

**Aportes de la Terapia Cognitivo-Narrativa en el Fortalecimiento de la Alianza Terapéutica  
con un Adulto Joven**

Lina María Cobaleda Varón<sup>1</sup>

Laura Piza Rojas<sup>2</sup>

Diana Lucía Romero Leitón<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Psicóloga de la Universidad Antonio Nariño de Pereira; Aspirante a grado de la Especialización de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Pereira. Profesional Especializada en Audifarma S.A.; Correo: lina.cobaleda@ucp.edu.co

<sup>2</sup> Psicóloga de la Universidad de San Buenaventura Cali. Aspirante a grado de la especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Pereira. Psicóloga del Jardín Infantil Mentas Psicodinámicas de Cali. Correo: laura.piza@ucp.edu.co

<sup>3</sup> Magister en Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia, de la universidad CES de Medellín; Psicóloga de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD, CEAD Pasto; Aspirante a grado de la especialización en psicología clínica, de la Universidad Católica de Pereira. Docente Orientadora de la I.E Carlos Eduardo Vasco de la ciudad de Pereira. Correo: diana.romero@ucp.edu.co

## Tabla de contenido

<b>Resumen</b> .....	4
<b>1. Introducción</b> .....	6
<b>2. Método</b> .....	16
<b>2.1 Evaluación, Diagnóstico e Intervención</b> .....	16
<i>2.1.1 Evaluación</i> .....	16
<i>2.1.2 Diagnóstico</i> .....	18
<i>2.1.3 Intervención Terapéutica</i> .....	21
<b>3. Análisis de la Información</b> .....	25
<b>4. Discusión</b> .....	32
<b>5. Conclusiones</b> .....	35
<b>6. Referencias</b> .....	37

### **Lista de tablas**

Tabla 1. Técnicas narrativas en psicoterapia .....	14
Tabla 2. Correlación entre las características de la alianza terapéutica y la dinámica de la intervención psicoterapéutica cognitivo-narrativa.....	26

### **Resumen**

El presente artículo expone los resultados de un estudio de caso único, que tiene como objetivo ilustrar y analizar cómo la aplicación de la psicoterapia cognitivo-narrativa aporta a la consolidación de la alianza terapéutica. El caso se refiere a una consultante adulta joven con diagnóstico de trastorno de ansiedad especificado, que recibió psicoterapia cognitivo-narrativa. Si bien es cierto se proporcionan detalles sobre la evaluación clínica, los objetivos terapéuticos y las técnicas de intervención utilizadas, este artículo no profundizará en las transformaciones terapéuticas, sino más bien se enfocará en la consolidación de la alianza terapéutica a partir del uso de las técnicas cognitivo-narrativas. El análisis de la información se realiza utilizando una matriz cualitativa que incluye categorías relacionadas con la alianza terapéutica y el impacto de la terapia cognitivo-narrativa. Los resultados del estudio de caso proporcionan información valiosa sobre cómo la terapia cognitivo-narrativa puede fortalecer la alianza terapéutica.

**Palabras clave:** Alianza terapéutica, terapia cognitivo-narrativa, trastorno de ansiedad.

### **Abstract**

This paper exposes the results of a single case study that has the objective of illustrating and analyzing how the application of cognitive-narrative psychotherapy contribute to the consolidation of the therapeutic alliance. The case refers to a young adult consultant with a diagnostic of specified anxiety disorder, who received cognitive-narrative psychotherapy. Although details are provided on the clinical evaluation, the therapeutic objectives and the intervention techniques used, this paper will not focus on the therapeutic transformations, but instead it will focus on the consolidation of the therapeutic alliance based on the use of cognitive-narrative techniques. The analysis of the information is made by using a qualitative matrix that includes categories related to the therapeutic alliance and the impact of cognitive-narrative therapy. The results of the case study provide useful information on how cognitive-narrative therapy can strengthen the therapeutic alliance.

**Keywords:** Therapeutic alliance, cognitive-narrative psychotherapy, anxiety disorder.

## 1. Introducción

En psicología existen cuatro grandes modelos teóricos para el abordaje clínico: el humanismo, el cognitivismo, el comportamental y el psicoanálisis, los cuales son independientes uno del otro, cada uno tiene su propio objeto de estudio claramente delimitado, así como un marco conceptual epistemológico y condiciones metodológicas para abordarlo. Es importante hacer esta precisión puesto que dentro de dichos modelos no se incluye el cognitivo-conductual, al ser un modelo que epistemológicamente se denomina un eclecticismo pragmático, Vargas, S. (2001), citando a Zarzosa (1991) define éste como “la aplicación simultánea e indiscriminada de técnicas provenientes de diversas teorías, todas bajo el criterio de a mayor número de variables, alguna a de funcionar” (párr. 16).

Esto significa que el modelo cognitivo-conductual surge a partir de la combinación de dos modelos teóricos en psicología; la aproximación cognoscitiva y la conductual, identificada esta última con la teoría del condicionamiento, ambos como modelos teóricos unitarios son solventes epistemológica, teórica y metodológicamente. De acuerdo con Vargas, S. (2001), citando a Mahoney (1974) “la mezcla cognitivo-conductual surgió como resultado de no considerarse, dentro del análisis experimental de la conducta, el papel de los eventos privados; los sentimientos y los pensamientos” (párr. 7). Para Vargas, S. (2001), citando a Kazdin (1978)

El hecho puede deberse, entre otras cosas, al papel que juegan los procesos de pensamiento en el control de la conducta, los cuales además habían sido evidenciados en las investigaciones llevadas a cabo en ciencia básica por algunos psicólogos conductistas (párr.7).

Por otro lado, más centrado en la práctica terapéutica, Según Vargas, S. (2001), citando a Beck (1989 - 1990) sugirió que:

Dicha aleación obedece tanto a las limitaciones del modelo conductual, en el cual no se toman en cuenta los aspectos cognitivo y afectivo de las personas, como a las semejanzas que guardan las prácticas terapéuticas de ambas posturas cuando son comparadas con las de la aproximación psicodinámica (párr. 7).

En este orden de ideas, el modelo cognitivo-conductual intenta realizar una amalgama de las técnicas de ambos modelos, cambiando su estructura en sí mismo, por ende puede considerarse que éste presenta una inconsistencia epistemológica, aun así tradicionalmente se le ha atribuido un carácter científico, el cual se valida según Daset, L. y Cracco, C. (2013), citando a Chambless et al., (1996); Chambless & Ollendick (2000) a través de la recopilación de “la mayor y mejor información en formato de pruebas –evidencia- que avale una forma específica de intervención en salud mental y en psicología, para el caso” (p. 210). Esto es lo que se conoce como psicología basada en la evidencia.

Entendiendo la existencia de dicha disyuntiva entre lo cognitivo y lo conductual, este artículo apela a la rigurosidad epistemológica de la vertiente cognitiva, cuyas técnicas son legítimas de usarse en el modelo cognitivo-conductual, específicamente desde la perspectiva cognitivo-narrativa, propuesta por Oscar F. Gonçalves a mediados de la década de 1990 como aquella que según Quinatoa, V. & Vaca, E. (2015), citando a Goncalves, O. (2002) “lleva al cliente a construir, en el devenir de su interacción con el terapeuta en su comunidad conversacional, una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significación” (p. 9).

Adicionalmente, García, J. (2012), citando a Gonçalves (2002) plantea que:

Vivir narrativamente supone explorar múltiples narrativas del presente, el pasado y el futuro, enriquecer estas narrativas con procesos y actitudes que muestren la

multipotencialidad de cada instante episódico de nuestro pasado y construir un sentido de conexión intra- e internarrativas (p. 135).

Es decir, según García, J. (2012) “considera que una narrativa adecuada debe tener altos grados de las tres dimensiones que la constituyen: contenido (ser politemática), proceso (tener complejidad) y estructura (ser coherente)” (p. 135).

Es importante mencionar que “las narrativas también se han usado en otros enfoques terapéuticos, como el psicoanalítico (Luborsky), los experienciales (Greenberg), los sistémicos (Sluzki) o los cognitivos (Russell)” (García, 2012, p. 37). Como complemento a dicho argumento García, M. (2012), citando a Fernández Liria (2001) indica que:

Las narrativas son un concepto de integración en psicoterapia. Las narrativas de los clientes, por su naturaleza relacional (son contadas a otros o a uno mismo) y afectiva (transmiten sus motivaciones, intereses y emociones), pueden servir como elemento básico de trabajo en psicoterapia; de hecho, cualquier terapeuta trabaja con la experiencia, es decir, con la historia, de su cliente (p. 37).

Es importante clarificar, que el modelo cognitivo-conductual orientó el desarrollo de la práctica clínica realizada en el Centro de Atención Psicológica - CAPSI de la Universidad Católica de Pereira, sin embargo, la intervención terapéutica con técnicas cognitivo-narrativas, aunque no sean ampliamente usadas en el modelo antes mencionado, no carecen de legitimidad en su implementación.

Esta afirmación se sustenta, en primer lugar, porque la terapia cognitivo-narrativa posee coherencia epistemológica, teórica y técnica dentro del modelo cognitivo como parte de la amalgama cognitivo-conductual, por tanto, resulta viable aplicar este tipo de terapia en el plan de

intervención del caso abordado en el presente artículo, así como, formular el caso con base en una metodología propia del modelo cognitivo-conductual, denominada formulación clínica conductual de Novoa, M. y Muñoz, A. (2010).

En segundo lugar, la elección de la terapia cognitivo-narrativa se justifica en la intervención de los trastornos de ansiedad, ya que estos son caracterizados según Schaefer, H., & Rubí, P. (2015), citando a García F. (2013) por la “evaluación negativa de sí y una visión pobre sobre la propia gestión en el ambiente” (pp. 40-41) que genera según Schaefer, H., & Rubí, P. (2015), citando a Beck A, Clark D. (2012) un “sentido de insuficiencia o incapacidad respecto de la apreciación de los propios recursos para hacer frente a las situaciones amenazantes” (p. 41) (...) de acuerdo con Schaefer, H., & Rubí, P. (2015) “lo anterior está muy relacionado con aspectos socio-culturales ya que no es difícil imaginar la ligazón que el sentido de insuficiencia pueda tener con discursos dominantes disponibles en nuestra cultura” (p. 41).

En este sentido la terapia cognitivo-narrativa puede resultar pertinente para la intervención de los trastornos de ansiedad, puesto que tiene en cuenta el abordaje de “los planos relacionales, de la identidad, de la temporalidad y los relatos implicados” (White, 1994, p. 38) en donde el consultante asume un rol de experto y despliega sus propios recursos, dado que la psicoterapia según Rendón, L. (2015) citando a Gold, A. (2006) se constituye en “una forma de abordaje que utiliza fundamentalmente la palabra para definir y resolver determinada problemática”, por tanto, si “el rediseño de la experiencia se da por la palabra, la terapia narrativa es en casos de ansiedad la reconstrucción del relato dominante en uno más favorable” (Rendón, 2015).

En tercer lugar, las intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales con adultos jóvenes podrían tener algunas barreras, relacionadas en primera instancia, porque desde la perspectiva conductual los terapeutas según Arango, A. & Moreno, M. (2009):

No abordan la relación terapéutica como un fenómeno específico y posiblemente esto explique por qué solo se preocupan por resaltar algunos factores propios del terapeuta que son indispensables para el establecimiento de la alianza, y por ende, para el éxito de la terapia (p. 137).

Por último, el rol del terapeuta desde este enfoque, tiende a ser discursivo, directivo y estructurado, mediante la implementación de técnicas que dependen de manuales y protocolos estandarizados que se aplican discriminadamente a todos los consultantes, aspecto que podría limitar la adherencia al tratamiento generando un impacto en la alianza terapéutica, la cual se sostiene sobre la base de que la “relación empática y cálida influye positivamente en la psicoterapia y es un factor indispensable para establecer una relación de confianza y apertura que da paso para establecer ambientes propicios y alcanzar los resultados esperados en la terapia” Montoya, C. Salinas, S. y Ramírez, N. (2020), citando a Etchevers, et. al. (2012).

Con base en lo hasta aquí expuesto, el objetivo principal del presente artículo es examinar de qué manera las técnicas cognitivo-narrativas contribuyen a fortalecer la alianza terapéutica, sin dejar de lado el efecto colateral que se pueda suscitar en los resultados de la intervención psicoterapéutica.

En este contexto, resulta imperativo esclarecer que el objeto de análisis de este estudio se centra en la consolidación de la alianza terapéutica, entendida según González, A. (2005), citando a Bordin (1979) como “el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas

relaciones que pretenden inducir un cambio” (p. 13), en este sentido, las transformaciones terapéuticas o modificaciones en los diversos tipos de respuestas manifestadas por la consultante, ya sean de índole cognitiva, afectiva, somática o conductual, no se constituyen en el foco de interés del presente estudio.

Dando continuidad al aspecto relevante que refiere a la alianza terapéutica, Arredondo, M. y Salinas, P. (2005), citando a Horvath y Symonds (1991); Santibáñez (2001) sustentan que, ésta “recoge el elemento colaborador de la relación entre paciente - terapeuta y que toma en cuenta las capacidades de ambos para negociar un contrato apropiado para la terapia” (p. 17). En la medida en que se va construyendo dicha relación, el consultante siente el espacio terapéutico como seguro, flexible y ajustado a sus necesidades, permitiéndole el despliegue de sus recursos personales y la libre expresión de sus sentimientos, los cuales se entrelazan con los del profesional y nace el interés en “distanciarse de sus problemas y concebirlos como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales” (Payne, 2002, p. 27).

En contraste a ello, la terapia cognitivo-narrativa establece que terapeuta y consultante son co-creadores de nuevas narrativas que surgen “a través de un trabajo conjunto entre dos personas, la que demanda o cliente y la que provee la técnica para el cambio, el terapeuta” (García, 2012, p. 35) promoviendo un espacio de conexión y empatía, basado en la escucha, comprensión y motivación al cambio.

A su vez, las narrativas son experiencias reflexivas, identitarias, participativas y significativas que una vez emergen se movilizan al plasmarse como relato terapéutico en pasado, presente y futuro, de acuerdo con Beltrán, I. & Villa, V. (2017), citando a White (2007) “si el nuevo relato le aporta positivamente al consultante, ha de guiar a formas de actuar distintas a las

anteriores y definirá modificaciones en las relaciones del consultante” generando mayor empoderamiento y autonomía al ser agente de su crecimiento personal.

Son precisamente estos aspectos, los que favorecen la alianza terapéutica a través de las técnicas cognitivo-narrativas, las cuales pueden desempeñar un papel importante en la construcción y fortalecimiento de ésta. En este sentido, González, A. (2005), citando a Bordin (1979) plantea que la formación de la alianza terapéutica incluye la presencia de tres componentes o dimensiones:

1. El vínculo abarca una compleja red de nexos personales positivos entre paciente y terapeuta, cuya calidad determina el tono emocional que el paciente tiene del terapeuta y que incluye aspectos tales como la empatía, la confianza mutua y la aceptación (...)

2. Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia, es decir, el mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica.

3. Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar, intrínsecamente relacionadas con la psicoterapia que se esté llevando a cabo.

Por otra parte, el artículo tendrá en cuenta las siguientes características de la alianza terapéutica, tomando como base lo propuesto por Arredondo, M. & Salinas, P. (2005), citando a Mahoney y Freeman (1988), las cuales se describen en el texto de los autores como “exigencias”, a saber:

1. La aceptación del vínculo y su mantenimiento, como el contexto propicio para el trabajo terapéutico, con las restricciones que señale el encuadre.

2. El acuerdo de metas psicoterapéuticas generales que orientan el proceso de la psicoterapia y que le otorgan un marco de referencia.

3. La condición de que el resultado de la psicoterapia es una responsabilidad compartida entre paciente y terapeuta. Esto supone la aceptación de tareas y responsabilidades que abarcan desde los aspectos formales, hasta la disposición del paciente para exponer contenidos íntimos o perturbadores.

4. El “enfoque crédulo” mutuo propuesto por Kelly (1955), en que el terapeuta confía en la espontaneidad y honestidad de su paciente, y por su parte, el paciente confía en la idoneidad, buen criterio y disposición permanente del terapeuta hacia él.

5. La actitud de explicación permanente, que por parte del terapeuta implica la asociación de los acontecimientos del proceso terapéutico con los referentes teóricos y metateóricos del sistema de conocimiento, para formular hipótesis acerca del funcionamiento del paciente, y por parte del paciente, implica encontrar explicaciones e interpretaciones que se ajusten a sus propios procesos de funcionamiento y que le permitan disminuir su sintomatología.

6. La actitud de exploración por parte del terapeuta acerca de los contenidos relatados y en curso del paciente, para no perder de vista el referente de los datos concretos en desmedro de las hipótesis teóricas. Las explicaciones teóricas y las interpretaciones que el terapeuta haga de su paciente deben estar siempre sometidas al contraste con la experiencia y los hechos. Por parte del paciente, la actitud de exploración se refiere a la constante apertura y disposición para indagar o revisar su propia existencia.

Son estas características de la alianza terapéutica las que pueden fortalecerse mediante la implementación de técnicas cognitivo-narrativas, cuyo valor no patologizante del problema

psicológico, permite el cuidado y mantenimiento del vínculo, la orientación libre y decidida del consultante frente a su proceso de autodescubrimiento y autoafirmación, puesto que según García, J. (2012) “en terapia narrativa son los significados e implicaciones atribuidos al síntoma y no la categorización diagnóstica aquello sobre lo que hay que trabajar. Es decir, si hay una psicopatología, esta debe entenderse en términos narrativos” (p. 212). Así entonces, el terapeuta interviene en la re-autoría de aquellos aspectos significativos de la experiencia de vida del consultante, mediante la implementación de las técnicas narrativas, las cuales se describen en la tabla 1.

**Tabla 1.** Técnicas narrativas en psicoterapia

<b>Tipo de técnica</b>	<b>Descripción</b>
<b>Historias de vida</b>	Son historias, relatos destinados a justificar una visión de los acontecimientos. Son autobiográficas, cuentan la historia de determinada persona y se centran en su perspectiva. Parten de elementos selectivos que, quizá por su fuerza asociativa, determinan en gran manera qué recuerdos serán tenidos en cuenta.
<b>Recuerdos autodefinidores</b>	Son recuerdos sobre sucesos específicos vívidos, detallados, cargados afectivamente, relacionados con temas relevantes para el cliente y que aportan un significado vital. Tienen capacidad de integración del sentido de la vida del cliente.
<b>Análisis del proyecto vital</b>	Técnica terapéutica propuesta por Michael J. Mahoney (1991). Es útil como estrategia primaria de promoción de recuerdos para el análisis posterior del sentido general de la vida.
<b>Externalización</b>	Su principio básico es: la persona no tiene un problema, ni es un problema; es el problema lo que constituye un problema y por tanto, les da la capacidad para actuar frente a las situaciones. Para White (2007) la externalización sirve para reducir conflictos entre personas, disminuye las sensaciones de fracaso ante el problema, facilita la cooperación entre consultantes y les ayuda a buscar una solución común ante una dificultad.

<b>La búsqueda de excepciones</b>	Es una de las formas de reorganizar historias, recogiendo detalles e información para organizar una trama novedosa a partir de esos detalles nuevos. Se trata de ver la historia de otra forma para tener conciencia de las excepciones.
<b>Retórica en psicoterapia</b>	Se basa más en la sugerencia que en el convencimiento; se orienta o se hacen ver las alternativas y se deja que sea finalmente la persona la que elabore su alternativa, que se convenza a sí misma.
<b>Las metáforas</b>	Cuando usamos metáforas el papel activo del significado pasa a la parte que metaforiza, de manera que la auténtica naturaleza del objeto es la de la metáfora. Las metaforizaciones se efectúan sobre una narrativa prototipo, es decir, sobre un episodio concreto de la vida de la persona que representa claramente la naturaleza de su problema, y por tanto sobre un recuerdo autodefinidor.
<b>Autoobservación</b>	Se trata de enseñar al cliente a redefinir sus experiencias emocionales de otro modo, para ello debemos conseguir que los episodios en los que se han encontrado dificultades emocionales se re-evoquen.
<b>Técnicas dialógicas</b>	Enfatiza en encontrar la coherencia, la armonía, entre las diversas voces que hablan al cliente tanto desde la perspectiva externa, en las voces de otras personas que son relevantes en su vida, como desde la perspectiva interna, en las voces de los distintos yoes que componen su sistema de identidad.
<b>Nuevas perspectivas</b>	El objetivo común es organizar un final novedoso de la narrativa, pero compatible con los relatos anteriores, aumentando el sentido de coherencia personal. Ejm: recordar, archivos de problemas.
<b>Producción de escritos</b>	<u>Cartas</u> : Su contenido debe ser un relato, con hechos ordenados en el tiempo con intenciones y propósitos del autor y marcando tanto problemas como acontecimientos alternativos. <u>Certificaciones</u> : Deben utilizar la parafernalia de las oficiales: sellos, firmas, marcos, referencias a asociaciones o instituciones.

*Nota:* Elaboración propia de los autores. Las técnicas son tomadas textualmente del libro

Técnicas Narrativas en Psicoterapia, autor Jesus Garcia-Martinez (2012).

## 2. Método

El presente artículo constituye un estudio de caso único con propósitos reflexivos en el ámbito de la praxis clínica. Su principal objetivo radica en la ilustración y análisis de los aportes derivados de la aplicación de la psicoterapia cognitivo-narrativa en la consolidación de la alianza terapéutica. El caso en cuestión corresponde a un proceso de intervención llevado a cabo con una consultante atendida en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad Católica de Pereira, en el período comprendido entre marzo y octubre del año 2023.

Según Roussos (2007) los estudios de caso único “buscan establecer un vínculo entre la investigación y la práctica clínica” (p. 262). De acuerdo con Roussos (2007), citando a Jones (1993), señala que los estudios de caso único “pueden ser usados para testear hipótesis clínicas particulares, referidas a determinados pacientes”. En lo que respecta a su finalidad reflexiva, se puede definir un artículo de reflexión según el Centro de escritura Javeriano (2018) citando a Colciencias (2010), como un “documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales” (p. 1).

### 2.1 Evaluación, Diagnóstico e Intervención

#### 2.1.1 Evaluación

La evaluación clínica en este caso se llevó a cabo mediante el empleo de diversas técnicas que abarcaron diferentes aspectos de la consultante. Estas técnicas se detallan a continuación:

1. **Entrevista Semiestructurada:** Se utilizó como herramienta para recopilar información en la elaboración de la historia clínica de la consultante, la cual se define según Tonon, et al. (2008), citando a Corbetta (2003) como:

Un instrumento capaz de adaptarse a las diversas personalidades de cada sujeto, en la cual se trabaja con las palabras del entrevistado y con sus formas de sentir, no siendo una técnica que conduce simplemente a recabar datos acerca de una persona, sino que intenta hacer hablar a ese sujeto, para entenderlo desde dentro (pp. 72-73).

**2. Protocolo de Examen del Estado Mental de la Universidad San Buenaventura (2012):**

Se implementó con el propósito de evaluar el estado psíquico de la consultante. A través de la aplicación de este instrumento, se llevaron a cabo evaluaciones detalladas de las funciones mentales de ésta. La técnica en mención proporcionó una comprensión más profunda de los aspectos psicológicos y emocionales de la consultante, lo que contribuyó a la formulación de un diagnóstico más preciso y a la planificación de la intervención terapéutica adecuada.

**3. Actividad de Encuadre "Mapa de Posiciones":** Como actividad de encuadre, la cual hace referencia a una técnica externalizante que, según Gonzáles, S. & Campillo, M. (2006) su importancia radica en:

Que el consultante identifique la influencia que el problema ha tenido en la vida de la persona. Esta suele ser una información que el consultante lleva en un primer plano, es lo primero que expresa, como el problema ha afectado su vida y/o sus relaciones con los demás. Pero sobre todo que el consultante tenga la posibilidad de revisar, analizar y decidir si quiere continuar de la misma manera. Identificarlo y reconocerlo pone al consultante en un punto diferente con respecto al problema mismo (p. 19).

4. **Escucha activa:** “Consiste en prestar atención a lo que otra persona expresa, para entender, interpretar e incorporar ideas y conceptos, reflejando el estado emocional en que se encuentra; es decir, demostrando que se entiende cómo se siente, generando un diálogo de empatía y confianza” (Lazo, M. & Véliz, K. 2017).

### ***2.1.2 Diagnóstico***

El diagnóstico se construyó con base en el modelo denominado Formulación Clínica Conductual de Novoa, M. y Muñoz, A. (2010), el cual está basado en:

Una visión ideográfica siguiendo el Método de Formulación de Caso de Codificación de Contenido (CFCCM, por sus siglas en inglés) desarrollado por Eells et al. (1998). Las categorías trabajadas por dichos autores son: la descripción del problema, los factores de predisposición, los factores desencadenantes y los mecanismos inferidos (p. 503).

Este modelo según Pulido, D. y Novoa, M. (2013), citando a Muñoz y Novoa-Gómez (2010) establece que “puede ser utilizado por diferentes aproximaciones cognitivo-conductuales, ya que no está adscrito a ninguna posición teórica concreta. Los terapeutas (...) pueden ajustar las hipótesis y las intervenciones a nueva información, los cambios observados y las particularidades de cada caso” (p. 195).

### **Análisis descriptivo del caso clínico.**

Se presenta el caso de una consultante mujer de 23 años, a la cual se le asignará el seudónimo "M. A" con el propósito de preservar su identidad. M.A es egresada del programa de psicología de la Universidad Católica de Pereira y acudió a consulta por razones específicas. Su motivo de consulta se enfoca en la necesidad de retomar su proceso terapéutico, manifestando que desde hace aproximadamente dos meses se siente desesperada y ha experimentado dificultades

para identificar y comprender sus emociones actuales. Además, M.A menciona la presencia de un síntoma notable, caracterizado por un movimiento constante de sus piernas, el cual le ha generado malestar. Esta situación parece estar relacionada con un cambio reciente en su rutina que ha afectado su bienestar emocional.

***Análisis Sincrónico.*** En situaciones como llegar a casa y ver a su padre consumiendo alcohol, interactuar con su círculos de amigos, cambios críticos en sus rutinas cotidianas a causa de la culminación de su ciclo en la universidad, permanecer la mayor parte del tiempo en casa y baja participación en actividades deportivas, lúdicas o académicas, se presentan distorsiones cognitivas tales como: pensamientos dicotómicos “cuando estoy mucho tiempo en casa pienso que no estoy haciendo nada”; generalización excesiva "como no me escriben, ni me llaman, no son mis amigos" “no voy a conseguir a nadie, me siento sola”, descalificación de lo positivo “sí, yo soy buena estudiante, pero eso es normal, siempre ha sido así”, etiquetación “no soy capaz”. Por otra parte, se evidencian conductas como llanto fácil y recurrente, procrastinación, alteraciones en la higiene del sueño y cambios en sus hábitos alimenticios; en el área afectiva se evidencia inseguridad, sentimiento de abandono, culpa, estrés, angustia, frustración y poca motivación; respecto a lo somático se presenta inquietud motora caracterizada por movimientos repetitivos de sus piernas y un tic en el ojo derecho.

***Análisis Diacrónico.*** A raíz de los antecedentes heredofamiliares de distimia por parte de la abuela materna y diagnóstico de asperger y T.O.C por parte del tío materno y en relación con un estilo de crianza ambivalente que se moviliza entre la sobreprotección y el autoritarismo, situación de pandemia en el 2020, muerte de la abuela materna en el año 2021, ruptura amorosa en el año 2022 por infidelidad, dificultades para establecer relación de amistad con sus pares y comparación con su hermano frente a los logros y expectativas por parte de sus padres, la

consultante concluyó que es incapaz y que los demás son competentes, lo que genera diferentes tipos de respuestas, las cuales a su vez son mantenidas por mecanismos inferidos en el tiempo por inconsistencia en los estilos de crianza, cronicidad de la conducta de consumo de alcohol por parte del padre, dificultades de la madre para el establecimiento de límites ante situaciones familiares, relaciones interpersonales inestables con sus pares, además de la presencia de estrategias conductuales compensatorias relacionadas con su excelente rendimiento académico y autoexigencia y, evitativas al no hacer contacto con su círculo de amistad, decidir ignorar la conducta del padre cuando se encuentra consumiendo alcohol encerrándose en su habitación, así como evitar la realización de actividad física y deportiva.

***Descripción del contexto familiar.*** M.A hace parte de un grupo nuclear conformado por su madre, padre y hermano mayor. La dinámica familiar se caracteriza por una relación distante con su padre, la cual se ha visto afectada por el problema de adicción al alcohol que él enfrenta. Por otro lado, mantiene relaciones cercanas con su madre y hermano.

***Descripción del contexto escolar.*** M.A se destaca por tener buena disposición para el aprendizaje, es dedicada y disciplinada, con hábitos de estudio adecuados. Su rendimiento académico es sobresaliente y sostiene relaciones positivas con sus docentes.

***Descripción del contexto social.*** M.A es deportista de alto rendimiento en la disciplina de tenis, realiza curso de inglés y crochet, así mismo asiste a proceso psicoterapéutico, estas actividades son factores protectores frente a su situación actual. Sin embargo, presenta dificultades en la interacción con sus pares, puesto que usualmente establece relaciones de dependencia y aprobación.

El análisis de la agrupación de las respuestas que presenta la consultante permite plantear como impresión diagnóstica: Otro trastorno de ansiedad especificado<sup>4</sup> (F41.8) con síntomas insuficientes para trastorno de ansiedad generalizado, puesto que la formulación del caso permitió corroborar que la mayoría de respuestas tienen un tiempo de evolución inferior a los seis meses y obedecen a aspectos situacionales transitorios.

### *2.1.3 Intervención Terapéutica*

A la luz del motivo de consulta y formulación del caso, se determinó la implementación de técnicas derivadas de la psicoterapia cognitivo-narrativa. El propósito de estas técnicas fue facilitar una mayor toma de conciencia por parte de la consultante con respecto a su problema. En este contexto, se buscó promover la nominación, comprensión y reflexión frente al problema anclado a su relato.

El proceso terapéutico se inició con la dimensión del distanciamiento o externalización del problema. Esta etapa permitió una clara separación entre la persona y el problema en cuestión. Esta separación posibilitó una evaluación detallada de la dinámica de la interacción entre la persona y el problema, lo que a su vez permitió a la consultante adquirir un mayor control sobre éste, reconociendo la existencia de mecanismos alternativos al problema, permitiéndole así, organizar y otorgar un nuevo significado a aspectos relevantes de su historia de vida.

La narración, tanto verbal como escrita, desempeñó un papel central en el proceso terapéutico. A través de la expresión narrativa, la consultante tuvo la oportunidad de resignificar

---

<sup>4</sup> Según el DSM V Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad (p. 143).

sus historias dominantes relacionadas con la percepción de sí misma y las relaciones con su entorno. Ésta se llevó a cabo con el objetivo de promover una perspectiva más adaptativa y funcional, lo que contribuyó a la mejora del bienestar psicológico de la consultante, puesto que, según Botella, L. y Vall, B. (2019) “producir una narración es transformar una realidad” (p. 65).

La elección de las técnicas cognitivo-narrativas en el proceso terapéutico se basó en consideraciones relacionadas con el estilo y las habilidades del profesional que llevó a cabo la intervención. El terapeuta identificó en sí mismo competencias notables en el ámbito lingüístico y escrito, lo que facilitó la configuración del encuadre terapéutico y el establecimiento de una sólida alianza terapéutica. Estas habilidades permitieron al terapeuta presentar propuestas de intervención novedosas, experienciales y motivadoras, aspectos que la consultante reconoció como beneficiosos y enriquecedores durante el transcurso de las diferentes sesiones.

Además, las técnicas cognitivo-narrativas aplicadas en el proceso terapéutico contribuyeron significativamente, en primer lugar, a una mejor estructuración de las narrativas personales de la consultante, abarcando dimensiones temporales que incluyeron el pasado, el presente y el futuro. En segundo lugar, la construcción de historias alternativas que dieron cuenta de una mayor complejidad, coherencia y contenido del relato, el cual movilizó “una experiencia emocional y una actividad autorreflexiva” (Botella y Vall [2019], citando a Anderson [1997], p. 65) más dinámica y creativa, posibilitando según McAdams (2001) deconstruir el discurso sintomático de la consultante, el cual está impregnado de manera patológica.

Por otro lado, la terapia cognitivo-narrativa facilitó un desempeño positivo y comprometido por parte de la consultante en el cumplimiento de las actividades y tareas propuestas. La formación profesional de la consultante también desempeñó un papel relevante en

su capacidad para comprender y asimilar nuevas formas de abordar la psicoterapia desde esta perspectiva.

### **Contexto y objetivos de la intervención.**

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló durante el período de tiempo comprendido entre marzo y octubre de 2023, consistió en un total de 19 sesiones. De estas, cuatro se destinaron a la evaluación y diagnóstico, mientras que las 15 restantes se focalizaron en la intervención psicoterapéutica. Los objetivos acordados con la consultante fueron:

1. Desarrollar y fortalecer habilidades socioemocionales que faciliten el despliegue de estrategias de afrontamiento para la regulación de los estados emocionales.
2. Co-crear una historia de vida alternativa que impacte de manera positiva en su autoestima, autoconcepto y autoeficacia.
3. Resignificar el proyecto vital de la consultante mediante la identificación de sus fortalezas y debilidades, así como el planteamiento de metas en las diferentes áreas del desarrollo personal, enfatizando en los aspectos afectivo, familiar, social y vocacional.

### **Técnicas de intervención.**

Las técnicas cognitivo-narrativas seleccionadas para el logro de los objetivos terapéuticos, las cuales se aplicaron en pro de facilitar el empoderamiento de la consultante y el abordaje de manera más efectiva de los desafíos emocionales y cognitivos que enfrentaba. Entre éstas se encuentran:

1. Escucha activa: implicó una atención plena y empática del terapeuta hacia la consultante. Esta técnica permitió establecer una conexión sólida y facilitó la comunicación efectiva promoviendo un ambiente de confianza y apoyo.
2. Conversaciones de re-autoría: Se utilizaron para fomentar la autorreflexión de la consultante en aras de reescribir sus historias. Están compuestas por preguntas sobre la acción y sobre el significado de la acción y fueron diseñadas para ayudarle a explorar sus pensamientos, emociones y experiencias desde una perspectiva más profunda, lo que contribuyó al mejoramiento de su autoestima, autoconcepto y autoeficacia.
3. Ejercicios narrativos verbales y escriturales: Estos incluyen la externalización de problemas para separarlos de la identidad de la consultante, el análisis del proyecto vital, el uso de metáforas, la producción de escritos terapéuticos y las conversaciones de remembranza.
4. Descripción de acontecimientos excepcionales: Estos permitieron una exploración y comprensión más profunda de su historia de vida dominante, así como el contraste con momentos o eventos de su vida que abran formas distintas de narrar su identidad.
5. Dar sentido a las experiencias: A través de la construcción de narrativas alternativas que aperturen el cambio y fortalezcan su capacidad de resiliencia, al permitirle reinterpretar y resignificar eventos adversos desde una perspectiva más positiva y adaptativa.

Las consideraciones éticas aplicadas en el estudio de caso se basan en los principios éticos extraídos del Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo (2019), la ética psicológica (2015) y la ley 1090 (2006), que regula la práctica de la Psicología. También se considera el marco normativo del Ministerio de Salud y Protección Social en relación con el manejo de historias clínicas, detallando resoluciones y leyes específicas.

Los principios éticos que orientaron la práctica clínica son la beneficencia, la integridad y la autonomía. Estos se traducen en acciones concretas como obtener el consentimiento informado, garantizar la confidencialidad, utilizar información de manera ética y abordar terapéuticamente los casos. Además, se destaca la importancia de seguir protocolos específicos establecidos por el CAPSI para tratar trastornos psicológicos y problemáticas psicosociales. La aplicación de estos principios éticos se llevó a cabo mediante actividades específicas, como la firma de consentimientos informados, la clarificación de la confidencialidad, la confidencialidad de la información y la implementación de protocolos de atención y práctica clínica.

### **3. Análisis de la Información**

Este estudio contempla una discusión exhaustiva que emerge de la reflexión y análisis realizados. Éstas permiten validar o refutar la hipótesis inicial planteada en el presente trabajo. La información fue analizada mediante el método cualitativo de investigación narrativa, denominado análisis narrativo, por considerarse pertinente y adecuado para el tipo de artículo y las particularidades del caso clínico en cuestión.

El análisis narrativo según Capella, C. (2013), citando a Bernasconi (2011) comprende “el estudio sistemático de datos narrativos” (p. 120). Capella, C. (2013), citando a Menard-Warwick (2010) lo define como “el análisis de los temas, estructuras y recursos lingüísticos de narrativas construidas en el contexto de un proyecto de investigación, para entender mejor las perspectivas de los participantes” (p. 120). Su objetivo central según Capella, C. (2013), citando a McLeod (2001) & Riessman (2008) es lograr una “interpretación profunda del significado construido por los participantes, rescatando sus relatos” (p. 120). Según Capella, C. (2013), citando a Crossley (2007) “lo esencial es el análisis de significados en profundidad y en contexto” (p. 120) y Según

Capella, C. (2013), citando a Riessman (1993) “la representación de distintas aristas del fenómeno, pudiendo desde el análisis de pocos sujetos, generar desarrollos teóricos” (p. 120).

La estrategia de sistematización de la información consistió en una matriz cualitativa que integra las categorías de análisis que se mencionan a continuación: dimensiones conceptuales relacionadas con las características de una alianza terapéutica positiva, así como la dinámica de la intervención psicoterapéutica cognitivo-narrativa desde la perspectiva tanto del terapeuta como de la consultante.

La información recopilada para este análisis se extrajo de diversas fuentes que aluden a material escrito u oral, que incluye las notas de evolución clínica, los relatos verbales y no verbales proporcionados por la consultante durante las sesiones terapéuticas, así como los escritos terapéuticos generados en conjunto con ella. Estas fueron registradas, transcritas y sometidas a análisis. Se examinó la transcripción, abordando tanto las particularidades lingüísticas como las paralingüísticas (silencios, vacilaciones, expresiones coloquiales, por resultar novedosas y entre otras), junto con las condiciones del encuentro, que abarcaron las expresiones verbales tanto del terapeuta como del consultante. Las reflexiones y análisis co-construidos, se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2.** Correlación entre las características de la alianza terapéutica y la dinámica de la intervención psicoterapéutica cognitivo-narrativa.

Características de la alianza terapéutica	Perspectiva del terapeuta	Perspectiva de la consultante
La aceptación del vínculo y su mantenimiento.	<p>La construcción de la alianza terapéutica mediante técnicas cognitivo-narrativas, se enfoca en la importancia de los relatos clave de la historia de vida de M.A y su resignificación, así como la comunicación entre terapeuta y consultante, incluyendo aspectos como tonalidad de voz, expresión corporal, gestualidad, parafraseo, escucha activa y el entorno físico de las sesiones. Se resalta el papel crucial de la consultante en el mantenimiento de la alianza terapéutica, destacando su empoderamiento en el proceso, al comprender que la intervención se adapta a sus expectativas y necesidades, permitiendo así una mayor adherencia al tratamiento psicoterapéutico, evidenciado en la permanencia de la consultante a lo largo del proceso.</p>	<p>Como estudiante de psicología con una formación en el enfoque cognitivo-conductual, M.A muestra interés y expectativa por conocer las técnicas de la terapia cognitivo-narrativa, al considerarlas novedosas y enriquecedoras. Esta actitud se refleja en el relato de la consultante durante una de las sesiones de terapia: “cada vez que vengo me siento mucho mejor, me ayuda a confrontar cosas que no había pensado antes”.</p> <p>A pesar de las barreras iniciales en el encuadre terapéutico, como el temor de expresar abiertamente el malestar emocional, debido a la percepción negativa de sí misma y a los estereotipos alrededor de la profesión del psicólogo, la aplicación de técnicas narrativas permitió evidenciar cambios favorables en las formas de afrontar dichas situaciones. M.A, junto con el terapeuta, identificaron y abordaron la problemática, proponiendo soluciones que externalizan y dan sentido funcional a las dificultades. Este proceso redujo la sensación de fracaso y contribuyó a la continuidad y adherencia de la consultante al tratamiento, fortaleciendo la alianza terapéutica: “me sentí cómoda con la entrevista me hacía falta un espacio para poder hablar sobre mis emociones y sentimientos, me siento bien”.</p>

El acuerdo de metas psicoterapéuticas.

Durante el proceso de evaluación y diagnóstico a partir de los relatos de la consultante relacionados con su malestar, se generó un diálogo reflexivo y concertado hacia el establecimiento de los objetivos terapéuticos teniendo en cuenta sus expectativas, necesidades e intereses.

A través del autodiálogo, M.A recordó un evento acerca de la historia del motivo de consulta, llevándola a reflexionar sobre los aspectos de su vida que quería mejorar, lo cual expresó en forma de metas terapéuticas enfocadas a la relación consigo misma: “mejorar mi estado de ánimo, cambiar mis pensamientos negativos acerca de mí misma y aprender a quererme más”. En una sesión avanzada del proceso, se comenzó a evidenciar evolución frente a dichas metas terapéuticas. M.A refirió: “este espacio me ha ayudado a preocuparme más por mí misma, a conocerme mejor, me gustaron los temas tratados hoy”.

La condición de que el resultado de la psicoterapia es una responsabilidad compartida.

Al ser un espacio de co-construcción narrativa que busca el despliegue de los recursos personales del consultante en la agencia de su propia vida y la autonomía en la realización de las tareas terapéuticas, las cuales fueron cumplidas a cabalidad en la intervención desarrollada. Actividades que estuvieron fundamentadas en la externalización, mapa de posición e historia de vida de la terapia cognitivo-narrativa.

Refiriéndose a la aplicación de la técnica de externalización, M.A expresó: “me pareció un ejercicio importante para aterrizar e identificar lo que está provocando mi bajo estado de ánimo” (...) “tengo un enredo en mi cabeza y no puedo ponerle nombre”(...)”quiero priorizar la dimensión social porque es la que se encuentra más afectada” Las tareas terapéuticas movilizaron los recursos de afrontamiento, la toma de consciencia respecto a las causas del problema, la motivación al cambio, asumiendo una visión externalizada del problema. En la medida en que desarrollaba sus tareas, conectó consigo misma, reelaboró su relato, dotándolo de un significado distinto, más adaptativo.

El enfoque crédulo” mutuo.

Mediante la aplicación de las técnicas cognitivo-narrativas en donde el relato espontáneo cobra relevancia, fue posible lograr que la consultante expresara con apertura y sinceridad su malestar psicológico, en donde las técnicas se convirtieron en retos que confrontaron y movilizaron el avance en el proceso de intervención. Estas técnicas le permitieron expresar libremente su sentir desde manifestaciones como el lenguaje no verbal reflejado en su postura corporal, el movimiento de sus manos, el dinamismo en sus intervenciones, la gestualidad en su rostro a partir de lo cual se percibe apertura y disposición para el diálogo. Otro aspecto hace referencia a la planeación de las sesiones y a los insumos para su desarrollo, articulado con la recursividad del terapeuta y la creación de expectativas y curiosidad con relación a las actividades basadas en las técnicas cognitivo-narrativas.

La terapia cognitivo-narrativa fue aceptada por M.A para el abordaje del problema psicológico, lo cual se corrobora en la afirmación: “a mí me parece interesante trabajar estas técnicas, son algo diferente a lo que tradicionalmente se hace en terapia” (...)”me atrae la idea de darme cuenta cómo funcionan aplicadas a mi situación”, aspecto que da cuenta de la confianza de la consultante respecto a la idoneidad y buen criterio del terapeuta al ser ajustadas a sus necesidades. La empatía del terapeuta frente a la consultante y su malestar psicológico fue percibida y exteriorizada por M.A a través de verbalizaciones, donde dejar ver la necesidad de asistir al espacio terapéutico: “Después de este receso me hacía tanta falta volver a este espacio” (...) “El viernes es mi grado, pero no quiero perder la sesión porque además, ya quedan muy pocas, entonces adelantemos la hora” Fue evidente el compromiso y apropiación de M.A respecto a las actividades terapéuticas, lo que se evidenció en la forma de organización secuencial de los ejercicios escritos a manera de memorias que narraban los avances en su proceso de cambio. M.A refiere que éstos pueden servir como modelo para futuras intervenciones clínicas en su ejercicio profesional, puesto que tuvieron un valor significativo en su proceso, al respecto mencionó: “intente hacer el ejercicio completo, pero en algunos puntos me sentí

limitada, necesito que lo trabajemos juntas” (...) “estos ejercicios me parecen muy chéveres, los puedo tener en cuenta incluso para aplicarlos como herramienta en algún proceso de intervención que lleve a cabo en el futuro”.

Otro aspecto que dio cuenta de la disposición del terapeuta desde la perspectiva de M.A, fue la percepción de sentirse escuchada y comprendida, permitiéndose manifestaciones espontáneas como los silencios reflexivos y autorreguladores, así como el llanto.

La actitud de implicación permanente del terapeuta y del paciente.

La implicación del terapeuta va de la mano con la apropiación de las técnicas que sustentan la intervención, el recuento de las sesiones y socialización de los objetivos de cada sesión, así como de las técnicas aplicadas, aspectos que se comunican a la consultante mediante la psicoeducación como herramienta para contrastar la teoría con los antecedentes y su padecimiento actual, permitiendo comprender la naturaleza del problema y movilizar estrategias de afrontamiento que faciliten la disminución del malestar.

Favorecer un proceso de retroalimentación bidireccional continuo durante la intervención, permitió realizar seguimiento a su evolución, evidenciando ajustes en las diferentes áreas de vida afectadas, mediante la toma de conciencia de aspectos que habían sido invisibilizados, por ejemplo, a propósito de la gestión emocional mediante el recurso metafórico, la consultante expresa “este ejercicio me permitió identificar habilidades y recursos personales de los cuales no había hecho conciencia antes”.

EVOLUCIÓN	
Situación	Re-construcción narrativa
Realización del trabajo de grado	<b>Antes:</b> “No voy a ser capaz, el tiempo no me va a dar, tengo que correr”.
	<b>Después:</b> “Yo hice el trabajo, sé de qué se trata, conozco la teoría, me he preparado, tengo todo listo para hacerlo bien”.

La actitud de exploración mutua.

El análisis narrativo de los relatos de la consultante se corroboró mediante el contraste con los productos narrativos realizados en consulta, tales como el mapa de posición, metáforas, papel fijo e historia de vida, aspectos que, según Galarce, E. (2003), citando a Baumeister y Newman (1994); Ramsay (1998); Sarbin (1986) “proveen la estructura para organizar pensamientos, motivaciones, memorias y experiencias de la vida, de manera que la ambigüedad natural de la vida se reduzca y la coherencia y consistencia interna aumenten”.

Por otra parte, se tuvieron en cuenta los relatos y los valores de la consultante M.A permeados por el contexto sociocultural donde fue posible evidenciar que la percepción acerca de sí misma puede estar presuntamente influenciada por los estilos de crianza en la infancia.

Finalmente, el abordaje de los aspectos a trabajar en consulta no surge por imposición del terapeuta, siempre fueron concertados con la consultante según sus necesidades.

La actitud de exploración por parte de M.A, fue posible a partir del desarrollo de los productos elaborados en consulta, los cuales le permitieron reflexionar acerca de aspectos en conflicto en las diferentes áreas de su vida, priorizando aquellos que generan respuestas desadaptativas y que son compatibles con sus narrativas dominantes.

Estas últimas están altamente influenciadas por el contexto sociocultural en donde la familia y su círculo social cumplen un papel relevante en la construcción de su identidad, lo cual se vio reflejado en la siguiente afirmación:

“En mi familia, por el hecho de ser mujer, desde pequeña siempre fui más cuidada y protegida que mi hermano mayor, por eso me vi limitada en tomar decisiones, siempre mis padres interfirieron en la forma cómo me relacionaba con mis compañeros, profesores y amigos” (...) “Por eso pienso que mis padres me sobreprotegeron, me querían tener como en una burbujita”

Por otra parte, la implementación de técnicas basadas en la externalización facilitó a la consultante identificar y priorizar las áreas de vida más afectadas y la nominación de los problemas por cada una de ellas, como se observa en el siguiente ejercicio:

Dimensión	Denominación del problema
1. Social	Dificultades en la comunicación
2. Personal	Falta de confianza en sí misma
3. Salud	Castigo

*Nota:* Elaboración propia de los autores. Características de la alianza terapéutica tomadas textualmente de Arredondo, M. y Salinas, P. (2005). Perspectiva del terapeuta y consultante resultado del análisis de la intervención psicoterapéutica cognitivo-narrativa.

#### 4. Discusión

El proceso de intervención terapéutica desarrollado con la consultante M.A en el marco de la práctica clínica realizada en el CAPSI de la universidad Católica de Pereira, deja entrever que la terapia cognitivo-narrativa se constituye en una alternativa pertinente para la intervención del caso en cuestión, puesto que permite otorgar nuevos significados a las historias de experiencias vividas<sup>5</sup> por la consultante, los cuales se construyen a partir del engranaje de eslabones de las secuencias de su historia de vida que confluyen en la temporalidad.

Dichos significados son determinantes en su comportamiento, dando relevancia al lenguaje como "medio para conocer y explorar cómo cada consultante interpreta sus experiencias y cómo cada persona ha construido su realidad. Es a través del discurso y del relato de las experiencias vividas cómo cada persona le atribuye un significado a la realidad, a su realidad, a la relación con los demás y a su identidad" (González, S. & Campillo, M, 2016, p.4).

La terapia cognitivo-narrativa se adaptó a las necesidades y al ritmo marcado por la consultante, propiciando así un espacio creativo y dinámico, que a su vez resultó novedoso, por cuanto el terapeuta deja de ser directivo dando paso a la agencia y autonomía de la consultante. En este punto comienza una deconstrucción de sus historias dominantes influenciadas recíprocamente

---

<sup>5</sup> Michael White (1994) considera que, para la terapia narrativa, la historia de las experiencias vividas es muy importante y la define como una serie de eventos, unidos en una secuencia, a través del tiempo, de acuerdo a una trama.

por el contexto sociocultural de referencia en donde “las creencias, las ideas y prácticas de la cultura en que se vive juegan un papel importante en el significado que le damos a nuestras vidas” (González, S. & Campillo, M, 2016, p.8).

Por otra parte, la consultante asumió un rol activo al re-escribir una narrativa alternativa de su propia vida, desvinculándose así de las etiquetas impuestas, al mismo tiempo que separa el problema en cuestión de su propia identidad. La conformación de esta identidad puede estar influenciada por la historia que la consultante no logra integrar completamente en su bagaje personal, y se ve afectada por las relaciones que establece tanto en su entorno familiar, entendido como ámbito inmediato y el entorno social, como ámbito distante. Estos entornos de interacción se entrelazan con la historia inicial que motiva la consulta, generando conflictos internos y externos que inciden en la percepción que la consultante tiene de sí misma y de los demás.

Por otra parte, la identidad también está conformada por historias “llena de hechos, acciones, recursos, aprendizajes, estrategias, valores, principios, etc.” (González, S. & Campillo, M, 2016, pp. 13-14), los cuales también deben ser tenidos en cuenta para la construcción de nuevos significados de la historia de vida, es decir, “reconstruir una identidad más completa y reforzada basada en los nuevos descubrimientos de sí misma” (González, S. & Campillo, M, 2016, p.31).

En este sentido, las técnicas cognitivo-narrativas proponen e implementan una serie de actividades que permiten el surgimiento de nuevos significados relacionados con eventos de la historia de vida de la consultante, éstos son los que se despliegan en el proceso terapéutico, es decir aquellos que están invisibilizados, que no se relatan de manera explícita y que cobran relevancia en el proceso de cambio y en la generación de discursos alternativos.

Estos relatos apelan al recurso de la memoria y emotividad, éstos permiten una conexión empática entre terapeuta y consultante, favoreciendo así el surgimiento de una alianza terapéutica positiva y la toma de conciencia por parte de la consultante con relación a sus expectativas y necesidades sentidas, motivando su participación y adherencia en el proceso terapéutico, reflejado en su compromiso y agencia frente al cumplimiento de las metas, la disposición, apertura para el diálogo y la exploración, en el marco de la confianza y la honestidad así como la aceptación de la alianza, en donde se siente a gusto, comprendida, convencida de que es ella quien lleva las riendas, es protagonista de la relación y, en consecuencia, responsable de su cambio.

Adicionalmente, la consolidación de la alianza terapéutica se facilitó gracias a la permanencia de la consultante, permitiendo realizar un proceso integral de evaluación e intervención, que posibilitó impactar en otros contextos de interacción que contribuyeron en el mantenimiento de su problemática, como es el caso de la familia, buscando movilizar la comunicación asertiva y el trabajo en equipo entre sus integrantes para el logro de sus objetivos.

La combinación de la formación académica de la consultante y su compromiso con el proceso terapéutico, desempeñaron un papel crucial en la construcción de la alianza terapéutica y el logro de los objetivos, al poseer mayor conciencia sobre la importancia de la psicoterapia en su crecimiento personal y profesional, propiciando, además, transformaciones significativas en su estado emocional.

Finalmente, dicha alianza terapéutica se fortalece a partir del rol del terapeuta, al no ser considerado como un experto, sino como un agente con capacidad de escucha, influyente, co-investigador, con disposición para el aprendizaje y con habilidades en la formulación de preguntas, tal como afirman Gonzáles, S. & Campillo, M, (2016), citando a Freeman, Jill y Combs, Gene.

(1996): "...utilizamos las preguntas para generar experiencias y no para resumir información. Cuando las preguntas generan experiencias de realidades deseadas, pueden ser terapéuticas en y por sí mismas".

## 5. Conclusiones

La aplicación de técnicas cognitivo-narrativas contribuyó de manera significativa a la consolidación de la alianza terapéutica, posibilitando que la consultante adquiera un mayor nivel de motivación y compromiso con las actividades desarrolladas durante las sesiones, así como con las tareas asignadas de manera semanal.

La formulación de preguntas reflexivas y la confrontación de su discurso dominante propiciaron en la consultante una perspectiva más adaptativa y funcional en sus relaciones consigo misma y con los demás, permitiendo enfocarse y tomar conciencia de sus habilidades y fortalezas personales, las cuales se convierten en recursos o estrategias de afrontamiento efectivas frente a las preocupaciones o situaciones estresantes que caracterizan su vida cotidiana.

Como terapeuta, se identificaron habilidades clave para el abordaje clínico, tales como, la escucha activa, capacidad de análisis, creatividad, diálogo asertivo, entre otras. Estas habilidades fueron fundamentales para el éxito del proceso terapéutico. La consultante eligió continuar con el mismo terapeuta, indicando una alianza terapéutica positiva evidenciada en la asistencia constante, confianza, empatía y cumplimiento de objetivos.

A través de las técnicas cognitivo-narrativas, la consultante identificó y gestionó emociones, utilizando recursos propios como la lúdica, el deporte y la lectura; mejoró sus habilidades de comunicación asertiva, toma de decisiones y resolución de conflictos, impactando

positivamente en sus relaciones interpersonales; conectó con su historia de vida, identificó y resignificó aspectos relevantes, especialmente en la dinámica familiar. El autoconocimiento le permitió cambiar la percepción de sí misma, identificando su yo individual y social, así como resignificar su proyecto de vida mediante el planteamiento de metas a corto, mediano y largo plazo en áreas como la afectiva, familiar, social y vocacional.

Al ser un estudio de caso único, los resultados no se pueden generalizar, por tanto, sería interesante y conveniente tener la oportunidad de contrastar cómo impactan las intervenciones cognitivo-narrativas en la alianza terapéutica con otros grupos poblacionales, especialmente niños y adolescentes, así como intervenir a un número mayor de consultantes con diferentes diagnósticos o problemas psicológicos.

## 6. Referencias

Amaya, L., Berrío-Acosta, G. M. y Herrera, W. (2015). Principios éticos. Disponible en:

<http://www.eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/itemlist/category/8-principios-eticos>

Arango Cammaert, A. N. A., & Moreno Franco, M. F. (2009). Beyond the therapeutic relationship: a historical and theoretical overview. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 135-145. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v12n2/v12n2a13.pdf>

Arredondo, M. y Salinas, P. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs). Memoria para optar al Título Profesional de Psicólogo, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Disponible en: [https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106466/arredondo\\_m.pdf?sequence=3](https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106466/arredondo_m.pdf?sequence=3)

Botella, L. y Vall, B. (2019). Hacia una comprensión fenomenológica del proceso de construcción de significado: aplicabilidad de la Rejilla de Evaluación Narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 57-94. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/35014/26003>

Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, 12(2), 117-128. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/psicop/v12n2/art12.pdf>

Centro de escritura Javeriano (2018) Artículo de reflexión. Pontificia Universidad Javeriana. Cali. Disponible en: Pontificia Universidad Javeriana, Cali Disponible en: <https://www.javerianacali.edu.co>

- Daset, L. R., & Cracco, C. (2013). Evidence Based Psychology: Basic concepts and literature review. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n2/v7n2a09.pdf>
- García-Martínez. (2012). Técnicas Narrativas en Psicoterapia. Editorial SINTESIS. Madrid. Disponible en: <https://www.sintesis.com/data/indices/9788497568081.pdf>
- Gonçalves, O. F. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8(2), 105-125. Disponible en: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjcp/8/2/105.abstract>
- González, A. (2005). La Alianza Terapéutica. *Clínica y Salud*. Redalyc. Madrid pp. 9-29. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109001.pdf&ved=2ahUKEwiYIKKTvsSBAXnmFHXI4AdwQFnoECCUQAQ&usg=AOvVaw3b6EpCsRxBuRDMO9Rde16D>
- González, S. & Campillo, M. (2006). Análisis de las intervenciones en terapia narrativa: a través de los mapas de las conversaciones. *Revista de Psicología*. Universidad Veracruzana. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.uv.mx/psicologia/files/2016/10/Shiray.pdf&ved=2ahUKEwjn3fLEyMSBAXWZkmoFHSRICW8QFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw2bLZbGZTbBZMnrLieskKAZ>
- Lauría, S. (2010). Tratando con el Terapeuta: La Alianza Terapéutica. Disponible en: <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Tratando-con-el-Terapeuta.pdf>

- Lazo, M. & Véliz, K. (2017). Las habilidades blandas del psicólogo clínico en su intervención en la salud pública. *Revista contribuciones a las ciencias sociales*. Universidad Técnica de Manabí. Medellín pp. 1-14. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=http://repositorio.utm.edu.ec/items/7e918220-6be7-4891-b77e-11358f4ca940&ved=2ahUKEwimrPPCycSBAXUlmWoFHexLDuwQFnoECB0QAQ&usg=AOvVaw3W-xgLR\\_5evVFq1BzZVIAI](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=http://repositorio.utm.edu.ec/items/7e918220-6be7-4891-b77e-11358f4ca940&ved=2ahUKEwimrPPCycSBAXUlmWoFHexLDuwQFnoECB0QAQ&usg=AOvVaw3W-xgLR_5evVFq1BzZVIAI)
- Molina, M.; Ben-Dov, P.; Diez, M.; Farrán, Á.; Rapaport, E. & Tomicic, A. (2013). Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. Editorial Clínica Psicológica. Argentina pp. 15-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281930494003.pdf>
- Montoya Luna, C. P., Salinas Giraldo, H. P., & Ramirez Hurtado, N. (2020). Importancia de la empatía en la adherencia terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual con niños y niñas. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/6212>
- Payne, M. (2000). *Terapia Narrativa: una introducción para profesionales*. Editorial Paidós. España. Disponible en: [http://www.ub.edu/hscatreballsocial/sites/default/files/pdfs/casos-practics/terapia\\_narrativa\\_1.pdf](http://www.ub.edu/hscatreballsocial/sites/default/files/pdfs/casos-practics/terapia_narrativa_1.pdf)
- Protocolo Examen del Estado Mental, 2012. Universidad San Buenaventura seccional Cartagena. Disponible en <https://es.scribd.com/document/185523801/Protocolo-Examen-Mental-1>
- Rendón Salas, L. (2015). Psicoterapia narrativa en un caso de ansiedad infantil. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 13(1), 98-115. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n1/v13n1a06.pdf>

Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>

Serrano Vargas, M. A. (2011). Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿Sincretismo?. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 4(1). Recuperado a partir de <https://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22825>

Schaefer, H., & Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 35-43. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v53n1/art05.pdf>

Tonon, G. H. (2011). La brecha entre la formación académica y la intervención profesional en el campo de la salud. *Psicodebate*, 11, 73-88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5645398.pdf>

Universidad de los Andes. (s.f). Tipos de artículo. *Revista de derecho comunicaciones y nuevas tecnologías*. Facultad de derecho. Bogotá p. 1. Disponible en: [https://derechoytics.uniandes.edu.co/components/com\\_revista/archivos/derechoytics/ytics197.pdf](https://derechoytics.uniandes.edu.co/components/com_revista/archivos/derechoytics/ytics197.pdf)

Vaca Cárdenas, E. R., & Quinatoa Pilco, V. M. (2015). *Psicoterapia cognitivo-narrativa en la dependencia emocional de mujeres atendidas en la fundación “nosotras con equidad” riobamba, período febrero-julio 2015* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2015.). Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/969/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2015-0010.pdf>