

Entre lo singular y lo compartido: Diálogos entre la Terapia Basada en Procesos y la Logoterapia en el marco organizativo de red del Metamodelo Evolutivo Extendido

Between the singular and the common: Dialogues between Process-Based Therapy and Logotherapy in the network organizational framework of the Extended Evolutionary Meta-model (EEMM)

Darío Augusto de los Santos
<https://orcid.org/0000-0001-9606-2035>
Universidad Adventista del Plata

RESUMEN

Se presentan las bases teóricas de la Terapia Basada en Procesos, un enfoque reciente cuya bibliografía académica en español es escasa. Se abordan procesos y núcleos de tratamiento de la Logoterapia, en paralelo con propuestas de otros modelos, organizándolos en el marco del Metamodelo Evolutivo Extendido (EEMM) de la terapia basada en procesos. A lo largo del artículo resulta evidente que la Logoterapia fue pionera en temas centrales de las terapias de segunda y tercera generación, así como de la psicología positiva. Sin embargo, más allá de los estudios sobre su eficacia general, excepto en intervenciones particulares, como la intención paradójica y la promoción del descubrimiento del sentido de la vida, gran parte de los conceptos descritos carecen de respaldo empírico. Junto con esto, se destaca la necesidad de mejorar la precisión y el alcance en su formulación, ya que algunos parecen referirse a procesos similares o superpuestos. Se incluye un ejemplo de formulación de caso clínico y se destaca el potencial del EEMM como clave organizativa, que proporciona un lenguaje y un marco común para integrar los elementos más potentes de diversas intervenciones en cada caso y contexto particular.

PALABRAS CLAVE

Terapia Basada en Procesos; Metamodelo Evolutivo Extendido (EEMM); Logoterapia

ABSTRACT

The theoretical basis of Processes-Based Therapy are presented, a recent approach whose academic bibliography in Spanish is scarce. Processes and cores of treatment of logotherapy are addressed, in parallel with proposals from other models, organizing them within the framework of the Extended Evolutionary Meta-Model (EEMM) of processes -based therapy. Throughout the article it is evident that the logotherapy was pioneering some central themes of second and third generation therapies, as well as positive psychology. However, beyond the studies on their general effectiveness, except in particular interventions, such as the paradoxical intention and the promotion of the discovery of the meaning of life, much of the concepts described are lacking empirical support. Along with this, the need to improve the precision and scope in its formulation is highlighted, since some seem to refer to similar or overlapping processes. An example of clinical case formulation is included and the EEMM potential as an organizational key is highlighted, which provides a common language and framework to integrate the most powerful elements of diverse interventions in each particular case and context.

KEYWORDS

Process-Based Therapy; Extended Evolutionary Meta-model (EEMM); Logotherapy

Recibido: 30/01/2023; aceptado: 30/09/2023

Correspondencia: Darío Augusto de los Santos, Ruta 226 Km 79 (Instituto Adventista Balcarce), Balcarce, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Código Postal 7620. Casilla de Correo 195.E-mail: augustodls@yahoo.es

Introducción

A pesar de que diversas prácticas y modelos de intervención clínica han mostrado ser eficaces (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Pérez Álvarez, 2020; Wampold & Imel, 2015) casi todas las investigaciones señalan que los problemas de salud mental se están incrementando en todo el mundo (Hayes & Hofmann, 2021). Algunos estudios han encontrado que entre un 20 y 25 por ciento de los participantes enfrentan algún tipo de problema de salud mental (Baumister & Härter, 2007), alrededor de un 25 por ciento de los jóvenes han experimentado un evento traumático (Perkonig et al., 2000) y gran parte de las personas con problemas emocionales no reciben ayuda (Sheppard et al., 2018). Junto con esto, en algunos estudios se informa que en las consultas ambulatorias ha habido un descenso considerable del uso de la psicoterapia (tanto sola como en combinación con intervenciones farmacológicas), mientras que se ha disparado el uso exclusivo de medicación psicotrópica sin psicoterapia (antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos/hipnóticos, estabilizadores del estado de ánimo y/o estimulantes). En algunos lugares como Estados Unidos casi dos de cada tres personas con problemas psicológicos reciben solo medicamentos como intervención y es posible que algo similar suceda en muchos otros países (ver por ej. Olfson & Marcus, 2010; Hofmann et al., 2021). Todo esto se da incluso cuando numerosos estudios señalan que las terapias psicológicas pueden ser igual o más eficaces que la medicación para determinados problemas, con mejoras más duraderas después del tratamiento y sin los posibles efectos secundarios de ésta (Pérez-Álvarez et al, 2003; Pérez-Álvarez, 2019).

A lo anterior deben sumarse también la alta tasa de abandono que parecen tener algunas psicoterapias basadas en evidencia, como también las dificultades vinculadas con la disminución de la eficacia de algunos modelos de psicoterapia en comparación con los resultados que obtenían cuando fueron introducidos hace varias décadas atrás (ver por ej. Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Johnsen & Friberg, 2015).

Por otra parte, se debe considerar que la experiencia clínica no garantiza la pericia. A diferencia de otras áreas de especialización los psicoterapeutas no reciben una retroalimentación inmediata segura u objetiva de sus intervenciones (Hofmann et al., 2021). A su vez, aunque las terapias cognitivo-conductuales son las que cuentan con mayor cantidad de estudios de eficacia, otras psicoterapias de tradiciones tan distintas como las terapias sistémicas, existencialistas-fenomenológicas, humanistas-experienciales y de orientación psicodinámica también han demostrado una eficacia similar para determinados problemas (ver por ej. Carr et al., 2020; Carr, 2020; Elliott et al., 2013; Leichsenring & Steinert, 2019; Mullings, 2017; Pérez-Álvarez, 2019; Piquart et al., 2016; Steinert et. Al., 2017; Stephenson & Hale, 2020; Vos et al., 2015; Wampold et al., 2017). Incluso las diferencias en la eficacia entre los terapeutas de una misma tradición parecen ser mayores que las variaciones en la eficacia entre los enfoques de psicoterapia (Wampold & Imel, 2015). Esto no quiere decir que no haya terapias más eficaces o eficientes que otras para ciertas dificultades, no obstante, ninguna de estas grandes tradiciones de

psicoterapia puede descartarse de ante mano por falta de eficacia (Pérez- Álvarez, 2019).

Todo esto parece indicar que, más allá de las explicaciones que se dan dentro de cada enfoque, no queda realmente claro cómo o por qué funcionan estos modelos. De esta forma, tanto el incremento de los problemas de salud mental y el descenso del uso de la psicoterapia (Hayes & Hofmann, 2021) como también la gran pluralidad de prácticas basadas en evidencia enfrentan a los psicólogos clínicos ante un dilema con dos grandes alternativas: 1) leer exclusivamente lo que se produce en el propio ámbito de referencia, subestimando o ignorando los modelos de abordaje que no concuerdan con la propia perspectiva, o contrariamente: 2) no subestimar e intentar entender esta diversidad a pesar de las diferencias y contradicciones con el modelo al que se adhiere (Pérez-Álvarez, 2019).

La “competencia” entre paquetes completos de terapias no ha podido dirimir entre modelos y dar una solución satisfactoria a estos problemas. Ante esta situación, puesto que además la investigación señala que diferentes procesos moderadores predicen distintos resultados (Hayes & Hofmann, 2021), el asunto más importante no parece tener que ver con cuál modelo general de psicoterapia es el “ganador”, sino con qué procesos basados en evidencia permiten entender mejor el surgimiento y mantenimiento de las dificultades o limitaciones singulares de las personas en sus contextos particulares. Para de esta forma, poder seleccionar los procedimientos con apoyo empírico que permitirán intervenir más adecuadamente, de manera jerarquizada y secuencial en cada caso y situación

particular (Hayes & Hofmann, 2018; Hofmann & Hayes, 2019).

Por otro lado, aunque no es esperable que haya acuerdos en todos los puntos, el diálogo entre diferentes modelos y enfoques puede resultar enriquecedor para todas las partes. Incluso cuando el resultado sea estar de acuerdo en cuales son las cuestiones centrales en las que se disiente o se tiene posiciones distintas (Hughes, 2018; Pérez-Álvarez, 2014).

Este ánimo de diálogo y colaboración caracteriza a un nuevo paradigma de psicoterapia al que se denomina terapia basada en procesos o Terapia Cognitivo Conductual Basada en Procesos, cuyas bases se describirán en las siguientes secciones (Hofmann et al., 2021). En la misma línea la Logoterapia también desde sus inicios se ha caracterizado por ser “un sistema abierto en un doble sentido, está abierta a su propia evolución y se encuentra dispuesta a cooperar con otras escuelas” (Frankl, 2012, p. 105).

Viktor Frankl (2014), su fundador, presentó la Logoterapia como un complemento de las psicoterapias de su época, no como un sustituto. De esta forma, tanto Frankl como Elisabeth Lukas, una de sus discípulas más destacadas, desarrollaron y escribieron sobre Logoterapia poniéndola en diálogo con los principales enfoques terapéuticos de su tiempo, destacando las coincidencias como también las discrepancias. Diversos conceptos del psicoanálisis freudiano, la psicología individual de Adler, la psicología analítica de Jung, la psicología humanista de Maslow y el conductismo de primera generación, entre otros, fueron considerados y contrastados muy tempranamente con las propuestas de la Logoterapia (ver por ej. Frankl

1969; 2011; 2012, 2018) mientras que en desarrollos posteriores se consideraron también propuestas de las terapias cognitivo-conductuales tradicionales (ver por ej. Lukas, 2006a).

En este sentido, Frankl (2016, p.45) afirmó ser “un defensor decidido de la terapia conductual” considerándola como una tendencia sana y sensata en su enfrentamiento con el psicoanálisis (Frankl, 1999), sosteniendo a su vez que mientras que el conductismo de su época se centró en las “reacciones”, la logoterapia fue más allá enfocándose en las “acciones”, pero sin anularlo (Frankl, 2012). A su vez, destacó que la Logoterapia anticipó algunos procesos que posteriormente fueron utilizados y/o investigados experimentalmente en el contexto de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales (Frankl, 2016, 2012, 2014, 1992). El uso de la intención paradójica en la clínica es un claro ejemplo de esto (ver por ej. Ascher, 2002; Ascher, Bowers & Schotte, 1985; Ellis & Grieger, 1986; Sharp, Wilson & Schulenberg, 2004; Weeks, 2013)

Por su parte, Lukas (2006) destacó la validez y relevancia de las terapias cognitivo-conductuales considerando que estas eran eficientes en la dimensión psicológica, como la logoterapia lo era en la dimensión noética o del sentido. A su vez, sostuvo que como no hay una clara línea que demarque estas dimensiones, tampoco la debería haber entre estas orientaciones, las cuales podrían complementarse fructíferamente.

Por otra parte, aunque sin dejar de señalar las limitaciones de las investigaciones cuantitativas de su época, Frankl reconoció la importancia de que la Logoterapia avance en cuanto a la incorporación de métodos de experimen-

tación e investigación empírica (ver Batthyány y Guttman 2005; Fabry 1978). En esta misma línea tempranamente Lukas (2003) destacó que la logoterapia no era dogmática y que debía estar abierta a los métodos modernos. Señalando a su vez que en esta “hay muchos aspectos sin comprobar, susceptibles de ampliación y que reclaman nuevos caminos, nuevos ensayos y nuevas ideas” (Lukas, 2006a p. 64). Todo esto abrió la puerta a diversos estudios donde se buscó apoyo empírico para algunos de los principales conceptos teóricos del análisis existencial frankleano, a la vez que se crearon instrumentos de evaluación con los que se operacionalizaron los constructos, se evaluó el impacto de la percepción de sentido y propósito en la vida sobre el bienestar y la salud mental, y se puso a prueba la eficacia clínica general de la Logoterapia para distintos problemas (Batthyány & Guttman, 2005; Batthyány & Lukas, 2022; Thir & Batthyány, 2016).

Teniendo esto presente se considera que actualizar el diálogo de la Logoterapia con las terapias basadas en evidencia puede resultar enriquecedor, tanto para los logoterapeutas que quieran conocer e integrar nuevas herramientas del ámbito de las terapias basadas en evidencia a sus prácticas, como también para los terapeutas contextuales y cognitivos conductuales contemporáneos que no han tenido contacto con los escritos de Frankl y Lukas. Posiblemente estos últimos se sorprenderán al descubrir que en cierta forma la Logoterapia anticipó y fue pionera en el abordaje de muchos de los temas y procesos que son centrales tanto en las denominadas terapias de tercera generación como en la psicología positiva.

Diferentes autores, entre ellos algunos reconocidos referentes dentro de sus tradiciones de psicoterapia, con diversos énfasis y matices han señalado varias afinidades teóricas y técnicas, e incluso una posible complementación entre una perspectiva fenomenológica-existencial y las propuestas del conductismo radical, las terapias y ciencias cognitivas o las terapias de tercera generación, y una perspectiva fenomenológica-existencial (ver por ej. Bunting, & Hayes, 2008; Day, 1969; Ellis & Grieger, 1986; Fallon, 1992; Gallagher & Zahavi, 2020; Garcia-Montes & Perez-Alvarez, 2010; Heidenreich et al., 2021; Kvale & Grenness, 1975; Leahy, 2019; Pérez-Álvarez, 2001, 2019). Incluso se ha destacado que, más allá de las diferencias filosóficas y técnicas, la Logoterapia y particularmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) presentan diversos procesos y formas de abordaje enteramente afines y homologables entre sí (Pérez-Álvarez, 2001, 2014). En este sentido, de acuerdo Marino Pérez-Álvarez (2014, p.59) "la ACT puede ser expuesta en términos de la Logoterapia, sin reducirse a ella, pero sin ser tampoco otra cosa en el aspecto existencial que comporta. La Logoterapia resulta a su vez reafirmada por ACT."

Con el objetivo de presentar en español los fundamentos centrales de la terapia basada en procesos y a la vez hacer una sencilla contribución a la actualización de este tipo de diálogos entre enfoques de psicoterapia, se describirán diversos procesos, conceptos y núcleos de tratamiento de Logoterapia teniéndose como base las dimensiones y niveles contemplados en el *Metamodelo Evolutivo Extendido*. Poniéndolos a su vez en paralelo con núcleos de tratamiento y procesos de distintas terapias basadas

en evidencia. Sin subestimar la relevancia de las diferencias filosóficas y conceptuales entre los distintos enfoques se destaca, al igual que otros autores, que en el ámbito de las psicoterapias en ocasiones se presentan formas filosóficamente diferentes de abordar y conceptualizar eventos, procedimientos y/o procesos psicológicos similares, en los que por momentos las diferencias parecen ser más filosóficas que empíricas (ver por ej. Blackledge, 2018; de los Santos, 2022; Hayes et al., 2011; Hayes & Hofmann, 2018; Hofmann & Hayes, 2019; De Houwer et al., 2018; Hofmann et al., 2021).

De manera metafórica, tal como se presenta en la siguiente figura tomada de un trabajo anterior (de los Santos, 2022), posturas filosóficas muchas veces irreconciliables entre sí, guían y dan sentido a las investigaciones y a las conclusiones teóricas a las que se arriban (Hayes et al., 1988; Hughes, 2018; Pepper, 1942; Pérez-Álvarez, 2019; Wilson et al., 2013). Sin embargo, estas posiciones no son empíricas sino preanalíticas, por lo que, a pesar de tener distintos puntos de partida, en ocasiones se encuentran y abordan procesos similares o afines (p. ej., Blackledge, 2018; Hayes et al., 2012; Hayes & Hofmann, 2018; Hofmann & Hayes, 2019; De Houwer et al., 2018; Hofmann et al., 2021; Pérez-Álvarez, 2014).

En las siguientes secciones se tratará de hacer más visibles algunos de estos puntos de encuentro y complementariedad, señalándose también algunas de las principales diferencias. Siguiéndose una metáfora utilizada en ocasiones por Skinner (1976, p. 30) y también por Frankl (2012, p. 51), se destaca que este diálogo entre distintos modelos requerirá poder

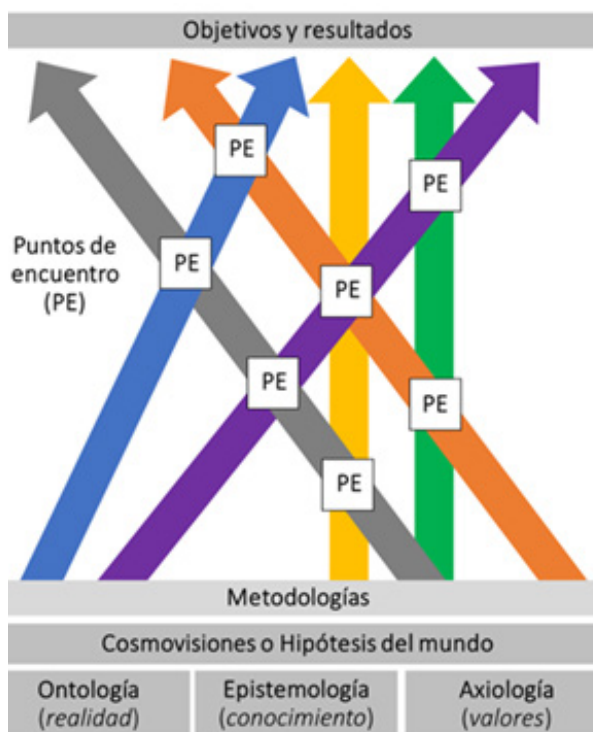


Figura 1. Puntos de partida, confluencias y divergencias entre modelos de psicoterapia (Figura tomada de de los Santos, 2022).

utilizar simultáneamente distintos “idiomas”. No obstante, más que a realizar “traducciones exactas” de un modelo en términos de otro, el presente trabajo se limitará a destacar los procesos, conceptos y núcleos de tratamiento considerados más relevantes para la clínica, de manera que se tornen más claros o visibles los puntos de afinidad, complementariedad y diferencia. Por lo tanto, este diálogo, que no será exhaustivo, se parecerá a un encuentro de personas que hablan idiomas diferentes, pero que son medianamente inteligibles entre sí (por ej. español, portugués e italiano). Reconociéndose a su vez, que, en este esfuerzo de síntesis y muto entendimiento, cierto grado de pérdida respecto a los sentidos originales de los términos es inevitable.

La Terapia Basada en Procesos

Hoffman & Hayes (2018) dos de los principales exponentes actuales de terapias con tradiciones filosóficas históricamente enfrentadas (el contextualismo funcional y la terapia cognitiva) (ver por ej. David & Hofmann, 2013), consideran que la terapia basada en evidencias ha llegado a un punto de inflexión que ha dado comienzo a un nuevo paradigma. En esta línea estos autores proponen la Terapia Cognitivo Conductual Basada en Procesos, no como una nueva terapia, sino como un nuevo modelo que apunta a convertirse en el núcleo vital de la TCC en sí misma (Hoffman & Hayes, 2018; Hofmann et al., 2021).

Desde esta nueva perspectiva se cuestiona la validez y utilidad del modelo médico tradicional que asume que se necesitan protocolos específicos para trastornos específicos. A su vez, se destaca que esta nueva generación de terapia apoyada en evidencia se encamina hacia una disminución de las terapias de marca o nombre, e incluso de las escuelas en un sentido más amplio, junto con un aumento de los modelos comprobables, de los estudios de mediación y moderación y del surgimiento de nuevas formas de diagnóstico basadas en el análisis funcional. Esto implica el paso desde enfoques y abordajes *nomotéticos* centrados en lo general o en los grupos, hacia enfoques que partan de análisis *ideográficos* que contemplen lo individual junto a los hechos particulares (Hoffman & Hayes, 2018).

De esta forma, aunque se considera que existen diferencias filosóficas legítimas que deben abordarse, se destaca que la utilización clínica de este enfoque no requiere de com-

promisos a priori con escuelas, protocolos u orientaciones específicas, sino que estos quedan relegados dándose prioridad a las necesidades individuales de las personas (Hofmann et al., 2021). No obstante, esto no implica el abandono de los métodos o estrategias de las generaciones anteriores de terapia, sino su posible integración, puesto que la investigación ha comenzado a identificar moderadores que indican cuándo y qué métodos específicos, tanto antiguos como nuevos, son más eficaces para diferentes poblaciones (Hoffman & Hayes, 2018). De hecho, desde la terapia basada en procesos se anima a los terapeutas para que tengan en cuenta procesos basados en evidencia que surgieron fuera de su propio enfoque terapéutico y a usar aquellos que funcionan mejor para cada cliente en particular (Hofmann et al., 2021).

De esta forma, la terapia basada en procesos se caracteriza por el uso contextual y específico de procedimientos basados en evidencia, para ayudar a las personas a resolver problemas y/o incrementar su bienestar. Se apunta a conocer a las personas e identificar que procesos biopsicosociales con evidencia empírica explican mejor el surgimiento y mantenimientos de sus problemas o limitaciones en el logro de sus metas. Y luego, sobre esta base se selecciona los métodos o estrategias apoyados en evidencia que se considera que permitirán intervenir mejor, de manera jerarquizada y secuencial (Hoffman & Hayes, 2018). Esto implica pasar de la pregunta acerca de "qué tratamientos funcionan" al interrogante sobre "cómo es que funcionan los tratamientos" (Hofmann et al., 2021).

Por otro lado, se cuestiona la utilidad de los criterios diagnósticos tradicionales (DSM) a la par que se sostiene que las personas no son categorías diagnósticas, sino seres humanos que sufren, cada uno con su propia historia, contexto y metas de vida. No se trata de ajustar a las personas a un conjunto de etiquetas diagnósticas y protocolos de intervención sino de identificar y seleccionar en cada caso particular cuales son los procesos biopsicosociales centrales en los que resulta más adecuado intervenir en función de los objetivos y de los tiempos particulares de intervención de cada sujeto. Utilizándose a su vez para ello el análisis funcional basado en procesos y los enfoques de redes complejas (Hofmann et al., 2021).

Los procesos terapéuticos basados en evidencia

En este marco, independientemente de la tradición terapéutica de la que procedan, se utiliza el concepto de "procesos basados en evidencia" para hacer referencia a secuencias de eventos o cambios biopsicosociales con relevancia clínica basados en teorías establecidas empíricamente, que se caracterizan por ser dinámicos, progresivos, ligados al contexto, modificables y de múltiples niveles. Además, se considera que estos procesos deben tener precisión, alcance y profundidad. (Hofmann & Hayes, 2019; Hofmann et al., 2021).

En esta línea, se requiere que los conceptos utilizados para describir y explicar los procesos terapéuticos sean: 1) *basados en la teoría* porque deben permitir el desarrollo de procedimientos comprobados que aumenten la capacidad de predecir e influir en el comporta-

miento de las personas; 2) *dinámicos*, porque pueden implicar bucles o ciclos de retroalimentación y cambios no lineales; 3) *progresivos*, porque puede ser necesario organizarlos en secuencias particulares para alcanzar los objetivos del tratamiento; 4) *ligados al contexto y modificables*, porque deben señalar o sugerir cambios prácticos o núcleos de tratamiento al alcance de los profesionales; y 5) *multinivel*, porque un proceso puede reemplazar a otro proceso o integrarse y habitar dentro de otro (Hofmann, Hayes & Lorscheid, 2021).

A su vez, se requiere que se trate de procesos que tengan: 1) *precisión*, de manera que quede claro cuándo se aplican y cuándo no, 2) *alcance*, para que se puedan aplicar a una variedad de fenómenos, y 3) *profundidad*, en el sentido de que sean consistente con los conocimientos científicos bien establecidos en diferentes niveles de análisis (neurociencias, fisiología, genética, procesos sociales, etc.) (Hofmann et al., 2021).

Por otra parte, desde esta perspectiva se destaca que en cada persona y a cada momento acontecen de manera simultánea una multitud de procesos, interactuando unos con otros e impactando de manera directa o indirecta en su bienestar. Como por ejemplo cuando una persona hace actividad física regularmente (*influencia directa*) o cuando esta conoce a alguien que practica esta actividad y se siente inspirada a comprometerse más con el ejercicio físico (*influencia indirecta*) (Hofmann et al., 2021).

No obstante, no todos los procesos tienen un impacto positivo. Por ejemplo, tratar de evitar sentimientos de ansiedad o recuerdos traumáticos paradójicamente puede hacer que la

frecuencia y el malestar asociados con estos se incrementen y/o que la persona deje de realizar actividades que son valiosas para su vida. Por eso, los *procesos desadaptativos* tienen especial relevancia en términos de diagnóstico, análisis funcional y focos negativos de intervención. Mientras que, por su parte, los *procesos adaptativos* señalan los objetivos positivos a fortalecer (Hofmann et al., 2021).

Junto con esto, se enfatiza que eventos similares pueden dar lugar a procesos desadaptativos en algunas personas y adaptativos en otras. Por ejemplo, la muerte prematura de uno de los padres puede empujar a una persona que tiene dificultades para afrontar el duelo a un ciclo interminable de asilamiento, rumia y desesperación, mientras que a otra persona que enfrente el duelo, la lleva a que crezca en su conexión con sus seres queridos y se torne más resistente para enfrentar otras dificultades. Esto depende de la persona individual, de su contexto y de los procesos específicos que intervengan (Hofmann et al., 2021).

El enfoque de red

Los modelos de red se suelen utilizar para comprender mejor sistemas dinámicos e interconectados. En este sentido una red implica un conjunto de partes individuales que interactúan y se influyen mutuamente. En el marco de la terapia basada en proceso el enfoque de red se utiliza para comprender mejor la historia, la situación actual y la posible respuesta al tratamiento de las personas que reciben atención clínica (Hofmann et al., 2021).

Los eventos individuales pueden interactuar entre sí de manera sencilla dando lugar

a procesos de *relación simple*, como cuando una experiencia previa de malos tratos (primer evento) da lugar a una baja autoestima (segundo evento). No obstante, los eventos implicados en los procesos de cambio también pueden mantener entre sí ciclos de retroalimentación, influyéndose y reforzándose mutuamente, dando lugar de esta forma a procesos de relaciones complejas. Como por ejemplo cuando una persona que tiene miedo a los perros (primer evento) evita a toda costa estos animales (segundo evento) con lo que mantiene y refuerza su miedo. El primer evento refuerza al segundo evento y este a su vez refuerza el primero, dándose lugar a ciclos de repeticiones o bucles autoamplificadores. Teniéndose todo esto presente pueden armarse



Figura 2. Ejemplo de subred de procesos. (Figura de elaboración propia inspirada en un gráfico de Hofmann, Hayes & Lorscheid, 2021)

Nota: En la figura se puede observar que algunas flechas son de doble punta (*relación compleja*), mientras que otras señalan en una sola dirección (*relación simple*). A su vez algunas tienen una punta más grande que otras para indicar que su influencia es mayor. En ningún sentido esta figura debe entenderse como un modelo general, sino solo como un ejemplo de un caso particular. En la práctica clínica se pueden presentar casos donde intervengan otras o incluso las mismas variables, pero la relación entre estas (sentido y tipo de flechas) sea distinta.

redes con diversas combinaciones de relaciones simples y complejas interactuando. Como, por ejemplo, cuando luego de una ruptura de pareja una persona se siente sola, lo que alimenta una baja autoestima, que a su vez la lleva a aislarse y a sentirse más sola contribuyendo a que tenga un bajo estado de ánimo, que la lleva a rumiar o pensar repetitivamente en el asunto y a sentirse más desanimada, llevándola a aislarse más y por ende a sentirse más sola y a una sensación menor autoestima, contribuyendo a que tenga un peor estado de ánimo, que la lleva a rumiar... (Hofmann et al., 2021).

Hacia un enfoque funcional e ideonómico

Una de las principales formas en la que se han tratado de identificar los procesos de cambio terapéutico más relevantes es a través del estudio de las denominadas variables mediadoras en los ensayos aleatorios (Sanford et al., 2022). Desde un punto de vista estadístico se considera mediadora una variable cuando da cuenta total o parcialmente de la relación entre una intervención y su resultado (Baron & Kenny, 1986). Es decir que es la variable que media entre el tratamiento (variable independiente) y su resultado (variable dependiente) (Hofmann et al., 2021). Ejemplos de variables mediadoras estadísticamente significativas para algunos tipos de tratamientos son la evitación y la aceptación experiencial, la autoeficacia, la reevaluación cognitiva, la atención plena y la regulación emocional, entre otras. (Hayes et al., 2020; Hofmann et al., 2021)

No obstante, este tipo de abordajes presenta importantes limitaciones, puesto que por un

lado solo puede contemplar pocas variables mediadoras y por otro, en ocasiones se tiende a asumir que estas conllevan una causalidad lineal en el marco de relaciones simples o unidireccionales. En lugar de esto resulta más conveniente conceptualizar las variables mediadoras desde una perspectiva contextual no mecanicista abordándolas como patrones o vínculos funcionales, sin perder de vista que pueden formar parte de relaciones complejas en las que se retroalimentan (Hofmann et al., 2020; Hofmann et al., 2021; Sanford et al., 2022).

Junto con estas limitaciones en el ámbito de la terapia basada en procesos se han señalado las dificultades que surgen cuando se considera que a pesar de que la *ergodicidad* es un supuesto necesario en las estadísticas clásicas, se da poco o incluso nada en los fenómenos biopsicosociales humanos. En el ámbito clínico este concepto se relaciona con las condiciones bajo las cuales se puede aplicar la generalización de las estadísticas de conceptos psicológicos corroborados a nivel grupal a las trayectorias de vida particulares de las personas, lo cual conlleva grandes limitaciones para la práctica clínica (Fisher et al, 2017; Sanford et al., 2022).

A pesar de estas dificultades, las investigaciones de mediación pueden aportar algunas pistas importantes sobre los procesos terapéuticos de cambio. (Hayes et al., 2020; Hofmann et al., 2021). No obstante, las intervenciones clínicas deben comenzar con la persona, no con el protocolo. Para comprender por qué y cómo ocurren los cambios en un individuo es necesario pasar de modelos *nomotéticos* de arriba a abajo, hacia modelos de diagnóstico

y conceptualización de casos de abajo hacia arriba que permitan cerrar la brecha entre los niveles de análisis individuales y normativos. Es decir, que partan de análisis *ideográficos* de cambios a nivel del individuo, recopilándose resúmenes de tales patrones, para luego extenderse nomotéticamente a nivel de grupos en busca de conceptos de alta precisión, alcance y profundidad que mejoren el ajuste ideográfico de los miembros de cada grupo. Para hacer referencia a este tipo de análisis que articulan lo idiográfico con lo nomotético en la terapia basada en proceso se propone utilizar el neologismo "*idionómico*". (Hayes et al., 2019; Sanford et al., 2022).

Es importante tener en cuenta que no es poco frecuente que, cuando se comparan los métodos ideográficos y normativos, se encuentre que estos arriban a conclusiones distintas. Incluso en ocasiones, acorde con la denominada "paradoja de Simpson", las conclusiones pueden ser hasta opuestas. Por ejemplo, en cualquier grupo suficientemente grande, los mecanógrafos más expertos escribirán más rápido y con menos errores que los mecanógrafos principiantes. Esto corrobora la conclusión de que a nivel grupal una mayor velocidad del mecanógrafo se relaciona con menor cantidad de errores. No obstante, si se analiza lo mismo a nivel individual comparando el rendimiento de cada sujeto consigo mismo en distintas ocasiones, se encontrará que, sin excepción, mientras más rápido traten de escribir más errores cometerán los mecanógrafos. Es decir que a mayor velocidad mayor cantidad de errores. O sea que la conclusión a nivel individual es la opuesta a la del nivel grupal (Hayes et al., 2022)

No obstante, aunque los enfoques normativos de arriba hacia abajo han predominado en las terapias basadas en evidencia y en sus fundamentos filosóficos y metodológicos, el señalamiento de estas dificultades no es algo nuevo. Tanto en las terapias conductuales de primera generación como en las tradiciones humanísticas y existenciales se han señalado durante mucho tiempo estos problemas (ver por ej., Frankl, 2012; Greenberg, 1986; McLeod & Elliott, 2011, Goldfried, 1980; Rosen & Davison, 2003; Sanford et al., 2022).

Frente a esto, en distintas investigaciones sobre terapia basada en procesos se propone como una alternativa superadora la realización de análisis funcionales empíricos que, en lugar de examinar las relaciones de correlación entre las variables en un grupo, examinan las correlaciones de cada persona consigo misma, promediando varios puntos de tiempo. De esta forma, se parte de una evaluación ideográfica reiterada de resultados clínicos de cada participante, identificándose relaciones presentes en redes longitudinales individuales en un contexto de variabilidad intrapersonal evaluada persona por persona. Para luego, retener los hallazgos nomotéticos únicamente si mejoren el ajuste idiográfico. Esto se realiza por medio de una Herramienta de Evaluación Basada en Procesos (PBAT por sus siglas en inglés) junto con la estimación de modelos múltiples iterativos de grupo (GIMME por sus siglas en inglés) en un marco de modelado de ecuaciones estructurales unificadas que permite corroborar la posible relación entre los procesos de cambio evaluados sin basarse o requerir que se cumplan los

supuestos de ergodicidad y homogeneidad (Sanford et al., 2022; Hayes et al., 2022).

El Metamodelo Evolutivo Extendido (EEMM)

Aunque en una amplia gama de terapias se han realizado intentos de integrar los conocimientos sobre procesos de cambio clínicamente relevantes, estas aproximaciones y reformulaciones se han basado en modelos teóricos específicos, lo que limita su aplicación para quienes no adhieren a ellos. En lugar de esto, en la terapia basada en procesos se apunta a dar a todos los procesos de todas las corrientes de psicoterapia la posibilidad de ser considerados, en función de su utilidad comprobada para lograr un objetivo terapéutico (Hofmann et al., 2021).

En este marco se propone el Metamodelo Evolutivo Extendido (EEMM) como una especie de plantilla o modelo de modelos que permite contemplar una variedad de enfoques y procesos específicos de psicopatología, dificultad psicológica, psicología positiva y/o ciencia de la intervención independientemente de las tradiciones en que se originaron. De esta manera, se apunta a que, a pesar de las diferencias teóricas, los procesos de cambio terapéuticos puedan ser organizados en redes conceptuales coherentes que permitan realizar análisis funcionales que deriven en intervenciones específicas en casos particulares. (Ciarrochi et al., 2022; Hayes et al., 2022).

En su base teórica este metamodelo incorpora los conceptos evolutivos de variación, selección, retención y ajuste contextual aplicados a procesos de cambio, tanto adaptati-

vos como desadaptativos, en el marco de un abordaje multidimensional y multinivel. De esta forma se ve la psicopatología o las dificultades psicológicas como una mala adaptación a un contexto particular debido a problemas en la variación, selección y retención de procesos biopsicosociales en múltiples dimensiones y niveles. Como parte de esto se incluyen los niveles *biofisiológico, psicológico y sociocultural*. A su vez, de manera particular en el nivel psicológico y sin pretender trazar líneas divisorias entre ellas, se consideran 6 dimensiones interrelacionadas que incluyen: el afecto, la cognición, la atención, el yo o sentido de sí mismo (self), la motivación y la conducta manifiesta. Diversos procesos pueden clasificarse en una de estas categorías o en una combinación de varias de ellas. Junto con esto se destaca también la importancia y necesidad de dimensionalizar los niveles biofisiológico y sociocultural, aunque esta tarea forma parte de proyectos futuros del enfoque (Hayes et al., 2022; Hofmann et al., 2021).

De esta forma el EEMM permite examinar modelos y métodos específicos para determinar su integridad, a la vez que proporciona un lenguaje común para que investigadores de

distintas tradiciones teóricas puedan compartir o comunicar lo esencial de sus enfoques. En esta línea, el EEMM se ha utilizado para examinar y organizar de forma coherente los múltiples procesos e intervenciones de la psicología positiva clasificándose diferentes intervenciones y procesos específicos, tales como la detección de fortalezas, el afecto positivo, el sentido de la vida, la atención plena, la gratitud, el optimismo, la esperanza, la creatividad, el humor, la autoestima y la empatía, entre otros (Ciarrochi et al., 2022). También se han abordado y tenido como referencia los procesos incluidos en el modelo de flexibilidad psicológica (Hexaflex) de la Terapia de Aceptación y Compromiso que incluye la defusión cognitiva, la aceptación, el contacto con el presente, los valores, las acciones comprometidas y el yo como contexto. Junto con esto el EEMM se ha utilizado para resumir y organizar la literatura internacional sobre variables mediadoras de intervenciones psicosociales para la salud mental identificándose 72 medidas entre las que se incluyeron la flexibilidad psicológica, distintos tipos de atención plena, la sensibilidad a la ansiedad, la autocompasión, la desesperanza, la autoeficacia, la desregulación emocional, los pensamientos automáticos negativos y la rumia, entre otros (Hayes et al., 2022).

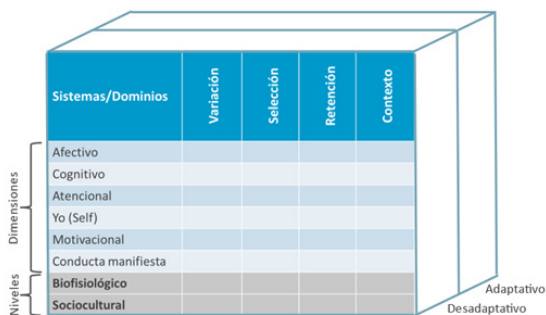


Figura 3. Un Metamodelo Evolutivo Extendido de procesos de cambio (Figura tomada y adaptada al español de Hayes et al., 2021).

La Logoterapia desde el marco del Metamodelo Evolutivo Extendido

En las siguientes secciones se incluirán conceptos, procesos y núcleos de tratamiento que son centrales en la logoterapia en paralelo con las propuestas de otros modelos de intervención, articulándolos y organizán-

dolos en el marco del Metamodelo Evolutivo Extendido. No obstante, es importante destacar que muchos de estos procesos y núcleos de tratamiento atraviesan varias dimensiones del nivel psicológico del EEMM, por lo que las clasificaciones que se proponen pueden resultar controvertidas. Por esta razón, más que como un lugar de llegada o de conclusión, estas propuestas deben verse como un punto de partida, que estimule un proceso de diálogo y argumentación perfectible.

En este sentido, la presente clasificación pone el foco en procesos y núcleos de tratamiento que se considera que podrían dar lugar a futuras líneas de investigación empírica y a posibles reformulaciones conceptuales. Mostrando a su vez la validez del EEMM como una herramienta y marco organizativo de red que permite considerar y analizar detalladamente los procesos y núcleos de tratamiento de distintos modelos de intervención cuya eficacia general cuenta con cierto apoyo empírico.

Niveles de análisis

En el marco del Metamodelo Evolutivo Extendido se considera que los eventos y procesos de cambio con relevancia clínica involucran a la persona como un todo, en tanto organismo que actúa en un contexto histórico y situacional particular. Esto conlleva tres niveles de análisis: el biofisiológico, el psicológico y el sociocultural (Hofmann et al., 2021).

En el *nivel biofisiológico* se contemplan aspectos tales como las capacidades y discapacidades físicas, la dieta, el ejercicio, el sueño y las medidas del funcionamiento biológico a través de imágenes cerebrales, factores genéticos y

epigenéticos, etc. En el *nivel psicológico*, que es el único nivel que se ha llegado a dimensionar, se contemplan los múltiples procesos vinculados con las dimensiones del afecto, la cognición, la atención, el yo o sentido de sí mismo (self), la motivación y la conducta manifiesta. Finalmente, en el *nivel sociocultural* se contemplan las díadas y grupos de distintos tamaños con sus reglas y costumbres, incluyéndose procesos tales como el apoyo social, la relación terapéutica, las interacciones con la pareja/familia/amigos, etc. (Hofmann et al., 2021).

De esta forma, en línea con propuestas anteriores de estos autores, en un sentido amplio se considera que en el análisis funcional el contexto hace referencia tanto a las fuentes históricas como situacionales que influyen en las experiencias y comportamientos manifiestos de las personas, incluidas las variables biológicas, sociales y culturales, el historial de desarrollo y aprendizaje y el entorno interno (por ejemplo, cognitivo, afectivo) y externo actual de la persona (Hayes & Hofmann, 2021; Hofmann et al., 2021; Villatte et al., 2015). En este sentido, la historia clínica, los posibles problemas médicos actuales, el estilo de vida, incluidos la dieta, la actividad física, el sueño y otros comportamientos biológicamente relevantes, junto con los aspectos biográficos, socioculturales y eco-ambientales, pueden resultar de gran importancia para comprender e intervenir más eficazmente sobre diversos procesos de cambio clínicamente relevantes (ver p. ej., Linehan, 1993, 2003; Firth et al., 2020; Hayes & Hofmann, 2021).

Por su parte, la Logoterapia tiene una visión antropológica no determinista vinculada

con el existencialismo y la fenomenología que considera a cada ser humano como una totalidad única e indivisible de tres dimensiones (*somática, psicológica y noética*) que se relaciona con otras personas, consigo mismo, con su entorno y con lo trascendente (Frankl, 2012; Lukas, 2003). Estas dimensiones no se abordan como si se tratara de tres capas superpuestas e independientes, sino como penetrándose y conformando una "unidad a pesar de la variedad" (Lukas, 2003 p. 26). De manera análoga a la tridimensionalidad del espacio (longitud, ancho y alto) donde no es posible decir que la anchura comienza donde termina la longitud, desde la Logoterapia se sostiene que no es posible hacer una delimitación similar de las dimensiones humanas (Lukas, 2003).

Esta ilustración sobre la tridimensionalidad humana utilizada por Lukas (2003) recuerda a una anécdota repetida habitualmente en el ámbito de la biopsicología, según la cual, ante la consulta sobre qué factor contribuía más al desarrollo de la personalidad, lo innato o lo adquirido, la naturaleza o la crianza, el psicólogo Donald Hebb sostuvo que plantear esta pregunta era tan absurdo como preguntar qué

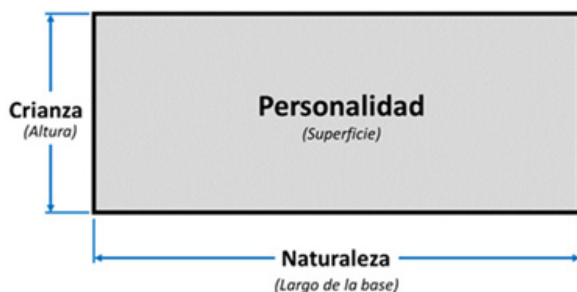


Figura 4. Interacción naturaleza y crianza en la perspectiva de Donald Hebb (Figura de elaboración propia)

contribuía más a la superficie de un rectángulo, la longitud o el ancho (ver Meaney, 2001, p. 50).

No obstante, a diferencia de otras perspectivas integradoras de lo biológico y lo psicológico (incluida en esta lo social), desde la logoterapia se propone una dimensión adicional a la que se denomina *noética* o espiritual, cuyas facultades se considera que caracterizan y distinguen lo específicamente humano. De acuerdo con la logoterapia las facultades noéticas son las que hacen posible que, aunque se encuentren expuestos ante múltiples condicionamientos y/o limitaciones biológicas, psicológicas y sociales, que escapan a su control directo, los seres humanos puedan distanciarse y tomar una posición ante estos, ante la situación y ante sí mismo. Pudiendo de esta forma desplegar su capacidad de resistir u oponerse a estos condicionamientos psicofísicos, descubrir un sentido de vida y actuar orientados por la realización de valores o el cumplimiento de una misión personal, configurando de esta forma un modo propio de ser y actuar (Frankl, 1987, 2011, 2012; Lukas, 2003, 2006a).

Acorde con esta visión integral particular del ser humano (*bio-psico-noética y social*) des-

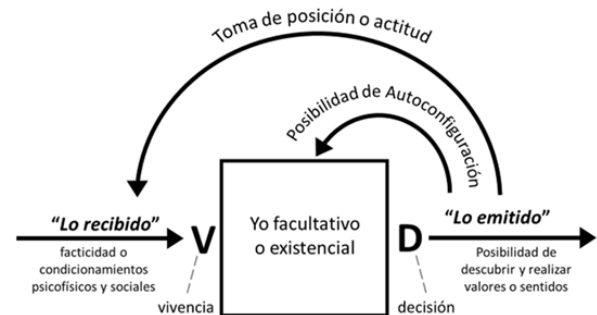


Figura 5. Facultades de la dimensión noética (Figura de elaboración propia inspirada en varias figuras de Lukas, 1997)

de la logoterapia se enfatiza la importancia de evitar los reduccionismos que conlleva enfocarse exclusivamente en una sola dimensión y/o nivel de análisis cayendo en un determinismo extremo que puede desembocar en el biologicismo, el psicologismo, el mecanicismo, el noologismo o espiritualismo, el sociologismo u otros tipos de “ismos” (Frankl, 1983, 1992, 1987, 2011, 2012; Lukas, 2003). Junto con esto se destacan las dificultades que surgen cuando se pierde de vista que estados o situaciones similares en una dimensión o nivel pueden tener correlatos muy diferentes en otros. Esta visión integral se representa en términos metafóricos en la siguiente figura.

Siguiendo esta línea de pensamiento y aplicándola a algunos de los temas desarrollados previamente, la primera situación de la figura 3 se podría utilizar también como una metáfora de las dificultades respecto a los niveles de análisis ideográficos y nomotéticos, individuales y grupales, o a la paradoja de Simpson, destacados por el enfoque basado en procesos. Diferentes niveles de análisis pueden conducir a resultados que son aparentemente contradictorios (círculo o rectángulo) o que no pueden extrapolarse de manera directa de un

dominio a otro y que deben abordarse desde una perspectiva más amplia superadora.

Por otra parte, la segunda situación de la figura se podría aplicar a los cuestionamientos respecto a la utilidad de las categorías diagnósticas tradicionales (DSM o CIE) que describen conjuntos generales de síntomas compartidos por un grupo de personas (círculos) sin hacer referencia a las historias, contextos y demás procesos biopsicosociales (y noéticos desde la logoterapia) singulares y/o particulares que dan cuenta de cómo surgen y se mantienen esas dificultades en cada persona en particular (cilindros, conos, esferas). Este tipo de señalamientos respecto a las categorías diagnósticas tradicionales (DSM o CIE) centrales en la terapia basada en procesos se encuentran presente también en las propuestas de la Logoterapia (ver por ej. Lukas, 2003; Hofmann & Hayes, 2019).

No obstante, se debe tener en cuenta que entre estos dos modelos se da una especie de inversión de términos, en la que el concepto de “dimensión” en Logoterapia (*somática, psicológica y noética*) es más próxima, aunque no equivalente, al término “nivel” utilizado en el EEMM (*biofisiológico, psicológico y sociocultural*). A su vez, aunque el EEMM no contempla una dimensión noética, como podrá apreciarse en otras secciones, algunos tipos de procesos similares (no equivalentes) vinculados con esta dimensión en la Logoterapia, son incluidos en el nivel psicológico del EEMM, como sucede con la espiritualidad, el yo trascendente o el distanciamiento/defusión cognitiva (ver por ej. Blackledge, 2018; Hofmann et al., 2021 cf. Hayes, 1984, 2002). Hechas estas menciones sobre la espiritualidad y la dimensión noética,

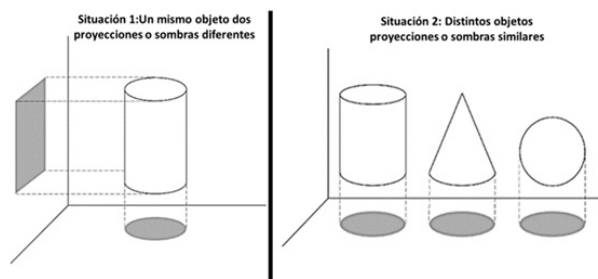


Figura 6. Ontología dimensional (Figuras tomadas y adaptadas de Frankl, 2012)

se considera pertinente señalar que, en lo referido específicamente a la religión y la psicoterapia, la Logoterapia enfatiza la importancia de no traspasar el límite saludable que debe haber entre estas, a la vez que es respetuosa y abierta a la experiencia espiritual y/o trascendente de las personas (Frankl, 1977, 2012).

Finalmente, se destaca que mientras que el término "dimensión" (*cognitiva, afectiva, motivacional*, etc.) en el EEMM tiene un significado restringido o delimitado, en los escritos de Frankl se hace un uso de la palabra "nivel" en ocasiones similar, pero mucho más variado y abierto (cognitivo, psicofísico, psicodinámico, consciente, inconsciente, biográfico, biológico, genético, histológico, filogenético, ontogenético, antropológico, humano, subhumano, óntico, ontológico, ético, empírico, etc.) (ver por ej. Frankl, 1987, 2012).

Procesos desadaptativos

En lo referido a la interacción de los factores psicológicos y biofisiológicos en las posibles enfermedades o patologías, Frankl (1992) utilizaba un gráfico que atribuía a su maestro Oswald Schwarz, en el que se destaca que las diferencias en la centralidad de los componentes psicológico y somático son graduales. Es decir que la etiología de estas puede ser más o menos psicógenas o más o menos somatógenas.

En esta línea, puesto que la comprensión de los procesos desadaptativos en la Logoterapia contempla procesos circulares, metafóricamente su propuesta de abordaje se describe como un movimiento de tenazas, en el que, para romper ese círculo, una de las mordazas tiene que actuar sobre los aspectos somáticos vincula-

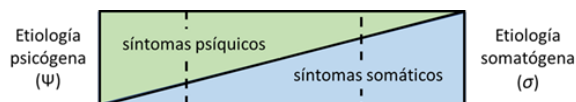


Figura 7. Psicogénesis y Somatogénesis (Figura tomada y adaptada de Frankl, 1992 y Guberman & Pérez Soto, 2005)

dos a los síntomas primarios (σ), mientras que la otra debe actuar sobre la reacción secundaria y la posición que se asume ante estos (Ψ) (Frankl, 1992, 2014; Lukas, 2003). Por ello, desde esta perspectiva se considera que la práctica habitual de un deporte o actividad física, la alimentación saludable, el abordaje de posibles problemas médicos subyacentes, el descanso adecuado, la realización de actividades artísticas o creativas, los ejercicios de relajación, y el uso medicación psicotrópica cuando fuere necesario, pueden complementarse de manera muy productiva con la psicoterapia, pudiendo actuar desde lo somático sobre los síntomas, los factores desencadenantes y/o la vulnerabilidad o predisposición somática hacia ciertas dificultades psicológicas (Lukas, 2001, 2003).

forma, en línea con su visión antropológica completa (*bio-psico-noética y social*) al conceptualizarse las posibles interacciones problemáticas entre las distintas dimensiones desde la Logoterapia se tiene en cuenta si están asociadas principalmente con: a) diferentes tipos de dificultades psicológicas con o sin un impacto somático claro y/o destacado (neurosis psicógenas), b) problemas orgánicos o médicos subyacentes que tienen impacto en lo psicológico (pseudo neurosis somatógenas o enfermedades funcionales, depresiones endógenas y psicosis endógenas), c) manifestaciones somáticas patológicas vinculadas con

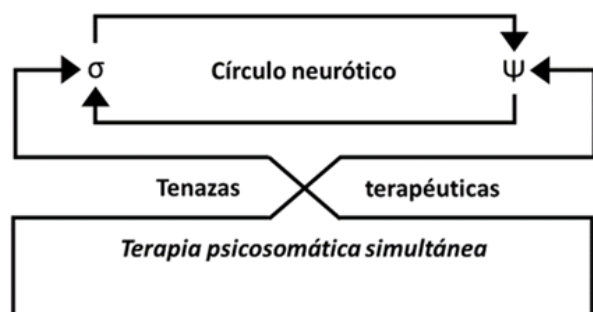


Figura 8. Tenazas terapéuticas (Figuras tomada y adaptada de Frankl, 1992, 2014)

una predisposición o vulnerabilidad somática junto con disparadores o desencadenantes psicológicos (enfermedades psicósomáticas), d) diferentes tipos de dificultades psicológicas disparadas o desencadenadas por manifestaciones somáticas o psicológicas previas (neurosis reactivas o de reacción personal y neurosis iatrogénicas), y, e) manifestaciones o dificultades psicológicas vinculadas con la frustración existencial y, relacionadas o no, con cambios o predisponentes de origen social (cuasi neurosis y depresiones noógenas y cuasi neurosis colectivas) (ver Frankl, 1987, 1992, 2012; Lukas, 2003, 2006a; Guberman & Pérez Soto, 2005; Pareja Herrera, 2006). Ante esta diversidad de posibilidades, la Logoterapia se presenta a sí misma como una terapia específica para las dificultades relacionadas con la frustración existencial y las neurosis noógenas. A su vez, se propone como una terapia inespecífica (¿o transdiagnóstica dicho en términos actuales?) complementaria, no sustitutiva, de otros enfoques en el caso de los demás tipos de dificultades descriptos (Frankl, 1992, 2014).

Por otra parte, respecto a la dinámica de los problemas emocionales y los patrones de reacción desadaptativos desde la Logoterapia

se destaca que estos pueden ser abordados como *sistemas*. Desde esta perspectiva se considera que en ellos se perfila un círculo vicioso en forma de espiral, en el que la posición que asumen las personas y la manera en que se relacionan con ciertos sucesos o síntomas primarios desagradables hace que estos que, en sí mismos podrían ser pasajeros y hasta cierto punto inofensivos, queden fijados o se vean agravados. Entre estas posiciones y reacciones secundarias ante los sucesos o síntomas primarios se pueden incluir entre otros: la desesperación o tristeza sobreañadida por la tristeza primaria, la angustia de expectación o angustia por la angustia, la identificación o no distanciamiento respecto de ciertos pensamientos y la angustia o miedo de sí mismo, la autoobservación forzada o atención obsesiva, la intención forzada o excesiva por obtener placer u otros resultados, y junto con estos las conductas desacertadas, activas o pasivas, de lucha o evitación, que se realizan ante la posibilidad de que los síntomas o sucesos iniciales se repitan. Paradójicamente estas fijan y hasta agravan los síntomas primarios, confirmándolos e incrementándose considerablemente el malestar, cerrándose de esta forma el círculo vicioso en el que la persona queda atrapada. Mientras más se eviten las situaciones angustiosas, menos capacidad de resistirla se tendrá y mayor será el riesgo de que la angustia se mantenga, incremente y/o se extienda o generalice a otros ámbitos de la vida. Mientras más se desee y luche por experimentar ciertos sentimientos o sensaciones placenteras más se escaparán y será más difícil alcanzarlos. El logro de placer, autorrealización o felicidad no fun-

cionan como metas o fines en sí mismos sino que son el resultado espontáneo y secundario de alcanzar, experimentar o realizar valores (Frankl, 1992, 2014; Lukas, 2003).

Por ejemplo, abordando lo que actualmente desde el DSM V podría considerarse en el marco de los trastornos de ansiedad (Lukas, 2003) el padre de la Logoterapia menciona textualmente que: “la angustia de expectativa es con frecuencia lo propiamente patógeno dentro de la etiología de las neurosis, en cuanto que fija un síntoma pasajero en sí y, como tal, inocuo, centrando focalmente la atención del paciente alrededor de este síntoma. Al médico de medicina general le es familiar el llamado mecanismo de la angustia de expectativa. El síntoma

produce una fobia correspondiente, la fobia intensifica el síntoma y éste así intensificado, no hace sino confirmar al paciente en el temor de una repetición del síntoma. En el círculo vicioso se encierra el paciente como el gusano de seda en su capullo” (Frankl, 1992, pp. 138 y 139).

En la comprensión de este tipo de procesos cíclicos o espiralados se enfatiza también la importancia de no invertir el sentido en los nexos causales (causa-efecto) y las relaciones de motivación (motivo-consecuencia) respecto a cómo se presentan y afectan unos a otros los diversos factores intervinientes. Para ello se realiza una distinción considerándose si son de tipo psicológico o somático, si se retroalimentan o no, si se trata de condiciones predisponentes o

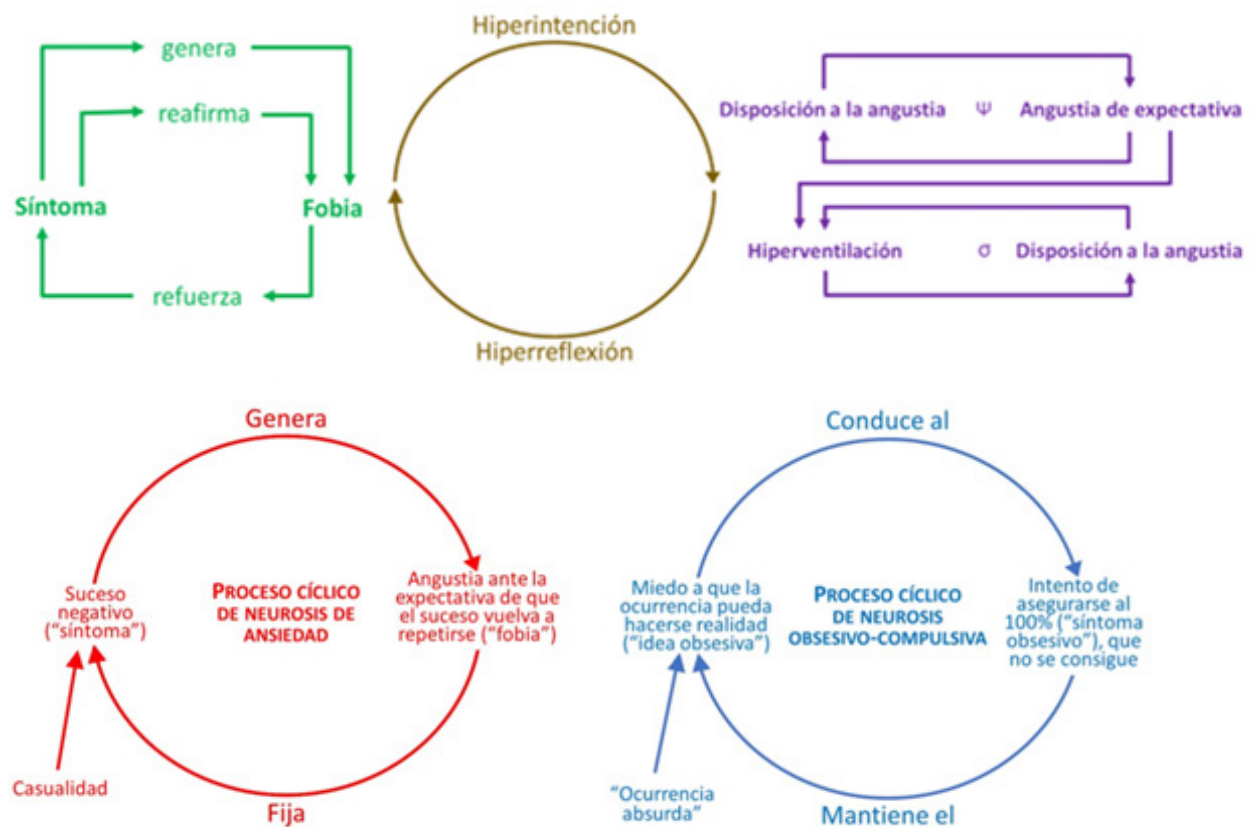


Figura 9. Ejemplos de procesos cíclicos contemplados en Logoterapia (Las tres primeras figuras fueron tomadas y adaptadas de Frankl, 1992 y 2014, mientras que las dos figuras circulares fueron tomadas de Lukas, 2003)

desencadenantes, causas suficientes o necesarias y/o motivos psicológicos. Por ejemplo, en ciertos problemas emocionales distintas incidencias orgánicas o endocrinas podrían actuar como predisponentes o incluso como desencadenantes desde lo somático, mientras que cargas o alivios bruscos de estrés o tensiones emocionales podrían ser desencadenantes que actúan desde lo psicológico. Por otra parte, se considera que mientras que las causas, en sentido estricto, están principalmente relacionadas con factores somáticos, los motivos son de carácter psicológico. Por ejemplo, cuando una persona corta cebolla sus lágrimas tienen una causa, pero no un motivo, como podría suceder en el llanto motivado por la pérdida de un ser querido. De manera similar se considera que las cosquillas pueden ser la causa de la risa, mientras que una broma podría ser el motivo de esta. O si una persona que se siente triste toma una bebida alcohólica puede suceder que esto momentáneamente ocasione o cause que se sienta menos triste. No obstante, el motivo por el que está triste difícilmente se elimine o resuelva con el alcohol (Frankl, 1992, 2011, Lukas, 2003)

En la figura 9, se presentan algunos gráficos de procesos circulares o espiralados propuestos en Logoterapia.

Dimensiones del nivel psicológico y núcleos de tratamiento

Como se describió anteriormente en el nivel psicológico del EEMM se contemplan seis dimensiones que incluyen el *afecto*, la *cognición*, la *atención*, el *yo* o sentido de sí mismo (self), la *motivación* y la *conducta manifiesta*. No obstante, esta división es heurística o teórica. Los lími-

tes entre estas son difusos y muchos procesos y núcleos de tratamiento atraviesan o incluyen varias dimensiones (Hofmann et al., 2021). Esto es válido para procesos descritos o conceptualizados en diversas tradiciones teóricas, pero particularmente para la Logoterapia, que se caracteriza por tener un enfoque integral.

En el marco de la terapia basada en proceso se denominan *núcleos o módulos de tratamiento* a los elementos básicos o centrales de las estrategias de intervención que implican métodos específicos de cambio funcionalmente organizados, diseñados para modificar procesos clínicamente relevantes, con apoyo empírico, fundamentados en modelos teóricos comprobables y que estén suficientemente bien especificados para su implementación adecuada por parte de los terapeutas. Aunque estos núcleos o módulos pueden enfatizar o estar dirigidos a una dimensión en particular, muchos de ellos se superponen y actúan en múltiples dimensiones modificando varios procesos de cambio, mientras que otros actúan de manera más acotada o específica (Hofmann et al., 2021).

En este sentido, a pesar de que en muchos de los eventos y procesos que se consideraran en esta sección se solapan varias dimensiones, en la mayor parte de casos no es difícil identificar, al menos a nivel teórico, cual es el énfasis o aspecto central de los constructos. Por ejemplo, términos tales como los de *hiperintencionalidad* o *voluntad de sentido* (Frankl, 1987, 1992) claramente pueden incluirse en la dimensión que contempla los procesos vinculados principalmente con la motivación. Sin embargo, otros como la *hiperreflexión* y la *obsesión de observa-*

ción cuando involucra los pensamientos (Frankl, 1987, 1992) podrían incluirse tanto en la dimensión de los procesos vinculados con la atención como en los relacionados con la cognición. En algunos de estos casos se encuentra involucrado un proceso secundario o de segundo orden de una dimensión (por ej. atencional) que tiene como foco un proceso primario o de primer orden de otra (por ej. cognición) o viceversa. En el caso particular de la *hiperreflexión*, aunque el tipo de creencias o pensamientos es importante, se consideró que lo central de este término no está puesto tanto en el contenido específico de las cogniciones como en el hecho de que se mantiene la atención constantemente centrada o enfocada en ellos, perdiéndose de esta forma oportunidades concretas de realización de valores o sentidos. Por otra parte, el *autodistanciamiento*, que es tal vez el término vinculado a los procesos adaptativos más amplio o abaricante, se incluyó tanto en la dimensión del afecto (distanciamiento de las emociones) como en la de la cognición (distanciamiento de los pensamientos), aunque claramente está también estrechamente vinculado con la atención siendo una parte central de técnicas o núcleos de tratamiento como la *derreflexión*. A pesar de ello, se reconoce que la forma de agrupar los conceptos en las distintas dimensiones es debatible, por lo que debe tomarse de manera flexible o no dogmática. Por esta razón, se insiste nuevamente en que más que como un lugar de llegada, esta propuesta debe verse como un punto de partida, que apunta a dar lugar a la reflexión, al diálogo y a nuevas perspectivas. Más que determinar con exactitud a qué dimensión pertenece cada término, en el presente trabajo

se apunta a organizarlos de manera que resulte más fácil identificar como se presentan e interactúan unos con otros en las situaciones particulares y concretas en que acontecen.

A continuación, se incluyen dos tablas con procesos y conceptos que se consideraron clínicamente relevantes por ser potencialmente desadaptativos o adaptativos. No obstante, desde una perspectiva estrictamente funcional si una conducta, experiencia o reacción llega a ser, o no, parte de un proceso desadaptativo o adaptativo depende del contexto e inflexibilidad con que se realiza, y no necesariamente de los contenidos y/o valencias positiva, negativa, agradable o desagradable que se le pueda atribuir de antemano. Por ejemplo, las denominadas emociones y cogniciones negativas, aunque se experimenten como desagradables no son desadaptativas en sí mismas, e incluso en ciertas ocasiones pueden favorecer la adaptación. De manera similar pensamientos y emociones positivos o agradables pueden favorecer o formar parte de procesos desadaptativos como sucede en los periodos de manía en la bipolaridad. Hecha esta aclaración, la primera de las tablas está dedicada a conductas, procesos y focos de intervención potencialmente desadaptativos, mientras que la segunda incluye los potencialmente adaptativos. En ambas tablas, en el lado izquierdo de la columna con las propuestas teóricas de la Logoterapia se incluyen ejemplos de procesos, conceptos y núcleos de tratamiento provenientes de otros modelos teóricos y psicoterapéuticos con apoyo empírico. Algunos de ellos muy diferentes a los propuestos en la Logoterapia, otros similares (no equivalentes), y otros posiblemente

complementarios. Por una cuestión de extensión del artículo en las tablas solo se incluyeron los términos claves, en algunos casos con algunas menciones breves, sobre todo cuando con el solo nombre de los conceptos no resultaba muy claro a que hacen referencia.

Por último, se menciona que, para la identificación y selección de los conceptos y procesos incluidos en esta revisión (que no pretende ser exhaustiva) se tuvieron en cuenta los libros que se consideraron más técnicos y/o de aplicación clínica de Frankl (1977, 1987, 1992, 2014, 2018) y Lukas (2001, 2003, 2006a, 2006b, 2007), los índices analíticos de términos clave de estos, un glosario de logoterapia en inglés (Lewis, 2016) y un diccionario de logoterapia en español (Guberman & Pérez Soto, 2005), a la vez que, se mantuvo dialogo y el trabajo fue revisado por algunos profesionales especializados en Logoterapia. Aunque las fechas en las referencias de los libros de Frankl son relativamente recientes, estas corresponden a nuevas ediciones en español. En su versión original estos contenidos fueron publicados entre 1947 y 1956 (ver Thir & Batthyány). Como es de público conocimiento Frankl nació en Viena, Austria, en 1905, sobrevivió a cuatro campos de concentración nazis entre 1942 y 1945, incluido Auschwitz, perdiendo allí a sus padres y esposa, luego de lo cual creó la Logoterapia y escribió más de 30 libros, desempeñándose como profesor de la Universidad de Viena hasta su fallecimiento en el año 1997 (Ver Lukas, 2008).

A modo de síntesis y como un recurso didáctico para facilitar la comparación entre modelos, a continuación, se incluyen dos figuras en las que se añadieron las seis dimensiones

del EEMM: afecto, atención, cognición, etc. La primera (ver figura 10) corresponde al modelo de *flexibilidad psicológica* de la Terapia de Aceptación y Compromiso cuyo gráfico comúnmente denominado *Hexaflex* incluyen seis componentes que fácilmente pueden ser vinculados con las seis dimensiones del EEMM. Los nombres de los procesos adaptativos aparecen como títulos en los distintos vértices de la figura (aceptación, defusión cognitiva, etc.), mientras que los procesos desadaptativos se incluyen debajo de estos entre paréntesis (evitación experiencial, fusión cognitiva, etc.). La segunda figura (ver figura 11) se elaboró para este trabajo inspirada en una metáfora utilizada por Frankl (1992, pp. 105 y 106). En esta se plantea una analogía entre los síntomas y los procesos que los fijan con nubes o tormentas, en principio pasajeras, que oscurecen el horizonte de los valores, pero ante las cuales lo más conveniente implicaría ser paciente y dejarlas pasar. Mientras que, por otro lado, el sol y sus destellos se presentan vinculados con la posibilidad de captación y realización de estos valores o sentidos. De esta forma, en la figura 11 los procesos desadaptativos quedaron vinculados con el impedimento de circulación de las nubes mientras que los adaptativos se vincularon con la iluminación del sol que permite captar y realizar esos valores.

Se optó por incluir el modelo de flexibilidad psicológica de ACT porque posiblemente es el modelo de psicoterapia con apoyo empírico más completo respecto a las seis dimensiones del EEMM, tanto en lo referido a los procesos adaptativos como a los desadaptativos. A su vez, ACT ha sido señalada como una terapia

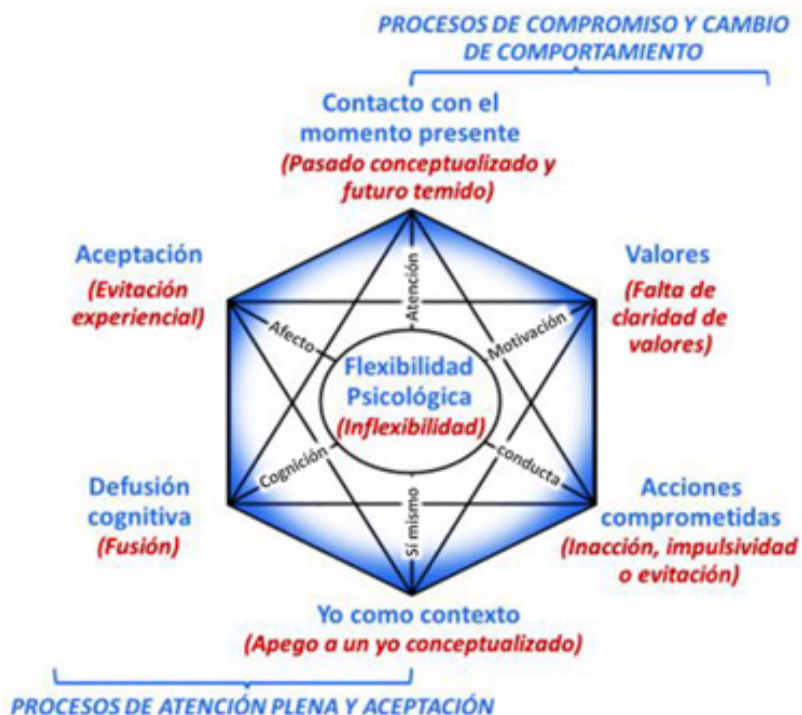


Figura 10. Flexibilidad Psicológica (ACT) (traducción y adaptación basada en Hayes et al., 2014 y Prevedini et al., 2011, las menciones de las 6 dimensiones del EEMM: afecto, atención, etc., no pertenecen al gráfico original, sino que fueron añadidas para facilitar la comparación con la figura 11)

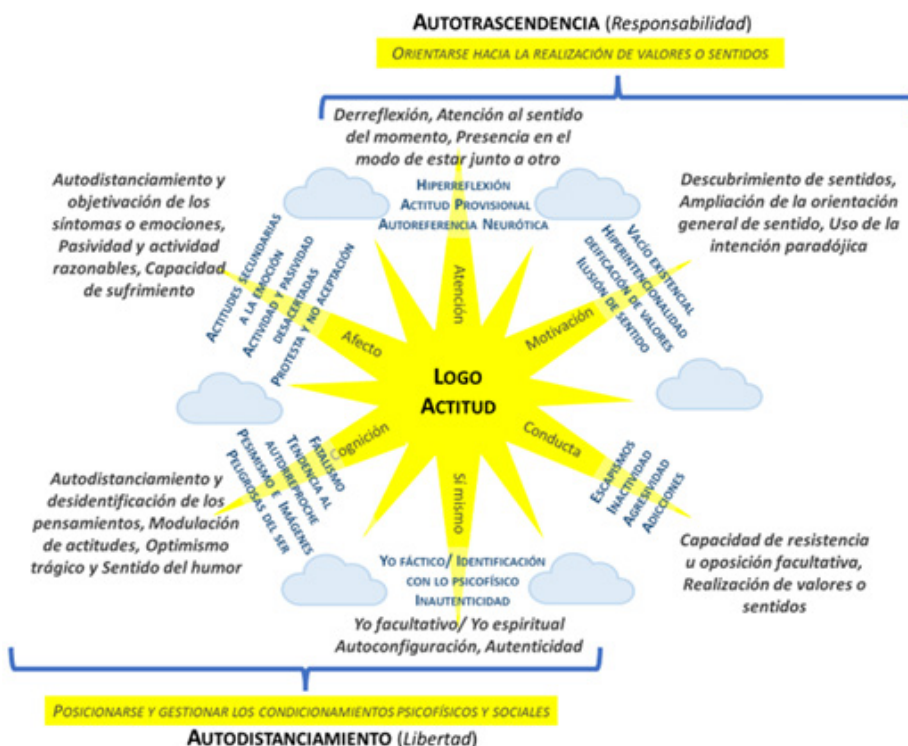


Figura 11. Logo-actitud (Logoterapia). (figura de elaboración propia)

Tabla 1
 Procesos potencialmente desadaptativos

POSIBLES PROCESOS DESADAPTATIVOS		
Dominios	Ejemplos de procesos y núcleos de tratamiento de otras terapias y modelos teóricos relevantes para la clínica *	Logoterapia
AFECTIVO <i>¿Qué emociones experimenta la persona y cómo se relaciona con ellas?</i>	Disociación y/o embotamiento emocional (EST, PU) Emociones primarias y meta-emociones o emociones secundarias (EFT, DBT, PU) Ansiedad perturbadora y síntomas secundarios de la perturbación (RET) Dolor sucio como dolor secundario añadido al dolor limpio o primario (ACT) Sufrimiento como malestar añadido al dolor primario (DBT)	<i>Apatía o incapacidad de experimentar sufrimiento</i> (Frankl, 1987, 2018) <i>Identificación y no distanciamiento respecto de los procesos y reacciones psicofísicas</i> (Frankl, 1987, 1992, 2014, 2018) <i>Actitudes secundarias ante los estados anímicos o las emociones originarias</i> (desesperación por la tristeza, sufrimiento como postura ante el dolor, angustia de la angustia, angustia de expectativa, ansiedad anticipatoria, vergüenza por la angustia, ira por la ira, depresión injertada ante la depresión primaria, etc.) (Frankl, 1987, 1992, 2014) <i>Intolerancia emocional</i> como incapacidad o dificultad para soportar tensiones y sufrimientos emocionales (Frankl, 2014) <i>Intolerancia a lo indeterminado e insuficiencia del sentimiento de evidencia en los actos de conocimiento</i> (Frankl, 1992, 2014) <i>Aversión a lo provisional e insuficiencia de la seguridad instintiva en la toma de decisiones</i> (Frankl, 1992, 2014) <i>Actitud rígida de protesta o no aceptación</i> ante los padecimientos y las adversidades de la vida (Frankl, 1992; 2014, Lukas, 2003) <i>Falta de disposición para asumir renuncias y hacer sacrificios para realizar valores</i> (Frankl, 1987, 1992; 2014; Lukas, 2003) <i>Pasividad falsa o desacertada</i> como sumisión o huida de la angustia o el sufrimiento que termina manteniendo y/o incrementando los síntomas o el malestar (Frankl, 1987, 1992, 2018). <i>Actividad falsa o desacertada</i> como lucha contra las obsesiones u otros síntomas por el temor o angustia que ocasionan o como lucha y reflexión forzada por la búsqueda de placer, que resultan ineficaces y/o tienen efectos paradójicos (Frankl, 1987, 1992, 2018)
	Evitación experiencial (ACT) Intolerancia al malestar (DBT) Sensibilidad e intolerancia a las emociones, la incertidumbre, la frustración, la ambigüedad y/o el dolor físico (EST, MSTA) Baja tolerancia a la frustración (RET) Creencias o esquemas desadaptativos respecto a las emociones y su validez, comprensibilidad, valor moral, complejidad, relación con los valores, controlabilidad, entumecimiento, durabilidad, consenso con otros, rumiación y expresión, entre otros (EST) Dificultades de regulación emocional (DBT, DERS) Supresión emocional (MPERE) Conductas de control y seguridad (CBT) Uso instrumental de las emociones o el malestar (EFT)	

... / ...

... / ...

ATENCIONAL

¿Dónde queda puesto el foco de atención y cómo trata la persona de regularla?

Síndrome cognitivo atencional consistente en rumiación, preocupación, autofocalización y monitoreo de amenazas junto con estrategias autorregulatorias o conductas de afrontamiento poco útiles (MCT)
 Atención al pasado conceptualizado (ACT)
 Atención al futuro temido (ACT)
 Pensamiento negativo repetitivo (ACT-RNT)
 Funcionar en piloto automático (MBCT)
 Distracción improductiva y/o supresión del foco de atención (ACT-RNT, MPERE)
 Creencias metacognitivas positivas y negativas sobre la atención (MCT)

Hiperreflexión como exceso de atención y reflexión forzada que impide o dificulta la realización de sentidos o valores (Frankl, 1987, 1992, 2018)

Autoreferencia existencial neurótica como atención e interés excesivos centrados en los propios estados de ánimos placenteros y/o displacenteros (Frankl, 1987)

Autoobservación forzada como monitoreo u observación constante o excesiva de sí mismo que puede llegar a interferir en las funciones de regulación automática y dificultar las conductas espontáneas (Frankl, 1987, 1992, 2018)

Obsesión de observación como atención excesiva a los pensamientos, ciertos síntomas o circunstancias (Frankl, 1992, 2018)

Actitud provisional ante la existencia como una forma de vivir en que solo se atiende al presente o al corto plazo (Frankl, 1987, 1992, 2018)

... / ...

... / ...

COGNITIVO

¿Qué pensamientos tiene la persona y cómo se relaciona con ellos?

Vinculados al contenido de las cogniciones:

Pensamiento negativo repetitivo (CBT; ACT-RNT)
 Pesimismo, distorsiones cognitivas, esquemas desadaptativos (CBT)
 Optimismo ilusorio o sesgos positivos con subestimación de riesgos (CBT)

Vinculados a la manera en que las personas se relacionan con las cogniciones:

Fusión cognitiva (ACT)
 Inflexibilidad o rigidez cognitiva (PU)
 Supresión cognitiva (MPERE)
 Creencias metacognitivas negativas sobre los pensamientos y otros procesos cognitivos y atencionales (MCT)
 Contextos verbales que están en la base y mantienen la evitación experiencial y el control problemático de la conducta (ACT)

Vinculados al contenido de las cogniciones:

Postura fatalista ante la vida (Frankl, 1987, 1992, 2018)

Balance existencial negativo respecto a lo que se considera que se adeuda a la vida y/o lo que esta le adeuda a uno (Frankl, 1992)

Hiperacusia de la conciencia como hipersensibilidad y exceso distorsivo de la conciencia moral (Frankl, 1987, 1992, 2014)

Tendencia a los autorreproches (Frankl, 1987, 1992)

Escepticismo y pesimismo depresivo (Frankl, 1992, 2014)

Imágenes peligrosas del ser como interpretaciones respecto a sí mismo, al ser humano, al mundo y/o a Dios-lo trascendente que se caracterizan por ser: a) devaluadoras y despreciadoras, b) inadecuadas e improcedentes y/o c) amenazadoras que alientan el miedo (Lukas, 2006b)

Vinculados a la manera en que las personas se relacionan con las cogniciones:

Identificación y no distanciamiento respecto de pensamientos persistentes, obsesiones y/o ideaciones suicidas (Frankl, 1992, 2014, 2018)

Lucha contra las obsesiones o pensamientos (Frankl, 1987, 1992, 2018)
Sobrevaloración o endiosamiento de las capacidades cognitivas y su alcance (Frankl, 1987)

Fanatismo como intolerancia y rigidez respecto a considerar otras opiniones o perspectivas e incluso otras personas (Frankl, 1987, 1992, 2018)

Pensamiento colectivista como conformidad social o adecuación de las creencias, actitudes y comportamientos a los grupos (Frankl, 1987, 1992, 2018)

Yo fáctico como el yo que se identifica con las tendencias, predisposiciones, condicionamientos y manifestaciones psicofísicas (Frankl, 1987, 2018)

Identificación del yo con los síntomas (Frankl, 1987, 1993, 2014, 2018)

Fatalismo neurótico respecto al modo personal de ser como vivencia de no poder ser de otro modo y huida de la responsabilidad de ello (Frankl, 2014, 2018)

Configuración externa como forma de ser y actuar orientada por factores externos (1987, 2018)

Inautenticidad como forma de actuar calculada e interpretada sin fidelidad con los propios valores y como medio para obtener otros fines o evitar algo no deseado (Frankl, 2014)

YO (SELF)

¿Qué sentido, perspectiva, sentimientos o concepto respecto de sí misma experimenta la persona y cómo se cómo se relaciona con estos?

Yo conceptualizado (ACT)
 Centralidad de los eventos traumáticos sobre la identidad e historia de vida (CES)
 Esquemas desadaptativos tempranos (ST)
 Dificultades vinculadas con la autoestima, el autoconcepto y/o la autoeficacia (CBT)

... / ...

... / ...

<p>MOTIVACIONAL</p> <p><i>¿Qué patrones y variedad de motivaciones tiene la persona y cómo se relaciona con estas?</i></p>	<p>Falta de claridad de valores (ACT, FAP) Falta de actividades basadas en metas y valores vitales (BA) Ambigüedad y resistencia motivacional al cambio (MI) Regulación emocional desadaptativa basada en motivos hedónicos y/o instrumentales (MPERE) Motivación controlada o no autónoma y/o desmotivación (SDT) Conductas desadaptativas gobernadas por reglas tipo pliance, tracking y augmenting (ACT)</p>	<p>Vacío o frustración existencial (Frankl, 1987, 1992, 2014) Voluntad de placer y voluntad de poder como búsqueda de estos como un fin en sí mismo en lugar de tomarlos como resultado o medio para la realización de valores (Frankl, 1987, 1992, 2014) Hiperintencionalidad como deseo o intención forzada, intensa o excesiva respecto a la búsqueda de un estado, meta o finalidad, que paradójicamente puede terminar dificultando o imposibilitando su consecución (Frankl, 1987, 1992, 2014) Idolatrización o absolutización de un valor como sobrevaloración, dependencia o reducción del sentido de la vida a un solo valor o manera de realizarlo (Frankl, 1987, 1992, 2018) Orientación axiológica unilateral o piramidal en la que un valor o área de la vida está por encima de todo las demás de lo cual depende la estabilidad y sensación de seguridad y sentido (Lukas, 2003). Ilusión de sentido como percepción o interpretación errónea del sentido (Frankl, 1977, 1987) Conformidad como la tendencia a amoldarse a los demás queriendo únicamente actuar como ellos (Frankl, 1987, 1992, 2014, 2018) Totalitarismo como la tendencia a doblegarse a los demás obedeciendo haciendo únicamente lo que estos quieren que haga (Frankl, 1987, 1992, 2014) Impresión de colisión y/o conflicto de valores (Frankl, 1977, 1987, 1992) Ambivalencia o indecisión ante posibles alternativas vinculadas a valores (Lukas, 2003) Indiferencia o acorazamiento como desconexión defensiva respecto de los propios valores (Lukas, 2003)</p>
<p>CONDUCTA MANIFIESTA</p> <p><i>¿Qué patrones y variedad de comportamientos realiza la persona y cómo se relaciona con estos?</i></p>	<p>Conductas de evitación, inacción o bloqueo (ACT) Conductas impulsivas o impulsadas por las emociones (PU, DBT, DERS) Intentos impulsivos o no planificados de resolución de problemas (PST) Sensación de autoeficacia baja respecto a la regulación de ciertas conducta (CBT)</p>	<p>Conductas escapistas o evasivas y otras manifestaciones de frustración existencial vinculadas con la depresión, la inactividad, las agresiones, el trabajo excesivo, las adicciones y las conductas de tipo compulsivas (Frankl, 1987, 2018) Fatalismo neurótico y pasividad respecto al modo de ser y actuar (Frankl, 2014, 2018)</p>
<p>* ACT (Acceptance and Commitment Therapy) (Hayes et al., 2012; Luciano et al., 2005); ACT-RNT (Protocolo breve de ACT centrado en el Pensamiento Negativo Repetitivo) (Ruiz et al., 2018); BA (Behavioral Activation) (Kanter et al., 2009); CBT (Cognitive Behavioral Therapy), (Beck, 1979; Clark, 2001; Ehrling, 2008; Harvey et al., 2004; Hofmann & Asmundson, 2017; Shepperd et al., 2015); CES (Centrality of Event Scale) (Gehrt et al., 2018); DBT (Dialectical Behavior Therapy) (Linehan, 1993); DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) (Gratz & Roemer, 2004); EFT (Emotion-Focused Therapy) (Greenberg, 2017); EST (Emotional Schema Therapy) (Leahy, 2019); FAP (Functional Analytic Psychotherapy) (Tsai et al., 2009); MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) (Kabat-Zinn, 2003; Segal et al., 2008); MCT (Metacognitive Therapy), Wells, 2019; MI (Motivational Interviewing) Miller & Rollnick, 2012); MPERE (Modelo Procesual Extendido de Regulación Emocional) (Gross, 2015); MSTA (Modelo Jerárquico de Sensibilidad y Tolerancia al Afecto) (Bernstein et al., 2009); PST (Problem Solving Therapy) (Nezu et al., 2013); PU (Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders) (Barlow et al., 2015); SDT (Self-Determination Theory) (Deci & Ryan, 2012, 2017; Ryan & Deci, 2022); ST (Schema therapy) (Young et al., 2003); RET (Rational-Emotive Therapy) (Ellis & Grieger, 1986)</p>		

Tabla 2
Procesos potencialmente adaptativos

POSIBLES PROCESOS ADAPTATIVOS*		
Dominios	Ejemplos de procesos y núcleos de tratamiento de otras terapias y modelos teóricos relevantes para la clínica*	Logoterapia
<p>AFECTIVO</p> <p><i>¿Qué emociones experimenta la persona y cómo se relaciona con ellas?</i></p>	<p>Aceptación (ACT) Aceptación radical (DBT) Tolerancia al malestar (DBT) Tolerancia a la frustración y aceptación de la incertidumbre (RET) Regulación emocional (DBT, MPERE) Reflexión, resignificación (EFT), modificación mitos (DBT), creencias o esquemas (EST) sobre las emociones. Exposición interoceptiva (PU) Exposición con prevención de respuesta (BT; CBT)</p>	<p>Autodistanciamiento, objetivación y no identificación respecto de lo psicofísico (Frankl, 1987, 2014) Capacidad de sufrir, soportar el sufrimiento y realizar valores de actitud (Frankl, 1987, 1992, 2014, 2018) Actitud flexible de aceptación ante los padecimientos, desafíos y adversidades de la vida (Frankl, 1992; 2014; Lukas, 2003) Disposición a asumir renunciaciones y sacrificios para realizar sentidos (Frankl, 1987, 1992; 2014; Lukas, 2003) Pasividad recta o razonable como descentramiento, e incluso ironía o humor, ante los síntomas o la angustia (Frankl, 1987, 1992, 2018) Actividad recta o razonable como formas de actuar orientadas a algo distinto del control de los síntomas o la angustia (Frankl, 1987, 1992, 2018) Emprendimientos y propuestas paradójicas, como parte de algunas intervenciones donde la persona debe proponerse que suceda lo que habitualmente trata de evitar (intención paradójica) o que no suceda lo que habitualmente anhela y no logra conseguir (derreflexión) (Frankl, 1987, 1992, 2014)</p>
<p>ATENCIONAL</p> <p><i>¿Dónde queda puesto el foco de atención de la persona y cómo trata de regularla?</i></p>	<p>Contacto con el presente (ACT) Diferentes tipos de Mindfulness o atención plena (DBT, MBCT, MCT) Consciencia emocional (PU) Actividades de distracción (DBT) Modificación de creencias metacognitivas sobre los procesos atencionales (MCT)</p>	<p>Derreflexión como forma de apartar la atención de sí mismo o de los síntomas para enfocarse en otra dirección como la realización de valores (Frankl, 1987, 1992, 2014, 2018) Atención o captación del sentido del momento (Frankl, 1987; Lukas, 2007) Presencia como forma de atender, encontrarse y "estar con" o "estar junto a otro" de manera plena (Frankl, 1987, 1992)</p>

... / ...

... / ...

	<p><u>Vinculados al contenido de las cogniciones:</u></p> <p>Reevaluación (CBT) Optimismo inteligente (CBT)</p> <p><u>Vinculados a la manera en que las personas se relacionan con las cogniciones:</u></p> <p>Defusión cognitiva (ACT) Modo metacognitivo (MCT) Flexibilidad cognitiva (PU) Distanciamiento cognitivo (CBT) Activación de la mente sabia (DBT) Modificación de creencias metacognitivas (MCT) Alteración o cambio de las funciones de los contextos verbales que mantienen la evitación experiencial y el control problemático de la conducta (ACT)</p>	<p><u>Vinculados al contenido de las cogniciones:</u></p> <p>Modulación de actitudes como cambio de actitudes negativas o rígidas y psicológicamente no saludables por otras que aporten nuevas perspectivas y posibilidades de realización de sentidos (Lukas, 2003, 2006a).</p> <p>Corrección de imágenes como búsqueda de imágenes protectoras respecto a sí mismo, al ser humano, al mundo y/o a Dios-lo trascendente, que a) reconozcan valores y provoquen sentidos, b) que se ajusten a una visión adecuada e integral del ser humano, c) que proporcionen cobijo y refuercen la confianza (Lukas, 2006b).</p> <p>Optimismo trágico como actitud de esperanza ante la vida por la posibilidad de descubrir y realizar sentidos a pesar de las adversidades e incluso a partir de estas (Frankl, 1987)</p> <p><u>Vinculados a la manera en que las personas se relacionan con las cogniciones:</u></p> <p>Autodistanciamiento y no identificación con pensamientos persistentes, ideaciones suicidas y/u obsesiones (Frankl, 1992, 2014, 2018)</p> <p>Desidolatración de la razón o las capacidades cognitivas (Frankl, 1987)</p> <p>Sentido del humor (Frankl, 1992, 2014)</p>
<p>COGNITIVO</p> <p><i>¿Qué pensamientos tiene la persona y cómo se relaciona con ellos?</i></p>	<p>Yo trascendente o Yo observador (ACT) Descentramiento cognitivo (MBCT) Prácticas de compasión (CFT) Autovalidación (DBT) Intervenciones centradas en la autoeficacia, la autovaloración y/o la autoestima (TCC) Disminución de la centralidad de los eventos traumáticos sobre la identidad e historia de vida (CES) Trabajo con creencias nucleares (TCC) o esquemas desadaptativos tempranos (ST)</p>	<p>Yo facultativo, espiritual o existencial como el yo que se distancia, toma posición y decide frente a las tendencias, predisposiciones y condicionamientos psicofísicos pudiendo ejercer su capacidad de resistir u oponerse a estos (Frankl, 1987, 1992, 2018)</p> <p>Desidentificación, objetivación y distanciamiento de los síntomas (Frankl, 1987, 1992, 2014, 2018)</p> <p>Autoconfiguración como el proceso mediante el cual una persona se distancia y renuncia a ser configurado por condicionamientos psicofísicos y factores externos decidiendo cómo actuar y dando forma a un modo propio de ser (Frankl, 1987, 2018)</p> <p>Autenticidad como compromiso o fidelidad respecto de la propia singularidad y forma de actuar orientada por la realización de valores (Frankl, 214)</p>

... / ...

... / ...

MOTIVACIONAL

¿Qué patrones y variedad de motivaciones tiene la persona y cómo se relaciona con estas?

Clarificación de valores (ACT)
 Diferenciación entre las *decisiones* basadas en razones o formulaciones verbales y las *elecciones*, más vinculadas con los valores, que pueden ser acompañadas de razones o justificaciones verbales, pero no están basadas en estas (ACT)
 Desesperanza creativa (ACT)
 Exploración de motivos (MI; DBT)
 Validación y trabajo con la ambigüedad (MI)
 Exploración y declaración de metas y valores vitales (FAP)
 Evaluación de metas y valores de vida (BA)
 Apoyo a la motivación autónoma (SDT)
 Toma de consciencia, reflexión y resignificación de las necesidades y motivaciones subyacentes vinculadas a las emociones o el malestar (EFT)

Voluntad/deseo de sentido (Frankl, 1987, 1992, 2014)

Descubrimiento de sentidos o ampliación del campo visual respecto a posibilidades concretas de realización de sentidos y valores. (Frankl, 1987, 1992, 2014)

Autocomprensión axiológica prerreflexiva como intuición o captación preconceptual e inmediata de posibilidades de realización de sentidos en cada situación (Frankl, 1987, 1992, 2014)

Conciencia reflexiva como racionalización o reflexión secundaria sobre la captación inmediata y prerreflexiva de las posibilidades concretas de realización de sentidos y valores (Frankl, 1987).

Orientación axiológica múltiple o paralela en la que varios valores y áreas de la vida ocupan lugares importantes aportando estabilidad, sensación de seguridad y plenitud de sentido (Lukas, 2003).

Ampliación general de la orientación de sentido (Lukas, 2003, 2006a)

Deseo paradójico como parte de la técnica de intención paradójica que implica distanciarse y cambiar con ironía o humor el temor neurótico y/o la angustia de expectación por el deseo de que suceda lo que se teme, para de esta forma romper el círculo vicioso que mantiene los síntomas temidos (Frankl, 1987, 1992, 2014)

CONDUCTA MANIFIESTA

¿Qué patrones y variedad de comportamientos realiza la persona y cómo se relaciona con estos?

Acciones comprometidas (ACT)
 Acción opuesta al impulso (DBT)
 Activación conductual (BA)
 Resolución de problemas (PST)
 Entrenamiento en habilidades sociales (CBT)

Responsabilidad como capacidad de decidir por sí mismo, dar respuesta a la vida y comprometerse con la realización de valores haciéndose cargo de sus acciones y existencia (Frankl, 1987, 2012)

Capacidad de oposición o antagonismo psicoonético facultativo como capacidad de distanciarse y resistir u oponerse a los condicionamientos psicofísicos y las circunstancias sociales pudiendo actuar orientado por la realización de valores o sentidos en lugar de dejarse llevar por estos (Frankl, 1987, 1992, 2014)

Autotrascendencia como orientación fundamental de la existencia humana hacia la realización de valores o el cumplimiento de sentidos que van más allá de sí mismo o del mero interés personal (Frankl, 1987, 1992, 2012)

Realización de sentidos por medio de lo que se da al mundo (*valores de creación*), lo que se toma de él (*valores de experiencia*) y/o la postura y forma en que se afrontan los sufrimientos inevitables, la culpa y la muerte o transitoriedad de la vida (*valores de actitud*) (Frankl, 1987, 1992, 2012)

* Ver nota al pie de la tabla anterior (tabla 1)

con grandes afinidades y propuestas de abordaje equiparables respecto de la Logoterapia. En esta línea se ha destacado la afinidad entre por un lado el *autodistanciamiento* y la *auto-trascendencia*, dos conceptos antropológicos centrales en la Logoterapia y por el otro los términos *aceptación* y *compromiso* de ACT respectivamente (Pérez-Álvarez, 2001, 2014). En este sentido es llamativo que el nombre inicial de ACT era "distanciamiento comprensivo" (Zettle, 2005). A su vez, resulta también clara la afinidad respecto a la Derreflexión, que consiste en una técnica para modificar el impacto de la hiperreflexión, no centrada en el cambio de los contenidos de los pensamientos, sino en dejar de huir o luchar con los síntomas, no actuando identificado con los pensamientos, sino orientando la atención y la conducta en otra dirección (ver Pérez-Álvarez, 2001, 2014 cf. Frankl, 1987, 1992, 2014, 2018).

Por otra parte, como se puede observar en la figura 11 correspondiente a la Logoterapia, por la gran multiplicidad de procesos y conceptos propuestos por este enfoque se pudieron incluir varios de estos, aunque no fue posible incluirlos a todos.

Ejemplo de Formulación de caso clínico

En esta sección se presentará una breve reseña de un caso clínico seguido de lo cual se ejemplificará como se podría formular utilizando conceptos y procesos de la Logoterapia articulados en el marco organizativo de red del EEMM. Se cambiaron algunos detalles menores sin mucha relevancia clínica para resguardar el anonimato. Aunque una formulación de caso basada en el EEMM requiere incluir tanto

las fortalezas como las debilidades relevantes en el repertorio de conductas o respuestas de una persona, en este ejemplo solo incluirán los procesos desadaptativos. Se eligió este caso clínico como ejemplo por la variedad de dimensiones y procesos implicados.

Un joven de 16 años al que llamaremos MC llega a consulta por pedido de sus familiares (abuelos por parte de la madre fallecida) y por solicitud de los directivos del colegio secundario de educación agraria con internado en zona rural en una provincia en el centro-este de Argentina, al que asiste y donde reside hace unos 6 meses. De acuerdo con las entrevistas mantenidas con el joven, sus familiares y el personal del colegio, en diversas ocasiones MC ha mencionado que no tiene razones para seguir viviendo, que se siente solo, que no se siente querido por sus familiares, que nada lo motiva, que su vida no tiene sentido, que "es depresivo" y que no se siente integrado ni satisfecho con los vínculos con sus compañeros. Sus principales preocupaciones y demandas en la entrevista son sentirse mejor y lograr tener y mantener un vínculo de amistad con sus pares. Al ser consultado por su historia de vida refiere casi sin manifestar emociones, el suicidio de su madre tres años atrás, y un pasado caracterizado por la inestabilidad y los cambios constantes, de manera que menciona que sintió alivio cuando falleció su madre, la cual según le habrían explicado padecía un trastorno bipolar. MC no tiene ni tuvo contacto con su padre en ninguna etapa de su vida. En distintos momentos ha recibido atención psicológica. Respecto a estas experiencias menciona que los psicólogos lo escuchaban y lo hacían dibujar, pero "no le decían nada", "solo les impor-

taba cobrar la consulta”, “como si no les importara lo que me pasaba”.

En lo referido a su situación actual desde el colegio secundario mencionan que su compromiso y adherencia a las actividades escolares y extraescolares ha ido mermando desde su ingreso a inicios del corriente año. Ante su inestabilidad, enojos frecuentes, demandas y resistencia desde los distintos espacios de la institución informan que han tendido a flexibilizar las normas y los requerimientos. En diversas ocasiones se ha mostrado irritable, con episodios de ira o enojo intenso y trato agresivo hacia sus pares, referentes institucionales y familiares. En el aula los docentes mencionan que busca constantemente hablar y ser el centro de la clase, a veces discutiendo con estos cuando no validan o concuerdan con su opinión. En esos momentos, es frecuente que, puesto a que lo religioso es algo muy presente en su vida, exprese su enojo y resentimiento hacia Dios. No obstante, todo esto se alterna con otros periodos donde presenta un afecto intenso hacia algunos de sus pares y adultos con una alegría, optimismo y fe en Dios también intensos pero frágiles. En esos momentos su forma de interactuar con sus pares y adultos es más positiva y es menos probable que surjan conflictos. Posiblemente estos sean los momentos en que mejor se siente.

Al ser consultado y de acuerdo con las situaciones que menciona en las entrevistas se observa que es habitual que en lo referido a los vínculos interpersonales esté preocupado, pensando frecuentemente y pendiente de cualquier tipo de señal real o imaginaria de aprobación o desagrado por parte de sus pares y

adultos significativos. En este marco, en su búsqueda y reclamo explícito de afecto y atención ha tendido a ser percibido como muy intenso e invasivo por la mayor parte de sus compañeros, mostrándose impaciente, agresivo y entrando en escaladas de mutuas agresiones verbales con sus pares cuando no lo consigue. Manifestando a su vez en diversos momentos una actitud despectiva e irrespetuosa con los docentes y demás miembros del personal del colegio cuando no acceden a sus demandas.

En este contexto menciona reiteradamente que está cansado de sentirse mal (triste, enojado o angustiado), que lo único que quiere es ser feliz pero que no tiene ningún vínculo con nadie, amigo o familiar, que lo satisfaga y haga que su vida valga la pena. La preocupación por la aceptación e interés de los demás y la preocupación por “sentirse bien” son temas recurrentes, casi obsesivos, en su diálogo con compañeros, familiares y docentes. No muestra un interés genuino ni duradero por nada que no sea “sentirse bien” y tener vínculos intensos de amistad. Al ser consultado respecto a los motivos por los que considera que no logra tener vínculos significativos con sus pares y sentirse como desea menciona que es por la vida y experiencias que le tocó pasar, reclamando que su vida fue y sigue siendo muy injusta, que no le suceden buenas cosas y que no tiene suerte en encontrar personas que lo quieran.

Por otra parte, al ser consultado por hábitos de estilo de vida y problemas médicos actuales refiere tener intolerancia a la lactosa, llevar un estilo de vida sedentario y pasar mucho tiempo mirando videos y utilizando aplicaciones con el celular, durmiéndose muy tarde en al-

gunas ocasiones. Los momentos en los que se incrementan las demandas escolares, las complicaciones respecto a la provisión de alimentos apropiados de su gusto, los descuidos en la alimentación y los síntomas gastrointestinales que esto le produce parecen tornarlo más vulnerable o predispuesto a estar irritable, ansioso y/o desanimado. Algo similar sucede los días posteriores a las noches en que se queda hasta tarde usando el celular y que concurre a clases habiendo dormido pocas horas.

En lo referido a su comportamiento y actitudes durante los encuentros MC se muestra muy pendiente de las actitudes, gestos y reacciones del terapeuta sobre todo cuando habla de sus dificultades o describe situaciones vividas. A su vez, en algunas sesiones se muestra muy afectuoso y agradecido, evidenciando una idealización del terapeuta e indagando o haciendo muchas preguntas sobre la vida personal de este, que, en principio no parecen estar relacionadas con los temas tratados en las sesiones. Mientras que en otros momentos se muestra frustrado y molesto con este, le pregunta “¿yo te importo?”, le dice “vos no me querés” y reclama por no sentirse mejor.

En la tabla 3 se organiza y amplía la información recopilada respecto a las experiencias y procesos con relevancia clínica de MC teniendo como base las dimensiones y niveles del EEMM, y recurriéndose para ello a formulaciones y propuestas de análisis de la Logoterapia.

A continuación, se incluye un modelo de red preliminar donde se organizan y representan los procesos desadaptativos descriptos anteriormente. Se destaca el carácter preliminar e hipotético del modelo de red construido,

puesto a que se partió de la información obtenida en las entrevistas con MC, sus familiares y el personal del colegio, pero no se cuenta con resultados de evaluaciones reiteradas y prolongadas en el tiempo respecto a los cambios en los procesos implicados y el tipo de relación que mantienen entre sí, lo cual permitiría respaldar o no la presencia de estos patrones y sumar otros elementos. Para el diseño de este tipo de evaluaciones longitudinales desde la perspectiva de la Logoterapia se podría tener como referencia algunos instrumentos adaptados al español basados en el enfoque de Frankl con buenas propiedades psicométricas como el *Purpose-In-Life Test* (PIL) o su versión abreviada (ver García-Alandete et al., 2013; Rubio-Belmonte et al., 2022). Como también otros instrumentos construidos desde otras perspectivas que permitan evaluar todas las dimensiones del EEMM, pero que sean coherentes con las propuestas de la Logoterapia, tal como se ha realizado en algunas investigaciones en las que se ha apuntado a operacionalizar e investigar de manera empírica el modelo formulado por Frankl (ver por ej. Joshi et al., 2014; Thir & Batthyány, 2016). No obstante, la finalidad de incluir esta red preliminar en esta sección es únicamente ejemplificar, como un recurso didáctico, como se puede trabajar desde el EEMM con las distintas dimensiones. En ese marco la construcción de redes preliminares se realiza con el propósito de contar con una guía inicial para seleccionar que variables se evaluarán sistemáticamente y cuáles son los procesos más relevantes y susceptibles de cambio sobre los que resulta más conveniente comenzar a intervenir, mientras se continúa

Tabla 3
Procesos desadaptativos

Dominios	PROCESOS DESADAPTATIVOS	
	Variación	Selección
<p>APECTIVO</p> <p><i>¿Qué emociones experimenta la persona y cómo se relaciona con ellas?</i></p>	<p>No distanciamiento y actitudes secundarias ante las emociones originarias: MC alterna entre el enojo, la angustia y la desesperación ante las emociones negativas que experimenta y periodos breves de sobrevaloración y entusiasmo cuando experimenta emociones positivas.</p> <p>Intolerancia emocional y actitud rígida de protesta ante los padecimientos: MC refiere estar cansado y molesto por no sentirse bien y que la vida sea injusta con él.</p> <p>Pasividad y actividad falsa o desacertada: MC tiende a pensar y actuar guiado por los impulsos y emociones que experimenta, centrando la atención en sus emociones y luchando de manera ineficaz o contraproducente con estas o utilizando el celular como forma de evitación o distracción. Buscando a su vez de manera forzada emociones positivas.</p>	<p>Las actitudes secundarias a las emociones incrementan el malestar haciéndolo más difícil de tolerar.</p> <p>Los momentos en que se siente mejor le resulta más fácil vincularse con los demás lo que refuerza las conductas de lucha o huida de las emociones negativas y de búsqueda de emociones positivas que incluso cuando no son efectivas a mediano o largo plazo le generan posiblemente un leve alivio y sensación de coherencia a corto plazo.</p>
<p>ATENCIONAL</p> <p><i>¿Dónde queda puesto el foco de atención de la persona y cómo trata de regularla?</i></p>	<p>Hiperreflexión, autorreferencia existencial neurótica y observación forzada de los demás: MC mantiene la atención de manera forzada y constante en dos asuntos: 1) Sus emociones o estado de ánimo 2) La aceptación o rechazo por parte de sus pares, adultos cercanos y terapeuta.</p>	<p>Mantener la atención centrada en esos temas puede darle una falsa sensación de control al estar "ocupándose" de los problemas, ya sea repasando y aprendiendo del pasado, buscando una solución o anticipando y evitando eventos futuros. El uso exitoso de esta estrategia en otros asuntos o áreas de la vida puede reforzar esta conducta y respaldar la creencia de lo apropiado de su realización, aunque aquí no le resulte efectiva.</p>
<p>COGNITIVO</p> <p><i>¿Qué pensamientos tiene la persona y cómo se relaciona con ellos?</i></p>	<p>Imágenes devaluadoras e inadecuadas, identificación y no distanciamiento respecto de los pensamientos y/o lucha contra estos: MC alterna entre la identificación con pensamientos negativos recurrentes sobre sí mismo, los demás, la vida y Dios, y la lucha contra estos pensamientos por medio de la adopción rígida de actitudes ilusorias pero frágiles e inadecuadas que por momentos niegan las dificultades y exageran los logros.</p>	<p>Las situaciones de conflicto y la falta de vínculos significativos parecen confirmarle las creencias negativas dando la sensación de que estas tienen poder explicativo y brindan una comprensión adecuada de lo que le sucede.</p> <p>Por otra parte, la lucha contra las creencias negativas y la adopción de actitudes ilusorias, aunque inadecuadas y de corta duración, parecen a corto plazo aliviar el malestar e incrementar las emociones positivas. Lo cual a su vez facilita provisoriamente las relaciones interpersonales, lo que incrementa su anhelo de tener este tipo de creencias, a la vez que hace que se muestre resistente o irritable si le señalan lo inadecuado o ilusorio de estas.</p>

... / ...

... / ...

YO (SELF)

¿Qué sentido, perspectiva, sentimientos o concepto respecto de sí misma experimenta la persona y cómo se relaciona con estos?

Yo fáctico, identificación del yo con los síntomas, fatalismo neurótico respecto al modo personal de ser y configuración externa: MC se percibe o identifica con algunos de sus síntomas "soy depresivo", a la vez que por momentos tiende a ver su modo de ser y actuar como algo fuera de su control y responsabilidad, resultado de sus circunstancias e historia desfavorable y traumática.

La reiteración de las emociones negativas posiblemente favorece la identificación con estas como característica personal. A su vez, la falta de vínculos satisfactorios y las situaciones de agresiones verbales mutuas con pares parecen respaldar un concepto negativo de sí mismo, mientras que atribuir ambas dificultades a factores que están fuera de su control puede aliviar o hacer menos doloroso todo esto.

MOTIVACIONAL

¿Qué patrones y variedad de motivaciones tiene la persona y cómo se relaciona con estas?

Frustración existencial, idolatrización de un valor y orientación axiológica unilateral: MC refiere que su vida no tiene sentido, que no tiene motivos para vivir, a la vez que no muestra otros intereses aparte de anhelar "sentirse bien" y obtener la aprobación y aprecio de sus pares, reduciendo o haciendo depender su percepción del sentido de la vida de estos únicos dos aspectos.

Hiperintencionalidad y voluntad de placer incrementada: MC presenta un deseo o intención forzada respecto a experimentar emociones positivas como un fin en sí mismo y tener vínculos significativos con pares, que paradójicamente terminan dificultando o imposibilitando la consecución de ambos objetivos.

La sobrevaloración de las emociones positivas como un fin en sí mismo (cultural y socialmente promovido y reforzado) junto con la estrechez y falta de contacto con otros valores rigidizan y exacerban esta motivación, haciendo a su vez que los logros vinculados con otras actividades (escolares, extraescolares y deportivas) no refuercen ese tipo de conductas. A su vez, el hecho de que sus relaciones interpersonales mejoran cuando su estado de ánimo es más positivo parecen dar respaldo o validez explicativa a esta sobrevaloración.

CONDUCTA MANIFIESTA

¿Qué patrones y variedad de comportamientos realiza la persona y cómo se relaciona con estos?

Conductas escapistas y otras manifestaciones de frustración existencial: MC alterna entre no querer y no lograr oponerse o resistirse a actuar de manera impulsiva, actuando de manera intensa o invasiva con sus pares, mostrándose agresivo en las situaciones de frustración, postergando y no cumpliendo sus responsabilidades escolares y extraescolares, pasando mucho tiempo con el celular y no realizando actividades que tengan un interés genuino en otras personas que no implique recibir su afecto o atención.

La motivación intensa de vincularse y la atención o monitoreo constante de los posibles indicios de aceptación o rechazo de parte de los demás, posiblemente interfieren y dificultan su manera de vincularse con los demás, llevando a su vez a que sea percibido como intenso e invasivo, a la vez que lo predisponen a sentirse frustrado y responder de manera agresiva cuando considera que es rechazado o no logra tener el tipo de vínculo que anhela.

DIMENSIÓN BIOFI-SIOLÓGICA

¿Qué patrones de comportamientos biofisiológicamente relevantes (dieta, ejercicio, sueño, enfermedades) tiene la persona y como se relaciona con su cuerpo o salud física?

Intolerancia a la lactosa con consumos esporádico de alimentos contraindicados y problemas gastrointestinales asociados

Estilo de vida sedentario

Descanso inadecuado o insuficiente cuando utiliza de manera prolongada el celular por la noche

Aunque el consumo de alimentos contraindicados puede acarrearle síntomas gastrointestinales desagradables y esto predisponerlo a sentirse irritable, a corto plazo incrementan el disfrute y alivian el malestar.

Aunque el uso excesivo del celular interfiere con el descanso y posiblemente lo tornan más vulnerable o predispuerto para sentirse irritable o desanimado, lo distraen y de esta forma alivian su sensación de malestar

... / ...

... / ...

DIMENSIÓN SOCIO-CULTURAL

¿Qué aspecto y patrones socioculturales (creencias, prejuicios, apoyo social) son relevantes para la persona y como se relaciona con estos?

Padre ausente y crianza a cargo solo de la madre caracterizada por la inestabilidad y las mudanzas.

Trastorno bipolar y suicidio de la madre

Historia de tratamientos psicológicos anteriores percibidos como inefectivos

Falta de vínculos significativos o satisfactorios con pares.

Conflictos interpersonales con pares y adultos (compañero, familiares y personal del colegio)

Las interacciones, la inestabilidad y el estilo invalidante de su madre durante su infancia, como también su suicidio como forma de dar fin al malestar modelaron y favorecieron las dificultades y procesos desadaptativos.

Cuando actúa de maneras en que es percibido como intenso o invasivo por sus pares y/o cuando actúa de manera agresiva con estos y con los adultos hace que les resulte aversivo interactuar y entablar un vínculo más cercano con él.

Los conflictos y el distanciamiento de los pares y adultos cuando MC experimenta malestar y actúa agresivamente, junto con su proximidad cuando siente emociones positivas favorecen gran parte de sus procesos desadaptativos.

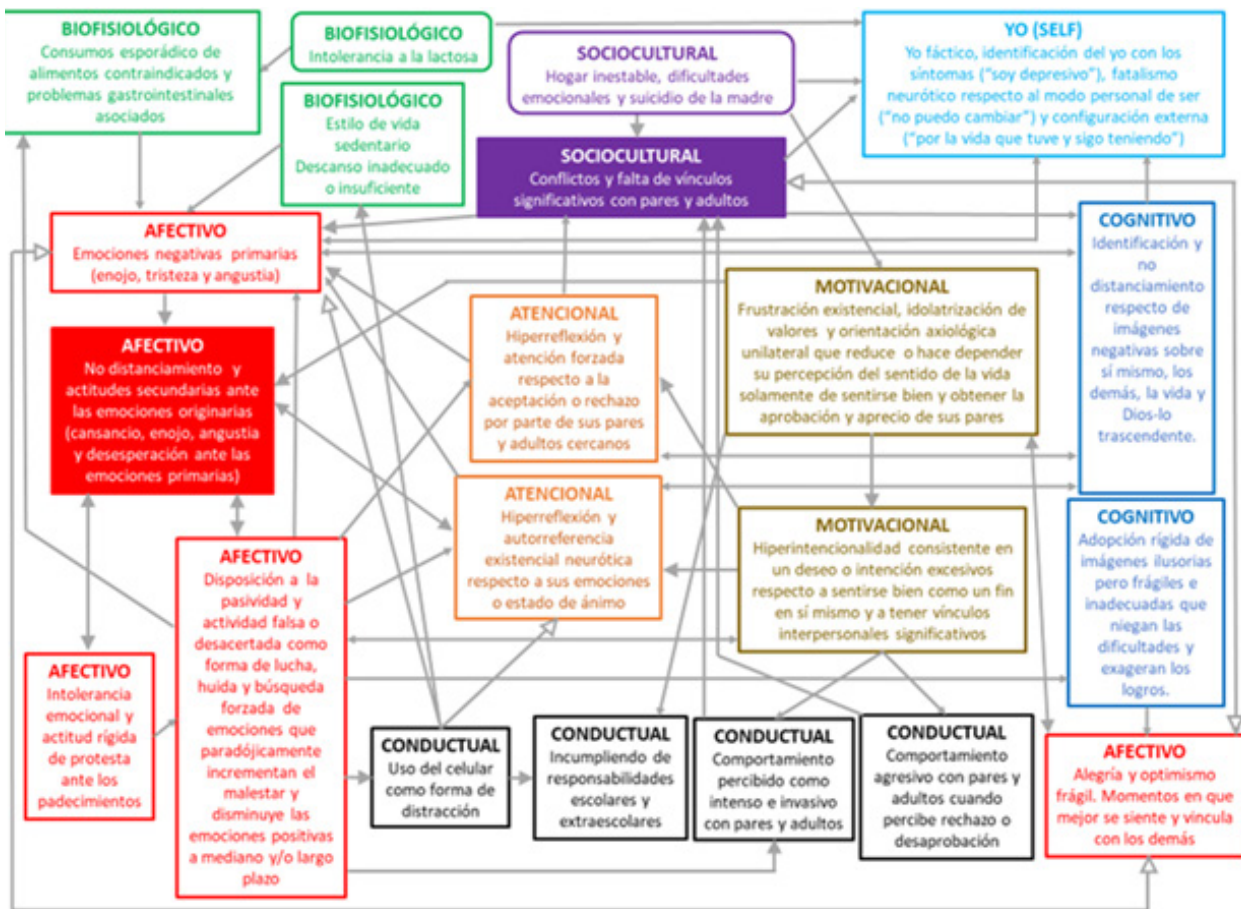


Figura 12. Modelo de red preliminar del caso de MC (figura de elaboración propia)

evaluando repetidamente los procesos de cambio clave. Habitualmente las redes no son tan amplias y no se suele incluir las descripciones y nombres técnicos tan detalladamente.

Por otra parte, se destaca el carácter ideográfico de la red, por lo que en ningún sentido debe entenderse como un modelo general, sino solo como la formulación hipotética de un caso en

un momento y situación particular, realizada a partir de las propuestas de la Logoterapia. En la práctica clínica se pueden presentar casos donde intervengan otras o incluso las mismas variables, pero la relación entre estas, en cuanto a la dirección e intensidad, sea distinta.

Nota: En la figura se puede observar que algunas flechas son de doble punta (*relación compleja*), mientras que otras señalan en una sola dirección (*relación simple*). A su vez algunas tienen una punta más grande que otras para indicar que la influencia, acorde con las hipótesis manejadas sería mayor. A su vez el color de las flechas representa la dirección o sentido de la relación entre los componentes (relleno: relación positiva; transparente: relación negativa o inversa). Los eventos o factores que no son modificables, pero pueden actuar como moderadores de otros procesos, como la historia de vida (inestabilidad, estilo de crianza y suicidio de la madre) y los problemas médicos de tipo crónicos adecuadamente diagnosticados por especialistas (intolerancia a la lactosa), aparecen en rectángulos con bordes redondeados para diferenciarlos de otros eventos o factores que pueden ser modificados. Los dos recuadros rellenos contienen la demanda o pedido inicial de tratamiento de MC. Esto último no suele resaltarse de esa manera en las redes preliminares, sino que es un añadido que se consideró oportuno para este trabajo. Finalmente, desde una perspectiva logoterapéutica intervenciones que promuevan el descubrimiento de nuevas posibilidades de realización de valores, ampliando de esta forma la orientación general de sentido de MC, junto con el distanciamiento, reposi-

cionamiento y abandono de la lucha o huida desacertada respecto de las emociones y las cogniciones, como también el uso de técnicas como la derreflexión como forma de comenzar a apartar la atención de sí mismo para enfocarse en la realización de valores, podrían ayudarlo a tener progresivamente nuevas experiencias que debiliten la retroalimentación de algunas de las subredes desadaptativas. A la vez que podrían promover experiencias que den lugar al surgimiento de nuevas redes de procesos adaptativos.

Discusión

El uso de modelos de red como el EEMM presenta una alternativa al uso tradicional de categorías diagnósticas (DSM o CIE), a la vez que permite analizar y contrastar diversos tipos de abordajes con apoyo empírico e identificar los posibles vacíos conceptuales que estos pueden tener respecto a algunos procesos y las dimensiones que estos implican, motivando de esta forma nuevas líneas de investigación.

Por ejemplo, aunque por la edad de MC sería conveniente postergar el posible diagnóstico de un trastorno de la personalidad, este alcanza a cumplir los 5 criterios requeridos en el DSM-5 para el Trastorno de la Personalidad Límite (ver APA, 2014). De hecho, al momento de escribirse este artículo el joven se encuentra recibiendo tratamiento de parte de un equipo de profesionales en coordinación con la escuela y la familia desde la perspectiva de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), un enfoque terapéutico estructurado, completo

y multidimensional con apoyo empírico para este tipo de trastornos.

No obstante, a diferencia de una etiqueta diagnóstica global como las propuestas en el DSM V, el modelo de red del EEMM tiene el potencial de poder incluir otros aspectos con relevancia clínica e hipotetizar y poner a prueba las posibles relaciones entre los distintos procesos llegando a comprender mejor el surgimiento y mantenimiento de las dificultades o limitaciones singulares de las personas en sus contextos particulares. Abordándose de esta forma la psicopatología o las dificultades de las personas como algo dinámico, que varía en el tiempo, con transiciones entre distintos estados con diferentes grados de patología y salud. Todo ello sin requerir una adherencia y compromiso con tradiciones o modelos completos de terapia.

En este sentido, más allá de las diferencias filosóficas y metodológicas de base, varios de los términos incluidos en el modelo de red utilizado para ejemplificar los procesos conceptualizados en la Logoterapia, tienen conceptos paralelos y funcionalmente similares en DBT, ACT y en otros enfoques.

Se destaca que no hay modelos de terapias que sean totalmente originales y que no hayan sido influidos directa o indirectamente por otros enfoques. Por ello, se considera que, de manera similar a lo que ha ocurrido en el marco de la psicología positiva, la TCC tradicional y otros enfoques, que se han visto enriquecidos por la incorporación, adaptación y comprobación empírica de algunas de las propuestas de la logoterapia, el diálogo entre diversos modelos puede ser muy productivo (ver por ej.

Ascher, 2002; Ascher, Bowers & Schotte, 1985; Ciarrochi et al., 2022; Dietrich et al., 2021; Ellis & Grieger, 1986; Jansson-Fröjmark et al., 2022; Manco & Hamby, 2021; Sharp, Schulenberg et al., 2004; Sharp, Wilson et al., 2004; Schulenberg et al., 2008; Steger, 2022; Vos & Vitali, 2018; Weeks, 2013)

Desde la perspectiva del EEMM no se trata de promover un eclecticismo acrítico. Se vuelve a destacar que hace falta evidencia empírica adicional, a la vez que se señala que algunos términos parecen hacer referencia a procesos similares o superpuestos por lo que resulta fundamental incrementar la precisión y alcance en su formulación. No obstante, como se destacó anteriormente (ver figura 1), aunque muchas veces las presuposiciones filosóficas de los distintos modelos son irreconciliables entre sí, estas no son empíricas sino preanalíticas. Por lo que se presenta ante investigadores básicos y aplicados el enorme desafío de explicar, ordenar y articular de forma coherente y funcional la copiosa evidencia clínica disponible, de forma que se puedan personalizar y optimizar las intervenciones (Blackledge, 2018; Hayes et al., 2012; Hayes & Hofmann, 2018; De Houwer et al., 2018; Hofmann et al., 2021).

El empleo del Metamodelo Evolutivo Extendido como clave organizativa e integradora de los procesos resulta prometedor por cuanto proporciona un lenguaje y un marco común que permite focalizar en los posibles ingredientes más potentes de diferentes intervenciones y la manera en que estos podrían ser combinados de manera efectiva para cada persona en su contexto particular.

Referencias

- Ascher M., Bowers M., & Schotte D. (1985). A review of data from controlled case studies and experiments evaluating the clinical efficiency of paradoxical intention. En Weeks G. (Ed). Promoting change through paradoxical therapy (pp. 216–250). Homewood, Ill.: Dow Jones–Press.
- Ascher, L. M. (2002). Paradoxical intention. En Hersen, M. E., & Sledge, W. E. (2002). *Encyclopedia of psychotherapy*, Vol. 2: IZ. Academic Press, pp. 331-338
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana
- Barlow, D., Faarchione, T., Fairholme, C. Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. Manual del terapeuta y Manual del paciente*. Alianza Editorial.
- Batthyány, A., & Guttmann, D. (2005). *Empirical research in logotherapy and meaning-oriented psychotherapy: An annotated bibliography*. Zeig, Tucker & Theisen, Incorporated.
- Batthyány, A., & Lukas, E. S. (2022). *Logoterapia y análisis existencial hoy*. Herder Editorial.
- Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 42, 537–546. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0204-1>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*, 40(3), 291-301. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.08.001>
- Blackledge, J. T. (2018). Cognitive Defusion. En S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 362–373). New Harbinger.
- Bunting, K., & Hayes, S. C. (2008). Language and Meaning: Acceptance and Commitment Therapy and the EI Model. In Schneider, K. J. (ed) *Existential-Integrative Psychotherapy: Guideposts to the Core of Practice*, New York/London: Routledge.
- Carr, A. (2020). Evidence for the efficacy and effectiveness of systemic family therapy. In K. S. Wampler, R. B. Miller, & R. B. Seedall (Eds.), *The handbook of systemic family therapy: The profession of systemic family therapy*, (pp. 119-146). Wiley Blackwell <https://doi.org/10.1002/9781119438519.ch6>
- Carr, A., Pinquart, M., & Haun, M. W. (2020). Informed Practice of Systemic Therapy. In M. Ochs, M. Borcsa, & J. Schweitzer (Eds.), *Systemic research in individual, couple, and family therapy and counseling* (pp. 319-347). Springer, Cham.
- Ciarrochi, J., Hayes, S. C., Oades, L. G., & Hofmann, S. G. (2022). Toward a unified framework for positive psychology interventions: Evidence-based processes of change in coaching, prevention, and training. *Frontiers in psychology*, 12, 6374. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2021.809362>
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective of social phobia. En W. Crozier & L. Alden (Comps.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). Wiley.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>
- Day, W. F. (1969). Radical behaviorism in reconciliation with phenomenology. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 12(2), 315. <https://doi.org/10.1901/jeab.1969.12-315>
- De Houwer, J., Barnes-Holmes, D., & Barnes-Holmes, Y. (2018). What is cognition? A functional-cognitive perspective. En S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical*

- competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 129-146). New Harbinger.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 416-436). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n21>
- de los Santos, D. (2022). Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas: Confluencias, complementariedades y divergencias. *Análisis y modificación de conducta*, 47(176), 3-17. <https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.5467>
- Dietrich, N., Estradé, A., & Cruzado, J. A. (2021). Efficacy of Meaning-Centered Psychotherapy in adult patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psicooncología*, 18(2). <https://dx.doi.org/10.5209/psic.77752>
- Ellis, A., & Grieger, R. M. (Eds.). (1986). *Handbook of rational-emotive therapy, Vol. 2*. Springer Publishing Company.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed.)* (pp. 495-538). New York: Wiley
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.192>
- Fabry, D. D. S. (2010). Evidence base for paradoxical intention: Reviewing clinical outcome studies. *International Forum for Logotherapy*, 33(1), 21-29. <https://psycnet.apa.org/record/2010-16141-005>
- Fabry, J. (1978). Aspects and prospects of logotherapy. A dialogue with Viktor Frankl. *The International Forum for Logotherapy*, 1(1), 3-6.
- Fallon, D. (1992). An existential look at B. F. Skinner. *American Psychologist*, 47(11), 1433-1440. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.11.1433>
- Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., Gilbody, S., Torous, J., Teasdale, S., Jackson, S., Smith, L., Eaton, M., Jacka, F., Veronese, N., Marx, W., Ashdown-Franks, G., Siskind, D., Sarris, J., Rosenbaum, S., Carvalho, A., & Stubbs, B. (2020). A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 360-380. <https://doi.org/10.1002/wps.20773>
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D., & Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(27), E6106-E6115. <https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes Bascarán, M.T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J.F., González Pando, D., García Montes, J.M., García, L., Osma, J., Peris Baquero, O., Quilez, A.,... Montoya, I. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Frankl, V. (1977). *La presencia ignorada de Dios: Psicoterapia y religión*. Herder Editorial.
- Frankl, V. (1983). *Psicoanálisis y existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia*. Fondo de Cultura Económica
- Frankl, V. (1987). *El hombre doliente: fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Herder Editorial
- Frankl, V. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis: iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Herder Editorial.
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca del sentido ultimo. El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. PAIDOS
- Frankl, V. (2011). *La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia*. Herder Editorial.
- Frankl, V. (2012). *Fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia*. Herder Editorial.

- Frankl, V. (2014). *La psicoterapia en la práctica clínica: una introducción casuística para médicos*. Herder Editorial.
- Frankl, V. (2016). *Lo que no está escrito en mis libros: Memorias*. Herder Editorial.
- Frankl, V. (2018). *Logoterapia y análisis existencial: Textos de seis décadas*. Herder Editorial.
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2020). *The phenomenological mind. Third Edition*. Routledge.
- García-Alandete, J., Martínez, E. R., & Sellés Nohales, P. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de una versión española del Purpose-In-Life Test. *Universitas Psychologica, 12*(2), 517-530. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-2.efci>
- García-Montes, J. M., & Pérez-Álvarez, M. (2010). Exposition in existential terms of a case of "Negative Schizophrenia" approached by means of Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy, 3*(1).
- Gehrt, T. B., Berntsen, D., Hoyle, R. H., & Rubin, D. C. (2018). Psychological and clinical correlates of the Centrality of Event Scale: A systematic review. *Clinical psychology review, 65*, 57-80. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.006>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35*(11), 991. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greenberg, L. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 16*(2), 106-117. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702>
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(1), 4-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.4>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry, 26*(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Guberman, M., & Pérez Soto, E. (2005). *Diccionario de logoterapia*. Lumen Hvmanitas.
- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press, USA
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism, 12*(2), 99-110. <https://psycnet.apa.org/record/1986-05189-001>
- Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(1), 58-66. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80041-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80041-4)
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). Introduction. En S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 11-16). New Harbinger.
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idiomorphic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy, 104*155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *Journal of the experimental analysis of behavior, 50*(1), 97. <https://doi.org/10.1901%2Fjeab.1988.50-97>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy, 117*, 40-53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual review of clinical psychology, 7*, 141-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hayes, S., Stroschal, K., & Wilson, K. (2014) *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Heidenreich, T., Noyon, A., Worrell, M., & 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%2Fs41811-020-00096-1>
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (Eds.). (2017). *The science of cognitive behavioral therapy*. Academic Press.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science, 7*(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofmann, S. G., Curtiss, J. E., & Hayes, S. C. (2020). Beyond linear mediation: Toward a dynamic network approach to study treatment processes. *Clinical Psychology Review, 76*, 101824. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101824>
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & 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.
- Hughes, S. (2018). The philosophy of science as it applies to clinical psychology. En S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 34–55). New Harbinger.
- Jansson-Fröjmark, M., Alfnsson, S., Bohman, B., Rozental, A., & Norell-Clarke, A. (2022). Paradoxical intention for insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sleep Research, 31*(2), e13464. <https://doi.org/10.1111/jsr.13464>
- Johnsen, T. J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 141*(4), 747–768. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>
- Joshi, C., Marszalek, J. M., Berkel, L. A., & Hinshaw, A. B. (2014). An empirical investigation of Viktor Frankl's logotherapeutic model. *Journal of Humanistic Psychology, 54*(2), 227-253. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0022167813504036>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kanter, J., Busch, A., & Rusch, L. (2009). *Behavioral Activation: Distinctive Features*. Routledge.
- Kvale, S., & Grenness, C. E. (1975). Skinner and Sartre: Towards a radical phenomenology of behavior?. *Duquesne studies in phenomenological psychology, 2*, 38-59. <https://doi.org/10.5840/dspp197526>
- Leahy, R. (2019). *Emotional Schema Therapy*. Routledge
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (2019). The efficacy of psychodynamic psychotherapy: an up-to-date review. En D. Kealy & J. S. Ogradniczuk (Eds.), *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 49-74). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813373-6.00004-0>
- Lewis, M. H. (2016). Logotherapy and existential analysis: A glossary of English terms. *International Forum for Logotherapy, 39*(2), 108–118. <https://psycnet.apa.org/record/2017-22906-007>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Luciano, C., Martínez, O., & Valverde, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista latinoamericana de psicología, 37*(2), 333. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537208.pdf>

- Lukas, E. (1998). *Una vida fascinante: En la tensión entre ser y deber ser. Un libro de Logoterapia*. Colección Noesis San Pablo.
- Lukas, E. (2001). *Paz vital, plenitud y placer de vivir: Los valores de la logoterapia*. PAIDÓS
- Lukas, E. (2003). *Logoterapia: la búsqueda de sentido*. PAIDÓS
- Lukas, E. (2006a). *También tu vida tiene sentido. Logoterapia y salud mental*. Ediciones LAG.
- Lukas, E. (2006b). *Ganar y perder: la logoterapia y los vínculos emocionales*. PAIDOS IBERICA
- Lukas, E. (2007). *El sentido del momento: aprende a mejorar tu vida con logoterapia*. PAIDOS IBERICA
- Lukas, E. (2008). *Viktor E. Frankl. El sentido de la vida*. Plataforma Editorial.
- Manco, N., & Hamby, S. (2021). A meta-analytic review of interventions that promote meaning in life. *American Journal of Health Promotion, 35*(6), 866-873. <https://doi.org/10.1177/0890117121995736>
- McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and psychotherapy research, 11*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.548954>
- Meaney, M. J. (2001). Nature, nurture, and the disunity of knowledge. *Annals of the New York Academy of Sciences, 935*(1), 50-61. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb03470.x>
- Melton, A. M., & Schulenberg, S. E. (2008). On the measurement of meaning: Logotherapy's empirical contributions to humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist, 36*(1), 31-44. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/08873260701828870>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Mullings, B. (2017). *A literature review of the evidence for the effectiveness of experiential psychotherapies*. PACFA.
- Nezu, A., Nezu, C., & D'Zurilla (2013). *Problem-Solving Therapy. A Treatment Manual*. Springer Publishing Company.
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 167*(12), 1456-1463. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040570>
- Pareja Herrera, L. G. (2006). *Viktor Frankl: comunicación y resistencia*. San Pablo. Buenos Aires.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence (Vol. 31)*. Univ of California Press.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la Psicoterapia: Cómo salir. *Papeles del Psicólogo, 41*(3), 174-183. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- Pérez- Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., & Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. 1: Adultos*. Ediciones Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1* (1), 15-33.
- 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>
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica, 101*(1), 46-59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>
- Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research, 26*(2), 241-257. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935830>
- Prevedini, A., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): The foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical

- diseases [versión electrónica]. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*. 33(1A),53-63. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21488484>
- Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior modification*, 27(3), 300-312. <https://doi.org/10.1177/0145445503027003003>
- Rubio-Belmonte, C., Mayordomo Rodríguez, T., & García-Alandete, J. (2022). Psychometric properties of the Purpose In Life-Short Form in the Spanish population. *Journal of Clinical Psychology*, 2022 Nov 23 <https://doi.org/10.1002/jclp.23461>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of contextual behavioral science*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M., Henao, Á. M., Monroy-Cifuentes, A., & Sánchez, P. D. (2020). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy*, 57(3), 444-456. <https://doi.org/10.1037/pst0000273>
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2022). Self-Determination Theory. In: Maggino, F. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_2630-2
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Publications.
- Sanford, B. T., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., Gates, K. M., & Hayes, S. C. (2022). Toward empirical process-based case conceptualization: An idiomorphic network examination of the process-based assessment tool. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.006>
- Schulenberg, S. E., Hutzell, R. R., Nassif, C., & Rogina, J. M. (2008). Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 447-463. <https://doi.org/10.1037/a0014331>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2008). *Terapia Cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Desclée de Brouwer.
- Sharp, W. G., Schulenberg, S. E., Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT): An Initial Comparison of Values-Centered Approaches. *International Forum for Logotherapy*, 27(2), 98-105 <https://psycnet.apa.org/record/2005-07414-006>
- Sharp, W. G., Wilson, K. G., & Schulenberg, S. E. (2004). Use of paradoxical intention in the context of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychological reports*, 95(3), 946-948. <https://psycnet.apa.org/record/2005-07414-006>
- Sheppard, R., Deane, F. P., & Ciarrochi, J. (2018). Unmet need for professional mental health care among adolescents with high psychological distress. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(1), 59-67. <https://doi.org/10.1177/0004867417707818>
- Shepperd, J., Waters, E., Weinstein, N., & Klein, W. (2015). A Primer on Unrealistic Optimism. *Current directions in psychological science*, 24(3), 232-237. <https://dx.doi.org/10.1177%2F0963721414568341>
- Skinner, B. F. (1976). *About behaviorism*. Vintage Books
- Steger, M. F. (2022). *Making Meaning in Life: A Thematic Review of Successful Experimental Psychological and Psychotherapeutic Interventions*. In A. C.-K. Chan, M. F. Steger,

- R. C-F. Chui, N. Y.-F. Siu, S. C. P. Wong Ip & B. Y.-H. Lam (Eds.) *Meaning in Life International Conference 2022-Cultivating, Promoting, and Enhancing Meaning in Life Across Cultures and Life Span (MIL 2022)*. Atlantis Press. (pp. 5-20)
- Stephenson, L., & Hale, B. (2020). An exploration into effectiveness of existential-phenomenological therapy as a U.K. NHS psychological treatment intervention. *Journal of Humanistic Psychology, 60*(3), 436-453. <https://doi.org/10.1177/0022167817719178>
- Thir, M., & Batthyány, A. (2016). The state of empirical research on logotherapy and existential analysis. In A. Batthyány, *Logotherapy and Existential Analysis Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna, Volume 1* (pp. 53-74). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29424-7_7
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism*. Nueva York: Springer.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. Guilford Publications.
- Vos, J. (2018). *Meaning in life: An evidence-based handbook for practitioners*. Bloomsbury Publishing.
- Vos, J., & Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative & supportive care, 16*(5), 608-632. <https://doi.org/10.1017/s1478951517000931>
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 115-128. <https://doi.org/10.1037/a0037167>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E., Fluckiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E, Frost, N. D, Pace BT, ... Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: a critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research, 27*, 14-32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Weeks, G. (2013). *Promoting change through paradoxical therapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203776872>
- Wells, A. (2019). *Terapia metacognitiva para la ansiedad y la depresión*. Desclée De Brouwer.
- Wilson, K. G., Whiteman, K., & Bordieri, M. (2013). The pragmatic truth criterion and values in contextual behavioral science. En S. Dymond & B. Roche (Eds.), *Advances in relational frame theory: Research and application* (pp. 27-47). New Harbinger Publications, Inc.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 1*(2), 77-89. <https://doi.org/10.1037/h0100736>