más significativa: “Me habría dicho a mí misma que soy una chapucera y una vaga, ¡como decía mi padre con cara de asco! Roberta, con esa simple respuesta, no sólo había revelado su anti-objetivo (sentirse una perezosa y una “chapucera”) sino que había aportado un elemento fundamental para entender qué en su historia personal la había hecho vulnerable a ese tema (los juicios desdenosos de su padre). Nos detendremos en el tema de la vulnerabilidad histórica más adelante, en una sección específicamente dedicada a ella.

Una vez identificados los anti-objetivos del paciente, será fácil formular las creencias relacionadas con ellos, evitando detenerse en las que no son relevantes para el anti-objetivo y, en general, para el problema del paciente. Como ya se ha sugerido, son especialmente útiles las creencias que clarifican las condiciones en las que el anti-objetivo se hace realidad, y más aun las que sitúan un objetivo deseable y saludable en una hipotética relación consecencial con la realización del anti-objetivo. Consideremos de nuevo el caso de Roberta y su anti-objetivo: sentirse culpable de ser una “chapucera” y “perezosa”; y supongamos que sufra porque, aunque anhela ser más eficiente en el hospital (es enfermera) y disfrutar de su tiempo libre con su marido y sus hijos, no consigue nada de esto: en el trabajo suele ser lenta y torpe a causa del control compulsivo, e incluso el tiempo que tiene para dedicar a sus afectos es ocupado en gran medida por sus síntomas. Supongamos ahora que Roberta está convencida de que intentar realizar sus propios deseos, es decir, atender a los pacientes del hospital con mayor rapidez y eficacia y disfrutar del tiempo familiar y de ocio renunciando a la evasión y al control, la expone a lo que más teme: causar problemas y sentirse “chapucera” por ello. Para defenderse de este doloroso escenario, tendrá que renunciar a intentar realizar sus deseos o intentará realizarlos obsesivamente, efectivamente sin realizarlos. Técnicamente, la creencia disfuncional tendrá que formularse de la siguiente manera: “Si trabajo

más rápido, disfruto de mi familia y de mi tiempo libre, me haré un lío y me sentiré culpable por ser perezosa y chapucera”. Como puede observarse fácilmente, también aquí como en los ejemplos anteriores, la creencia consiste en dos proposiciones: en la primera, se ilustra la hipótesis de perseguir los planes deseados (trabajar más eficientemente, etc.), en la segunda, se hace realidad el escenario temido, la catástrofe, el anti-objetivo (sentirse culpable por ser la chapucera de siempre). Por lo tanto, para construir este tipo de creencias se necesitan siempre dos elementos, lo que el paciente quiere y haría si no tuviera un problema psicológico y lo que le impide hacerlo, es decir, el miedo a que el anti-objetivo se haga realidad. Por eso es esencial que un caso bien formulado incluya siempre no sólo los anti-objetivos, sino también los objetivos sanos, los deseos del paciente, los que técnicamente suelen coincidir con los objetivos terapéuticos: sin estos últimos, no se puede entender lo que quiere conseguir con la ayuda de la psicoterapia, sin los primeros, no se puede entender lo que le impide conseguirlo por sí mismo.

Consideremos ahora un caso muy diferente, el de Giovanni, un joven socialmente inhibido y deprimido. Supongamos que su anti-objetivo es “ser rechazado porque es insignificante”, y supongamos que el paciente sufre porque anhela tener una relación íntima, amigos y un trabajo en el que pueda hacerse valer, pero está lejos de tener todo esto. Supongamos ahora que Giovanni está convencido de que intentar realizar sus deseos, es decir, cortejar a una chica o tener amigos o exponerse y dar su opinión en el trabajo, lo expone a lo que más teme: parecer insignificante y ser rechazado; se entiende que para defenderse de este doloroso escenario tendrá que renunciar a intentar realizar sus deseos o intentará realizarlos de una forma tan incierta y antinatural que acabará encontrando la confirmación de sus temores. Técnicamente, la creencia debería formularse como sigue: “Si intento cortejar a una chica, tener amigos y hacerme más visible en el trabajo, me encontrarán insignificante y me rechazarán”. También aquí, como en el ejemplo de Roberta, la creencia consiste en dos proposiciones, en la primera se ilustra la hipótesis de perseguir los propios planes (cortejar a una chica, etc.), en la segunda se cumple la hipótesis temida (ser encontrado insignificante y rechazado).

### **La Descripción del Problema y el Diagnóstico Clínico**

Antes de formular el PI, el clínico suele detenerse en la descripción del problema y, si es posible, en el diagnóstico clínico, es decir, se detiene en los fenómenos que luego intentará explicar. Las preguntas que guían la formulación de este punto son las siguientes: ¿cuáles son los síntomas de los que se queja el paciente y los signos observables de su malestar? ¿En qué circunstancias se producen y con qué intensidad, duración y frecuencia? ¿En qué medida interfieren en el funcionamiento de la persona? ¿Y cumplen los criterios de uno o más trastornos específicos en un manual diagnóstico, como el DSM-5?

Roberta, informó que estaba obsesionada con la idea de cometer graves errores en la administración de medicamentos y para calmar la angustia resultante realizaba

repetidos controles según una lógica a menudo arbitraria y claramente supersticiosa. Por ejemplo, pensaba que la comprobación correcta debía hacerse tres veces y, si esto parecía insuficiente, debía repetirse en múltiplos de tres, así seis, nueve, doce, quince veces, hasta que se sintiera segura. Realizar la comprobación tres veces en lugar de cuatro le resultaba más tranquilizador, nueve mejor que catorce o siete. Cuando la comprobación no podía realizarse materialmente, la hacía mentalmente, rumiando la secuencia de sus acciones y, si ni siquiera esto era suficiente, pedía confirmación a los colegas o incluso a los pacientes del hospital para sentirse más tranquila. Su vida profesional, familiar y social se vio gravemente perjudicada por sus síntomas y Roberta era muy crítica consigo misma y con su estado. La descripción de su problema correspondía sin duda a los criterios del DSM-5 para el trastorno obsesivo-compulsivo y no había comorbilidades evidentes.

Giovanni se quejaba de una sensación general de incomodidad e inadecuación cuando estaba con otras personas. Se sentía como un pez fuera del agua, diferente de los demás e insignificante. En la intimidad, anhelaba hablar con los demás y entablar relaciones significativas, sobre todo con las mujeres de las que se enamoraba, pero a las que no se atrevía a acercarse. Sentía que, salvo raras excepciones, los demás lo encontrarían extraño y aburrido y se burlarían de él. Cualquier ocasión social, como una cena organizada por los colegas, la evitaba con una excusa o la toleraba con gran malestar interno. Era empleado en la oficina de registro de su ciudad; el trabajo no requería mucha interacción y, en tiempo de pandemia, optó por hacerlo durante largos periodos desde casa en modo smart-working. No tenía amigos y llevaba una existencia solitaria. Contó que primero fue un niño y luego un adolescente muy parecido al hombre tímido e introvertido que es hoy. Sin embargo, desde hace dos años, también está muy desmoralizado, melancólico, e incluso los videojuegos que antes le fascinaban ya no le producen ningún placer: juega mecánicamente para pasar el tiempo. Esto le había preocupado y le llevó a buscar la ayuda de un psicoterapeuta. La descripción de su problema coincidía con muchos de los criterios del DSM-5 para el trastorno de la personalidad por evitación y el cuadro de los últimos dos años también permitía diagnosticar un trastorno depresivo persistente.

## **Mantenimiento**

Uno de los enigmas que el clínico está llamado a resolver cuando reflexiona sobre la naturaleza de un problema psicológico es el de su mantenimiento. ¿Por qué el sufrimiento no pasa de forma natural? ¿Por qué incluso cuando una persona quiere mejorar, sabe cómo hacerlo y tiene los recursos para ello, sigue sufriendo?

Los factores de mantenimiento consisten en mecanismos dinámicos e interactivos que determinan la consolidación de las estructuras cognitivas responsables del sufrimiento (lo que hemos llamado PI). En la perspectiva propuesta en este artículo, afirmamos que los mecanismos de mantenimiento refuerzan la credibilidad de las creencias disfuncionales y la necesidad percibida de invertir en los objetivos

relacionados con ellas.

Los factores de mantenimiento pueden ser esencialmente de dos tipos: intrapsíquicos e interpersonales. Los primeros actúan de forma autónoma en la esfera individual, los segundos desencadenan reacciones confirmatorias en la dimensión interpersonal del individuo.

Ejemplos de mecanismos intrapsíquicos son los evitamientos y la búsqueda de seguridad, los *bias* de razonamiento y las metaevaluaciones. Entre ellos, las metaevaluaciones críticas de los propios estados emocionales y acciones juegan ciertamente un papel crucial en el agravamiento del sufrimiento psicológico, dando lugar a un fenómeno bien conocido en la TC bajo el nombre de problema secundario (Ellis, 1962). Si, por ejemplo, una persona está simplemente triste, su tristeza pasará tarde o temprano, pero si esa persona critica su propia tristeza y se odia a sí misma por sentirse triste desencadenará una espiral viciosa, su malestar empeorará con el tiempo hasta tomar la forma de una depresión clínicamente significativa (Rainone y Mancini, 2018).

Volveremos a utilizar los casos de Roberta y Giovanni para ejemplificar algunos de los mecanismos de mantenimiento más típicos, empezando por sus creencias disfuncionales y sus objetivos sobrevalorado.

Roberta teme ser una chapucera que sólo crea problemas (anti-objetivo) y cree que si se relaja y baja la guardia, lo que teme se hará realidad (creencia). Por eso realiza controles y rituales. Sin embargo, la ejecución repetida de la conducta de búsqueda de seguridad pronto la lleva a confundirse y a no estar segura de la comprobación que acaba de hacer, lo que la lleva a realizar una nueva tripleta de comprobaciones. De hecho, hay pruebas empíricas de que perseverar en las comprobaciones reduce la viveza de los detalles que se recuerdan y la confianza en la propia memoria, aumentando paradójicamente la incertidumbre y la necesidad de volver a comprobar (Van Den Hout y Kindt, 2003). No sólo eso, al reflexionar sobre lo extraño de su propio comportamiento y la mala calidad de su vida, Roberta se acusa a sí misma de ser una desastrosa “chapucera” (un problema secundario) y para alejar esa mala sensación, vuelve a comprobarlo, y así sucesivamente, en una espiral viciosa que la mantiene atrapada. Su forma de trabajar, lenta y torpe, también provoca el descontento de sus superiores, que la amonestan, haciéndola sentir terriblemente culpable y reforzando su temor de que sólo está creando problemas (ciclo de mantenimiento interpersonal).

Giovanni tiene miedo de ser insignificante y de que se rían de él y lo rechacen (anti-objetivo) y cree que si intenta hacer amigos, cortejar a una chica y hacerse valer en el trabajo, se cumplirá exactamente lo que teme (creencia). Por eso evita la mayoría de las situaciones sociales y nunca expresa sus opiniones en el trabajo. La evitación sistemática le impide, naturalmente, experimentar que las cosas pueden salir de forma diferente a la temida, contribuyendo a mantener su creencia disfuncional, pero sobre todo le condena a una vida solitaria de la que está insatisfecho y por la que se critica a sí mismo, reforzando su autoimagen de persona incapaz de

estar con los demás precisamente por ser inadecuado e insignificante (problema secundario). Por último, su actitud interpersonal tímida y exageradamente reservada disuade a los demás de buscarle e invitarle, lo que confirma una vez más que es una persona aburrida y poco interesante (ciclo interpersonal de mantenimiento).

### **Descompensación**

Otro reto interesante y difícil para el clínico es entender qué es lo que ha producido una ruptura entre un antes pre patológico y un después patológico en la vida del paciente. Las preguntas que suelen plantearse en estos casos son: ¿qué acontecimientos precipitantes perturbaron el equilibrio psicológico del sujeto provocando la aparición de sus síntomas en ese mismo momento de su vida? Y, sobre todo, ¿qué significados atribuye la persona a esos acontecimientos? ¿Cuáles de sus objetivos se vieron seriamente amenazados o comprometidos por esos acontecimientos? La idea básica es, de hecho, que si ha habido una descompensación, entonces algo debe haber socavado seriamente el equilibrio escópico del individuo con respecto a las cuestiones que más aprecia. En última instancia, comprender los factores descompensantes (precipitantes) no significa buscar los hechos objetivamente graves que le ocurrieron a una persona antes de la aparición de sus trastornos, sino los hechos que han adquirido una importancia subjetivamente crítica y extraordinaria en el plan de vida del individuo. Ser abandonado por un ser querido puede ser doloroso para cualquiera, pero será descompensante para los que tienen miedo al abandono; envejecer puede entristecer a muchos, pero será descompensante para los que tienen miedo a perder su autonomía; enamorarse perdidamente puede ser una experiencia emocionante para muchos, pero puede ser descompensante para los que tienen miedo a perder el control. Sólo conociendo las creencias y, sobre todo, los objetivos que más le importan al individuo podemos entender que cosa puede ponerle en crisis y por qué.

Los casos de Roberta y Giovanni nos ayudarán una vez más a explicarlo.

A Roberta, como ya se ha dicho, le aterrorizaba comportarse como una “chapurera” y crear problemas (anti-objetivo). Siempre había sido una chica escrupulosa, pero nunca había desarrollado un trastorno franco y su vida transcurría con relativa normalidad hasta que se incorporó recientemente al servicio como enfermera de plantilla y fue testigo de un acontecimiento desconcertante para ella: una compañera mayor fue acusada de homicidio, denunciada y suspendida de su trabajo por supuesta negligencia grave en la administración de un medicamento. La acusación resultó infundada y el colega fue debidamente reincorporado, pero el hecho tuvo un impacto crítico en Roberta. La aparente facilidad con la que se había producido el incidente y la consideración de que, después de todo, no habría sido tan improbable cometer un error en la administración del fármaco, unidas a la mayor responsabilidad debida a su nueva condición de enfermera encargada, llevaron a Roberta a convencerse aún más de que bajar la guardia le acarrearía algún problema grave (una creencia disfuncional) y a invertir extraordinariamente en defenderse de su

anti-gol. Entonces empezó a hacer controles terapéuticos prolongados y repetidos y a darse a sí misma “la regla de tres”: sus síntomas obsesivo-compulsivos habían hecho su aparición.

A Giovanni le aterrorizaba ser insignificante y ser rechazado (anti-objetivo). Este tema, ya presente cuando era adolescente, le había llevado a desarrollar tempranamente un estilo evitativo para el que la identificación de uno o varios eventos circunscritos de descompensación del trastorno de la personalidad resultaba inútil.

Giovanni siempre se había sentido extraño e inadecuado y había evitado las relaciones sociales. Sin embargo, todavía era posible detectar un acontecimiento descompensador que, aunque no explicaba la aparición del trastorno de la personalidad (muy anterior), marcaba su agravamiento con el desarrollo de una clara depresión. Al principio de la pandemia de covid-19, su oficina permaneció cerrada, pero se le pidió que atendiera ciertas tareas que requerían su presencia en el trabajo. Por lo tanto, Giovanni se encontró en una oficina desierta durante unos meses y esto no le molestó en absoluto. En esos días conoció a una joven que hacía la limpieza en su piso y, gracias a su aislamiento y actitud amistosa, Giovanni encontró el valor para hablar con ella varias veces y ofrecerle café de las máquinas situadas en el pasillo. El trabajo a realizar era mínimo para ambos, por lo que a menudo acababan sumergiéndose en largas y agradables charlas. Hablaron de todo: de la pandemia, de sus vidas, de sus planes, se contaron anécdotas y se rieron de la situación surrealista en la que se encontraban. Giovanni era feliz: estaba viviendo días inolvidables y mágicos. Se sintió respetado y apreciado y, extraordinariamente, deseado. Lo que más le sorprendió fue descubrirse capaz de ironizar y la facilidad con la que era capaz de hacer reír con gusto a esta joven. En su corazón, avergonzado, bendijo la pandemia, el mercado de Wuhan, los murciélagos, el servicio secreto desviado o cualquier otra cosa que lo hubiera provocado. Pronto se dio cuenta de que estaba enamorado. No sin ansiedad, un día se armó de valor y le declaró sus sentimientos a la chica. Ella se alegró y no lo rechazó de plano, pero no respondió a su propuesta de compromiso. Cuando se acabó el *lock down*, las oportunidades de encontrarse a solas en la oficina disminuyeron enormemente, sus largas charlas pronto se convirtieron en un recuerdo lejano y ella comenzó a dar claras señales de menor cercanía. Tras las repetidas invitaciones de Giovanni a reunirse fuera del lugar de trabajo, ella le envió un largo mensaje de voz en el que le explicaba que había encontrado en él un amigo especial, pero no un amor, y que necesitaba otro hombre que le diera “más estímulos”. Giovanni se odiaba a sí mismo por haberse engañado creyendo que era una persona diferente a la que siempre había creído y por haber permitido que esta mujer se burlara de él y, en última instancia, lo humillara: estaba destinado a la soledad y si hubiera esperado tener amor, amigos y una mayor visibilidad en el trabajo sólo se habría encontrado con una amarga decepción (creencia disfuncional). A partir de ese momento, sus esfuerzos para alejar el riesgo de rechazo y burla (anti-objetivo) se redoblaron, pidió y obtuvo trabajar desde casa permanentemente, limitó sus contactos sociales al supermercado y a las charlas



con los otros jugadores de videogame de todo el mundo, y rápidamente cayó en un claro estado de depresión.

### **Vulnerabilidad**

No basta con que el clínico se haga una idea de las causas próximas del sufrimiento, de los mecanismos que lo mantienen y de los hechos precipitantes que produjeron la descompensación psicológica y la aparición de los síntomas. El clínico quiere saber dónde se originó todo, busca las razones remotas y profundas que sensibilizaron y predispusieron a una persona a padecer un determinado problema. Es decir, se pregunta qué le hizo vulnerable. Técnicamente, se pregunta qué acontecimientos vitales, generalmente tempranos, han favorecido el desarrollo de un determinado antio-bjetivo y la creencia disfuncional relacionada.

Los casos de Roberta y Giovanni nos ayudarán una vez más a aclararnos.

Roberta creció con un padre de pocas palabras, propenso a los reproches, y una madre crónicamente indecisa y aterrorizada por las responsabilidades. Recuerda la expresión de enfado de su padre cuando, siendo aún una niña, armaba un lío en casa y sus típicas frases eran: “¡Roberta, sólo creas problemas! La verdad es que eres una vaga y una chapucera... si te concentrases y te esforzaras, esto no pasaría”. Roberta se sentía culpable por aquellos episodios y pronto empezó a temer que se repitieran, y aunque luchaba por controlar su exuberancia de niña, se esforzaba por no disgustar a su padre. La ansiedad y el miedo de su madre a equivocarse le confirmaron indirectamente la importancia de no cometer errores. Así, tanto el miedo a sentirse culpable por comportarse como una chapucera (anti-objetivo) como la idea disfuncional de que si se relajaba ocurriría lo que temía: que daría problemas (creencia disfuncional) se estructuraron muy pronto y de forma totalmente natural y coherente con las presiones relacionales a las que estaba expuesta.

Giovanni, hijo único, había crecido con una madre deprimida que mostraba aburrimiento y desinterés cuando hablaba con ella y un padre narcisista que se burlaba de sus pensamientos y estados de ánimo. De la actitud de su madre surgió la dolorosa sensación de ser un niño aburrido, de la de su padre la no menos dolorosa sensación de ser algo extraño y ridículo. Estos sentimientos pronto se volvieron muy familiares para Giovanni, que entonces empezó a temerlos y a defenderse de ellos (anti-objetivo), evitando básicamente buscar la proximidad de su madre y expresar sus pensamientos en presencia de su padre. Era difícil para él porque su padre solía estar ausente físicamente y su madre encerrada en la oscuridad de su habitación, por lo que Giovanni pasaba largas tardes solo, observando desde la ventana a los demás niños del edificio que jugaban alegremente en el patio. Le parecía que eran de otro planeta. Cuando su madre le insistió una vez a unirse a ellos y le acompañó al patio, se sintió emocionado y aterrorizado al mismo tiempo. Cuando los niños le habían mirado primero en silencio y luego se habían reído de él por ser “raro”, se había sentido profundamente humillado, como cuando su padre se burlaba de él, pero de una forma nueva y aún más dolorosa, porque creía



haberse dado cuenta de repente de que todo el mundo pensaba como él. Entonces desarrolló la creencia de que si intentaba buscar la cercanía de los demás, parecería aburrido y ridículo y sería rechazado (creencia disfuncional) y en secreto hizo un pacto solemne prometiéndose a sí mismo que nunca volvería a correr ese riesgo (sobrevaloración en la defensa de los anti-objetivos).

### **Nota sobre los Principios de Coherencia y Parsimonia en la FC**

Al margen de esta reflexión sobre los cinco puntos de la FC, probablemente también es útil recordar la importancia de aplicar siempre los principios metodológicos de coherencia y parsimonia. Un hilo rojo debe vincular el problema del que sufre el paciente, sus objetivos con las creencias anti-objetivo que impiden su realización, los procesos que mantienen el problema, los acontecimientos que produjeron la descompensación y el inicio del problema, las experiencias vitales precoces que favorecieron el desarrollo de esas creencias y los anti-objetivos patógenos. En una buena FC todo debe ser coherente e interconectado y deben omitirse los elementos que no aportan nada a la comprensión del caso.

Por ejemplo, Giovanni sufre de inhibición social y anhedonia, lo que, tras la observación clínica, sugiere los diagnósticos de trastorno de personalidad por evitación y trastorno depresivo persistente (descripción del problema y diagnóstico clínico); desea mejorar su estado de ánimo, cultivar las relaciones sentimentales y mejorar su posición de trabajo (objetivos, metas saludables); No intenta tener amigos, una relación sentimental y un mejor trabajo porque teme ser juzgado como insignificante y ridículo y cree que si intentara cortejar a una mujer, hacer amigos y hacerse más visible en el trabajo, ocurriría exactamente lo que teme: los demás lo encontrarían insignificante y ridículo y lo rechazarían (creencia disfuncional y anti-objetivo, perfil interno); tiene este miedo y creencia porque la historia de su vida estuvo dominada por su relación con una madre deprimida que mostraba aburrimiento y desinterés cuando él le hablaba y un padre que se burlaba de sus pensamientos y estados de ánimo (vulnerabilidad); la descompensación se produce en los años pandémicos después de un enamoramiento no correspondido porque la chica decía encontrarlo poco “estimulante”. Es decir, el evento estimula y consolida extraordinariamente su mayor temor y creencia disfuncional (descompensación). El mantenimiento del problema se debe a tres factores principales: 1) las evitaciones generalizadas que privan sistemáticamente a Giovanni de la oportunidad de tener experiencias correctivas de la creencia disfuncional y de experimentar estrategias más funcionales para dominar sus miedos; 2) la metaevaluación que consiste en una dura autocrítica por la condición de vida triste y solitaria a la que siente que se ha condenado, que lo desmoraliza y refuerza la idea de ser socialmente inadecuado; 3) los ciclos interpersonales provocados por su actitud tímida que lleva a los demás a dejarle solo y a no tenerlo en cuenta, confirmando una vez más su creencia disfuncional de que está destinado a ser rechazado y emarginado (mantenimiento).

### Discusión

La idea de situar la motivación individual al centro de los factores estructurales que dificultan el bienestar psicológico tiene, como hemos visto, importantes consecuencias en el método adoptado en la FC, especialmente respecto a la conceptualización del PI del que dependen todos los demás puntos. Pero no solo esto, una FC así concebida tiene efectos no despreciables también en la elección de los principios que guían la estrategia terapéutica.

Una de las formas clásicas de la TC para producir el cambio terapéutico implica la corrección de las creencias disfuncionales. Para simplificar: yo creo que soy una persona insignificante, si el terapeuta me muestra a través del *disputing* y de ejercicios de comportamiento que las cosas no están como yo creo, la creencia se reestructurará y estaré mejor. Aquí la estrategia terapéutica se basa básicamente en un principio de realidad: creo que soy insignificante cuando hablo con los demás y gracias a la terapia descubro que esta creencia no es realista. Pero si analizamos la creencia disfuncional (y el anti-objetivo relacionado) descubrimos que el camino de la curación también puede ser otro. Volvamos de nuevo a la creencia patógena de Giovanni: “si intento cortejar a una chica, tener amigos íntimos y hacerme más visible en el trabajo (deseos), los demás me encontrarán insignificante y me rechazarán” (anti-objetivo), es patógeno no sólo porque es en gran medida falso y doloroso, sino también y sobre todo porque, al provocar una sobrevaloración en la prevención de los anti-objetivos, obstaculiza la búsqueda de los propios deseos y, en última instancia, del propio bienestar (por ejemplo, las evitaciones sociales, inicialmente funcionales para proteger a Giovanni de la humillación, acaban condenándolo a una vida árida y triste). En otras palabras, la sobrevaloración defensiva se vuelve perjudicial. Algo parecido a lo que puede ocurrirle al cuerpo humano cuando se ve amenazado por un microorganismo patógeno: si la reacción del sistema inmunitario a este microbio es demasiado fuerte, podría, por ejemplo, provocar una inflamación tal del tejido pulmonar del paciente que le impediría respirar. En tal circunstancia, o bien se reduce el alcance de la reacción inmunitaria o el paciente muere, abatido por el intento de su cuerpo de defenderse. Del mismo modo, si es cierto que el poder patógeno de la creencia también se deriva de una defensa excesiva contra el anti-objetivo, entonces para contrarrestar sus efectos perjudiciales y liberar la búsqueda de objetivos saludables (cortejar a una chica, etc.), también se puede ir por el camino de la reducción de la sobrevaloración defensiva, es decir, defenderse menos contra el escenario temido para dedicarse más libremente a los propios proyectos. Desde esta perspectiva, el objetivo terapéutico no sólo sería demostrar que la creencia es falsa, sino también ayudar a bajar la guardia con respecto a lo que se teme, es decir, aceptar una parte razonable del riesgo de que el anti-objetivo se haga realidad para intentar realizar otros objetivos fundamentales para el propio bienestar. Más en detalle, la estrategia clásica de corrección de creencias consiste en demostrar con argumentos lógicos o pruebas empíricas (Ruggiero y Sassaroli, 2018) que el vínculo entre la premisa y la conclusión de la creencia es falso o irreal. Por

ejemplo: no es cierto que si tratas de cortejar a una chica parecerás insignificante y serás rechazado. Todo saldrá bien, el anti-objetivo no se hará realidad. O bien, transmitir la idea de que, aunque parte del escenario contenido en la creencia (ser rechazado) se haga realidad, esto no implicará la destrucción final del objetivo que más te importa. Parafraseando: pase lo que pase, te digan lo que te digan, esto no te convertirá en una persona insignificante. En ambas formas, esta estrategia se basa en un principio de verdad/falsedad, pero esta última abre perspectivas más interesantes porque, al distinguir los hechos externos del valor intrínseco de la persona, permite aceptar y desafiar incluso escenarios dolorosos (por ejemplo, posibles rechazos) para invertir en la realización de los propios objetivos saludables.

Sin embargo, hay al menos tres limitaciones de las estrategias que se basan en demostrar puramente la falsedad de las creencias: 1) las cosas temidas ocurren, por lo que se puede trabajar sobre la percepción de la probabilidad de que ocurran, que suele ser demasiado alta para el paciente, pero en cualquier caso hay que prepararle para los escenarios más dolorosos; 2) muy a menudo no encontramos con creencias generales del paciente sobre sí mismo que son de carácter apodíctico y, por tanto, poco permeables a los intentos de demostrar su falsedad; 3) incluso cuando abren una brecha en el sistema de creencias del paciente, su miedo al anti-gol es a veces tan alto que prefiere soluciones prudentes y complacientes con la creencia patógena (en otras palabras, tal vez sea cierto que no soy una persona insignificante, pero mejor no creerlo demasiado ahora para no salir demasiado perjudicado después). Es decir, se recurre a una conocida estrategia cognitiva denominada *better safe than sorry* (Mancini et al., 2007).

Por todo lo expuesto, las estrategias de falsificación, sin dejar de ser fundamentales a lo largo del curso terapéutico, deben estar flanqueadas por las estrategias de aceptación (Mancini y Perdighe, 2012). ¿Aceptación de qué? Del riesgo (o de que lo que más se teme se realice, o ya se haya realizado). El término aceptación no debe entenderse, por supuesto, como una resignación a las creencias disfuncionales, sino que, por el contrario, significa la desinversión, al menos parcial, de un objetivo que se ha convertido en patógeno (el anti-objetivo) para liberar la persecución de otros objetivos subjetivamente importantes. La aceptación no se puede prescribir, pero se puede inducir. ¿Cómo? Normalmente, el ser humano reduce su inversión en un objetivo cuando se da cuenta de que es inútil, improductivo (principio pragmático) (Ruggiero y Sassaroli, 2018), cuando es demasiado costoso, inconveniente (principio económico), cuando es legítimo o justo reducirlo -o ilegítimo y no justo mantenerlo- (principio moral). Concretamente, el terapeuta inducirá un proceso de aceptación en el paciente si conseguirá demostrar que seguir invirtiendo en la creencia disfuncional y en la defensa del anti-objetivo de ser rechazado: 1) no eliminará por completo para Giovanni el riesgo de ser rechazado (y en algunos casos incluso hace más probable este escenario) ni le acerca a sus otros objetivos (criterio pragmático), 2) conlleva enormes costes en términos psicológicos, prácticos, afectivos (criterio económico), 3) no es correcto ni justo. En otras palabras, hacer

emerger que el paciente tiene el derecho (y tal vez el deber consigo mismo) de no ocuparse de la creencia (sea verdadera o falsa) y del anti-objetivo relacionado para dedicarse libremente a la búsqueda de su propio bienestar psicológico.

Para aclarar la importancia de este último punto, el de una aceptación garantizada por la legitimación (es decir, motivada por un argumento moral), será útil recurrir a otro ejemplo. A través de varias sesiones de TC basadas en el *disputing* de creencias, Roberta había comprendido bien que sus controles nunca garantizarían la prevención de errores en el trabajo y que, de hecho, corrían el riesgo de provocarlos; también se había dado cuenta de que conllevaban costes existenciales que superaban con creces los beneficios, y sin embargo seguía haciéndolos. “Es más fuerte que yo”, decía, “siento el deber de hacerlas, ¡cueste lo que cueste!”. Roberta estaba así atrapada en una cuestión de principios, una regla deontológica (Mancini, 2016), cuya violación la haría sentir terriblemente culpable, tal como le ocurrió con su padre cuando la llamó chapucera. Sólo cuando, durante una sesión de *Imagery Rescripting* (Arntz, 2012; Tenore et al., 2020), el terapeuta se enfrentó al padre virtual de la paciente, revelando lo exagerado e injusto de sus reproches, Roberta se sintió más aliviada.

La técnica se había aplicado a un episodio crítico de la infancia en el que la pequeña Roberta había derramado accidentalmente acuarelas sobre el periódico de su padre y éste había montado en cólera, gritándole que sólo sabía armar líos y encerrándose después, indignado, en su estudio. Gracias a el *rescripting*, Roberta se había planteado por primera vez seriamente la hipótesis de que las reprimendas que había sufrido de niña eran de algún modo ilegítimas, que hacer travesuras era, en definitiva, humano (sobre todo a los cinco años) y que esas reprimendas eran exageradas. A partir de entonces, a Roberta le resultaba menos difícil aceptar el riesgo de ser culpable de un error y poco a poco empezó a reducir sus controles compulsivos. Había desinvertido, al menos parcialmente, del objetivo y de la creencia relacionada que la mantenía atrapada.

En resumen, las creencias disfuncionales, para ser tales, hacen siempre referencia a un objetivo. Sin deseos, sin motivación, sin conflicto, las creencias son neutras, pierden cualquier color emocional y cualquier poder patógeno. No facilitan ni dificultan ningún plan. Por estas razones, podría ser útil no limitar la formulación del PI del trastorno a las creencias, sino ampliarla y posiblemente hacerla preceder de la formulación de los anti-objetivos. Hay que tener en cuenta que el objetivo patógeno rara vez lo es porque es erróneo o dañino en sí mismo, se convierte en tal se impide crónicamente los planes saludables de la persona. Y en muchos casos es la sobrevaloración del anti-objetivo, la defensa extenuante contra él, lo que lo hace patógeno. Para ilustrarlo, de nuevo con la ayuda de algunos ejemplos: obviamente no hay nada malo en el objetivo de evitar la infelicidad de un ser querido, pero si el miedo a poner en peligro este objetivo frena sistemáticamente la realización del deseo legítimo de la propia realización personal, entonces el objetivo de evitar la infelicidad del otro se convierte en patógeno. O si la grande sobrevaloración de un

objetivo da lugar a espirales viciosas que socavan la propia finalidad (por ejemplo, un médico que, para asegurarse de no perjudicar a sus pacientes, piensa y replantea la terapia que debe prescribir y acaba retrasando el tratamiento demasiado tiempo y perjudicando de hecho a sus pacientes), entonces la finalidad se vuelve patógena. La observación clínica sugiere que los objetivos patógenos suelen adoptar la forma de anti-objetivos sobrevalorado, es decir, hechos, escenarios, cualidades, estados indeseables, vividos como inaceptables, catastróficos, que no deben suceder y contra los que el individuo lucha tenazmente.

Teniendo esto en cuenta, es justo sugerir que una buena estrategia terapéutica debería incluir siempre la forma de poner de manifiesto el derecho, la utilidad y la conveniencia de retirar la sobrevaloración de los propios anti-objetivos patógenos liberando la búsqueda de los propios deseos, en lugar de limitarse a tratar de establecer si una creencia es verdadera o falsa.

## Conclusiones

La mente construye representaciones de lo que quiere, necesita, desea y también de lo que teme y simplemente no quiere. En otras palabras, estructura objetivos y anti-objetivos. Las creencias le informan de dónde se encuentra en relación con ellos: si está más o menos cerca de conseguir lo que quiere o de sufrir lo que no quiere y según esta distancia experimentará ansiedad o esperanza, alegría o tristeza.

La formulación de casos en la psicoterapia cognitiva siempre ha puesto gran énfasis en las creencias disfuncionales del paciente y menos en sus objetivos patógenos. Sin embargo, la observación clínica sugiere que una creencia disfuncional es tal porque siempre implica un anti-objetivo, ya sea amenazado o ya presente. En ausencia de un anti-objetivo, la creencia disfuncional simplemente no existiría. Por estas razones, siempre sería conveniente, al comienzo de cualquier psicoterapia, identificar y formular primero el anti-objetivo del paciente. La formulación de sus creencias disfuncionales será entonces necesaria para establecer las condiciones en las que el paciente cree que se producirán los escenarios que más teme.

La centralidad atribuida a los objetivos en la formulación de un caso determina también una clara perspectiva estratégica: la tarea del terapeuta no se limita a corregir las creencias falsas e irracionales, sino que pretende fomentar la desinversión, al menos parcial, de ciertos objetivos y anti-objetivos.

Una buena formulación del caso debe incluir siempre cinco puntos básicos: la descripción del problema que presenta el paciente y, si es posible, el diagnóstico clínico-descriptivo; la definición de los determinantes psicológicos próximos que explican la presencia del problema (objetivos y creencias que causan los síntomas); los factores de mantenimiento del problema, es decir, los procesos del círculo vicioso que refuerzan los objetivos, las creencias disfuncionales y los síntomas; los acontecimientos descompensantes (o precipitantes) que determinaron la aparición del problema, es decir, que justifican el paso de un antes pre-patológico a un después patológico; por último, la vulnerabilidad, entendida en dos sentidos distintos, como

conjunto de condiciones estresantes estables y actuales para la estructura mental específica del paciente, y como origen remoto de sus problemas psicológicos.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales]* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda [Reescritura de imágenes como técnica terapéutica: revisión de ensayos clínicos, estudios básicos y agenda de investigación]. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 189-208.
- Beck, A. (1976). *Principi di terapia cognitiva [Principios de la terapia cognitiva]*. Astrolabio.
- Castelfranchi, C. (2012). Goals, the true center of cognition [Las metas, el verdadero centro de la cognición]. En F. Pagleiri, L. Tummolini, R. Falcone y M. Miceli (Eds.), *The goals of cognition. Essays in honor of Cristiano Castelfranchi*, (pp. 852-870). College Publication.
- Easden, M. y Kazantzis, N. (2017). Case conceptualization research in cognitive behavior therapy: a state of science review [Investigación de conceptualización de casos en terapia cognitiva conductual: una revisión del estado de la ciencia]. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 356-384. <https://doi.org/10.1002/jclp.22516>
- Eells, T.D. (2009). Review of the case formulation approach to cognitive-behavior therapy [Revisión del enfoque de formulación de casos para la terapia cognitivo-conductual]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 400-401. <https://doi.org/10.1037/a0017014>
- Ellis, A. (1962). *Ragione ed emozione in psicoterapia [Razón y emoción en psicoterapia]*. Astrolabio.
- Mancini F. y Barcaccia B. (2009). *Come usa la diagnosi lo psicologo cognitivista? [¿Cómo emplea el diagnóstico un psicólogo cognitivista?]*. En N. Dazzi, V. Lingardi y F. Gazzillo (Eds.), *La diagnosi in psicologia clinica: personalità e psicopatologia* (pp. 157-160). Raffaello Cortina Editore.
- Mancini, F. (1996). L'egodistonia [Egodistonia]. En B. Bara (ed.), *Manuale di psicoterapia cognitiva* (pp. 131-174). Bollati Boringhieri.
- Mancini, F., Gangemi, A. y Giacomantonio, M. (2021). Il cognitivismo clinico e la psicopatologia [Cognitivismo clínico y psicopatología]. En C. Perdighe y A. Gragnani (Eds.), *Psicoterapia cognitiva*. Raffaello Cortina.
- Mancini, F., Gangemi, A., Giacomantonio, M. y Johnson-Laird, P. N. (2007). Il ruolo del ragionamento nella psicopatologia secondo la hyper emotion theory [El papel del razonamiento en psicopatología según la teoría de la hiperemoción]. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, 763-793. <https://doi.org/10.1421/25829>
- Mancini, F. y Giacomantonio, M. (2018). I conflitti intrapsichici [Los conflictos intrapsíquicos]. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 42, 41-64. <https://doi.org/10.3280/QPC2018-042004>
- Mancini, F. y Perdighe, C. (2012). *Perché si soffre? Il ruolo della non accettazione nella genesi e nel mantenimento della sofferenza emotiva [¿Por qué sufres? El papel de la no aceptación en la génesis y mantenimiento del sufrimiento emocional]*. *Cognitivism Clinic*, 9, 95-115.
- Miller, G. A., Galanter, E. y Pribam, K. H. (1960). *Plans and structure of behavior [Planes y estructura de comportamiento]*. Holt, Rinehart & Winston.
- Pearson, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: a case formulation approach [La terapia cognitiva en la práctica: un enfoque de formulación de casos]*. Norton.
- Perdighe, C. y Gragnani, A. (2021). *Psicoterapia cognitiva*. Raffaello Cortina.
- Rainone, A. y Mancini, F. (2018). *La mente depressa [La mente deprimida]*. Franco Angeli.
- Ruggiero, G. M., Caselli, G. y Sassaroli, S. (2018). Laicizzare la relazione terapeutica in psicoterapia cognitivo comportamentale: la formulazione condivisa del caso [Asegurar la relación terapéutica en psicoterapia cognitivo conductual: la formulación compartida del caso]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 24(2), 203-222.
- Saliani, A. M., Perdighe, C., Barcaccia, B., & Mancini, F. (2020). Case formulation in standard cognitive therapy: the use of goals in cognitive behavioral therapy case formulation [Formulación de casos en terapia cognitiva estándar: el uso de objetivos en la formulación de casos de terapia cognitiva conductual]. En G. M. Ruggiero, G. Caselli y S. Sassaroli (Eds.), *Case Formulation as Therapeutic Tool in Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 45-58). Springer.

- Tenore, K., Basile, B., Cosentino, T., De Sanctis, B., Fadda, S., Femia, G., Gragnani, A., Luppino, O. I., Pellegrini, V., Perdighe, C., Romano, G., Saliari, A. M. y Mancini, F. (2020). Imagery rescripting on guilt-inducing memories in OCD: a single case series study [Reescritura de imágenes sobre recuerdos que inducen a la culpa en el TOC: un estudio de serie de un solo caso]. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 10-18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.543806>
- Van Den Hout, M. y Kindt, M. (2003). Phenomenological validity of an OCD-memory model and the remember/know distinction [Validez fenomenológica de un modelo de memoria TOC y la distinción recordar/saber]. *Behaviour Research and Therapy, 41*(3), 369-378. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00097-9)
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulation [Sobre la estructura de la formulación de casos]. *European Journal of Psychological Assessment, 19*(3), 210-216. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.3.210>