

LA FORMULACIÓN DE CASO EN SUPERVISIÓN CLÍNICA: PROCESO COLABORATIVO APOYADO POR MAPAS CONCEPTUALES

CASE FORMULATION IN CLINICAL SUPERVISION: COLLABORATIVE PROCESS SUPPORTED BY CONCEPT MAPPING

Marcela Paz González-Brignardello

Depto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Servicio de Psicología Aplicada.
Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

González-Brignardello, M. P. (2016). La Formulación de Caso en Supervisión Clínica: Proceso Colaborativo Apoyado por Mapas Conceptuales. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 101-118.

Resumen

La práctica supervisada se encuentra en el ápice del proceso de formación y entrenamiento de los profesionales dedicados a la promoción del bienestar humano –en sentido amplio– y a la salud mental, de manera específica. En la práctica supervisada, los psicólogos noveles encuentran el apoyo del supervisor quien, además, debe asegurar los niveles de calidad del servicio prestado al paciente y al desarrollo de las competencias del supervisado. La capacidad de realizar formulaciones clínicas de casos es una de las competencias nucleares para el ejercicio de la práctica profesional. En concreto, la formulación clínica es el proceso de integración de la información obtenida a lo largo de las diferentes fases del proceso terapéutico y, a su vez, es el objeto de análisis sobre el cual el terapeuta y el supervisor realizarán el proceso de supervisión. Es en esta doble vertiente, de objeto y proceso, donde se hace necesario un método de representación gráfica sobre el cual se pueda representar y relacionar la información y, a la vez, negociar los significados correspondientes. Los mapas conceptuales son herramientas gráficas ampliamente utilizadas para organizar y representar el conocimiento. La elaboración de mapas promueve el proceso compartido de negociación de significados, y a la vez, facilita la expresión del conocimiento experto. Se propone aquí la utilización de los mapas conceptuales como herramienta idónea para la elaboración y representación gráfica de la formulación de casos y como herramienta colaborativa de amplia utilidad en el proceso de supervisión clínica.

Palabras clave: supervisión clínica, formulación de caso, mapas conceptuales



Abstract

Supervised practice is at the apex of the formation of professionals dedicated to promoting human welfare in a wide sense, and specifically mental health. In supervised practice, novice psychologists find support in supervisor who also must ensure quality levels of service provided to the patient and the development of competencies in the supervised. Case formulation is a basic clinical skill for mental health professionals. Specifically, the clinical formulation is the process of integrating the information obtained during the different phases of the therapeutic process and, in turn, is the object of analysis about which therapist and supervisor will conduct the supervision process. It is on this dual role, as an object and process, when a method of graphic representation about which can be represented and relate information is necessary and, simultaneously, negotiate the corresponding meanings. Concept maps are widely used graphical tools for organizing and representing knowledge. Making maps in a collaborative way promotes negotiating meanings, and at the same time, facilitates the expression of expert knowledge. The author proposes the use of concept maps as a suitable tool for processing and graphical representation of the case formulation and as a collaborative tool of broad utility in the clinical supervision process.

Keywords: clinical supervision, case formulation, concept mapping

Introducción

La práctica psicoterapéutica requiere un amplio entendimiento de las causas, motivos y consecuencias que afectan y provocan el malestar de un paciente. En ese sentido, la formulación de caso nos otorga un marco comprensivo de los procesos del paciente (Berman, 2010; Eells, 2007; Johnstone y Dallos, 2006, 2014; S. T. Meier, 2003). Como tarea del terapeuta, la formulación representa lo que el profesional es capaz de observar, medir y comprender a partir del encuentro con el paciente en la entrevista clínica. Necesariamente, entonces, el proceso de elaboración de la formulación de caso será un proceso que se enriquecerá a través de la experiencia.

El proceso de ser terapeuta no es un proceso categórico –lo soy o no lo soy– es más bien un proceso relativamente continuo, con mini ciclos recursivos de aprendizaje consciente. En este camino, el terapeuta va adquiriendo conocimientos y desarrollando habilidades y capacidades que se transformarán, con la práctica constante, en conocimiento experto, seguro y, en gran parte, tácito.

El conocimiento experto puede ser una evolución del propio entender y saber hacer, o bien, un conocimiento externo que se ofrece como medio para guiar y apoyar la acción profesional. En este sentido, la supervisión clínica es un proceso en el cual un profesional más experimentado ayuda a analizar lo que ocurre en el proceso terapéutico con determinado paciente y, a la vez, asegura el nivel de calidad de la atención que se está ofreciendo (Canadian Psychological Association, 2010; Falender y Shafranske, 2004; Fleming y Steen, 2012). La supervisión clínica es el *setting* donde los ciclos de aprendizaje reflexivo toman lugar (Matthews y Treacher, 2004), promovidos por una parte por el supervisor, y por otra, por los múltiples actos comunicativos que toman lugar entre el supervisor y el supervisado, promoviendo finalmente la creación de un *conocimiento compartido* (Rueda, García, y Simari, 2004).

En este artículo, nos proponemos presentar los mapas conceptuales de Novak, como herramienta de representación gráfica de la información compleja (A. J. Cañas et al., 2000; Novak y Cañas, 2008) proveniente de la formulación de caso dentro de la supervisión clínica. La elaboración de lo que podríamos llamar “mapa conceptual clínico” es, a la vez, una herramienta de colaboración en el proceso de supervisión, facilitando los procesos de negociación de significados, provocando la emergencia del conocimiento experto y una interesante herramienta para detectar ausencias e incoherencias dentro del marco de conocimiento de la información clínica.

1. La formulación de caso: una visión integradora

Comprender la problemática de un paciente requiere integrar información proveniente de diferentes niveles, ámbitos y momentos. En concreto, es necesario organizar datos de diferentes áreas del paciente, por ejemplo, conductual, cognitiva y emocional; datos de ámbitos externos: familia, entorno, aspectos socio-culturales;

y también información referida a diferentes momentos en la vida del sujeto. Con ello, el terapeuta deberá plantear hipótesis para explicar las causas y los procesos de mantenimiento del o los problemas que aquejan al paciente, de cara a planificar una intervención que le permita superarlos. Esto implica darle sentido al problema en el contexto interno y externo del paciente y a los procedimientos psicoterapéuticos que se planificarán para conseguir los objetivos definidos, a corto, medio y largo plazo. La formulación de caso es, en sí misma, este proceso de dar sentido e integrar la información en un relato coherente. El resultado de este proceso se suele presentar en una narración o bien en una representación gráfica (e.g. Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes, y Gavino, 2013).

La formulación de caso, sinónimo de conceptualización de caso (Liese y Esterline, 2015), se ha ido desarrollando, desde mediados del siglo pasado, como un tema de creciente interés para las profesiones relacionadas con la salud mental, como la psiquiatría y la psicología (Division of Clinical Psychology, 2011). Como expresión de ello, en los últimos años ha habido una expansión y desarrollo de los métodos de formulación de casos dentro de diversas orientaciones psicoterapéuticas, como la psicodinámica, la cognitivo-conductual, la experiencial, y la integrativa (Eells, 2007). La formulación de caso es un proceso independiente del modelo psicoterapéutico, y por lo tanto, presenta características comunes a todos ellos; pero también es cierto que cada acercamiento teórico-práctico integra en ella los elementos que le dan sentido y son coherentes con sus principios y supuestos teórico-prácticos.

Eells (2007) define la formulación de caso como la generación de hipótesis “acerca de las causas, los factores desencadenantes, y las influencias de mantenimiento de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona” (p. 4). Desde un modelo cognitivo-conductual, la formulación de caso se define como “un conjunto integrado de hipótesis y juicios clínicos acerca de las relaciones funcionales entre los comportamientos-problemas u objetivos de tratamiento y sus variables causales” (Kaholokula et al., 2013, p. 119). La formulación de caso facilita, por una parte, una comprensión detallada de los problemas del paciente; por otra, identifica las variables que están funcionalmente relacionadas con las dificultades de éste; y, finalmente, permite delinear metas y objetivos de tratamiento (Nezu, Nezu, y Cos, 2007).

En términos similares, pero dentro de un marco psicodinámico, la formulación permite describir la naturaleza del problema, delinear las metas, y servir de guía a las intervenciones, a la vez que permite la evaluación de logro final como de los resultados obtenidos sesión a sesión (Levenson y Strupp, 2007). La formulación clínica psicoanalítica es un conjunto de inferencias clínicas acerca de la naturaleza de la psicopatología del paciente, de su estructura de personalidad, sus dinámicas de funcionamiento y su desarrollo (Messer y Wolitzky, 2007).

En este punto, podemos entender que –como proceso mental y tarea del terapeuta– la formulación de caso presenta grandes similitudes entre modelos

terapéuticos. Sin embargo, a nadie se le escapa que los contenidos de la misma será lo que determine la diferencia entre unos y otros. Pero no es lo único que las diferencia, también lo hace el papel que juega la formulación de caso en el proceso terapéutico y que depende del rol que cada modelo otorga al terapeuta y al paciente, como podremos ver en las dos terapias que se comentan a continuación.

En la Terapia Focalizada en la Emoción, la formulación de caso se realiza en conjunto con el paciente y es una co-construcción que emerge de la relación terapéutica en lugar de ser elaborada por el psicoterapeuta (Greenberg y Goldman, 2007). A través del proceso empático con el cual se desarrolla la alianza, el terapeuta y el paciente negocian los términos de la relación de trabajo, definen y clarifican cuáles son los problemas, acuerdan las tareas y las metas inmediatas, así como las responsabilidades del tratamiento. En términos de Greenberg y Goldman (2007), la formulación y la intervención son, en este modelo terapéutico, inseparables y abarcan todo el curso del tratamiento (p. 387).

Por otra parte, en la Terapia Sistémica la formulación se realiza junto con la familia. En un proceso co-construccional entre el terapeuta, el equipo de supervisión y los miembros de la familia, se desarrollarán nuevas formulaciones de los problemas (Dallos y Stedmon, 2014). En un acercamiento al concepto tradicional de formulación de caso, el equipo de Milán plantea que la terapia y la formulación están entrelazados, e inevitablemente progresan a través de un proceso recursivo de formulación de hipótesis. La formulación del equipo de Milán, a diferencia de otros modelos de Terapia Sistémica, es elaborada en un primer momento por el terapeuta con la información que posee sobre la familia. Con esto establece un punto de partida sobre el cual proceder con método científico y habilidades para intentar verificarla a través del proceso terapéutico. (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980, citado por (Dallos y Stedmon, 2014, p. 70). En ambos modelos queda de manifiesto que la elaboración de la formulación puede ser un proceso colaborativo, en el cual el o los pacientes pueden incorporar sus propios significados, enriqueciendo la validez del producto resultante. Además, la elaboración genera un proceso de reflexión y comprensión de las dinámicas del problema, siendo entonces, un proceso de intervención en sí mismo.

En este conjunto de similitudes y diferencias, podemos concluir que existen puntos de comunalidad entre modelos y que estos se refieren a los procesos inferenciales y organizacionales de la información. En esta línea de búsqueda de aspectos comunes, Johnstone y Dallos (2006) listan una serie de características compartidas por las diferentes modalidades de formulación de caso:

1. sintetizar el problema central del paciente,
2. sugerir como las dificultades del paciente se relacionan entre sí basándose en principios y teorías psicológicas,
3. explicar –basándose en la teoría– el desarrollo y mantenimiento de las dificultades del paciente en la actualidad,
4. indicar un plan de intervención basado en principios y procesos psicoló-

- gicos ya identificados,
5. estar abiertos a revisión y reformulación.

La formulación como un proceso cíclico

La última característica listada en el apartado anterior, referida a la revisión y reformulación de las conceptualizaciones de caso, nos permite dibujar el proceso de formulación como una espiral de funcionamiento. El devenir terapéutico nos obliga a mantener una visión global y actualizada de la información recogida y de los datos que dieron origen a la primera formulación. Esta actualización requiere nuevas etapas de evaluación y re-evaluación, a través de las cuales se irán incluyendo los resultados parciales del proceso terapéutico; haciendo necesaria una reelaboración de las hipótesis e inferencias lo que deberá verse reflejado en los correspondientes ajustes a la intervención (DCP, 2011; Eells, 2007; Persons y Tompkins, 2007).

Dicho de manera casi esquemática, el proceso de formular se integra dentro del ciclo característico de la práctica psicológica del siguiente modo: evaluar, formular, intervenir y evaluar nuevamente (DCP, 2011) y comienza con el primer contacto, la entrevista inicial, pero continúa siendo refinado hasta la última sesión (Beck, 1995).

Una integración nomotética e idiográfica

Una de las decisiones que se nos presenta a la hora de elaborar una formulación de caso, es acerca de qué tipo de información incluiremos en ella. La formulación normalmente comienza con información referida al paciente y su problemática, es decir, aquella que provenga del modelo ideográfico. En ese sentido, el foco puesto en los aspectos únicos y particulares del individuo y sus situaciones vitales hace que, sobre todo en los casos complejos, la información ideográfica sea especialmente relevante (Persons, 2013).

Sin embargo, en la práctica clínica, la generación de hipótesis explicativas y de funcionamiento, no es azarosa ni voluntarista. Las hipótesis se apoyan en los hallazgos en el campo de la psicopatología, la evaluación y el tratamiento (Kaholokula et al., 2013), es decir, se basan en aspectos nomotéticos.

El equilibrio entre ambos tipos de información debe salvaguardarse, ya que si se intenta ajustar al paciente al modelo teórico olvidando sus aspectos particulares (visión nomotética), no será posible atender a su situación específica; y por otra parte, sobreindividualizar la formulación de caso, prestando atención solo a los aspectos ideográficos, puede hacernos cometer errores por no considerar aspectos clínicos y psicopatológicos bien descritos y conocidos (Eells, 2007).

Es necesario, por lo tanto, poner énfasis en la elaboración de formulaciones basadas en la evidencia nomotética que sirvan de base al desarrollo de formulaciones idiográficas (Persons y Tompkins, 2007), las cuales ayudarán a la toma de decisiones de cara al paciente y su realidad particular (Persons, 2013). La inclusión

de información ideográfica, siguiendo a Meier (2003), ha de hacerse de un modo riguroso, superando así, un modo habitualmente poco preciso.

La formulación de caso como competencia específica

Realizar una formulación o conceptualización de caso implica habilidades y capacidades cognitivas relacionadas con el procesamiento de la información que permiten dar sentido a la información recogida. Recordemos que el producto final será una narración coherente o una representación gráfica significativa, que cumplan con los criterios de parsimoniosa y utilidad, y de estar basados en las evidencias (Persons y Tompkins, 2007),

La relevancia que ha adquirido esta competencia en los últimos tiempos, se ve reflejada, por ejemplo, en que se considera un requisito formativo para la práctica profesional en algunos países, como Reino Unido (DCP, 2011). Sin embargo, Meier (2003) plantea que muchos clínicos tienen poca experiencia en el proceso de integrar la conceptualización, la evaluación y la intervención de una manera explícita. En el caso de los estudiantes, se ha observado que éstos raramente logran realizar un todo integrado con la información y utilizarlo de cara al trabajo con los pacientes. Por ese motivo, Meier propone un énfasis en la formación y entrenamiento, a nivel de prácticum de pregrado, por ejemplo (Meier, 1999, citado por Meier, 2003)

Por otra parte, la experiencia clínica imprime al terapeuta de un grado de conocimiento teórico y práctico, que puede ser difícil de expresar y emerger, pero que es fácilmente evidenciable si observamos los productos o los resultados de su actuación profesional. En este sentido, Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, y Lucas (2005) analizaron la calidad de las formulaciones realizadas por psicoterapeutas de diferentes grados de experticia (novatos, experimentados, expertos), pertenecientes a modelos cognitivo conductuales y psicodinámicos. Las formulaciones de caso que generaron, ante la presentación de diferentes viñetas, corroboraron la hipótesis planteada: las formulaciones de los psicoterapeutas expertos eran más exhaustivas, elaboradas, complejas y sistemáticas. Junto a eso, los planes de tratamiento de los expertos eran más elaborados y estaban más vinculados a las formulaciones generadas (Eells et al. 2005).

Dada la importancia que tiene la experiencia en la elaboración de formulaciones de calidad, las preguntas que nos surgen, son: ¿es posible entrenar y desarrollar la capacidad de formular casos? o ¿se trata de una capacidad que se desarrolla solo con el tiempo y la práctica profesional prolongada?

En este sentido, se analizó a través de un estudio comparativo de grupo experimental con grupo control, el efecto de un entrenamiento breve sobre la calidad de las formulaciones de caso. El entrenamiento consistió en la creación de en una formulación basada en componentes genéricos, es decir, no adscrita a ningún modelo o escuela psicoterapéutica. Los componentes fueron: "(a) síntomas y problemas, (b) factores precipitantes, (c) eventos y condiciones predisponentes, y

(d) un mecanismo explicativo inferido que de cuenta de los tres componentes anteriores” (Kendjelic y Eells, 2007, p. 68). Los resultados mostraron que el grupo experimental realizó formulaciones más exhaustivas, con mayor cantidad de información en cada componente genérico y con mayor nivel inferencial.

Acerca de la elaboración de formulaciones de caso: la estructura

De cara a la formación y entrenamiento en el proceso de formulación de caso, es de utilidad la existencia de modelos genéricos, creados con un objetivo básicamente integrador, no adscritos a ningún modelo psicoterapéutico y que se basan en una estructura dada por categorías de información.

Un ejemplo de este tipo de propuesta integradora es la formulación de caso basado en componentes genéricos (Kendjelic y Eells, 2007), que ha sido utilizada en investigación de los procesos de formación y entrenamiento, y cuyos componentes son: (a) síntomas y problemas, (b) factores precipitantes, (c) eventos y condiciones predisponentes, y (d) un mecanismo explicativo inferido.

Por otra parte, El “modelo de las 5P” (Weerasekera, 1996, citado por Winiarski, 1998), propone un modelo multifactorial o multiperspectiva, nacido en el área de la formación de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Este modelo se adscribe también dentro del movimiento de integración e incluye la siguiente información: experiencias Predisposicionales, factores Precipitantes, Problemas, factores Perpetuadores o mantenedores y factores Protectores (Weerasekera, 1996, citado por Minoudis et al., 2013). En una línea similar, aplicaron una escala para evaluar formulaciones de caso en investigación basada en los siguientes ítems: a) Lista de Problemas, b) Factores Predisponentes, c) Factores Precipitantes, d) Factores Perpetuadores o mantenedores, e) Conceptualización Provisional, f) Problemas Potencialmente obstaculizadores y fortalezas y cualidades (bienes que posee).

De un modo aún más sintético, el modelo de formulación propuesto por Persons (2008) implica cuatro componentes básicos, como son: (a) síntomas, trastornos y problemas, (b) mecanismos, (c) precipitantes; y (d) el origen de los mecanismos.

Tal como hemos comentado, este tipo de modelos pueden ser un buen punto de partida para la formación, sin embargo, presentan un peligro debido a que pueden generar un listado de factores, bien categorizados, pero que no consiguen generar una narrativa coherente e integrada. Estos modelos tampoco permiten incluir los significados personales dados a la experiencia, a los factores y los eventos vitales. (DCP, 2011). Superar este tipo de riesgos nos ha llevado a plantear los mapas conceptuales como método de representación significativa de la formulación de caso, lo que desarrollaremos con detalle más adelante.

De un modo amplio, es posible plantear que la diversidad de formulaciones clínicas son válidas dependiendo de la función a la cual se destinen. Una formulación simple puede ser de gran utilidad a la formación y al entrenamiento de

estudiantes de psicología. Otras, pueden desarrollar con mayor dedicación aspectos específicos, como las causas –por ejemplo– si nos encontramos frente a tareas de prevención, y otras sobre aspectos nomotéticos si deseamos dar sentido teórico y fortalecer modelos de intervención. Una formulación amplia, que incluya variables contextuales culturales e históricas, puede ser de gran utilidad a la hora de planificar intervenciones de salud pública.

Por otra parte, en relación con el contenido de la formulación, es un evento y a la vez un proceso (Johnstone y Dallos, 2014). En el primer sentido, la formulación toma una forma determinada, es decir, se desarrolla en un informe, un registro clínico o un diagrama o representación gráfica, probablemente lo más común en investigación en formulación. Sin embargo, en el ámbito clínico y aplicado, la formulación también es un proceso recursivo de sugerencia, discusión, reflexión, *feedback* y revisión que es parte del proceso momento a momento de terapia (Johnstone y Dallos, 2014) y que forma parte primordial del análisis que se realiza en el proceso de supervisión clínica.

La Supervisión Clínica

La supervisión clínica es el proceso donde el psicoterapeuta pondrá en común la formulación de caso y el proceso terapéutico para su análisis y reflexión colaborativa con el supervisor.

La supervisión de la práctica clínica tiene una larga tradición, como se puede observar a través de las cartas que Freud mantenía con sus colegas, en los comienzos de la actividad psicoterapéutica. Sin embargo, esa modalidad está muy lejos de la estructura formal de supervisión de nuestros días (Fleming y Steen, 2012)). Actualmente, la supervisión es una práctica habitual que se encuentra en expansión en la práctica clínica y psicoterapéutica, independientemente del modelo en el cual se realice dicha práctica (Annunziata y Bock Gálvez, 2015).

El proceso de supervisión conforma un escenario óptimo para el desarrollo de competencias específicas del ámbito psicoterapéutico, tanto del estudiante como del profesional novel (Romans, Boswell, Carlozzi, y Ferguson, 1995), así como de apoyo a psicoterapeutas que se encuentran en ejercicio y que la solicitan ante casos y situaciones clínicas complejas.

Siguiendo a Falender y Shafranske (2004), podemos definir la supervisión clínica como un proceso interpersonal y colaborativo a través del cual se asegura que el ejercicio profesional se realiza bajo los estándares éticos requeridos y que se respetan las obligaciones legales; a la vez que se promueve y protege el bienestar del paciente, de la profesión y, de manera amplia, de la sociedad. Añadiendo la perspectiva del supervisado, la supervisión debe atender también al desarrollo de las habilidades y competencias de éste (Carroll, 1996, citado por Townend, Iannetta, y Freeston, 2002).

La abundante literatura concuerda en que la supervisión clínica tiene dos funciones claras: por una parte, asegurar el bienestar del cliente y, por otra, facilitar

el desarrollo del supervisado y de sus competencias (Carroll, 1996, citado por Townend et al., 2002; Falender y Shafranske, 2004). Es así como se la considera un método clave y básico del entrenamiento clínico y, en ese sentido, es un proceso jerárquico y evaluativo. Sin embargo, la utilidad de la supervisión clínica se ve extendida cuando se la considera un proceso importante de cara a prevenir la aparición de trastornos profesionales propios del ámbito de la psicoterapia (Martínez, 2007), y específicamente ante trauma vicario (Berger y Quiros, 2014; Pearlman y Mac Ian, 1995; Salston y Figley, 2003; Walker, 2004).

Una relación basada en contenidos

Normalmente, el escenario de supervisión incluye un profesional novel o *junior* –el supervisado– y un profesional experimentado –el supervisor– que desarrollan una relación de trabajo y aprendizaje a través del análisis de los procesos terapéuticos que el supervisado se encuentra realizando. En este formato, los supervisores clínicos asumen la responsabilidad de entrenar, dirigir y estimular a los supervisados. Como tal proceso de enseñanza, es fundamental que el supervisado tenga experiencias positivas de aprendizaje. Ampliando esta idea, Riggs y Bretz (2006) subrayan la importancia de establecer una relación positiva entre supervisor-supervisado, la que es posible independientemente de las similitudes o diferencias que existan entre supervisor y supervisado en la orientación teórica, personalidad, o estilo relacional. Sin embargo, el doble rol del supervisor, y la naturaleza evaluativa de la supervisión, pueden dificultar el establecimiento de una relación positiva o una buena alianza de trabajo.

En cuanto a la relación, el formato habitual de desarrollo de la supervisión clínica es 1:1; pero la creciente demanda y la tendencia a mejorar la eficiencia, hacen necesario desarrollar formatos diferentes y más flexibles, como son las supervisiones entre pares con participación de supervisor, de grupo de supervisores especializados por áreas, etc. (ver Milne y Oliver, 2000). En este sentido, es interesante el actual desarrollo de la supervisión apoyada por tecnología (Steen, 2012).

Como proceso basado en la interacción, en la supervisión existen dinámicas positivas, orientadas a la tarea y al bienestar de los participantes, pero también existen dinámicas entorpecedoras. En relación a los posibles problemas entre supervisado y supervisor, se han elaborado explicaciones basadas en las características de la personalidad del supervisado (e.g. Glickauf-Hughes, 1994) o las resistencias y características del supervisor (e.g. Watkins, 2010). Dada la importancia que la alianza tiene de cara al desarrollo de una supervisión exitosa, Matthews y Treacher (2004) proponen la utilización de métodos co-constructivos y la formación de una “reciprocidad genuina” (p. 194).

En esta línea, definir la supervisión como un proceso colaborativo, es frecuente y está ampliamente aceptado, sin embargo, es una característica que nos merece una atención especial. Rousmaniere y Ellis (2013) encontraron que el concepto de supervisión colaborativa se distribuye en un continuo, con un polo donde se

encuentra la *supervisión explícita colaborativa* (ECS), en la cual el supervisor invita, empodera y está abierto a la participación activa del supervisado en la supervisión; y otro polo de *supervisión no colaborativa* (NCS) en la cual el supervisor no hace lo anterior y puede, incluso, desalentar la entrada del supervisado en la relación (Rousmaniere y Ellis, 2013). Los autores encontraron, además, que la supervisión colaborativa es importante para el establecimiento de la alianza, es decir, se relaciona pero es distinta de ella.

En cuanto a los contenidos, las diferentes escuelas han desarrollado formatos o modelos de supervisión, sin embargo, aquí expondremos brevemente dos que, de un modo genérico, puedan ser de utilidad independientemente del modelo teórico-práctico bajo el cual se trabaje. El Modelo de Proceso, clasifica los diferentes focos de atención de las supervisiones del siguiente modo: (a) el paciente, (b) las estrategias e intervenciones, (c) la relación entre el paciente y el supervisado, (d) el supervisado, (e) la relación de supervisión, (f) el proceso del supervisor, (g) el contexto amplio (Hawkins y Shohet, 2006, citado en Hughes, 2012).

De un modo similar, pero esta vez poniendo el énfasis en el proceso reflexivo y de búsqueda de sentido, Matthews y Treacher (2004), desde un enfoque sistémico, hacen una propuesta integradora; un modelo práctico de supervisión que puede servir de guía:

1. reflexionar sobre el contenido de la sesión de terapia (como se presenta el paciente, que información comparte, como se relaciona el contenido con otras sesiones anteriores, etc.)
2. explorar las estrategias e intervenciones usadas por el terapeuta (persiguiendo la formación y desarrollo de habilidades técnicas)
3. explorar el proceso de terapia y la relación paciente-terapeuta
4. focalizar en las reacciones emocionales o resonancias del terapeuta (foco sobre la contra-transferencia; la búsqueda del “material personal” del terapeuta que puede estar influyendo en la terapia)
5. explorar las similitudes entre la supervisión y la terapia (lo que sucede en sesión puede trasladarse a la supervisión, en el sentido, por ejemplo, de qué patrones en terapia pueden ser repetidos en supervisión y ayudar a considerar como poder cambiarlos).
6. Explorar las resonancias del supervisor (contra-transferencia o búsqueda de lo que impacta al supervisor, como clave de información).

En ambos modelos, podemos ver como la formulación de caso forma parte de los primeros focos de atención siendo los aspectos relacionales y los provenientes del supervisado y del supervisor, los focos posteriores. El Modelo de Proceso ofrece una estructura que nos permite organizar los contenidos en categorías, mientras que el modelo de Matthews y Treacher (2004) nos plantea una visión más procesual y relacional dando paso a los aspectos personales de los agentes. Ambos modelos promueven la combinación de dos aspectos: la teoría y los principios psicológicos, por un lado, y los pensamientos, sentimientos y significados, por otro, a través de

un proceso continuo y colaborativo de “dar sentido” a la información que se está recogiendo a través del proceso de terapia y de supervisión.

En esa línea, y desde un acercamiento claramente constructivista, Bob (1999) pone el énfasis en que la supervisión implica la creación conjunta de una narrativa que tome en cuenta el significado que los tres agentes –paciente, supervisado y supervisor– han dado a la historia del paciente. Esto se traduce, finalmente, en el desarrollo de una nueva formulación y plan de tratamiento.

Los Mapas Conceptuales: herramienta para una supervisión colaborativa

La propuesta planteada en este artículo consiste en la utilización de mapas conceptuales (Novak y Cañas, 2008), dentro del proceso de supervisión clínica, como método que facilite la colaboración, el análisis y la reformulación desde un planteamiento multinivel.

Los mapas conceptuales, creados por Novak (ver Novak y Cañas, 2008) son un método de representación del conocimiento basado en una representación gráfica de un conjunto de conceptos y sus relaciones sobre un dominio específico de conocimiento, construido de tal forma que las interrelaciones entre los conceptos son evidentes. En estos mapas, los conceptos se representan como nodos y las relaciones entre ellos se dibujan a través de flechas que los conectan. La unión o relación asociativa –y por tanto lingüística– que existe entre un nodo y otro se expresa sobre la flecha, dando paso a unidades semánticas (proposiciones o frases simples). Los mapas conceptuales han demostrado ser un medio efectivo para la representación y comunicación del conocimiento (Alberto J. Cañas et al., 2004). El mapa completo se transforma así en la representación de un dominio de conocimientos, en este caso, la problemática del paciente, el proceso psicoterapéutico y el trabajo en supervisión.

Las siguientes características de los mapas conceptuales aportan flexibilidad y dinamismo al proceso de análisis de la formulación de caso en el proceso de supervisión clínica: (a) permiten una organización significativa de la información gracias a la asociación lingüística entre constructos; (b) permiten toda información o dato mientras se pueda representar a través de un nodo conceptual y tenga relación con otro concepto; (c) permite el ciclo de verificación y reformulación sistemática ya que se ha desarrollado una herramienta informática que permite fácilmente modificar la representación tantas veces sea necesario; (d) en el proceso de asociar conceptos y formar proposiciones, emerge el conocimiento experto, por una parte, y se refina y negocia el significado personal; y, por último, (e) permite la integración de información multinivel, es decir, nivel I (formulación de caso), nivel II (proceso terapéutico) y nivel III (proceso de supervisión) ya sea en un formato bidimensional, de representación gráfica en papel o simple, o a través de mapas enlazados por medio de hipervínculos, en formato web o, al menos, digitales.

¿Por qué una representación gráfica?

Dada la gran cantidad de información que se recoge en el proceso de elaboración de la formulación de caso, es frecuente encontrar métodos representacionales que faciliten la exposición de la misma. La representación gráfica ha sido utilizada desde las diferentes perspectivas teóricas para sintetizar la información y explicitar las hipótesis causales. Mattaini (1993) explica que utilizar gráficos ayuda a organizar información compleja y permite identificar patrones que tendrán repercusión sobre el tratamiento, así como ayuda a recordar datos. Por su parte, Dansereau y Simpson (2009), basándose en diferentes estudios y autores, explican que la información representada visualmente ofrece ventajas en comparación con la información expresada lingüísticamente, ya que la primera estimula la síntesis en el receptor a diferencia del proceso de descomposición analítica que genera el lenguaje; representa mejor procesos de naturaleza holística como el afecto, y mejora la memoria y el recuerdo en comparación con el lenguaje hablado y escrito. Estos autores plantean que el uso de la representación gráfica puede mejorar también la comunicación entre los diferentes agentes que participan en torno a la atención clínica: clínicos, investigadores, supervisores y formadores, o a nivel organizacional; sin olvidar que también ayuda a la comprensión del problema por parte del paciente. (véase Figura 1)

Como ejemplo de utilización en el ámbito clínico, en el modelo de terapia cognitivo conductual, la representación gráfica se ha promovido como método para comunicar con claridad el análisis funcional a otras personas, para enseñar a formular casos clínicos y para elegir el mejor enfoque para el tratamiento (Kaholokula et al., 2013).

Entre los diferentes formatos gráficos, hay evidencia de que los nodos unidos por flechas pueden prestar mejor servicio al objetivo de comunicar y analizar procesos complejos (Dansereau y Simpson, 2009). Los mapas conceptuales de Novak son un buen ejemplo de este tipo de representación.

Negociación de significados

Los mapas conceptuales pueden ser vistos como una representación jerarquizada de palabras relacionadas, sin embargo, cuando debemos definir claramente cuál es la relación entre conceptos y las proposiciones e ideas que se forman, "... uno comienza a ver que un buen mapa conceptual es a la vez, simple pero también elegantemente complejo con profundos significados" (Novak y Cañas, 2008, p. 31).

En el proceso de elaboración "paso a paso" de un mapa conceptual clínico, se produce un proceso de precisión de significados que en supervisión se transforma en un proceso de análisis de cada dato, negociación acerca de lo que cada información significa y con qué se relaciona y, finalmente, de elaboración conjunta de la información en un todo significativo cuyo conocimiento es compartido (González-Brignardello y Gago, 2010).

En un sentido inverso, pero no por ello menos interesante, Goodyear, Tracey,

Claiborn, Lichtenberg, y Wampold (2005) plantea que los mapas conceptuales permiten identificar las estructuras de conocimiento que posee un individuo o pequeños grupos de individuos, lo que en el ámbito clínico podría ser de utilidad a la hora de evaluar los conocimientos.

Por otra parte, Mayfield, Kardash, y Kivlighan (1999) compararon la elaboración de mapas conceptuales de expertos y noveles, en el ámbito del consejo psicológico, y encontraron que los expertos elaboraban relaciones más complejas y mejor organizadas.

Mapas conceptuales multiniveles

El proceso de formulación, de un modo amplio, permite múltiples niveles de análisis, de manera que el proceso de formular puede enfocarse como un proceso de “zoom” o acercamiento/alejamiento a determinados niveles de información. Por ejemplo, (Persons y Tompkins, 2007) plantean la existencia de un nivel de síntoma, un nivel de trastorno o problema y un nivel de caso. Otro planteamiento similar es el propuesto por Eelss y Lombart (2003) que distinguen entre lo que ellos llaman focos de atención de la formulación, de manera que existirían un foco de formulación de caso, otro foco modal para el trastorno, y un foco sobre el episodio o situación que surge dentro o fuera de la terapia. Para estos autores, estos diferentes focos están interrelacionados y se informan mutuamente.

Un modelo multinivel de representación de la información psicoterapéutica, es aquel que permite el análisis de la formulación del caso (Nivel I) a la vez que incorpora la información del proceso de terapia (Nivel II) y del proceso de supervisión (Nivel III), enriqueciendo así el análisis del proceso terapéutico en sentido amplio.

Las nuevas tecnologías permiten que los mapas conceptuales elaborados, por ejemplo, con CmapTools (Cañas et al., 2004), puedan conectar contenidos hiperenlazados publicables a nivel web o en sistema local. Esto da la posibilidad de generar un conjunto de mapas que formen una red de información enlazada por conceptos o contenidos de diferentes formatos (Cañas et al., 2000).

En este sentido, los mapas conceptuales tienen la posibilidad de transformarse en una gran herramienta de formación y entrenamiento, que por una parte expone conocimientos declarativos y teórico-prácticos, y por otra, permite la incorporación de información ideográfica propia de una formulación de caso.

Conclusión

A medida que la clasificación nosológica de los problemas psicológicos aumenta, se hace más necesario y relevante contar con herramientas y métodos que generen narrativas ideográficas, apoyadas sobre el conocimiento nomotético y las evidencias empíricas. De este modo, hemos puesto la formulación de caso en el centro del proceso de supervisión y hemos dotado a éste de una herramienta capaz de representar diferentes niveles de información.

Los mapas conceptuales pueden convertirse en el medio a través del cual los procesos de negociación de significados clínicos, entre el psicólogo experto y el psicólogo novel, transcurran de un modo colaborativo y orientado hacia la obtención de la comprensión del proceso del paciente, de la intervención que se lleva a cabo y de los procesos ocurridos en la supervisión. En ese sentido, la supervisión clínica apoyada por mapas conceptuales, genera un proceso de análisis colaborativo de la información que, al elaborarse en representación gráfica provoca la expresión de contenidos tanto de supervisado como del supervisor que forman un todo comprensivo, donde la información del terapeuta (experto en la relación con el paciente y en el proceso terapéutico que lleva a cabo) y la información del supervisor (experto en el proceso teórico-práctico y en el proceso de supervisión que lidera), generan un modelo de conocimiento del paciente enriquecido con los significados compartidos, en un proceso de construcción conjunta similar a una formulación de nivel superior.

Es necesario el desarrollo de investigación orientada a analizar, entre otras cosas, la relación que el uso de mapas conceptuales pueda tener con resultados a nivel de relación, alianza, proceso formativo y de desarrollo del terapeuta y proceso terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Annunziata, P. A., y Bock Gálvez, K. Y. (2015). Identidad Profesional del Supervisor Clínico: Un Estudio de Casos Desde la Perspectiva del Sí-Mismo Dialógico. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 93-102.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. Guilford, New York.
- Berger, R., y Quiros, L. (2014). Supervision for trauma-informed practice. *Traumatology*, 20(4), 296-301. <http://doi.org/10.1037/h0099835>
- Berman, P. S. (2010). *Case Conceptualization and Treatment Planning. Integrating theory with clinical practice*. California: Sage Publications.
- Bob, S. R. (1999). Narrative approaches to supervision and case formulation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 146.
- Canadian Psychological Association. (2010). *Resource Guide for Psychologists: Ethical Supervision in Teaching, Research, Practice, and Administration*. Ottawa: Canadian Psychological Association. Recuperado a partir de <http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/COEresGuideSuperAppNov2010Rev14June2011.pdf>
- Cañas, A. J., Ford, K. M., Coffey, J., Reichherzer, T., Carff, R., Shamma, D., ... Bready, M. (2000). Herramientas para construir y compartir modelos de conocimiento basados en mapas conceptuales. *Revista de Informática Educativa*, 13(2), 145-158.
- Cañas, A. J., Hill, G., Carff, R., Suri, N., Lott, J., Eskridge, T., ... Carvajal, R. (2004). CmapTools: A knowledge modeling and sharing environment. En *Concept maps: Theory, methodology, technology. Proceedings of the first international conference on concept mapping* (Vol. 1, pp. 125-133). Recuperado a partir de http://www.geogr.unijena.de/fileadmin/Geoinformatik/projekte/brahmatwinn/Workshops/FEEM/Software/Canas_2004_Cmap_tools.pdf
- Dallos, R., y Stedmon, J. (2014). Systemic Formulation. Mapping the Family Dance. En *Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making Sense of People's Problems* (2nd ed., pp. 67-95). Nueva York: Routledge.
- Dansereau, D. F., y Simpson, D. D. (2009). A picture is worth a thousand words: The case for graphic representations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 104-110. <http://doi.org/10.1037/a0011827>

- Division of Clinical Psychology. (2011). Good practice guidelines on the use of psychological formulation - DCP-Guidelines-for-Formulation.pdf. Recuperado 12 de mayo de 2016, a partir de <https://www.canterbury.ac.uk/social-and-applied-sciences/salmons-centre-for-applied-psychology/docs/resources/DCP-Guidelines-for-Formulation.pdf>
- Eells, T. D. (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd ed.). Nueva York: Guilford.
- Eells, T. D., y Lombart, K. G. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*, 13(2), 187-204.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., y Lucas, C. P. (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 579-589. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.579>
- Falender, C. A., y Shafranske, E. P. (2004). *Clinical Supervision. A Competency-Based Approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fleming, I., y Steen, L. (2012). *Supervision and Clinical Psychology. Theory, Practice and Perspectives*. (2nd ed.). NUEVA YORK: Routledge.
- Glickauf-Hughes, C. (1994). Characterological resistances in psychotherapy supervision. *Psychotherapy*, 31(1). Recuperado a partir de <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uned.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4688622b-cc60-4608-a402-516b010e3cb5%40sessionmgr103yvid=0yhid=116>
- González-Brignardello, M. P., y Gago, S. (2010). Utilización de mapas conceptuales como facilitadores del proceso de supervisión clínica y formulación significativa de casos. En *Concept Maps: Making Learning Meaningful*. Viña del Mar, Chile. Recuperado a partir de <http://cmc.ihmc.us/cmc2010papers/cmc2010-198.pdf>
- Goodyear, R. K., Tracey, T., Claiborn, C. D., Lichtenberg, J. W., y Wampold, B. E. (2005). Ideographic Concept Mapping in Counseling Psychology Research: Conceptual Overview, Methodology, and an Illustration. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 236-242. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.236>
- Greenberg, L. S., y Goldman, R. (2007). Case Formulation in Emotion-Focused Therapy. En T.D. Eells (Ed) *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. NUEVA YORK: Guilford.
- Hughes, J. (2012). Practical Aspects of Supervision: All you ever wanted to know but were too afraid to ask. En *Supervision and Clinical Psychology. Theory, Practice and Perspectives*. (2nd ed., pp. 184-205). NUEVA YORK: Routledge.
- Johnstone, L., y Dallos, R. (2006). *Psychology and Psychotherapy. Making Sense of people's problems*. NUEVA YORK: Routledge.
- Johnstone, L., y Dallos, R. (2014). *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making sense of people's problems*. (2nd ed.). New York.: Routledge.
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud [online]*, 24, 117-127. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Kendjelic, E. M., y Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), 66-77. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.44.1.66>
- Levenson, H., y Strupp, H. H. (2007). Cyclical Maladaptive Patterns: Case Formulation in Time-Limited Dynamic Psychotherapy. En *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd ed., pp. 164-197). NUEVA YORK: Guilford.
- Liese, B. S., y Esterline, K. M. (2015). Concept mapping: A supervision strategy for introducing case conceptualization skills to novice therapists. *Psychotherapy*, 52(2), 190-194. <http://doi.org/10.1037/a0038618>
- Mattaini, M. A. (1993). *More than a thousand words: Graphics for clinical practice*. NASW Press.
- Martínez, J. G. (2007). Un homenaje a MJ Mahoney: Los riesgos del ejercicio de la psicoterapia (un viaje al lugar peligroso). Presentado en II congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas - Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas, Sevilla (España). Recuperado a partir de <http://sppc.org.pt/downloads/mahoney+jgm.pdf>
- Matthews, S., y Treacher, A. (2004). Therapy Models and Supervision in Clinical Psychology. En *Supervision and Clinical Psychology: Theory, Practice and Perspectives*. (pp. 187-210). NUEVA YORK: Routledge.
- Mayfield, W. A., Kardash, C. M., y Kivlighan, D. M., Jr. (1999). Differences in experienced and novice counselors' knowledge structures about clients: Implications for case conceptualization. *Journal of Counseling Psychology*, 46(4), 504.
- Meier, S. T. (2003). *Bridging case conceptualization, assessment, and intervention*. California: Sage.
- Meier, S., T. (2003). *Bridging Case Conceptualization, Assessment, and Intervention*. Sage Publications.

- Messer, S. B., y Wolitzky, D. L. (2007). The Psychoanalytic Approach to Case Formulation. En *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd ed., pp. 67-104). NY: Guilford.
- Milne, D., y Oliver, V. (2000). Flexible formats of clinical supervision: Description, evaluation and implementation. *Journal of Mental Health, 9*(3), 291-304.
- Minoudis, P., Craissati, J., Shaw, J., McMurrin, M., Freeston, M., Chuan, S. J., y Leonard, A. (2013). An evaluation of case formulation training and consultation with probation officers. *Criminal Behaviour and Mental Health, 23*, 252-262. <http://doi.org/0.1002/cbm.1890>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Cos, T. A. (2007). Case Formulation for the Behavioral and Cognitive Therapies. A Problem-Solving Perspective. En *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. NUEVA YORK: Guilford.
- Novak, J. D., y Cañas, A. J. (2008). The theory underlying concept maps and how to construct and use them. Recuperado a partir de <http://eprint.ihmc.us/5/>
- Pearlman, L. A., y Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558.
- Persons, J. B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. NUEVA YORK: Guilford.
- Persons, J. B. (2013). Who needs a case formulation and why: Clinicians use the case formulation to guide decision-making. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 9*(4), 448-456.
- Persons, J. B., y Tompkins, M. A. (2007). Cognitive-Behavioral Case Formulation. En *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. NUEVA YORK: Guilford.
- Riggs, S. A., y Bretz, K. M. (2006). Attachment processes in the supervisory relationship: An exploratory investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(5), 558-566. doi: 10.1037/0735-7028.37.5.558
- Romans, J. S., Boswell, D. L., Carlozzi, A. F., y Ferguson, D. B. (1995). Training and supervision practices in clinical, counseling, and school psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(4), 407.
- Rousmaniere, T. G., y Ellis, M. V. (2013). Developing the construct and measure of collaborative clinical supervision: The supervisee's perspective. *Training and Education in Professional Psychology, 7*(4), 300-308. <http://doi.org/10.1037/a0033796>
- Rueda, S. V., García, A. J., y Simari, G. R. (2004). Alternativas para la representación del conocimiento compartido entre agentes colaborativos. En *X Congreso Argentino de Ciencias de la Computación*. Recuperado a partir de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/22567>
- Salston, M., y Figley, C. R. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working With Survivors of Criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress, 16*(2), 167-174.
- Steen, L. (2012). Formats of Supervision. En *Supervision and Clinical Psychology: Theory, Practice and Perspectives*. (2nd ed.). Nueva York: Routledge.
- Townend, M., Iannetta, L., y Freeston, M. H. (2002). Clinical Supervision in Practice: A Survey of UK Cognitive Psychotherapists Accredited by the BABCP. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 485-500. <http://doi.org/0.1017/S1352465802004095>
- Walker, M. (2004). Supervising practitioners working with survivors of childhood abuse: counter transference; secondary traumatization and terror. *Psychodynamic Practice, 10*(2), 173-193. <http://doi.org/10.1080/14753630410001686753>
- Watkins, C. E. (2010). Considering characterological resistances in the psychotherapy supervisor. *American Journal of Psychotherapy, 64*(3). Recuperado a partir de <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uned.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=826bd423-c168-41e4-97d6-64b83cdc600b%40sessionmgr105yvid=0yhid=116>
- Winiarski, M. (1998). Book Review Multiperspective Case Formulation: A Step Towards Treatment Integration, by Priyanthy Weerasekera. Malabar, FL: Krieger Publishing Co., 1996, 335 pages; \$38.50 cloth, \$29.50 paperback - Springer. *Journal of Psychotherapy Integration, 8*(3), 183-185. <http://doi.org/10.1023/A:1023241630627>