



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Postgrado
Programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**HACIA UN MODELO DE INDICACIÓN DE LAS TÉCNICAS
OPERATIVAS, PROCEDURALES E INTERVENCIONES CLÍNICAS EN
PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA**

**Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de
Adultos**

Alumno: Ps. José Luis Rossi Mery

Profesor Patrocinante: Dr. Juan Yáñez Montecinos

SANTIAGO

2014

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
Introducción y Antecedentes.....	6
Objetivos.....	12
Metodología.....	13
Marco Teórico.....	14
1. Metateoría Constructivista Cognitiva: Evolución del modelo y sus implicancias en la Teoría Clínica y la Psicoterapia.....	14
1.1 Momento Conductual.....	14
1.1.1 Teoría Clínica Conductual.....	16
1.2 Momento Cognitivo.....	17
1.2.1 Teoría Clínica Cognitiva.....	19
1.3 Momento Interpersonal.....	21
1.3.1. Teoría Clínica Cognitiva Interpersonal.....	22
1.4 Momento Constructivista.....	24
1.4.1 Teoría Clínica Constructivista Cognitiva.....	26
1.4.2 Dimensiones Operativas.....	30
1.4.3 Psicoterapia Constructivista Cognitiva.....	38
1.4.5 Noción de Cambio Psicoterapéutico.....	39
2. Capítulo II Técnicas Psicoterapéuticas e Intervenciones en la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva.....	41
2.1 Técnicas Operativas.....	41
2.1.2 Técnicas Conductuales.....	42
2.1.3 Técnicas Cognitivas.....	58

2.2	Técnicas Procedurales.....	65
2.2.1	Metacomunicación.....	67
2.2.2	Exploración Experiencial.....	70
2.3	Intervenciones Psicoterapéuticas.....	72
3.	Capítulo III: La psicoterapia desde otras perspectivas y su relación con el problema de la indicación.....	79
3.1	Psicoterapia Individual de Orientación Psicodinámica.....	79
3.1.1	El Continuo Expresivo-De Apoyo en Psicoterapia Psicodinámica.....	80
3.2	Investigación en Psicoterapia: El Problema de la Efectividad.....	85
3.2.1	Algunas Contribuciones de la Investigación en Psicoterapia.....	87
3.3	Psicoterapia y Procesos de Cambio: Algunas Contribuciones desde la Clínica y las Neurociencias....	91
3.3.1	Tipos de Cambio en Psicoterapia: Una Visión desde las Neurociencias.....	94
3.3.2	La Relación Terapéutica como vía de Cambio.....	99
4.	Capítulo IV: Hacia un Modelo de Indicación de las Técnicas Operativas, Procedurales e Intervenciones Clínicas en Psicoterapia Constructivista Cognitiva.....	101
4.1	Contribuciones de la Metateoría Constructivista Cognitiva a la Teoría Clínica y Psicoterapia.....	101
4.2	Criterios para orientar la Indicación en Psicoterapia Constructivista Cognitiva.....	105
4.2.1	Condiciones Clínicas Generales: Nosología Descriptiva.....	106
4.2.2	Incorporación del Diagnóstico del Estado Actual de las Dimensiones Operativas del Paciente.....	112

4.2.3 Variables del Paciente: Expectativas y Recursos Personales.....	120
4.3 Síntesis de la Propuesta.....	124
4.4 Conclusiones y Discusión.....	136
Bibliografía.....	141

RESUMEN

La presente investigación, de carácter teórico, aborda la evolución de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva en cuanto a sus fundamentos epistemológicos, teóricos y clínicos. Se realiza un análisis y descripción de las técnicas psicoterapéuticas operativas y procedurales, e intervenciones clínicas, provenientes de diferentes momentos de evolución del modelo y se revisan antecedentes teóricos provenientes de otros paradigmas clínicos, la investigación en psicoterapia y la evidencia en los fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia y los procesos de cambio, para formular finalmente un modelo de indicación en Psicoterapia Constructivista Cognitiva. Esta propuesta, considera principalmente las variables del paciente en los criterios de indicación y el énfasis en la aplicación de las técnicas. Posee además un carácter dinámico, que no restringe su aplicación, sino que permite una aproximación dimensional, que favorece la plasticidad del ejercicio psicoterapéutico, en base a consideraciones teóricas y clínicas. Se sugieren finalmente algunas consideraciones anexas en torno a la indicación, las limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.

Introducción: Antecedentes y Relevancia del Problema

La Teoría Cognitiva Constructivista, tiene el objetivo de formular un paradigma integrativo de la psicoterapia. Basándose en una epistemología constructivista, evolutiva y estructuralista, pone su atención en la forma en que los seres humanos adquirimos y organizamos el conocimiento, dando origen a una teoría de la personalidad, la psicopatología y la psicoterapia que opera de un modo integral, incluyendo los aportes teóricos y técnicos de los paradigmas precedentes que, tras un cambio epistemológico, dan origen a una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia.

Los orígenes de este modelo se remontan al surgimiento de la Teoría Conductual, en la primera mitad del siglo XX que se basa principalmente en una metodología proveniente de la investigación experimental y en la extrapolación de los principios básicos de aprendizaje (aprendizaje no asociativo, condicionamiento clásico y operante) al ejercicio clínico, haciendo una renegación de los procesos mediacionales y su vinculación con los problemas de salud mental y la praxis de la psicoterapia. Las cogniciones y los procesos subjetivos no eran directamente observables y no podían ser medidos confiablemente, por lo que resultaban irrelevantes para la ciencia del cambio conductual. A mediados de ese siglo, se genera un paulatino distanciamiento entre la investigación básica y la psicoterapia, donde el desarrollo de procedimientos efectivos pasa a ser prioritario. Comienzan a incluirse los aportes de la teoría del aprendizaje social y aquellos provenientes de la teoría cognitiva.

El Dr. Aaron T. Beck, de la Universidad de Pensilvania, a comienzos de los años 60, desarrolló la "Terapia Cognitiva" como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. Posteriormente Beck y otros profesionales han adaptado exitosamente esta terapia para su aplicación a un amplio espectro de trastornos psiquiátricos y en distintas poblaciones. Se pone el acento en la terapia cognitiva de Aaron Beck, que se

constituye como un sistema de psicoterapia que cuenta con una teoría unificada de la personalidad y la psicopatología.

Esta teoría ha permitido además la operacionalización de sus conceptos lo que da origen a una amplia gama de investigaciones avaladas por datos empíricos. De esta formulación se desprenden una serie de herramientas técnicas, que permiten ampliar el arsenal terapéutico propuesto por la teoría conductual. Los psicólogos comenzaron a integrar los procedimientos cognitivos con las técnicas conductuales en la práctica de lo que llegó a ser conocido como la “Terapia Cognitivo Conductual”.

Sin embargo, pese a la utilidad y el amplio espectro de aplicación, los terapeutas cognitivos comienzan a experimentar alguna sensación de “falta” en términos de las “soluciones reales frente a pacientes reales”. Las terapias “manualizadas” comienzan a evidenciar restricciones en cuanto a la comprensión idiosincrática de seres humanos, que no pueden ser reducidos a un modelo lineal-categorial a la hora de dar cuenta de la experiencia subjetiva, que al parecer es infinitamente compleja y tiene un predominio de variables emocionales en su constitución.

Las limitaciones del modelo impulsan a la incorporación de nuevas influencias teóricas que complejizarán el modelo explicativo, tales como la psicología experiencial (Perls, Rogers, Rice), la teoría del apego (Bowlby) y la teoría interpersonal de Sullivan, adquiriendo mayor relevancia las variables emocionales, como una forma intrínseca de conocimiento. Se pondrá el acento además en cómo las experiencias tempranas determinan ciertas pautas de interacción en el ser humano, las cuales se actualizan de manera inconsciente en el campo de las relaciones interpersonales actuales, constituyendo los “Esquemas cognitivos interpersonales” (Safran & Segal, 1994, en Yáñez, 2001).

Por otra parte, la pregunta por la experiencia humana en primera persona es la pregunta que provoca en Vittorio Guidano una verdadera revolución conceptual al cambiar el foco de interés desde los enfoques objetivistas hacia un enfoque no objetivista de la mente humana, el cual posteriormente llamó

Posracionalismo. Su meta fue desarrollar un modelo clínico fundado en una fisiología de la experiencia normal y de este modo aproximarse a una comprensión en primera persona de las alteraciones psíquicas (Zagmutt, 2008) Esta evolución teórica surge de una modificación epistemológica y paradigmática profunda, que traerá por tanto, repercusiones en el quehacer psicoterapéutico, impulsando al diseño de nuevas técnicas de intervención.

En este contexto de evolución epistemológica y paradigmática, en nuestra realidad nacional, surge el modelo Constructivista Cognitivo, a partir de la experiencia clínica acumulada en el equipo de trabajo del CAPs de la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile y la permanente discusión clínica del grupo de trabajo cognitivo. Este grupo, liderado por el profesor Juan Yañez, propone nuevos aportes que contribuyen al incremento del conocimiento en metateoría, teoría clínica y procedimientos psicoterapéuticos, para proyectarse como un referente de la Psicología Clínica Cognitiva, y generar una respuesta concreta y efectiva a los problemas clínicos.

En la actualidad la psicoterapia cognitiva constructivista cuenta con un espectro de técnicas psicoterapéuticas derivadas de diferentes momentos de evolución del modelo. La aplicabilidad de estas técnicas y los criterios de indicación no han sido abordados por la literatura, en términos de proponer criterios de indicación que dependan de variables idiosincráticas vinculadas a las características del proceso psicoterapéutico y del paciente. En la Psicoterapia Constructivista Cognitiva este tema no ha sido abordado de manera específica, y las técnicas se utilizan en base al criterio clínico del terapeuta. En este sentido, cobra relevancia definir ciertos criterios que orienten la indicación, que faciliten la toma de decisiones del terapeuta y que se traduzcan en un beneficio para el paciente.

De esta manera, en el ejercicio clínico, nos encontramos en ocasiones frente a pacientes que, pese a que utilizamos técnicas empíricamente validadas, en función de su sintomatología, éstas no son eficaces o el paciente no percibe su utilidad o “sentido”. Frente a otros pacientes, técnicas que apuntan a la reestructuración profunda no son bien toleradas o generan dificultades en el mantenimiento de la alianza terapéutica, o por el contrario, técnicas que

apuntan a la reducción sintomática no producen el efecto deseado. En la práctica clínica nos encontramos en ocasiones con frases como “Si, ya sé que pienso de esa manera, me doy cuenta de estos errores, los cambio, pero no puedo dejar de sentir lo que siento” ó “Ahora entiendo el por qué, pero no me he sentido mejor...necesito alguna herramienta más concreta para enfrentar el problema...” O, “No vine a hacer tareas en un cuaderno o a practicar relajación, yo necesito otra cosa...”

Estos son sólo algunos ejemplos de situaciones clínicas que motivan preguntas como: ¿Debemos conceptualizar estos fenómenos como expresión de resistencia del paciente? Probablemente en muchas ocasiones la respuesta puede ser positiva; sin embargo ¿El terapeuta tiene también responsabilidad en términos de dirigir efectivamente su accionar hacia las necesidades de la terapia? Si la respuesta es positiva, la pregunta que emerge es ¿Qué tipo de técnicas e intervenciones deben utilizarse en qué tipo de pacientes y en qué momento evolutivo de la psicoterapia, para aumentar la probabilidad de éxito del proceso?

En la actualidad, existe amplia evidencia en torno a que las técnicas utilizadas en psicoterapia, deben indicarse considerando las variables individuales del paciente (Gabbard, 2000, Caballo, 1998, Semerari, 2002, Linehan, 1996, Yáñez, 2005, Krause, 2006). Por ejemplo, la psicoterapia psicodinámica propone un continuo que oscila entre la Psicoterapia Expresiva y de Apoyo, definiendo criterios claros de indicación en base a las características del paciente. Además, existe evidencia en torno a que ciertas intervenciones podrían llegar a no ser eficaces incluso tener un efecto iatrogénico en ciertos pacientes, o en un determinado momento de evolución de su condición clínica, como por ejemplo en algunos trastornos psicóticos, trastornos del ánimo o trastornos graves de la personalidad (Gabbard, 2000, Linehan, 1996 Colom & Vieta, 2005).

De esta manera, la definición de variables asociadas a los criterios de indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones clínicas en psicoterapia constructivista cognitiva podría ser un aporte no sólo en términos de la efectividad, eficiencia del modelo y sus aplicaciones, sino que además

permite facilitar la toma de decisiones en torno a los procedimientos clínicos más adecuados para el paciente, su condición actual y motivo de consulta, delimitando un proceso terapéutico que busca disminuir el sufrimiento asociado a los síntomas y que permite optimizar los recursos personales del paciente y el terapeuta.

Este trabajo tiene una relevancia teórica, pues se realizará un análisis que contribuye al desarrollo de la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva, aportando a la solidez del modelo. Se delimitará un marco conceptual que ampliará la teoría clínica actual, principalmente en el ámbito de los fundamentos teóricos que contribuyen a la planificación del proceso terapéutico. Posee además una relevancia práctica, pues este modelo teórico podría ser aplicado en la planificación y aplicación de la psicoterapia constructivista cognitiva en la práctica clínica, por lo tanto permitirá optimizar los recursos y eventualmente aumentar la eficacia y eficiencia del modelo, lo que podría traducirse en un beneficio para los pacientes, quienes serán receptores de una terapia diseñada en función de su condición clínica y recursos personales.

Contribuirá además a planificar procesos terapéuticos en base a ciertos criterios que guiarán el ejercicio clínico, lo que se traduce en un beneficio para los terapeutas constructivistas cognitivos, facilitando la toma de decisiones técnicas en función de criterios preestablecidos, que otorgan un sustento teórico a la utilización de técnicas e intervenciones, a través de un modelo que no restringe el quehacer clínico, sino que aporta la flexibilidad necesaria para redefinir el proceso terapéutico en función de la condición clínica del paciente.

Cabe destacar que la relevancia práctica puede ser confirmada o refutada en función de un diseño de investigación empírica que permita poner a prueba los lineamientos teóricos planteados en este trabajo.

En cuanto a la estructura temática, en el primer capítulo se realiza una revisión de la evolución del modelo cognitivo, hasta llegar a una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia. En cada uno de estos momentos se describen los aspectos epistemológicos y paradigmáticos asociados,

además de la teoría clínica que se desprende de cada uno de ellos. En el segundo capítulo, se hace una sistematización de las intervenciones clínicas y las técnicas operativas y procedurales más relevantes. En el tercer capítulo se revisan algunos antecedentes teóricos que generan un punto de partida para la construcción de un modelo de indicación de las técnicas e intervenciones en psicoterapia constructivista cognitiva, tales como algunas consideraciones psicopatológicas, hallazgos relevantes de la investigación en psicoterapia, el modelo de la psicoterapia expresiva-de apoyo desde la teoría psicodinámica y finalmente se exponen algunos conceptos vinculados a los fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia y su relación con los procesos de cambio. En el capítulo final se realiza una propuesta teórica donde se resumen las contribuciones de la metateoría constructivista cognitiva al ejercicio de la psicoterapia y se genera un modelo de indicación, basado principalmente en la condición clínica y características idiosincráticas del paciente. Se propone de esta manera, la delimitación conceptual de un “*Continuo Operativo-Procedural*”, que organiza las técnicas e intervenciones en niveles crecientes de complejidad, generando criterios de indicación en base a consideraciones clínicas, que permiten la flexibilidad de su aplicación. Finalmente, se exponen algunas conclusiones y se genera una discusión con respecto a los beneficios y limitaciones de este modelo.

Objetivos

Objetivo General:

Formular una propuesta teórica que permita orientar los criterios de indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones clínicas en el ejercicio de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva

Objetivos Específicos

- 1- Revisar los aportes teóricos y clínicos que se desprenden de una Metateoría Constructivista Cognitiva
- 2- Sistematizar las técnicas e intervenciones psicoterapéuticas más relevantes, que se desprenden de la evolución e integración del modelo
- 3- Establecer una relación entre el funcionamiento de las Dimensiones Operativas y los Criterios de Indicación en Psicoterapia Constructivista Cognitiva
- 4- Establecer una relación entre la condición clínica actual del paciente y el tipo de técnicas e intervenciones a utilizar
- 5- Complementar el modelo mediante la conceptualización de los procesos de cambio psicoterapéutico que derivan de la Investigación en Psicoterapia y las Neurociencias

METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a una investigación teórica, de carácter documental y exploratorio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Es de *carácter documental* puesto que la información para la elaboración de la misma ha sido obtenida por un lado, a través de la consulta de material bibliográfico, incluyendo este material documentos como libros, tesis doctorales, publicaciones y artículos de carácter científico. Es *exploratorio*, debido a que desde la Psicología y más específicamente desde el Constructivismo Cognitivo no existe una definición de los criterios de indicación de las técnicas e intervenciones psicoterapéuticas, por lo que esta investigación se constituye como una aproximación inicial al problema de investigación.

A su vez tiene un carácter *teórico*, puesto que de la labor documental, se ha originado un proceso de revisión, análisis, sistematización e interpretación, de la información disponible sobre el tema, del tal modo que se formula un modelo que permite aportar esta área de conocimiento, mediante una posterior contrastación empírica de sus postulados, que permita orientar el ejercicio clínico.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I Metateoría Constructivista Cognitiva: Evolución del modelo y sus implicancias en la Teoría Clínica y la Psicoterapia

El desarrollo actual de una Metateoría Constructivista Cognitiva, se constituye como un marco de referencia para la comprensión evolutiva de la teoría cognitiva y como sustento para la implementación de una teoría clínica que permita el desarrollo de la psicoterapia. El aporte de esta conceptualización permite establecer una continuidad entre los diversos momentos históricos del modelo, los que van incorporando los aportes de los paradigmas preexistentes, para evolucionar a mayores niveles de complejidad, manteniendo la integración. Revisaremos estos aportes a través de los principales “Momentos” del modelo, estableciendo en cada uno de ellos una noción de realidad, de sujeto y la conceptualización de la psicoterapia.

.1 Momento Conductual

Surge en las primeras décadas del siglo XX, producto de una profunda revisión de los objetivos, métodos, alcances y concepciones fundamentales de la psicología de esa época. Desde la perspectiva del conductismo, cuyo fundador es el psicólogo norteamericano John Watson, los procesos mentales constituyen un postulado que entorpece el avance de la Psicología como ciencia, pues no son observables directamente a través de la metodología empírica. Este autor utiliza como referencia los avances obtenidos en la fisiología de la escuela rusa del siglo XIX, representada por Pavlov y Sechenov, quienes partiendo de una concepción reflexológica (estudio de las conductas reflejas), postulan que no todos los reflejos son de carácter innato, sino que pueden ser “aprendidos” frente a la presencia de nuevos estímulos en base mecanismos asociativos.

Mientras otros psicólogos norteamericanos fueron estudiando al mismo tiempo los procesos internos como los pensamientos, introspección y estados emocionales, Watson trabajaba en el desarrollo de los principios

del aprendizaje, enfocado en cambio, en lo manifiesto, en el comportamiento observable (Compas & Gotlib, 2002). De esta manera, la “mente” es apartada de su campo de acción, considerándola como una entidad no empírica y por lo tanto, que no es susceptible de investigación científica. Considera a la conducta como el objeto de estudio de la Psicología, que se convertirá entonces en una Ciencia de la Conducta. Por otra parte, no reconoce línea divisoria alguna entre el ser humano y el resto de los animales, considerando al hombre como una “totalidad animal” que responde ante las exigencias del medio físico.

Por otra parte, las contribuciones posteriores del Conductismo Radical de B. Skinner plantean que las causas de la conducta siguen siendo atribuibles al ambiente, pero con cierta posibilidad de “intervención” por parte del sujeto: Las consecuencias de las acciones del organismo determinan la probabilidad de emisión/inhibición de una determinada conducta. Sin embargo el objeto de estudio seguirá siendo reducido a la conducta observable.

En oposición a la subjetividad y falta de rigurosidad del método introspectivo defendido por Titchener, el conductismo de Watson estuvo influido por el asociacionismo, el funcionalismo y la psicología animal. Otorgó, por tanto, un excesivo énfasis al carácter científico y objetivo que debiera tener la Psicología, propugnando como objeto de estudio tan sólo la conducta observable y cuantificable: “La Psicología, tal como la ve el conductista, es una rama experimental puramente objetiva de las ciencias naturales.” (Niemeyer y Mahoney, 1998, citados en Yáñez, 2005, pág. 187).

De acuerdo a Yáñez et. al (2001), se establece una *noción de realidad* inmanente y objetiva, basada en los postulados de la ciencia positivista que busca establecer leyes universales que determinan la conducta, y se concibe al ser humano como un *Sujeto Mecánico*, que responde de manera automática a los estímulos ambientales y sus características y determinantes estructurales, operando de manera probabilística, pues la presencia de ciertos estímulos y/o consecuencias aumentará o disminuirá la probabilidad de ejecución de una conducta determinada. Para Skinner

(1974), desde el sentido común se piensa al hombre como centro del universo, libre y autónomo, que domina la naturaleza, pero esta concepción debe ser reemplazada, pues el hombre no es más que un elemento de esa naturaleza y es producto de sus interacciones con el medio, por lo que su conducta va a depender de la historia de reforzamientos y castigos a lo largo de su desarrollo.

1.1. Teoría Clínica Conductual

La *Teoría Clínica* que se desprende de este modelo es un corpus teórico que se nutre principalmente de la psicología experimental, orientándose en la predicción, el control y la modificación de la conducta. Watson sienta las bases teóricas de un modelo terapéutico (posteriormente implementado por Mowrer, Wolpe y otros conductistas de orientación clínica) basado en el condicionamiento clásico que mostrará ser efectivo frente a diversos problemas clínicos. Existe una fuerte noción de que la Psicología no es solamente una ciencia teórica, sino que presenta la posibilidad de generar una tecnología conductual, orientada a modelar el comportamiento del hombre. Las enfermedades mentales o las “conductas problema” debían ser vistas como resultado de un proceso de aprendizaje desadaptativo

En esta dirección, Skinner (1974) propone su técnica de modificación de la conducta: la aplicación del aprendizaje y de otras técnicas psicológicas derivadas de manera experimental para la modificación de conductas problema, que se basa en los siguientes principios:

- 1- La meta es aliviar los problemas humanos;
- 2- Esta meta implica un esfuerzo de educación o reeducación por parte del terapeuta
- 3- Las técnicas se han derivado de, y son consistentes con, la investigación psicológica
- 4- Los resultados deben ser evaluados de manera sistemática.

Bajo esta concepción, cabe destacar que el ejercicio clínico es el despliegue de un dispositivo técnico que permite implementar una serie de procedimientos en un paciente determinado, quien también es concebido como un receptor pasivo frente al psicoterapeuta, que será el representante del conocimiento, y que le ayudará a disminuir el sufrimiento desde su experticia en la teoría psicológica.

Si bien este momento representa una contribución innegable a la mejoría de diversos problemas clínicos, sus principios fundamentales se ven impelidos al desarrollo de nuevos lineamientos teóricos que comiencen a reconocer la necesidad de hacer una declaración explícita de los procesos subjetivos como variables inherentes a la existencia del ser humano y su contribución a la génesis del comportamiento.

1.2 Momento Cognitivo

El enfoque cognitivo se interesa en cómo los individuos representan el mundo en que viven y cómo reciben de él la información. Para la Psicología Cognitiva la acción del sujeto está determinada por sus representaciones mentales. Desde la antigua Grecia, autores como Sócrates, Platón y Aristóteles ponían énfasis en cómo la manera de procesar los eventos del mundo, determinaba la conducta de los individuos tanto en sus aspectos normales como patológicos, incluso ya se esbozaban algunos lineamientos de lo que en la década de los '60 se denomina "Terapia Cognitiva". Emmanuel Kant, en el siglo XIII argumentaba por su parte como los seres humanos no operamos directamente sobre el mundo, sino sobre las representaciones que tenemos acerca de él. Esta tradición, ampliamente instalada en la filosofía y otras disciplinas durante siglos es opacada por la pretensión de la Psicología de cimentarse como una ciencia, quedando relegada a un segundo plano.

Sin embargo, tras la revolución cognitiva que se consolida en los años ` 70 esta aproximación teórica comienza a adquirir fuerza y se reincorpora a la Psicología, aportando a la comprensión de los procesos psicológicos.

De acuerdo a Yáñez (2005) esta corriente, al igual que el conductismo, mantiene una epistemología positivista como fundamento, planteando la existencia de una realidad independiente del sujeto y cognoscible mediante la dotación sensorial y la razón. Sin embargo, la principal modificación con respecto al período conductual se da a nivel paradigmático, pues se genera una ampliación del objeto de estudio y de la metodología de conocimiento. “El conocimiento es el resultado de fenómenos mediacionales, que son constructos hipotéticos que dan cuenta de procesos mentales subyacentes y que determinan la conducta final, intermediando entre el estímulo y la respuesta, y que por sí solos son capaces de explicar el comportamiento. El método de estudio de estos fenómenos mediacionales es la racionalidad y la experimentación, postulando a la lógica, la deducción y la inferencia racional como una forma válida de conocimiento científico en la Psicología...” (Yáñez et. Al, 2001, pp. 100). En este momento, podemos mencionar algunos autores que realizan contribuciones a una teoría de la personalidad, la clínica y psicoterapia cognitiva, tales como Albert Ellis, Aaron Beck, Donald Meichembaum, George Kelly, entre otros.

Dentro de este modelo, existe una concepción de *Sujeto Racional*, que estaría determinado más bien por sus ideas y representaciones mentales en torno a si mismo, los otros y el mundo. Las emociones y la conducta pueden ser entendidas como resultado de procesos cognitivos subyacentes, lo cuales se organizan de manera jerárquica e inciden de manera directa e indirecta sobre la adaptación del sujeto a la realidad formal. De esta manera, la psicopatología puede ser concebida como la supremacía de esquemas cognitivos “irracionales”, por sobre los racionales, que son desplazados de tal manera que predomina el desajuste frente a la realidad consensual y comienza el surgimiento de los síntomas.

1.2.1 Teoría Clínica Cognitiva

En cuanto a la Teoría Clínica, podemos decir que la psicoterapia es concebida como un dispositivo que fomenta el “desafío” de estos esquemas cognitivos disfuncionales, rol que debe ejercer el terapeuta frente a un paciente que es portador de este modo de interpretación. Mediante el empirismo colaborativo, el terapeuta, fomenta la “puesta a prueba” de las creencias del sujeto en la realidad, mediante argumentos de orden lógico y la contrastación empírica. Los terapeutas de este modelo incorporan los fundamentos teóricos del momento conductual y sus derivaciones técnicas, incluyéndolas en el proceso de cambio; sin embargo, pondrán énfasis en la modificación de los procesos mediacionales para fomentar el cambio terapéutico. Al respecto, podemos mencionar algunos principios de la terapia cognitiva (Beck, 2000):

1. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos.
2. La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica.
3. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.
4. La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
5. La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente.
6. La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.
7. La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.
8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
9. La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y evaluar pensamientos y comportamientos disfuncionales para actuar en consecuencia.

10. La terapia cognitiva utiliza una variedad de técnicas para modificar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Desde esta visión se desprende una concepción de psicoterapia basada en una relación de colaboración entre paciente y terapeuta, como dos participantes de un encuentro donde se promueve un aprendizaje cognitivo más adaptativo, para fomentar la modificación de emociones y conductas, mejorando la adaptación a una realidad formal. Si bien no se explicita de manera abierta, existe una noción incipiente de encuadre clínico, donde se establece una relación profesional en la que el terapeuta es concebido no sólo como un experto en la teoría y la técnica, sino que como un representante de la realidad formal y por tanto de la normalidad psíquica, y debe “invitar” al paciente a un modo más “realista” de pensamiento. A diferencia del momento anterior, se pone énfasis en la alianza terapéutica como base del proceso de cambio, anticipándose a lo que hoy conocemos como “variables inespecíficas” de la psicoterapia, más allá de los fundamentos teóricos y técnicos que subyacen a la relación terapéutica.

Citando a Gómez e Ibáñez: “Cabe destacar que este modelo resulta compatible con la aplicación del método científico y fomenta la investigación en psicoterapia, demostrando efectividad y eficacia en una gran variedad de problemas clínicos, siendo una alternativa terapéutica que logra reducción sintomática y prevención de recaídas de manera significativa. La terapia cognitivo-conductual ocupa un espacio acreditado en el campo de la terapéutica psiquiátrica, integrando investigación y práctica clínica, ha generado estrategias terapéuticas validadas para un número creciente de trastornos psiquiátricos y problemas conductuales o de salud mental” (Gómez & Ibáñez, en Riquelme & Quijada, 2007, pp. 421)

Sin embargo esta aproximación teórica, pese a resultar de gran utilidad, comienza a generar ciertas interrogantes y necesidad de comprensión de procesos más complejos: Se evidencian restricciones en cuanto a la

comprensión idiosincrática de seres humanos, que no pueden ser reducidos a un modelo lineal-categorial a la hora de dar cuenta de la experiencia subjetiva, que al parecer es infinitamente compleja y tiene un predominio de variables emocionales en su constitución, lo que impulsa la emergencia de nuevas perspectivas.

1.3 Momento Interpersonal

De acuerdo a Yáñez et. Al (2001), las emociones y los afectos, el significado de los acontecimientos de la historia de vida del sujeto, los procesos inconscientes y otros fenómenos que son insuficientemente abordados por el modelo cognitivo, producen un quiebre de la matriz conceptual a nivel epistemológico. El Momento Interpersonal es la evidencia de este quiebre. Safran, Mahoney, Guidano, Liotti y otros autores crean las bases teóricas que permitirán la emergencia de un cambio, pues las limitaciones del modelo impulsan a la incorporación de nuevas influencias teóricas que complejizarán el modelo explicativo, integrando información procedente de otras tradiciones, tales como la psicología experiencial (Perls, Rogers, Rice), la teoría del apego (Bowlby) y la teoría interpersonal (Sullivan, 1959), poniendo énfasis en los procesos históricos, afectivos y de la relación, en la emergencia de estructuras cognitivas. A pesar de la integración de estos aportes, se mantiene la visión de una teoría cognitiva, ya que se centra en el modo en que las personas construyen representaciones de su experiencia (Safran y Segal, 1994). La relación del sujeto con la realidad es a través del conocimiento de ésta y se fundamenta en estructuras cognitivas llamadas *Esquemas Cognitivos Interpersonales*. En el Modelo Interpersonal la realidad está en constante flujo, y el orden de ésta, corresponde a la organización que el sujeto le otorga a través de estructuras cognitivas en desarrollo creciente, producto de las relaciones interpersonales que el sujeto tiene oportunidad de establecer a lo largo de su existencia. En otras palabras, la vida psíquica de los sujetos va a constituirse en esa particular forma de ordenar la realidad tanto contextual como interna. De acuerdo a Yáñez (2005) nos encontramos frente a un *Sujeto Interpersonal* se caracteriza por ser activo

en la construcción de su realidad según su estructura y organización particular, la que depende de la interacción con un otro significativo y da cuenta de su funcionamiento personal más que de una realidad objetiva y externa. Este sujeto actualiza continuamente, y de manera, inconsciente, los patrones de interacción con personas significativas que estableció durante sus primeros años de vida. La relación del sujeto con la realidad es a través del conocimiento de ésta y se fundamenta en estructuras cognitivas llamadas Esquemas Cognitivos Interpersonales, que sustentan las representaciones de sí mismo y de los otros, y se activan y actualizan en nuestras relaciones presentes.

“Las pruebas demuestran que una vez construidos estos modelos de un padre y un sí mismo en interacción, tienden a persistir y se los da por sentado en grado tal que llegan a operar a nivel inconsciente... las pautas de interacción a las que conducen los modelos, una vez que se han vuelto habituales, generalizadas y en gran medida inconscientes, persisten en un estado más o menos no corregido e invariable incluso cuando el individuo, en años posteriores, se relaciona con personas que lo tratan de maneras totalmente diferentes a las adoptadas por sus padres cuando él era un niño" (Bowlby 1989, pág. 152, en Yáñez et. Al, 2001).

Por lo tanto, es posible afirmar que se sientan las bases de un cambio desde una epistemología positivista (que considera una realidad externa y absoluta) hacia una epistemología constructivista: la realidad no tiene una existencia inmanente, sino que “emerge” en la relación interpersonal, en la cual el individuo construirá su propia realidad.

1.3.1 Teoría Clínica Cognitiva Interpersonal:

El cambio epistemológico incipiente y la inclusión de aportes procedentes de otras tradiciones teóricas, implican una reconceptualización de la teoría clínica y del ejercicio de la psicoterapia cognitiva, cuyos elementos centrales pueden ser resumidos de la siguiente manera:

1- Comprensión Teórica: El abordaje clínico se continúa centrando, desde el punto de vista teórico-conceptual, en los esquemas cognitivos del paciente, sin embargo los terapeutas comienzan a hacerse cargo del “cómo” se generan los esquemas cognitivos de sus pacientes, además de abordar el “qué” de los mismos: El terapeuta se ve impelido no sólo a situarse en un eje sincrónico en la relación, sino a desplazarse por la diacronía en la interacción con su paciente, fomentando una comprensión longitudinal y biográfica de su estado actual.

2- Rol y “persona” del terapeuta: El terapeuta deja de ser un representante “objetivo” de la realidad consensual, pues, al igual que su paciente es un sujeto interpersonal, que contribuye a la relación diádica y al emergente que resulta de esta interacción. Emerge un “sujeto terapéutico” que pone en juego su propia subjetividad en la relación, aspecto del que ahora es consciente y por tanto, debe hacerse cargo de este nuevo conocimiento. Lo anterior no sólo tiene consecuencias a nivel epistemológico, sino que implica una redefinición de la metodología terapéutica.

3- Metodología terapéutica: De acuerdo a Kühne (2004), esta manera de concebir una psicoterapia en que el foco de trabajo incluye al terapeuta, implica también que sus propios contenidos emocionales pueden formar parte del proceso. Las autorrevelaciones del terapeuta o *metacomunicaciones* (Safran y Segal, 1994) pasan a formar parte importante del proceso terapéutico. Esta nueva concepción se basa en una reformulación del concepto de *emoción*: Las emociones son formas de conocimiento y de aprehensión de la realidad interpersonal, por lo que no pueden ser entendidas como un mero subproducto de los procesos cognitivos. Las emociones informan al sujeto de quién es él, quién es el otro y la calidad del vínculo (Safran y Segal, 1994). Por lo tanto, las emociones del terapeuta son una importante herramienta de conocimiento del paciente, que pueden ser utilizadas para mejorar su comprensión (en los ejes diacrónico y sincrónico) y también para intervenir técnicamente al ser desplegadas. La metacomunicación permite al paciente descentrarse y tomar conciencia del efecto

emocional que puede tener en los otros. Esta concepción de las emociones y su modo de ser utilizadas en el contexto terapéutico, implica un cambio importante en el modo de hacer y entender la psicoterapia dentro del modelo cognitivo (Kühne, 2004).

1.4.1 Momento Constructivista

El aspecto más relevante de este momento es el cambio epistemológico subyacente: Existe una nueva concepción de realidad, la que sólo puede ser concebida desde la propia experiencia del sujeto, que de acuerdo a Humberto Maturana, existe una transición desde una noción de realidad como Universo a una concepción de la realidad como *Multiverso*: La realidad es construida por el observador, en una red de relaciones ordenadas en el lenguaje. La objetividad debe ponerse entre paréntesis, puesto que el observador siempre está involucrado en lo que observa. Vittorio Guidano, define la realidad como “una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción... y que consiste en un conjunto ordenado de objetos independientes de la mente, cuyo conocimiento coincide con un conjunto paralelo de representaciones internas derivadas del procesamiento progresivo de la información externa”. (Guidano, 1994, en Yáñez, 2005, pps. 15-16). De esta manera, la realidad es construida en un ámbito de orden intersubjetivo, una creación del lenguaje que sólo puede surgir como fenómeno interaccional, es decir, aparece como una actividad de orden social.

El *Sujeto Constructivo* asume el hecho de que cualquier observación que se realice, no puede ser separada del observador, y se caracteriza por ser un sujeto proactivo, lo que implica que se genera a sí mismo en una dinámica permanente que transcurre entre la realidad y la propia estructura y organización del sujeto. El medio y los estímulos operan como agentes gatilladores que perturban el operar del sistema nervioso humano, y la respuesta a los estímulos no está dada por las características de éstos, sino que por la perturbación que provocan en función de la estructura y

organización de un sujeto particular. El sujeto constructivo genera y co-construye su realidad particular, en la dinámica internacional, por lo que no es posible sostener la afirmación de que existe una realidad única y externa, lo que implica un “salto” epistemológico trascendental (Yáñez et. Al, 2001)

Uno de los aspectos teóricos centrales del Constructivismo es que la psique es el resultado de un proceso de construcción, por lo tanto, los contenidos mentales no se adquieren ni son innatos, sino que son contruidos en una relación contingente con el ambiente, donde el sujeto crea teorías acerca de si mismo y el mundo de carácter potencialmente transitorio: las teorías serán viables en la medida que favorezcan la adaptación al ambiente y que puedan elaborar de un modo integrador y autorreferencial una mayor cantidad de experiencias, teorías que se construyen de manera progresiva y jerárquica, y los modelos de realidad elaborados se irán acoplado a las estructuras internas de conocimiento. Por lo tanto, las teorías no pueden ser evaluadas en función de su adecuación a una realidad formal y objetiva.

De acuerdo a Yáñez (2005), la experiencia del ser humano puede ser conceptualizada en dos niveles de procesamiento. El primer nivel es de ordenamiento holístico (principalmente tácito o inconsciente) que incluye las intuiciones perceptivas de las configuraciones espacio-temporales (Balbi, 1994, Pág. 57, en Yáñez, 2005), el que Guidano denomina “nivel de la experiencia inmediata”. Éste es el nivel representado principalmente por la emocionalidad y constituye la primera forma de conocimiento filogenética y ontogenéticamente. El segundo nivel es de ordenamiento de procesos secuenciales, semánticos y analíticos, que transcurre de un modo principalmente explícito o consciente, denominado “nivel explícito” por Guidano. De esta manera, se evidencia un giro teórico fundamental, pues el ser humano es concebido ante todo como un ser emocional más que racional, y que coexiste en un mundo intersubjetivo.

De acuerdo a esta visión, no es la interpretación cognitiva errada de los hechos lo que nos afecta. La psicopatología no surge por una distorsión

cognitiva ni por cualquier otro tipo de déficit, sino que se generara cuando se configuran discrepancias significativas entre los dos niveles de procesamiento de la experiencia humana.

Esta experiencia que al paciente le resulta ajena y amenazante y que no puede integrar a su historia personal es lo que subyace al trastorno emocional desde este nuevo enfoque. Es la incapacidad del individuo sufriente de reordenar lingüísticamente; en otras palabras de apropiarse en el lenguaje de esta vivencia inescapable. (Arciero, 2005)

Esta evolución teórica surge de una modificación epistemológica y paradigmática profunda, que traerá por tanto, repercusiones en el quehacer psicoterapéutico, impulsando al diseño de una teoría clínica y nuevas técnicas de intervención. La meta de Guidano fue desarrollar un modelo clínico fundado en una fisiología de la experiencia normal y de este modo aproximarse a una comprensión en primera persona de las alteraciones psíquicas (Zagmunt, 2008)

De acuerdo a Yáñez (2005), Guidano propone una metodología terapéutica procesal, evolutiva y sistémica que considera una doble dimensión de la experiencia humana y la búsqueda de la coherencia del significado personal.

1.4.1 Teoría Clínica Constructivista Cognitiva:

De acuerdo a Yáñez (2000), la existencia de una metateoría, permite postular a nivel paradigmático un objeto de estudio, que delimita el campo de acción, conformando una teoría clínica Constructivista Cognitiva, que es el resultado de la evolución del modelo cognitivo a lo largo del tiempo. El método y el objeto de estudio de la teoría clínica, actúan de manera recíproca en la construcción del conocimiento, impulsando la ampliación de la matriz conceptual, establecida a priori, por los límites de la teoría. Esta dinámica favorece la “presión” de la matriz conceptual y fomenta la evolución del modelo. Desde esta perspectiva, se genera un avance en la teoría clínica cognitiva, mediante propuestas conceptuales que se desprenden de la metateoría

constructivista cognitiva, que permite abordar los aspectos teóricos y aplicados de la evaluación, el diagnóstico y la psicoterapia.

Sus principales ejes conceptuales son:

1. Una definición de la psicoterapia y sus componentes: terapeuta, la relación terapéutica, el paciente y una propuesta acerca de los mecanismos de cambio psicoterapéutico. Desde esta perspectiva, la *psicoterapia* puede ser entendida como un procedimiento basado en un modelo teórico de la psicología que refiere una metodología de abordaje de los desórdenes psicológicos, tanto en los aspectos sintomáticos como en los procesos subyacentes que dan origen a la psicopatología. Este procedimiento implica tres componentes: el *terapeuta*, experto en la teoría psicológica clínica y en los procedimientos técnicos que crean las condiciones para el cambio psíquico; *el paciente*, que es una persona aquejada de un padecimiento psicológico que genera sufrimiento personal e interpersonal y que limita sus posibilidades de desarrollo; una *relación terapéutica*, que se refiere al contexto interpersonal del encuentro entre los dos componentes anteriores y que da origen a las condiciones particulares para que operen los procesos de cambio.
2. Concepción de la psicopatología: De acuerdo a Yáñez (2005) la teoría clínica constructivista cognitiva opera desde la perspectiva multiaxial de los sistemas DSM, que se constituye como un referente que permite el consenso entre los profesionales de la salud mental y, por tanto facilita la toma de decisiones; sin embargo no aporta elementos significativos en torno al modo idiosincrático u ontogénico de la subjetividad del paciente, por lo que en este sentido resulta incompleta. De la misma manera Guidano (1994), se refiere a las limitaciones de las categorías nosológicas, por proponer entidades clínicas estáticas que se basan en una teoría del conocimiento que pretende transcribir “copias exactas” de la realidad y que no dan cuenta por tanto de la complejidad del sujeto.

Se retomará más adelante este punto con el objeto de redefinir el rol de la psicopatología descriptiva en el proceso de indicación y planificación de las intervenciones terapéuticas.

La *Psicopatología Constructivista Cognitiva* en primer lugar requiere de la conceptualización de una ontología constructiva, que, proponga la evolución progresiva de sistemas de conocimiento, constituidos por una estructura que comprenda los contenidos y los esquemas de procesamiento, y por otra parte de una organización que de cuenta de la dinámica de su construcción, a partir de procesos de orden ascendente y graduales hacia la complejidad del sistema, lo que le permitiría al sujeto una mayor amplitud de opciones de respuestas frente a las presiones medioambientales. Cobra relevancia el concepto de *Sí Mismo* como “Un sistema de conocimiento invariante básico, que otorga un sentido constante, personal y único. Surge de la tensión esencial entre la experiencia en curso (YO) y la explicación de ésta (MI)” (Yáñez, 2005, pp. 32), El Sí Mismo otorga un sentido unitario, con límites definidos, otorgando autoría a la acción y una continuidad temporal a la organización de la experiencia.

Por otra parte, la dinámica de los sistemas de conocimiento humano se expresan en 2 niveles de funcionamiento principales: (Yáñez, 2005)

1. El sistema profundo, que consiste en una serie de elementos estructurales del conocimiento, constituidos por componentes simbólicos que procesan el conocimiento, tales como: esquemas cognitivos y emocionales prototípicos, imágenes, escenas e ideologías idiosincrásicas que proveen una explicación constante a los acontecimientos del devenir del sujeto. La organización de este sistema profundo, remite a las disposiciones témporo-espaciales, de dominancia y relevancia, que se expresan en un funcionamiento de un modo jerárquico y heterárquico, que se relaciona con el predominio de unos esquemas por sobre otros, al momento de generar explicaciones acerca de la experiencia en curso. La función principal del sistema de conocimiento profundo, es la de proveer de mecanismos o esquemas de comprensión a través de incorporar nuevos contenidos de información, relevantes a las polaridades antitéticas de las dimensiones operativas, influyendo en las

categorías de significación de la experiencia en que estas se desplazan. En otras palabras, su influencia se remite a crear y alimentar categorías de significación, sin actuar directamente sobre la dinámica de la operatividad superficial.

2. El sistema de conocimiento superficial tiene que ver con las reacciones y operaciones del sujeto, tanto internas como externas, a partir de las perturbaciones a las cuales está sometido. La conciencia acerca de esta interacción proviene de las turbulencias emocionales (experiencia en curso) y de las explicaciones con las que se otorga significación a esas experiencias. Esto es posible mediante la actividad de categorías conceptuales de significación de la experiencia, que se denominan dimensiones operativas y que son, un reflejo de los sistemas de funcionamiento profundos, pero que operan a nivel de la interacción del sujeto con la realidad, a partir de las discrepancias o consonancias que produzcan en el sistema de conocimiento. Estas dimensiones operativas son: abstracción / concreción; flexibilidad / rigidez; inclusión / exclusión; proactividad / reactividad; y exposición / evitación. La dinámica de estas dimensiones se relaciona con la generatividad personal e interpersonal, y finalmente con una progresión en los niveles de complejidad de los sistemas de conocimiento.

Ambos niveles (superficial y profundo) son interdependientes y se retroalimentan mutuamente en una constante actividad entre reconocimiento, discrepancia, consonancia y cambio, a partir de las posibilidades de funcionamiento que permite el sistema nervioso y su delimitación estructural.

Esta función de realimentación del sistema profundo al superficial, da cuenta del vínculo estrecho entre ambos, y permite entender su interdependencia.

Esta dinámica entre el nivel superficial y profundo da origen a procesos permanentes de construcción y deconstrucción, constituyéndose como el núcleo central del funcionamiento humano y permitiendo la adquisición de niveles de complejidad creciente al operar del sujeto, en interacción con un medio ambiente ampliamente complejo y cambiante.

1.4.2. Dimensiones Operativas

Las dimensiones operativas son polaridades antitéticas cuya tendencia principal es la mantención de la estabilidad del sistema y expresan el funcionamiento operativo del proceso de mismidad de un sujeto, como respuesta a las presiones del medio. Consisten en opciones preferentes de desplazamiento, entre dos extremos polares de modos de funcionamiento proactivo, que permiten resolver las demandas de cambio o mantenimiento de la coherencia del sistema. Cuando este se ve amenazado hacia ciertos niveles que implican un desborde de posibilidades, producen la activación de Sistemas de Control Descentralizados o mecanismos de defensa, los que ante esta experiencia perturbadora responden instalando significaciones parciales o transitorias de la experiencia en curso, con la finalidad de resolver demandas de cambio o bien de mantenimiento de la coherencia del sistema, o bien, desarrollando complejos sintomáticos, que dan origen a la nosología psiquiátrica en su amplio espectro de posibilidades, explicitadas actualmente los sistemas DSM y su clasificación de los trastornos mentales. (Yáñez, 2004; Yáñez, 2005).

La ocurrencia de este proceso implica una circularidad dialéctica que incluye: las condiciones del contexto, las condiciones interpersonales y las condiciones personales del sujeto. El resultado en cuanto al nivel de adaptación y estabilidad de la coherencia interna del sistema, va a determinar la eficacia o no del funcionamiento operativo, así como la generatividad y la complejidad como medio para dar el paso a niveles superiores de progresión en la operatividad del sistema. (Yáñez, 2004, en López, 2013).

Las Dimensiones Operativas corresponden al nivel de funcionamiento superficial, concretamente al funcionamiento cotidiano, dentro de los límites de la mismidad del sistema y de los procesos de mantenimiento. La dinámica de estas categorías no es lineal o de un eje, sino que es el resultado de una circularidad dialéctica determinada por las condiciones contextuales, interpersonales e intrapersonales en las cuales un sujeto es requerido. Dichas condiciones pueden hacer que sea o no sea pertinente el desplazamiento

operativo del sujeto hacia una u otra polaridad. En otras palabras, la normalidad o patología de una estrategia, estará establecida por su aporte a la mantención de la coherencia, más que por su proximidad con algunas de las categorías de las nosologías tradicionales. Estas polaridades se clasifican de la siguiente manera:

a) Concreción – Abstracción: De acuerdo a Yáñez (2000) se refiere a los niveles de simbolización en categorías conceptuales explicativas, de los contenidos de la experiencia real. Es a través del lenguaje y la abstracción como la vivencia en curso es simbolizada. Los procesos abstractos pueden ser parte o no de la conciencia. Cuando lo son, se reconocen en ellos características propias del pensamiento lógico-formal, por ejemplo procesamiento deductivo, inductivo, analítico o global. En psicoterapia, el trabajo con estos procesos es más característico del momento cognitivo clásico, donde se busca racionalizar el pensamiento. Como señala Mahoney, estos elementos forman parte de las estructuras superficiales y no necesariamente representan a la totalidad de la conciencia humana. Por otra parte, existen elementos abstractos que, se encuentran relacionados con los procesos inconscientes o lo que sería el sistema de conocimiento tácito, de modo que no todos los contenidos abstractos son parte de la conciencia (Yáñez, 2005).

b) Flexibilidad – Rigidez: Esta dimensión se refiere a la operación de las estructuras de procesamiento que le permiten al sistema contar con una mayor o menor gama de posibles explicaciones de los acontecimientos de la experiencia y, de este modo, tener más opciones explicativas para seleccionar aquella que resulta armónica a la coherencia sistémica. Cuando el sistema opera predominantemente desde la flexibilidad, esta categoría operativa permite al Sí Mismo diversas modalidades de procesamiento simbólico de la experiencia en curso, lo que favorece la adaptación y el incremento de los niveles de complejidad.

En el polo de la rigidez, la gama de explicaciones y respuestas posibles que se activa es menor e incluso puede haber una única respuesta que se despliega

de manera estereotipada y que atenta contra la mantención del equilibrio del sistema. Estos mecanismos rígidos pueden expresarse por ejemplo en un operar donde cobran protagonismo algunas disfunciones como las “distorsiones cognitivas” que dificultan la detección de puntos medios y la modulación emocional a través de los matices (Guidano, 1987).

Es importante considerar que la persona que con cierta flexibilidad ha logrado adaptarse a situaciones específicas, tiende a generar recursos eficientes, sin embargo la excesiva flexibilidad puede ser vista también como una limitación en términos de eficacia para la diversificación, que genera dificultades en la incorporación de nuevas estrategias, configurando una aparente flexibilidad, que es más bien una “rigidez encubierta” en incluso podría afectar el sentido de continuidad en el tiempo.

c) Inclusión – Exclusión: Se refiere a la capacidad del sistema de conocimiento de incorporar nuevos contenidos, desde el YO que experimenta y actúa, al estar inmersa la persona en fuertes presiones de su experiencia en curso, y la simbolización del material perturbador desde el Mí que observa y evalúa. Así se gesta la operación del auto reconocimiento, que va dando origen a un sentido unitario de sí mismo, mediante la diferenciación de los límites de la *mismidad* para el mantenimiento del sistema y la *ipseidad* para los procesos de cambio. El sujeto inclusivo es capaz de incorporar nuevos contenidos que, aunque sean perturbadores, logra trasladarlos desde un nivel tácito de la experiencia hacia el nivel explícito que implica la simbolización y la explicación, de lo novedoso que acontece, y que independiente de su valencia (positiva o negativa) es un agente perturbador. Este proceso debe llevarse a cabo sin afectar la continuidad y la coherencia de la experiencia de seguir siendo el mismo “sí mismo”, es decir sin dejar de auto reconocerse en el proceso, y sin perder la potencialidad de diferenciarse y reconocerse a la vez en la perturbación, sin perder la posibilidad de mantener su Mismidad en la Ipseidad (Yáñez, 2004). De acuerdo al autor, existen dos tipos de exclusión: *Exclusión Natural* que se refiere al sesgo que efectúa el Sí Mismo frente a la sobreabundancia de la información que se procesa en el sistema nervioso central (que es una propiedad biológica de los seres vivos). Por ejemplo, el rol

evolutivo de que cumplen los mecanismos de aprendizaje no asociativos como la habituación, implican un cese de la atención a estímulos que resultan irrelevantes para el sistema y favorecen por tanto su economía, utilizando los recursos sensoriales para atender sólo a los estímulos relevantes. En cambio, la segunda forma de exclusión es la *Exclusión Defensiva* que excluye contenidos relevantes y especialmente perturbadores, que resultan amenazantes para la mantención y continuidad del sistema. La psicopatología en este caso, estaría dada por la desmedida tendencia a la exclusión, polaridad que impide que se amplíen las dimensiones del conocimiento, y poder transformar las perturbaciones en información significativa para el propio orden experiencial, e incremento de la complejidad del sistema.

Vittorio Guidano (1987) plantea la subjetividad del ser humano como una complejidad auto-organizada, en cuya auto-organización emergen niveles cada vez más complejos de funcionamiento, centrados en la diferenciación, el sentido unitario de sí mismo y la continuidad histórica. En esta senda se producen espontáneamente exclusiones de eventos, lugares, personas que por sí mismas pueden ser exclusiones necesarias o adaptativas. Si bien la necesidad de incluir o excluir un contenido se determina multifactorialmente, en base a las características idiosincráticas del individuo y del medio circundante, no existe un principio lógico subyacente que permita predecir el comportamiento de esta dimensión operativa. El mecanismo transcurrirá en el interjuego entre la realidad y elementos tácitos, como la continuidad de la historia de la persona, la relevancia de la situación para ese sujeto en particular, la coherencia interna que lo sostiene y su contenido asociado, el momento emocional actual, entre múltiples otros factores.

Es importante destacar que en los procesos de formación de la identidad durante la niñez, los padres o cuidadores tienen una gran influencia en la manera en que los niños aprenden a identificar las emociones que conforman su espectro emocional. Según Bowlby, si el niño siente emociones muy diferentes a las de los padres frente a una determinada situación, los padres tenderán a excluir estos sentimientos o pensamientos asociados de la experiencia posible del niño (Guidano, 1987).

d) Proactividad – Reactividad: Weimer a través del desarrollo de las teorías motoras de la mente, cuestiona la concepción del ser humano como un ente pasivo, eminentemente receptivo y que sólo se deja impactar por los estímulos externos, instalando una nueva perspectiva epistemológica en la que el ser humano es quien construye activamente el conocimiento a partir de la información percibida, interactuando con la realidad circundante y modificándola en este acto (Guidano, 1987). Esta dimensión depende de las características innatas e ideográficas del sujeto, que inciden en un estilo de enfrentamiento ante las demandas que ejerce la relación con el mundo. Se refiere al grado de persistencia y permanencia de los niveles de respuesta conductual, emocional y cognitiva, ante los desafíos o amenazas.

De esta manera, el sujeto “sano” adoptará una actitud preferentemente proactiva de la persona frente a las demandas que surgen del ambiente, lo que permite anticipar los eventos y tener un mejor manejo de la situación, desplegando en sus respuestas sus potencialidades y generando estrategias de afrontamiento más provechosas, lo que aportará al incremento de la complejidad del sistema. La psicopatología presente en esta dimensión se refiere al polo de la reactividad, entendida como la activación consecuyente y mínima del sistema, resultante de la interacción no prevista y anticipada con el entorno, que presenta inminentes y desbordantes demandas, vivenciadas como tales por un sistema hipoactivo desde el punto de vista motor, emocional y cognitivo. (Yáñez, 2004).

Tal como en la concepción conductista original, nos encontramos frente a un sujeto despojado de autoría, que responde más bien a los estímulos ambientales sin una mayor contribución que implique la emisión de una respuesta más elaborada, en base a la articulación de sus propios recursos.

e) Exposición – Evitación: En cuanto a la Dimensión Operativa Evitación-Exposición, esta describe la actitud que asume una persona frente a las demandas que le exigen más allá de su funcionalidad estándar, derivando en algún nivel de perturbación. Ante esta situación perturbadora hay dos opciones: la de enfrentamiento (exposición) o la de escape (evitación), lo que amplía o

limita las posibilidades de crecimiento del sistema. Específicamente la evitación es una actitud que incluye 3 dimensiones: cognitiva, afectiva y comportamental. La tendencia de la evitación es a evadir un encuentro directo con las circunstancias, personas, pensamientos, objetos etc. que puedan resultar perturbadores por su significado en los esquemas de la persona. El contenido o situación que es evadido es debido a que, producto de este impacto, el sistema es demandado de sobremanera, sin poder gestionar sus recursos en pro de resolver la situación sin la pérdida de su coherencia interna. Este aspecto puede ser observado por ejemplo en los pacientes fóbicos, que muchas veces limitan su autodesarrollo por el temor a la exposición, evitando no sólo estímulos medioambientales, sino que también procesos interoceptivos y subjetivos que si bien pueden resultar dolorosos, pueden constituir un punto de partida para el cambio personal y la ampliación del espectro vivencial y conductual.

Sucede lo contrario con la hegemonía del polo de la exposición, en este caso la actitud es activa en la dirección del afrontamiento de la situación demandante, que incluso pudiera desbordar las capacidades del sistema, explotando al máximo sus recursos y ampliando las posibilidades de generar un crecimiento cualitativo.

Se puede afirmar que, del estado de las categorías operativas antes mencionadas, depende la estabilidad del sistema y sus potencialidades adaptativas a las demandas emergentes que plantea la constante perturbación de la coherencia interna, producto de la reciprocidad fenomenológica del proceso de deriva natural. Sin embargo, a pesar de que el síntoma en este contexto, es un acto que desvía el curso regular de los acontecimientos rutinarios del día a día, y es el resultado de perturbaciones tanto conscientes como, las más de las veces inconscientes, es la evidencia palpable de que el organismo se encuentra en un estado de transición desde el equilibrio al desequilibrio en la organización de su sistema, por lo tanto está en búsqueda de novedosas alternativas para obtener un nuevo estado.

Finalmente la operación global de estas dimensiones, se expresa en dos cualidades de los sistemas de conocimiento, que resumen y le dan el sello a su

dinamismo. Dichas categorías son la *Generatividad*, que es una cualidad que implica, por un lado, la incorporación progresiva de nuevos contenidos de la experiencia y además, permite la emergencia de nuevos estados de organización que pasan a formar parte del sistema, incluyéndose mediante procesos de significación; y la *Complejidad*, que se entiende como una progresión del sistema hacia los ejes positivos de las dimensiones operativas, lo que permite al sistema dar respuestas múltiples y de diverso nivel a las constantes demandas del medio, manteniendo su integridad (estructura) y coherencia (organización).

En esta perspectiva, una *psicopatología constructivista* como concepto, puede ser entendida como la interferencia de la dinámica autorreferente de construcción de sistemas de conocimiento y de la subjetividad, por dos razones: Una presión del medio que se vive como “desbordante” e interfiere con los procesos de desarrollo, asociados a los mecanismos de continuidad (Mismidad) y cambio (Ipseidad), habiendo contenidos de la experiencia que no pueden ser incorporados, pues el sistema no cuenta con recursos de significación que permitan explicar los eventos, y se constituyen como una presión a la reorganización o deconstrucción del sistema. Esta presión ejercida al Sí Mismo, entendido como estructura profunda, se expresa a nivel superficial del sujeto y su operatividad, con estados emocionales displacenteros que dan origen a operaciones defensivas y un desplazamiento hacia las polaridades “negativas” de las dimensiones operativas. “Por lo tanto, el sistema bloquea la generatividad y cierra sus posibilidades de complejización asociada al desarrollo de nuevos reordenamientos”. (Yáñez, 2005, pp. 251)

Existiría también un segundo mecanismo que da origen a los síntomas psicopatológicos y que no es explicable directamente desde las presiones medioambientales, sino más bien desde variables internas del sistema de conocimiento, que tiende a responder de un modo “estereotipado”, vinculado a experiencias o escenas prototípicas tempranas que adquieren un valor patogénico en la ontogenia del sujeto, y se asocian a elevados niveles de angustia que se vive “sin objeto”, y que a un nivel superficial se expresan también como un desplazamiento hacia los ejes negativos de las dimensiones

operativas (Yáñez, 2005). El ejemplo clínico más característico lo constituyen los trastornos de la personalidad, donde el sujeto despliega estrategias interpersonales desadaptativas de manera repetitiva, producto de la activación de representaciones mentales vinculadas a experiencias tempranas, que no se relacionan directamente con la situación vivencial actual, y que generan dificultades interpersonales y un gran sufrimiento asociado.

Por lo tanto, una Psicopatología Constructivista Cognitiva se funda principalmente en las dificultades internas del sistema de conocimiento y en las presiones desbordantes del medio, siempre expresadas a nivel de la operatividad del sujeto, en términos de síntomas que se originan en los modos particulares de desplazamiento en los ejes antitéticos de las dimensiones operativas.

Al respecto, podemos destacar la perspectiva dialéctica de normalidad-anormalidad planteada por Dörr (en Heerlein, 2000) quien postula que la salud mental tiene que ver con una “posibilidad” de desplazamiento entre polaridades de un continuo, mientras que la psicopatología se expresa como un estancamiento en uno de los extremos, con una rigidez en el operar del sujeto, que sólo funciona desde una posibilidad vivencial, con incapacidad de desplazarse hacia la otra polaridad. Desde ahí se puede postular que más allá de la importancia que posee el contenido de la vivencia, el eje principal está determinado por la imposibilidad de ser flexible, entre posibilidades conductuales y vivenciales. De acuerdo a Blankenburg (1986), la Psicopatología debe abocarse a la relación del sujeto con el mundo, las modificaciones de las funciones psíquicas y las limitaciones derivadas de los menoscabos en los grados de libertad para poder vivenciar y poder comportarse.

1.4.5 Psicoterapia Constructivista Cognitiva

La psicoterapia puede ser definida como un “Proceso Interpersonal diseñado para obtener modificaciones de los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos que producen sufrimiento al individuo. Implica un diálogo entre paciente y terapeuta, repetido a lo largo de un tiempo, en unas condiciones que permanecen estables y basado en un modelo teórico determinado” (Iragorri et. Al, 2009).

La psicoterapia desde del constructivismo cognitivo es conceptualizada como un procedimiento basado en un modelo teórico psicológico, inserto en una relación técnica y profesional que provee el terapeuta, a un paciente que requiere un servicio profesional especializado a causa de la desorganización creciente de una manera particular de vivir que le genera aflicción, y cuyo objetivo es el logro de un cambio a través de este proceso de conocimiento. Este cambio consiste en una apreciación novedosa y original sobre el punto de vista habitual acerca de uno mismo y es gatillado por la acción de las intervenciones del terapeuta y que como resultado, en el paciente da origen a un proceso ordenador más amplio (Yáñez, 2000). “El terapeuta sólo puede intentar establecer las condiciones capaces de provocar la reorganización pero no determina ni controla el momento en que el cliente se reorganiza ni el resultado final del proceso” (Guidano, 1994).

La psicoterapia supone tres componentes: *el terapeuta* que puede considerarse un experto en una teoría psicológica clínica y en los procedimientos técnicos que crean las condiciones para el cambio psicológico; *el paciente*, quien es una persona aquejada de un padecimiento que genera una perturbación intrapsíquica e interpersonal; *la relación terapéutica* que se refiere al contexto interpersonal donde se produce el encuentro entre paciente y terapeuta y que genera las condiciones particulares para que opere el cambio, ya sea a nivel de la reducción sintomática y/o cambios profundos asociados a los desórdenes psicológicos (Yáñez, 2000).

Antes de explicar los procesos de cambio terapéutico desde esta perspectiva, nos parece relevante abordar el concepto de encuadre clínico pues se

constituye como un claro aporte para la evolución del modelo. “Se entenderá por *Encuadre Constructivista Cognitivo* a las reglas interpersonales que regulan la relación terapéutica y cuya función es la de proveer un contexto relacional estable, seguro y proyectado en un tiempo suficiente para que paciente y terapeuta creen una base de relación que incorpore componentes técnicos y personales (factores específicos e inespecíficos), de modo que se desarrolle la alianza psicoterapéutica” (Yáñez, 2005, pp. 127). El autor hace la distinción entre un *encuadre explícito*, que se refiere a la noción de “contrato terapéutico”, en el cual se explica de modo genérico el tipo de psicoterapia, las metas y objetivos, además de las condiciones prácticas y contextuales en que se llevará a cabo la relación y un *encuadre implícito*, que se centra principalmente en la actitud del terapeuta, que delimita los campos posibles de interacciones con su paciente, y que se basa en la *intención de neutralidad* (no dar una respuesta emocional consecuente con el impacto emocional que podría producir el despliegue de algunas acciones y/o contenidos del paciente), *intención de abstinencia* (disposición del terapeuta a no desplegar contenidos personales durante el proceso terapéutico) y la *intención de receptividad* (el terapeuta dispone todos sus sentidos, recursos cognitivos y emocionales durante la sesión para atender exclusivamente a lo que transcurre en el contexto terapéutico).

1.4.5 Noción de Cambio Psicoterapéutico:

La Psicoterapia Constructivista Cognitiva postula dos niveles de cambio terapéutico (Yáñez, 2000; Yáñez 2005):

- a. Cambios superficiales: Se centran principalmente en la reducción sintomática que resulta del desplazamiento entre los ejes antitéticos de las dimensiones operativas. Es importante recalcar que si se instalan en la primera fase de la psicoterapia, no sólo disminuyen el sufrimiento y mejoran la calidad de vida del paciente, sino que también mejoran la calidad de la alianza terapéutica, generando las condiciones para abordar posibles cambios profundos. Es importante recalcar la importancia de este nivel de cambio, pues no sólo

responde muchas veces a motivos de consulta de nuestros pacientes, sino que además podrían llegar a ser un objetivo en sí mismos. Este aspecto será profundizado más adelante.

- b. Cambios profundos: Implican un aumento de los niveles de autoconciencia del paciente, es decir mantener el proceso de construcción ontológica, desarrollando simbolizaciones que permitan atribuir significados a la experiencia en curso que sean consistentes con la mantención de la coherencia del Sí Mismo. Estos cambios emergen como respuesta del sistema frente a una “presión máxima” e implican un reordenamiento de los sistemas de conocimiento idiosincrático del sujeto, que resultan de la conjunción de elementos de su devenir ontológico, y que por tanto son un fundamento de la identidad del sujeto, por lo que cualquier modificación de ellos implica un costo personal elevado, pero que genera ventajas comparativas respecto del estado previo, e implican la reorganización del contenido existente e inclusión de nuevos contenidos. Es interesante destacar que estos cambios fomentan la progresión ortogenética de estas categorías conceptuales, las que estarán más disponibles para que el sujeto pueda referirlas a nivel superficial. De este modo la estructura profunda alimenta permanentemente a la estructura superficial, ampliando el horizonte explicativo del “polo positivo” de las dimensiones operativas. Este proceso se da en la dialéctica permanente entre la construcción (síntesis, significado, mantención) y deconstrucción (análisis, desarticulación, resignificación, desequilibrio y cambio).

2. Capítulo II: Técnicas Psicoterapéuticas e Intervenciones en la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva

De acuerdo a Yáñez, las *técnicas psicoterapéuticas* “Son procedimientos que se desprenden de una teoría acerca del funcionamiento humano normal y anormal, y que especifican condiciones de la terapia, el terapeuta y la relación terapéutica, para movilizar cambios en el paciente (Yáñez, 2005 pp. 99)”. Se han descrito diversas técnicas dentro de los diferentes enfoques psicológicos, las que se pueden utilizar en la medida que se justifiquen desde el modelo teórico al que el terapeuta se adscribe. En este sentido, se debe tener siempre como marco de referencia para la selección y aplicación de una técnica, el modelo teórico subyacente, que debe hacer de guía implícita para la consecución del cambio terapéutico. Asimismo, es necesario tomar en consideración la manera en que el terapeuta aplica las técnicas, puesto que esto influye directamente en la relación terapéutica (Beck, 1983).

Desde la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva, es posible dar cuenta de varias técnicas, que corresponden a distintos momentos del desarrollo del modelo, desde sus orígenes conductuales, pasando por el momento cognitivo clásico y el interpersonal, hasta los avances constructivistas actuales (Yáñez, 2005). Todas estas técnicas son utilizables desde el Constructivismo Cognitivo, considerando su pertinencia y aplicándolas en función del beneficio del paciente.

A continuación se describirán de manera sintética, los 2 grupos principales de técnicas psicoterapéuticas que se desprenden del modelo: Las Técnicas Operativas y las Técnicas Procedurales

2.1 Técnicas Operativas

Las técnicas operativas son procedimientos validados experimental y clínicamente, que se desprenden de un modelo teórico cognitivo-conductual y cuya función es abordar un objetivo terapéutico específico, frecuentemente asociado a la sintomatología que presentan los pacientes. Los procedimientos y aplicación de estas técnicas suelen estar secuenciados, paso a paso, en sus

distintas fases y objetivos, es decir, cuentan con un modo de aplicación que les es propio y prácticamente manualizado (Yáñez, 2005). Ofrecen una alternativa terapéutica breve, centrada en situaciones actuales, que pueden asociarse con intervenciones psicofarmacológicas u otras. Han demostrado utilidad en diversas etapas del desarrollo y son aplicables en formatos individual y grupal. Pueden ser subdivididas en técnicas conductuales y técnicas cognitivas (en Gómez e Ibañez, 2006; Yáñez, 2005 y Cía, 2000). A continuación se describirán algunas de las técnicas operativas más relevantes.

Técnicas Conductuales: Su objetivo es generar un cambio conductual en el paciente, principalmente desde los principios teóricos del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social. A través del cambio conductual, pretenden generar un impacto a nivel emocional y cognitivo, generando un proceso de cambio en el paciente. Su eficacia está comprobada y facilitan la intervención del psicólogo en diferentes ámbitos de aplicación. Aunque algunos autores como Henrik o Kazdin, hablan de 250 a casi 400 técnicas, el número de las más utilizadas e importantes es más modesto. De acuerdo a Beck y Freeman (1995), las metas de las técnicas conductuales son 3: en primer lugar, el terapeuta necesita a veces trabajar muy directivamente con algunos pacientes graves para modificar conductas muy disfuncionales o autodestructivas. Segundo, si el paciente tiene algunos déficits de diferentes habilidades, la terapia debe incluir un componente de construcción de esa capacidad. Tercero, algunas tareas conductuales que se realizan fuera de la sesión pueden ser un punto de partida para poner a prueba las cogniciones en la realidad.

A continuación se hace un breve listado y definición de las principales técnicas, en base a la clasificación propuesta por Labrador (2008). Se revisarán las *técnicas de modificación de conducta de uso general*, que son aquellas técnicas cuyo uso puede llevarse a cabo en una amplia gama de conductas y situaciones. Son por tanto, las técnicas conductuales más utilizadas debido a que su uso no está restringido a un tipo de conducta o cuadro clínico.

a) Técnicas de Control de la Activación:

- 1- Relajación diferencial o progresiva: Desarrollada inicialmente por Jacobson, en 1929. Su objetivo es lograr que el sujeto identifique las señales de los músculos cuando están en tensión y que una vez cumplida esta tarea, ponga en marcha las actividades de aprendidas para reducir la tensión. Se basa en un programa estructurado de contracción-relajación secuencial de la musculatura esquelética, que permitirá conseguir una relajación completa de todo el organismo o una relajación específica de partes de él. El procedimiento original de Jacobson requiere de un amplio período de aprendizaje, por lo que ha sido modificado por diversos autores para hacerlo más breve, intentando mantener los beneficios originales (Wolpe, 1958; Ost, 1987, Puente y Crespo, 1993; Bernstein, Borkoveck y Hazlett-Stevens, 2000, en Labrador, 2008)
- 2- Técnicas de control de la respiración: Distintas condiciones clínicas y no clínicas favorecen el desarrollo de hábitos respiratorios poco adecuados. Como alternativa, un patrón respiratorio caracterizado por una inspiración lenta, regular y con volúmenes elevados de aire, facilita la buena oxigenación del organismo, un menor trabajo cardiovascular, así como una reducción del estado de la activación general del organismo. El objetivo de las técnicas de control de de la respiración es enseñar al paciente un adecuado control voluntario de ésta en condiciones óptimas, para después generalizar y automatizar este control en todo tipo de situaciones, en especial aquellas más problemáticas. Hazlett-Stevens & Craske (2003), proponen un entrenamiento breve de la habilidad, en 6 etapas sucesivas, que genera un patrón respiratorio alternativo que puede ser evocado en situaciones que incrementan los niveles de activación del organismo, fomentando la ansiólisis.
- 3- Entrenamiento Autógeno: Método de Relajación desarrollado por J.H. Schultz en el año 1912, en base a las observaciones del uso de la hipnosis clínica. Se basa en la auto relajación concentrativa, según

elementos básicos de eficacia sugestiva, mediante la evocación de imágenes referidas al sistema neurovegetativo, y que se aplican a regiones del organismo particularmente accesibles subjetiva y cognoscitivamente (Schultz, 1969). El método se aplica mediante 6 ejercicios secuenciales de relajación de diferentes partes del cuerpo y requiere de una ejercitación sistemática durante un período de 2 a 3 meses, para lograr una generalización de las distintas sensaciones en todo el organismo y una evocación voluntaria por parte del sujeto en diferentes situaciones.

- 4- Biofeedback: Técnica empleada para controlar las funciones fisiológicas del organismo. Se utiliza un sistema de retroalimentación, mediante recursos electrónicos, que informa al sujeto del estado de diferentes funciones corporales que se desean controlar de manera voluntaria, tales como la tensión muscular, la respuesta galvánica, la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca u otros indicadores de tensión fisiológica o arousal. Esta técnica ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de variadas condiciones clínicas tales como ansiedad, insomnio, disfunciones sexuales e incluso enfermedades psicosomáticas, como la hipertensión arterial, incontinencia urinaria y migraña (Compas & Gotlib, 2002).
- 5- Hipnosis: La hipnosis puede ser definida como “Un estado global de integración del sistema neuroendocrino, que afecta tanto los procesos subjetivos-cambios en la conciencia- como en los procesos viscerales, automatizados y operacionales del sujeto” (Ruiz & Santibáñez 2008, pág. 151). Su principal utilidad es como coadyuvante de otras técnicas, en diferentes modelos psicoterapéuticos, donde la terapia conductual no es la excepción. Ha demostrado ser de gran utilidad en enfermedades orgánicas, trastornos por dolor, adicciones y en los trastornos de ansiedad. En este último caso, la hipnosis puede generar asociaciones más adaptativas hacia los objetos o situaciones evocadores de ansiedad (Gemignani, et al., 2006; Willemsen, 2004; Nobles, 2002; Mc Neal, 2001, en Ruiz & Santibáñez, 2008). Algunas de estas técnicas están

basadas en el principio de la Inhibición Recíproca planteado por Wolpe (1958).

b) Técnicas de Exposición

1- Desensibilización Sistemática: La desensibilización sistemática (DS) es una técnica dirigida a reducir la respuesta fisiológica de ansiedad y las conductas motoras de evitación frente a determinados estímulos. Fue creada por Joseph Wolpe en 1958. Esta técnica se fundamenta en los principios de la inhibición recíproca y el contracondicionamiento. La inhibición recíproca postula que dos estados fisiológicos incompatibles no pueden darse de manera simultánea (ej.: relajación y ansiedad). Por otra parte, el contracondicionamiento señala que al asociarse un estímulo ansiógeno a una respuesta emocional incompatible, se facilita el condicionamiento de ésta, y la sustitución de la respuesta de ansiedad. Sus componentes básicos son: la utilización de la relajación como una respuesta incompatible con la ansiedad y por otra parte, la utilización de exposición graduada, en imaginación, al estímulo evocador del miedo. Cuenta con una amplia tradición clínica y de investigación, y ha sido una de las técnicas más difundidas, estudiadas y utilizadas en la modificación de conducta (Labrador 2008).

2- Exposición en vivo: Lo esencial de la técnica de exposición es impedir que frente a estímulos temidos por el sujeto, la evitación o el escape se conviertan en una *señal de seguridad*, más que impedir el escape por sí mismo. Los mecanismos que explican la reducción del miedo durante la práctica de la exposición se relacionan con la *habitación* (desde una perspectiva psicofisiológica) *extinción* (desde una perspectiva conductual) y con un *cambio en las expectativas*. Esta técnica puede ser aplicada a cuadros clínicos muy diversos, más allá de las fobias,

tales como el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico, alcoholismo y dependencia de drogas, incluso algunos trastornos que tienen que ver con el descontrol de impulsos, tales como la bulimia y la ludopatía.

A lo largo de los años, la aplicación de la técnica se ha mantenido con una metodología casi invariable, a excepción de algunos desarrollos recientes que incluyen la incorporación de la tecnología para evocar los estímulos desencadenantes del temor (exposición asistida por computador, uso de la realidad virtual, etc.). Es fundamental que en su aplicación exista una alianza terapéutica consolidada, participación activa del paciente y en algunos casos de miembros de su familia o acompañantes (Labrador, 2008). El terapeuta ayudará al paciente a definir los objetivos y a planificar tareas de exposición gradualmente establecidas, así como a evaluar su propio progreso.

Existen múltiples formatos de aplicación y habitualmente se realizan sesiones con una periodicidad semanal (con prácticas entre las sesiones) que tiende a espaciarse en medida que avanza la terapia.

- 3- Exposición y prevención de respuesta: Técnica utilizada principalmente en el trastorno obsesivo compulsivo y se constituye como el tratamiento más efectivo y con menor tasa de recaídas (Foa & Wilson, 1992, en Labrador 2008). El procedimiento consiste en exponer al paciente al estímulo temido, que puede ser externo (tocar la manilla de una puerta, darle la mano a un desconocido, etc.) o bien, de tipo interno o cognitivo (obsesiones de distintas temáticas, que se acompañan de la fenomenología de la duda). A continuación, se debe impedir por períodos progresivamente mayores la realización del ritual conductual o cognitivo realizado habitualmente por el paciente. Esta estrategia generará en el paciente un cambio de expectativas, pues comprueba que no ocurren consecuencias negativas cuando no ejecuta los rituales tras haberse expuesto a

los estímulos temidos, lo que suele llevar a la extinción de tales rituales o compulsiones. Puede ser utilizada también en el tratamiento de algunos trastornos por control de impulsos, como por ejemplo en el caso de la tricotilomanía.

- 4- Exposición interoceptiva: técnica utilizada para pacientes con trastorno de pánico, con el objetivo de “reaprender” que las propias sensaciones viscerales no son peligrosas (Cia, 2006). El procedimiento consiste en exponer al paciente a sensaciones físicas desagradables, induciendo voluntariamente los estímulos psicofisiológicos temidos. Esta exposición debe ser prolongada y se debe evitar la emisión de conductas de escape o reaseguramiento, con el objetivo de que el sujeto desconfirme sus pensamientos catastróficos con respecto a las propias sensaciones corporales. Se recomienda realizar una concatenación de pequeños ensayos, aumentando progresivamente el tiempo de exposición, con descansos intermitentes que buscan la recuperación de la normalidad de las constantes biológicas.

c) Técnicas basadas en el condicionamiento operante

1. Programas de reforzamiento: Los programas de reforzamiento son sistemas de organización de contingencias que permiten fortalecer (haciendo más frecuentes o más duraderas) determinadas conductas que ya están presentes en el repertorio conductual del sujeto. Al establecer cualquier programa de reforzamiento, es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones que permitirán optimizar los resultados del programa y seguir los siguientes pasos:
 - Definición de la conducta: Definir el comportamiento esperado en términos operativos, observables y cuantificables, incluyendo si es posible, dónde y cuándo se va a realizar la conducta.
 - Búsqueda y selección de reforzadores: Generalmente se utilizan diferentes reforzadores para evitar el problema de la saciación. Es

importante además que los reforzadores resulten “agradables” para ese sujeto en particular, que estén disponibles en su medio habitual y que sean regulados por el administrador del programa.

- Elegir el programa de refuerzo: Se denomina *programa de refuerzo* a la regla que especifica qué emisión de la conducta, dentro de un conjunto de ellas, va a ser reforzada. Los programas de refuerzo pueden ser *continuos* (se refuerzan todas las emisiones de la conducta) o *intermitentes* (se reforzarán sólo algunas emisiones de la conducta), que se dividen en programas de razón y programas de intervalo (que pueden ser fijos o variables).

- Considerar aspectos contextuales: Se debe considerar cómo, cuándo, y dónde se llevará a cabo el programa, además de considerar quien estará a cargo de su implementación.

Los programas de reforzamiento resultan muy útiles para fortalecer conductas que ya existen en el repertorio del sujeto y tienen múltiples aplicaciones clínicas, principalmente en el ámbito de la clínica infanto-juvenil y de parejas (Labrador, 2008)

Existen además otras técnicas que permiten desarrollar conductas que no existen en el repertorio conductual del sujeto, denominadas *técnicas de instauración: moldeamiento, encadenamiento y desvanecimiento*.

2. Moldeamiento: Se denomina también *aprendizaje por aproximaciones sucesivas* y es un procedimiento que consiste en reforzar las sucesivas aproximaciones a la conducta objetivo, y la extinción de las respuestas previas que no resultan funcionales. Este procedimiento se utiliza de manera espontánea en la vida cotidiana. Por ejemplo, en la adquisición del lenguaje, los padres refuerzan los sonidos emitidos por el niño que se aproximen a una palabra; en el aprendizaje de la escritura, los profesores refuerzan los trazos que se asemejan a una letra, etc. Al aplicar el moldeamiento en la psicoterapia es importante definir *la conducta inicial* (conducta que ocurre con frecuencia suficiente como para que pueda ser reforzada y que tenga alguna característica similar a

la conducta que se quiera instaurar), *las conductas intermedias* (que deben ser de fácil acceso y progresiva dificultad), y *la conducta final* (que incluye todas las características de la conducta deseada y las circunstancias en las que debe y no realizarse).

El moldeamiento se utiliza en el ámbito clínico, principalmente en el entrenamiento en habilidades sociales, y en el desarrollo de habilidades en condiciones clínicas especiales como el retraso mental y trastornos generalizados del desarrollo (Labrador, 2008)

3. Encadenamiento: En esta técnica las conductas complejas deben descomponerse en otras más sencillas, que serán trabajadas por separado. Cada una de las conductas sencillas constituye un “eslabón” de la cadena que conforma la conducta compleja. Una cadena conductual puede ser definida como “una sucesión de estímulos discriminativos (Ed) y respuestas (R) en la que cada una de estas, excepto la última, supone un Ed para la siguiente; y la última respuesta es seguida por un reforzador. Por otro lado, cada respuesta (excepto la primera) funciona como reforzador condicionado de la respuesta anterior” (Labrador, 2008, pp. 299). Es importante comenzar por definir todos los pasos o eslabones conductuales que componen la tarea y reforzar inicialmente el primer paso, posteriormente administrar el refuerzo y enseñar el segundo paso. Después, administrar el refuerzo cuando se emite el primer y segundo paso juntos, y así sucesivamente hasta terminar la secuencia completa.

Muchas conductas de la vida cotidiana se adquieren por encadenamiento, tales como cepillarse los dientes o aprender a conducir un vehículo. En el ámbito clínico resulta particularmente útil su implementación en el desarrollo de habilidades en niños con necesidades especiales y en la adquisición de habilidades sociales.

4. Desvanecimiento: Esta técnica permite la mantención de conductas en ausencia de un apoyo externo. El procedimiento consiste en introducir una ayuda para que el sujeto adquiriera un comportamiento y posteriormente la ayuda se retira progresivamente una vez que la

conducta se ha aprendido y consolidado. El procedimiento consta de dos fases:

- a) Fase aditiva: Se proporcionan las ayudas hasta que el sujeto consigue emitir la conducta objetivo.
- b) Fase sustractiva: Las ayudas se retiran gradualmente hasta que la conducta pueda emitirse sin ninguna influencia externa. La retirada puede realizarse de tres maneras: disminuyendo su intensidad, demorando su aparición o disminuyendo la extensión de la ayuda. En ambas fases se proporciona un refuerzo continuo y contingente a los avances del sujeto en la emisión de la conducta. Algunas ayudas o *señales instigadoras* pueden ser la guía física (ayudar físicamente al paciente), gestos (señalar con el dedo), modelado (mostrar la conducta correcta), guías verbales (utilizar palabras como pistas o claves), estímulos instigadores ambientales (preparar el entorno físico para favorecer la emisión de la conducta), entre otras.

Es una técnica particularmente útil en el trabajo clínico con pacientes autistas o con retraso mental y también en la terapia sexual, favoreciendo el recondicionamiento de intereses sexuales, mediante el desarrollo e incremento de nuevas preferencias (Olivares & Méndez, 1998).

5. Control estimular: Técnica utilizada principalmente en el abordaje clínico de las adicciones y consiste en evitar la exposición a claves ambientales que se asocian a un alto riesgo de consumo. En esta técnica no se pretende controlar las reacciones interoceptivas del paciente, sino más bien reestructurar su medio ambiente, de tal manera que disminuya la probabilidad de emisión de las conductas problemáticas (Caballo, 2002).
6. Extinción operante: De acuerdo a Labrador (2008) el procedimiento de extinción consiste en la supresión del reforzamiento de una conducta que ha sido previamente reforzada. El reforzador (ya sea material o social) deja de seguir de manera contingente a la conducta que se desea reducir. Es el procedimiento más eficaz para reducir conductas

operantes en el mediano y largo plazo, pero exige un amplio control de las condiciones ambientales y requiere de un largo tiempo de aplicación para producir los efectos deseados. Por otra parte su uso puede facilitar el surgimiento de emociones negativas como malestar, ira o agresividad. Es una técnica que ha mostrado efectividad en la psicoterapia infanto juvenil y de pareja.

7. Tiempo fuera de reforzamiento: Consiste en retirar al sujeto de la situación en la que está actualmente recibiendo un reforzamiento de manera contingente a la conducta que se desea reducir o extinguir. Puede ser utilizada cuando se han identificado los reforzadores que mantienen la conducta, cuando no se puede controlar la emisión de estos y se sugiere su uso en situaciones en las que no es posible utilizar la extinción, pues tiende a ser menos eficaz en comparación con esta, pues cuando el sujeto se reincorpora las condiciones habituales, la conducta vuelve a aparecer. Se aconseja por lo tanto que su utilización sea de manera momentánea, generando cambios en el ambiente y desarrollando repertorios conductuales alternativos a los que se quieren reducir (Caballo, 2002).
8. Costo de respuesta (Castigo negativo): Este procedimiento consiste en la retirada de un reforzador de manera contingente a la emisión de una conducta que se desea eliminar. Se anticipa que las consecuencias negativas de la retirada de un reforzador serán más importantes que los efectos positivos de los reforzadores que están manteniendo la conducta. Este procedimiento produce efectos rápidos de reducción de la conducta, pero con reacciones emocionales similares al tiempo fuera de reforzamiento. Puede ser utilizada en la extinción de conductas que se vinculan con un ineficiente control de impulsos tales como adicciones, trastornos de la conducta alimentaria y agresividad (Labrador, 2008).
9. Saciación y práctica negativa: En la saciación se realiza una presentación repetida de un estímulo con propiedades reforzadoras, hasta que el estímulo pierde su valor reforzante. En la práctica negativa la conducta se repetirá muchas veces en lapso de tiempo corto hasta que la realización de esta conducta resulte desagradable. Ambos

procedimientos dan origen a un *período temporal de seguridad*, que es un período de tiempo en el que no se emitirá la respuesta y durante el cual se deben desarrollar conductas alternativas más adaptativas, para lograr el cambio deseado y evitar la recuperación espontánea. (Labrador, 2008).

10. Modelado: Consiste en un proceso de aprendizaje a través de la observación de la conducta de otros sujetos, que exhiben los comportamientos adecuados que se espera desarrollar (Cormier & Cormier, 2000). Permite la adquisición de nuevos repertorios conductuales, aprender o cambiar el valor de los reforzadores y modificar la conducta, las emociones y actitudes, pues requiere del despliegue de las relaciones simbólicas, más que de una imitación simple de conductas motoras. En el ámbito clínico se utiliza para el desarrollo de habilidades parentales, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de resolución de problemas, instauración de repertorios de conductas de autocuidado y lenguaje en niños con trastornos generalizados del desarrollo, reducción de conductas agresivas, tratamiento de fobias, entre otros. (Caballo, 2002).
11. Programa de economía de fichas: La economía de fichas (EF) es un procedimiento que permite organizar las contingencias externas y se dirige a establecer un control estricto sobre un ambiente determinado, de tal manera que permita el control de la conducta de un sujeto o de un grupo en ese entorno particular. Para esto será fundamental establecer un control efectivo y exclusivo sobre los reforzadores que se emiten en dicho ambiente. Es similar a un sistema económico, en el que se “paga” o “cobra” una cierta cantidad de fichas (en vez de dinero) por la emisión de determinadas conductas. Las fichas serán un reforzador generalizado que se introduce de manera artificial y que será aplicado de manera contingente cuando aparezcan las conductas adecuadas (refuerzo positivo) o se retiren cuando se emitan las conductas no deseadas (refuerzo negativo). Si el reforzador es generalizado (tal como en el caso del dinero), puede cambiarse por diversos reforzadores de apoyo (objetos, permisos, reforzadores sociales, etc.). En este sentido la ficha

(que puede ser cambiada por autoadhesivos de colores, bonos, símbolos u otros) funciona como un “puente” temporal hasta la llegada del reforzador de apoyo. La EF se ha utilizado con éxito en diversas instituciones como colegios, centros de reinserción social, cárceles, hospitales psiquiátricos, incluso en ambientes virtuales a través de internet (Pear & Crone-Todd, 1999; Pear & Martin, 2004, en Labrador, 2008). En el ámbito clínico se ha utilizado principalmente en el área infanto-juvenil para tratar trastornos de conducta, en los problemas de pareja y familia y en los centros clínicos de tratamiento de la dependencia de drogas.

12. Contratos conductuales: Un contrato conductual consiste en un documento escrito en el que se especifican las conductas que una o varias personas están de acuerdo a realizar, y las consecuencias que se obtendrán por su realización o por no realizarlas. Se basan en el establecimiento de un sistema de contingencias normado que permite controlar de manera precisa la emisión de las conductas objetivo. La mayoría de las conductas que se emiten en condiciones naturales están normadas por contratos; sin embargo estos son de naturaleza implícita. Los CC intentan solucionar este problema estableciendo de manera precisa las conductas que han de realizarse y las consecuencias que les seguirán (Gelfand & Hartman, 1988; Kirschenbaum & Flanery, 1983; Obanion & Whaley, 1981; Houmnafar, Maglieri & Roman, 2003, en Labrador, 2008). De esta manera tanto las conductas objetivo como las contingencias deben quedar establecidas mediante un acuerdo entre las distintas partes. El CC debe plasmarse físicamente en un documento que debe ser firmado por las personas implicadas como una manera de establecer un compromiso.

Esta técnica tiene múltiples aplicaciones en la psicoterapia: por ejemplo en la fase inicial, para que el paciente se comprometa a registrar datos y conductas necesarias para la evaluación, para animar a los pacientes a retomar actividades de su vida cotidiana, e incluso tiene aplicaciones más específicas como instrumento que permite modificar directamente algunas conductas, ej: abstinencia de consumo de sustancias en

pacientes adictos, formas de alimentación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, tiempo de exposición en pacientes fóbicos. Particularmente resulta relevante su uso para solucionar problemas en las relaciones interpersonales (padres-hijos, parejas). El uso de contratos en este tipo de problemas clínicos permite una solución particularmente expedita a diversas conductas y permite explicitar las expectativas implícitas de las partes involucradas.

13. Programación de actividades: Técnica utilizada principalmente en los cuadros depresivos. Sirve para contrarrestar la disminución de la motivación en el paciente, su inactividad y las distorsiones cognitivas. En un inicio de la terapia esta técnica permite obtener datos concretos para realizar una evaluación realista de la capacidad funcional del paciente. El terapeuta puede elegir entre otorgar al paciente un programa de actividades y/o registrar las actividades que realiza actualmente a lo largo del día, incorporando una jerarquía de “tareas graduales” a las actividades diarias (Beck, A., 1979). Al aplicar este horario, el paciente debe evaluar el nivel de agrado y sensación de dominio de cada actividad. De acuerdo a Gómez e Ibáñez (2011) esta técnica permite también una evaluación a nivel cognitivo, pues permite identificar pensamientos automáticos, procesamiento metacognitivo como la rumiación y distorsiones cognitivas que interfieren en las actividades, interrumpiendo cadenas cognitivo-afectivas que dan origen a conductas disfuncionales

d) Técnicas de reducción de conductas operantes

Básicamente se intenta reducir o eliminar conductas operantes de dos maneras:

1. Interviniendo sobre el ambiente de tal manera que a estas conductas no le sigan contingencias positivas: *técnicas de control de estímulos reforzadores*. Dentro de estas técnicas es posible mencionar, la *extinción*, *tiempo fuera de reforzamiento*, *costo de respuesta o castigo negativo*, *saciación* y *práctica negativa* (ya revisadas), *RDO*, *RDI*, *RDTB*, *sobrecorrección*, entre otras. (Véase Larroy, en Labrador, 2008)

2. Una vez que se emite la conducta indeseada, ésta debe ser seguida por contingencias negativas: *técnicas de presentación de estímulos aversivos*. Dentro de estas técnicas es posible mencionar, *castigo, procedimientos de escape, procedimientos de evitación, condicionamiento clásico con estímulos aversivos*, entre otras (Véase Labrador, 2008).

En todos los casos en los que el objetivo es reducir una conducta, será necesario desarrollar una conducta alternativa en lugar de la que se quiere reducir, que habitualmente es una conducta más adaptativa. La reducción de una conducta supone siempre una pérdida de reforzamiento para el sujeto, incluso las conductas desadaptadas. Por lo tanto, si no se genera un reforzamiento adicional (asociado a las conductas alternativas), el sujeto volverá a emitir la conducta con la que previamente obtenía reforzamiento. Por otra parte, puede dejar de emitir todo tipo de conducta (depresión o inhibición conductual), o bien emitirá una conducta diferente, que puede ser incluso más desadaptativa que aquella conducta que se desea eliminar. Por lo tanto siempre que se busca extinguir una conducta operante, se deben desarrollar conductas alternativas, mediante las cuales el sujeto pueda obtener un reforzamiento de características similares al que obtenía con la emisión de la conducta anterior.

e) *Otras técnicas conductuales basadas en el Modelado*

En este caso el proceso de aprendizaje se logra a través de la observación de la conducta de modelos que exhiben los comportamientos adaptativos que el paciente debería adoptar (Cormier & Cormier, 2000). De acuerdo a Bandura (1987) la mayor parte de los comportamientos humanos se adquieren por aprendizaje observacional y en este proceso se pueden adquirir nuevos repertorios conductuales, aprender o cambiar el valor de los reforzadores, las actitudes e incluso las respuestas emocionales frente a un estímulo. Estas técnicas están en un estadio de transición entre el momento conductual y el momento cognitivo, por lo que implican también intervención directa sobre los procesos cognitivos del sujeto. Dentro de sus aplicaciones es posible mencionar las siguientes técnicas operativas:

1. Entrenamiento en asertividad: En general, abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del paciente para adoptar una conducta socialmente “efectiva”, lo que implica la expresión de sentimientos positivos y negativos. Estas técnicas tienen dos beneficios principales: en primer lugar la respuesta asertiva permite inhibir recíprocamente la ansiedad (Wolpe, 1977). Por otra parte el sujeto que logra comportarse de manera más asertiva, desarrollará una mayor capacidad de lograr recompensas sociales significativas, lo que implica no solo el incremento de la sensación de satisfacción personal sino que también un impacto positivo en el autoconcepto y la concepción de sí mismo. Es una técnica compleja que implica diferentes procedimientos (entrenamiento en habilidades, reducción de la ansiedad, reestructuración cognitiva, entre otros) y que puede ser implementada en modalidad grupal o individual. Se emplea principalmente con pacientes que tienen dificultades sociales vinculadas a la ansiedad interpersonal, la inhibición conductual o el exceso de conductas inadecuadas, por lo tanto tiene aplicaciones en diferentes condiciones clínicas como las fobias sociales, trastornos de la personalidad, algunos cuadros psicóticos como la esquizofrenia, trastornos generalizados del desarrollo, entre otros.
2. Role Playing y dramatización: La dramatización puede utilizarse para desarrollar actitudes y superar inhibiciones. Cuando el tema abordado en psicoterapia tiene carga emocional, por lo general se suscitan cogniciones disfuncionales. Al respecto resulta muy útil la inversión de roles, donde el terapeuta “modela” la conducta adecuada, y también visualiza con más facilidad la perspectiva de los otros. La inversión de roles es un componente esencial del entrenamiento en empatía.
3. Inoculación del estrés: Procedimiento que enseña al paciente a afrontar y relajarse ante toda una amplia variedad de experiencias estresantes. Se desarrollan habilidades que permitan un control efectivo de la tensión o activación emocional, así como la modificación de los contenidos cognitivos más característicos que ocurren antes, durante y después del enfrentamiento con las situaciones problema. El entrenamiento parte desde la enseñanza de las técnicas de respiración profunda y la relajación

progresiva, de forma tal que ante una situación generadora de estrés pueda desplegar la habilidad in situ. Se elaborará previamente una lista de situaciones estresantes, ordenándola desde las situaciones de menor estrés a las de mayor. Luego, se hará que el paciente evoque en su imaginación cada una de esas situaciones, mientras aplica las técnicas de respiración y relajación. En segundo lugar, se deberá crear toda una serie de pensamientos de afrontamiento del estrés, los que deberán ser utilizados para contrarrestar los pensamientos automáticos habituales. Una vez establecido un adecuado nivel de afrontamiento en un contexto controlado, se pasará a implementar la utilización en situaciones de la vida real. (Meichenbaum, 1977).

4. Técnicas de solución de problemas: Es una intervención cognitivo conductual que se centra en el entrenamiento de actitudes y habilidades adaptativas para resolver problemas. Tiene el objetivo de reducir y prevenir la psicopatología, ayudando a los individuos a lidiar de una manera más efectiva con los problemas estresantes de la vida cotidiana. La técnica fue creada inicialmente por D'Zurilla en el año 1977 y se basa en el supuesto de que los problemas psicológicos son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas. Posteriormente, la estructura de la técnica ha tenido una serie de modificaciones (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla & Nezu, 1999, 2007; Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998; Nezu, Nezu, & Perri, 1989, en Bell & D'Zurilla, 2009). En la actualidad el procedimiento consta de los siguientes pasos:
 - Orientación hacia el problema
 - Definición y formulación del problema
 - Generación de soluciones alternativas
 - Toma de decisiones
 - Puesta en práctica y verificación de la solución

5. Evocación de las experiencias de la niñez: Esta técnica resulta útil, por ejemplo en el tratamiento de los trastornos de la personalidad y busca vislumbrar los orígenes de las pautas inadaptadas de la conducta y cognición, aumentando las perspectivas al evaluar las situaciones. Al

recrear situaciones “patógenas” se otorga la oportunidad de reestructurar las actitudes que se configuraron en esa etapa. Al revivir la escena, los pacientes experimentan una “catarsis” emocional lo que favorece el cambio de esquemas cognitivos profundamente arraigados. La justificación teórica de evocación de episodios específicos de la niñez es parte del concepto de “aprendizaje dependiente del estado”, pues la reexperimentación del episodio facilita la emergencia de las estructuras esquemáticas dominantes y las hace más accesibles. De esta manera se configura el punto de partida para que el paciente pueda corregirlas (Beck & Freeman, 2005)

2.1.3 Técnicas Cognitivas:

Surgen de la confluencia de la terapia conductual y de los aportes de autores cognitivistas como George Kelly, Albert Ellis y Aaron Beck. Los sustentos teóricos proponen que con frecuencia los síntomas y conductas disfuncionales están mediados cognitivamente y que la mejoría puede producirse por la modificación de pensamientos y creencias disfuncionales. La TCC se basa en una conceptualización cognitiva de los problemas del paciente y emplea una variedad de técnicas para modificar los factores cognitivos, conductuales y emocionales que los mantienen (Beck, 2000). Dentro de las técnicas principales, es posible mencionar: Reestructuración cognitiva (Beck 1983), descubrimiento guiado (Beck, 1983), sondeos cognitivos (Beck, 2000), entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977), evocación de imágenes (Beck & Freeman, 2005), planilla de autorregistro de pensamientos automáticos (Beck, 2000), identificación de distorsiones cognitivas (Beck, 1983), reatribución y redefinición (Gómez e Ibañez, en Riquelme & Quijada, 2006), operacionalización y gradualización, detención del pensamiento (Beck, 2000), toma de decisiones (Beck, 1983), distracción y refocalización de la atención (Gómez e Ibañez, en Riquelme & Quijada, 2006), empleo de tarjetas de apoyo (Beck, 2000), técnicas metacognitivas (Gómez e Ibañez, 2011), entre otras. A continuación se revisarán algunas de las técnicas más relevantes.

1. Identificar, elicitación y registrar cogniciones: Desde esta tradición teórica se asume que el terapeuta debe educar al paciente en los fundamentos básicos de la teoría cognitiva. De esta manera, el terapeuta explicará brevemente algunos conceptos como *pensamiento automático*, *distorsiones cognitivas*, entre otros, ayudándole a identificar estos componentes de la experiencia, distinguiéndolos de las emociones y las conductas. Así mismo se proporcionará una explicación ejemplificada de la relación existente entre *pensamiento*, *emoción* y *conducta*. Posteriormente se incentiva al paciente a registrar eventos que eliciten pensamientos automáticos en situaciones de la vida cotidiana. Para estos efectos se utiliza una planilla de auto-registro donde se consignan estos componentes.
2. Sondeos cognitivos: En esta técnica, el terapeuta y el paciente identifican incidentes que esclarecen algunas dificultades y concentran la atención en las bases cognitivas de esos incidentes. A menudo, interrogando con habilidad, el terapeuta llega al punto de partida (esquema nuclear) e identifica las fallas en el proceso de extraer inferencias y conclusiones por parte del paciente. (Beck & Freeman, 2005).
3. Someter pensamientos a la prueba de realidad: Una vez que se identifican los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas y se han identificado las reacciones concomitantes (emocionales y comportamentales), el terapeuta ayudará al paciente a evaluar estas cogniciones. Es importante que no asuma una actitud descalificadora frente a estas cogniciones, pues, en primer lugar, no sabe de antemano si estos pensamientos implican una distorsión, y además en alguna medida son portadores de una verdad para el paciente, por lo tanto se debe validar su percepción e interpretación de la realidad. En segundo lugar, una actitud descalificadora transgrede uno de los principios fundamentales de la terapia cognitiva: *el empirismo colaborativo*, donde terapeuta y paciente deben examinar juntos los pensamientos, ponderar su validez y/o utilidad y desarrollar interpretaciones y respuestas que resulten más adaptativas

INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

1. ¿Cuál es la evidencia?
¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?
¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
¿Cuál es la posibilidad más realista?
4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?
¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?
6. ¿Qué le diría a _____ (un amigo) si estuviese en esta misma situación?

Figura Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos.

(Beck, 2000)

4. Técnicas de reatribución y redefinición: Se utilizan cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas de un evento. Consiste en asignar a los distintos factores involucrados en la situación una ponderación más realista en el resultado de un evento, disminuyendo la influencia de las características personales negativas sobre el resultado, animando al paciente a generar distintos puntos de vista respecto a la situación, lo que relativiza su punto de vista actual, y permite dar origen a soluciones u oportunidades que previamente no eran percibidas (Gómez e Ibáñez, en Riquelme & Quijada, 2006). “Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura” (Beck, A., 1983 pp. 147).

5. Gradualización y operacionalización (técnica del continuum): Consiste en operacionalizar los constructos con los que el sujeto se evalúa a sí mismo y a las situaciones. Es particularmente útil cuando existe presencia de pensamiento dicotómico y el paciente conceptualiza en categorías extremas y absolutas. El terapeuta ayuda a operacionalizar el constructo para luego relativizarlo en una dimensión cuantificable. La escala que se obtiene puede ser aplicada a diferentes ámbitos de sí mismo o de la realidad, lo que permite realizar apreciaciones más matizadas (Gómez e Ibáñez, en Riquelme & Quijada, 2006).
6. Análisis consecuencial (técnica de la flecha descendente): Técnica utilizada para identificar creencias intermedias y creencias centrales. El terapeuta debe identificar un pensamiento automático clave, que podría relacionarse directamente con creencias disfuncionales. Posteriormente indaga junto al paciente en los significados subyacentes a este pensamiento. Continuará con esta actitud hasta encontrar creencias intermedias y realizará preguntas sucesivas acerca del significado de estas creencias, las que suelen dejar al descubierto una creencia central. Es por esto que adopta el nombre de “*flecha descendente*” pues la exploración va desde los pensamientos más “superficiales” o próximos a la conciencia, hasta llegar a aquellas creencias más implícitas y estables del sujeto.

Es importante que durante toda la indagación el terapeuta adopte una actitud empática, validando las reacciones emocionales que emergen durante el proceso. Algunas preguntas tipo que utilizará el terapeuta son: “¿Y qué pasa si eso es verdad?”, “¿Por qué sería tan malo?”, “¿Qué es lo peor que podría pasar?”, “¿Qué significa eso respecto de ti?” (Beck, 2000)
7. Análisis de ventajas-desventajas (toma de decisiones): Técnica que permite evaluar la conveniencia de mantener ciertos pensamientos y creencias, llevar a cabo ciertas conductas o bien, la aplicación de un plan para resolver un problema. Permite flexibilizar creencias, logrando desarrollar la capacidad de predicción sobre los efectos futuros de las conductas o planes de acción (Gómez e Ibáñez en Riquelme & Quijada,

2006). Cuando existen dificultades para tomar decisiones, el terapeuta le pide al paciente que confeccione una lista de las ventajas y desventajas asociadas a cada una de las soluciones posibles, ayudándolo a evaluar cada una de ellas y llegar a la conclusión de cuál opción es la más conveniente. Es importante que el ejercicio continúe hasta que el paciente tenga la percepción de que ha evaluado exhaustivamente los aspectos vinculados a cada opción, y además que el terapeuta refuerce esta conducta para que se generalice a otros ámbitos de la vida cotidiana (Beck, 2000).

8. Distracción y refocalización de la atención: Es una técnica útil para el control inmediato de síntomas como la ansiedad, la rumiación y el craving. El objetivo es que el paciente logre refocalizar la atención desde el foco que genera los síntomas hacia otro estímulo externo o bien hacia una tarea cognitiva (Gómez e Ibáñez, 2011). Incluso el estímulo al cual se refocaliza la atención puede ser una tarea que elicitó emociones placenteras, utilizando los principios del contracondicionamiento. Ej.: Tratamiento de fobias específicas, trastornos por control de impulsos y adicciones.

En general es mejor que el paciente realice una evaluación de los pensamientos automáticos que dan origen a los síntomas, y que pueda evaluarlos y modificarlos in situ. Sin embargo, es importante considerar esta técnica como una segunda opción cuando el paciente no logra ejercer un control sobre los procesos cognitivos. El terapeuta le ayudará tratando de averiguar cuáles han sido las estrategias que le han permitido reenfocarse en el pasado y a visualizar la aplicación futura de ésta u otras estrategias, ensayando incluso en la situación terapéutica (Beck, 2000).

9. Técnicas metacognitivas: Son técnicas dirigidas a la modificación de estrategias metacognitivas, o de procesamiento de la información que resultan disfuncionales o desadaptativas. Dentro de ellas se incluyen técnicas como la refocalización de la atención, postergación o abandono de episodios de preocupación, interrupción de la rumiación y

entrenamiento “conciencia plena” (mindfulness). (Gómez e Ibáñez, 2011).

10. Ensayo conductual: Se refiere al proceso de implementación de una conducta o plan de acción poco habitual en el paciente. El terapeuta guía el plan de acción repasando mediante imaginería o role playing, cada uno de los pasos a seguir, agregando posibles dificultades que puedan surgir en el ambiente o bien dificultades provenientes de los procesos cognitivos, conductuales y emocionales. El ensayo puede ser complementado con técnicas de autoinstrucciones y la generación de visualización de imágenes placenteras y motivadoras (Gómez e Ibáñez, en Riquelme & Quijada, 2006).

11. Experimentos conductuales: Consisten en diseñar situaciones para que el propio paciente ponga a prueba la validez de una determinada creencia. Estos experimentos se pueden realizar en la situación terapéutica misma o fuera de ella. El procedimiento habitualmente es el siguiente:

- a) El paciente expresa una predicción negativa y el terapeuta le propone evaluarla durante la sesión o inter sesiones.
- b) En conjunto decidirán cómo, cuándo y dónde se realizará la comprobación. En esta etapa el terapeuta debe sugerir posibles cambios y/o adaptaciones al experimento.
- c) Se deben utilizar otras técnicas cognitivas para abordar las consecuencias del experimento, diseñando respuestas de antemano o bien reevaluando las condiciones que emergen tras la realización del experimento (Beck, J., 2000).

Ej.: Convenir junto al paciente introvertido que se comporte deliberadamente de manera extrovertida en una situación particular y evalúe el impacto emocional y la validez de sus creencias; paciente que se considera “fome”, que contraste esta percepción preguntando a otras personas qué piensan acerca de su supuesta “fomedad”; paciente que cree que se desmayará en una crisis de pánico, incentivarlo a marearse junto al terapeuta, girando en una silla mientras hiperventila.

12. Entrenamiento en autoinstrucciones: El entrenamiento en autoinstrucciones es una técnica cognitiva diseñada por Meichenbaum en 1969. Su objetivo es modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea o situación. En general es útil cuando el individuo necesita adquirir una nueva habilidad o cuando se identifican distorsiones cognitivas que interfieren en el desempeño o dificultan el afrontamiento de una situación. De esta manera, el entrenamiento en autoinstrucciones no sólo implica instaurar reglas generales para guiar la conducta del individuo, sino que también eliminar, incrementar o adaptar sus verbalizaciones internas en función de los objetivos. Se ha utilizado con éxito en el TDAH, disminución de la impulsividad, dificultades de aprendizaje, FEs y otros trastornos de ansiedad.
13. Copyng cards o tarjetas de apoyo: Cuando un paciente no logra evaluar sus pensamientos automáticos perturbadores por sí mismo, puede utilizar una estrategia “gráfica” como una tarjeta de apoyo que diseña anticipadamente junto al terapeuta. Estas tarjetas de apoyo consisten en pequeñas fichas o papeles que el paciente tiene a mano, que contienen diversos contenidos que resumen conclusiones obtenidas en la psicoterapia. Se alienta a que las lea sistemáticamente y particularmente en situaciones donde emergen los síntomas. Es importante que las tarjetas estén disponibles en lugares visibles o bien sean portables (formato de bolsillo, notas en el teléfono celular, etc.). Algunos formatos posibles de estas tarjetas son: la descripción de pensamientos automáticos o creencias en el anverso de la tarjeta y la respuesta adaptativa a esas cogniciones en el reverso; algunas frases de afrontamiento frente a situaciones problemáticas específicas, secuencia de acciones para llevar a cabo una tarea, recursos disponibles para abordar un síntoma o situación problemática, etc. (Beck, J., 2000).
14. Tareas para el hogar: Las tareas para el hogar no son un elemento anexo, sino que constituyen una parte fundamental de la terapia cognitiva (Beck, 1983). Otorgan una experiencia “extra sesión” que permite poner en práctica herramientas conductuales y cognitivas,

maximizando los logros de la psicoterapia y otorgando al paciente una sensación de autosuficiencia. Varios investigadores han demostrado que los pacientes que asisten a terapia cognitiva y realizan tareas en el hogar tienen más resultados positivos que aquellos pacientes que no las realizan (Neimeyer & Feixas, 1990; Persons et al., 1988, en Beck, 2000). No existe una fórmula general de asignación de tareas, pues deben adaptarse al paciente en particular, siendo fijadas en conjunto y diseñándose de acuerdo a los contenidos de la sesión, los objetivos de la psicoterapia, la etapa en curso del tratamiento, etc. Algunos ejemplos de tareas son: programación de actividades, práctica de entrenamiento en relajación, ejercicios de exposición en vivo, registro de pensamientos automáticos, biblioterapia, el repaso de las sesiones anteriores, entre otras. Esta última tarea consiste en la lectura de los apuntes durante las sesiones o entre ellas (que incluyen pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas frecuentes, respuestas adaptativas frente a las cogniciones, las principales conclusiones obtenidas junto al terapeuta, etc.)

2.2. Técnicas Procedurales

El Modelo Constructivista Cognitivo ha integrado y reformulado los postulados de autores provenientes de otras vertientes teóricas (Guidano, 1987; Bowlby, 1989; Safran & Segal, 1994). De acuerdo a Leiva y Vásquez (2000), la ampliación del marco teórico de referencia incluye predominantemente variables interpersonales en el proceso de cambio psicoterapéutico, lo que define a la metateoría constructivista como un modelo interpersonal y cognitivo. Es interpersonal porque parte del supuesto fundamental de que los seres humanos son por naturaleza criaturas interpersonales, lo que tiene profundas implicaciones para el desarrollo humano, los problemas clínicos y la psicoterapia. Es cognitivo porque pone el acento en el modo como las personas construyen representaciones de su experiencia e incluso interpretaciones de esas representaciones, lo que complejiza el proceso de simbolización, que puede ser entendido como el objetivo final de la

psicoterapia. Este modelo propone dos técnicas procedurales diferentes y complementarias: La Exploración Experiencial y la Metacomunicación (Yáñez, 2005). Ambas técnicas permiten que el paciente reordene de manera gradual la experiencia desde sus patrones afectivos, logrando un autoconocimiento mayor y la aceptación, ampliación y flexibilización de su forma de sentir, explicar y actuar. De esta manera, el sujeto es capaz de auto-observar su tonalidad emotiva y reordenar sus experiencias, otorgándoles una coherencia que concuerde con un sentido de sí mismo único y continuo en el tiempo (Gaete & Vergara, 1999, en Mandakovic, 2005). Son técnicas que operan en un nivel simbólico y que movilizan condiciones abstractas en la terapia y transcurren como procesos metódicos de deconstrucción y reorganización de la experiencia del paciente, así como de las explicaciones que le otorga a ésta, basado en el sentido de Sí Mismo (identidad) (Yáñez, 2005).

Estas técnicas pretenden reorganizar aspectos estructurales profundos en el paciente y que incluyen además, en el caso de la metacomunicación, el análisis de la dinámica relacional que transcurre entre paciente y terapeuta, utilizando elementos transferenciales y contratransferenciales como recursos técnicos para facilitar el cambio.

A continuación se revisarán estas técnicas, que permiten que el paciente experimente su propio rol en la construcción de la realidad, lo que se denomina *descentramiento*. Aprenderá por tanto la habilidad de distanciarse de su experiencia inmediata observándose a sí mismo. De esta manera, empieza a ser consciente de la forma en que construye su realidad y al mismo tiempo adquiere una mayor apertura tanto emocional como cognitiva (Leiva & Vásquez, 2000)

2.2.1. **Metacomunicación**

La metacomunicación es una técnica que permite utilizar la interacción terapéutica con el fin de proporcionar al paciente retroalimentación sobre sus reacciones emocionales y las conductas que generan esas reacciones en los otros. De esta manera, se le ayuda al paciente a colocarse en una posición de

agente activo en las interacciones y no como víctima impotente atrapada en circunstancias que escapan a su comprensión.

Para llevar a cabo esta técnica, el terapeuta debe asumir la posición de *observador* (punto de vista objetivo, orientado hacia el paciente) *participante* (punto de vista subjetivo, orientado hacia sí mismo) Esta posición le permite observar la interacción en que participa con el paciente y al mismo tiempo sentir el influjo interpersonal de éste (Leiva & Vásquez, 2000).

En la medida que el paciente ejerce una fuerte influencia sobre el terapeuta, probablemente suscitará en éste una respuesta complementaria a su conducta. Las personas a menudo no se dan cuenta a qué están respondiendo cuando alguien les incita a actuar de un modo complementario. Del terapeuta entrenado se espera que posea la habilidad técnica de reconocer los *marcadores interpersonales* de su paciente, que pueden ser definidos como “acciones del paciente que parecen estar asociadas o vinculadas con los sentimientos y tendencias a la acción suscitados en el terapeuta. Estas acciones van desde conductas manifiestas hasta sutiles comunicaciones y posturas corporales paralingüísticas y no verbales”. (Safran & Segal, 1994, pp. 112). El proceso de metacomunicación comprende tres etapas (Leiva & Vásquez, 2000)

1. Etapa de Enganche

El terapeuta en esta etapa se siente impactado con la conducta del paciente. Esta conducta lo fuerza a responder en forma restringida. El terapeuta se ve impulsado a actuar confirmando y no cuestionado el ciclo cognitivo interpersonal del paciente.

2. Etapa de Desenganche

En esta etapa el terapeuta debe advertir, entender y tratar de catalogar lo que le suscita el paciente, para luego interrumpir las respuestas complementarias. La capacidad de tomar plena conciencia de los propios sentimientos y tendencias a la acción mientras se interactúa con el paciente, es por lo tanto un requisito previo para llevar a cabo con eficacia esta técnica. Mientras el

terapeuta no advierta lo que está sucediendo internamente, se encuentra atrapado en el interjuego relacional del paciente.

Cobra especial relevancia entonces, el conocimiento del terapeuta en torno a sí mismo, de sus propios esquemas cognitivos interpersonales, y de las emociones complementarias y tendencias a la acción elicidadas bajo diversas circunstancias.

Las respuestas emocionales tienen, en este sentido, marcadores fisiológicos que el terapeuta debe identificar en sí mismo, ya que pese a que las respuestas contratransferenciales serán diferentes, según el terapeuta involucrado, se mueven en rangos similares, que indican la existencia de un estilo relacional que resulta similar.

3. Etapa de Intervención

En esta etapa el terapeuta expresará directamente al paciente los fenómenos que transcurren en la interacción entre ambos, haciendo referencia explícita a la respuesta distintiva del terapeuta a determinadas conductas del paciente.

La manera en que se transmite esta retroalimentación tiene vital importancia: debería ser a modo de hipótesis, en lenguaje proposicional y bajo el contexto de una alianza terapéutica sólida, de forma tal que el paciente comprenda que el terapeuta está tratando honestamente de dilucidar sus propios sentimientos y transmitirlos de un modo que invite a seguir explorándolos.

Se pueden reconocer cuatro fases en esta etapa:

- a) *Fase de Despliegue*: En esta fase el terapeuta transmite sus propios sentimientos para ayudar a los pacientes a tomar conciencia del efecto que su propia conducta tiene sobre otras personas y, por lo tanto, del papel que les corresponde en la interacción.
- b) *Fase de Exploración*: el terapeuta transmite sus sentimientos a los pacientes para sondear la experiencia interna de éstos.
- c) *Fase de Aclaración*: El terapeuta identifica y señala los marcadores interpersonales de los pacientes para ayudarles a tomar conciencia del papel que tienen en la interacción.

d) *Fase de Interpretación*: El terapeuta utiliza el marcador interpersonal identificado como una coyuntura propicia para la exploración cognitiva/afectiva. En la práctica, puede ser que estas fases se den en forma simultánea, secuencial o aislada.

Una vez que el terapeuta ha iniciado el proceso de metacomunicación con el paciente, es importante que continúe manteniendo la actitud de un observador participante. El terapeuta debe aprender a desgancharse de la respuesta emocional que le produce el paciente para posibilitar el proceso terapéutico, de otra manera esta intervención puede estar al servicio de aliviar un estado interno incómodo en el terapeuta y constituirse por tanto como una respuesta de “acting-out”.

Durante todo el proceso de la metacomunicación, el acento está puesto en el aquí y ahora de la relación terapéutica: se trabaja en el eje sincrónico, lo que está ocurriendo en el momento. Esto se debe a dos razones: en primer lugar, el hecho de permitir a los pacientes poner a prueba sus creencias disfuncionales sobre las relaciones en la interacción con el terapeuta. En segundo lugar, ayudar a los pacientes a descubrir como contribuyen a la interacción mientras ésta tiene lugar. Ambos aspectos proporcionan un proceso de aprendizaje basado a la experiencia concreta, antes que un ejercicio intelectual abstracto. (Leiva & Vásquez, 2000)

2.2.2. **Técnica de la Exploración Experiencial o Técnica de la Moviola**

La técnica de la Exploración Experiencial o Moviola es un procedimiento que opera en un sentido opuesto a la actitud que tiene el paciente para mantener su coherencia sistémica. El paciente utiliza para mantener su sentido de continuidad personal lo que Guidano llamó procesos de autoengaño. Al contrario, para el terapeuta la tarea consiste en promover la atención selectiva a aspectos de la experiencia del paciente que él no está en condiciones de advertir (Zagmutt, 2004).

La Moviola en si es un procedimiento muy sencillo que consiste en detener la secuencia de escenas de un relato de una experiencia crítica en un momento

de una escena, en la cual podemos suponer hay un cambio emocional correlacionado con la perturbación que estudiamos. Es un procedimiento que recuerda la “reducción fenomenológica” de Husserl. Un momento en que se suspende todo juicio para estudiar cómo está constituida esa experiencia (Zagmutt, 2009).

La operación crucial es el trabajo de investigación personal en la interfase entre la experiencia inmediata en curso, momento a momento y el reordenamiento semántico que la sucede, una fracción de segundo después. Este método requiere del terapeuta la habilidad para distinguir entre la experiencia inmediata y la explicación cuando el paciente revisa una experiencia. El terapeuta debe ser capaz de simular la experiencia del otro, en otras palabras ponerse en su lugar, para ayudarlo a distinguir, en la reconstrucción, lo que es su experiencia inmediata y lo que es la explicación de la experiencia unitaria en curso (Zagmutt, 2004).

El procedimiento básico de la exploración experiencial se describirá a continuación (Leiva & Vásquez, 2000): Frente a un contenido que el paciente presente en la sesión y que le provoque perturbación, tanto cognitiva como emocional, el terapeuta le propone que puede ser trabajado en detalle. Si el paciente está de acuerdo en hacerlo, se pasa a la etapa siguiente en la que se le pide que enfoque una situación concreta que tenga que ver con el contenido perturbador. Una vez identificada se le indica que se sumerja en la situación evocada, revisándola escena por escena. Se le ayuda a reexperimentarla desde el comienzo, identificando en detalle el contexto, los personajes y el lugar de estos en las escenas. El análisis tiene que ser antes, durante y después del momento que los pacientes identifiquen como más destacado en la situación, tanto de cada escena como de la panorámica en general. A través de este proceso puede llegar a identificarse la escena prototípica.

Es importante que en cada momento el terapeuta lleve a un *análisis bifocal*, es decir, a que el paciente pueda identificar sus sentimientos con respecto a la situación vivida, y además se concentre en las interpretaciones y explicaciones racionales que reflejan su manera de significar este acontecimiento. Para esto debe centrarse principalmente en dos interrogantes: el “por qué” de esa experiencia y el “cómo” la persona vivió y sintió en ese momento, que

correspondería a la experiencia inmediata. En cuanto el paciente es capaz de ver la diferencia entre esos dos aspectos de su vivenciar, va siendo capaz de mirarse en primera persona en las situaciones, es decir desde un punto de vista subjetivo; y mirarse a si mismo desde afuera, o sea desde un punto de vista objetivo. Es lo que llamamos también a la capacidad de descentrarse, lo que implica ver el aporte de ellos mismos en las situaciones en que están involucrados.

Al continuar la exploración, los aspectos externos de la situación empiezan a converger en la experiencia interna del paciente, proporcionándole una nueva conciencia de la propia experiencia en ese momento. La experiencia se completa cuando el paciente reconoce espontáneamente que su conducta ante esta situación, la que le parecía confusa y problemática, era una respuesta directa a su propia interpretación selectiva de rasgos de la situación y a las emociones activadas por ésta. Esto produce un reconocimiento por parte de los pacientes de que la manera en que reaccionaron a una cierta situación, es un ejemplo de un modo de funcionamiento más generalizado.

La forma de conciencia antes mencionada lleva a una reestructuración de aspectos de sí mismo, las personas empiezan a tener un sentido de lo que quieren cambiar y de lo que ya han empezado a cambiar. Es importante que el terapeuta actúe como un guía del paciente en esa exploración de la situación, haciendo reflexiones siempre tentativas y tratando de no forzar el análisis hacia un cierto objetivo.

La técnica de Exploración Experiencial lleva a un descubrimiento de nuevos aspectos de si mismo que no estaban plenamente conscientes, y que están influyendo en la manera de reaccionar, percibir y sentir las situaciones. El efecto terapéutico básico de esta técnica no es la modificación de modos de pensar considerados erróneos, que es el objetivo de la teoría cognitiva racionalista basada en el concepto de que existe una forma real y correcta de percibir la realidad, y que las personas tienen que adaptarse a ésta, sino que la adquisición gradual por parte del paciente de mayor flexibilidad en la evaluación de su dinámica individual. Esto implica modificaciones de la manera de percibir y explicarse ciertos acontecimientos, además de la adquisición de un mayor repertorio de respuestas emocionales y conductuales, “*encontrando*

nuevos significados que representen mayormente la experiencia de sí mismo en el mundo” (Greenberg, 1996).

2.3. Intervenciones Psicoterapéuticas (Cormier & Cormier, 2000; Yáñez, 2005)

Las intervenciones psicoterapéuticas pueden ser definidas como “procedimientos que se despliegan dentro del discurso del terapeuta, que se expresan como actos de habla y pueden distinguirse jerárquicamente, teniendo en consideración el grado o nivel de involucramiento personal del terapeuta. Estas se caracterizan por ser contingentes al despliegue del paciente y por demandar un complejo nivel de competencias del terapeuta, cuyo objetivo es articular y rearticular el discurso del paciente, para darle sentido a sus contenidos... y para crear constantemente las condiciones necesarias para el cambio psicoterapéutico” (Yáñez, 2005 pp.187). Un elemento que promueve el despliegue de las intervenciones, tiende a ser la necesidad de desarticular las operaciones defensivas del paciente, para tener mayor acceso a los contenidos tácitos y promover la angustia necesaria que movilice el proceso de cambio. Requieren además de ciertas competencias por parte del terapeuta, como la mantención permanente de la atención en el paciente, en los contenidos desplegados por éste y una hipervigilancia hacia el estado actual de la relación terapéutica, para lograr la contingencia de la intervención y aumentar su probabilidad de éxito.

En el presente trabajo, y en concordancia con los planteamientos teóricos de Cormier & Cormier, se plantea que las intervenciones terapéuticas en la psicoterapia constructivista cognitiva, pueden ordenarse, no sólo de acuerdo al grado de involucramiento y participación del terapeuta, sino que también en función del nivel de perturbación que la intervención es capaz de generar en el paciente. Un primer grupo de intervenciones puede denominarse *intervenciones de escucha*, que implican operar desde una postura predominantemente afirmativa, poniendo énfasis en el punto de vista, el marco de referencia y la experiencia del paciente, influyendo indirectamente sobre él. Estas intervenciones promueven la reflexión, favoreciendo la simbolización de

la experiencia en curso y el restablecimiento de un equilibrio en el funcionamiento de las dimensiones operativas. Dentro de este grupo se encuentran *la escucha terapéutica, exploración, clarificación, reflejo locutivo e ilocutivo y señalamiento*. Un segundo grupo, denominado *intervenciones de acción*, está constituido por dispositivos cuyo despliegue implica una participación más activa por parte del terapeuta, y además generarán una influencia directa sobre el paciente. El terapeuta irá elaborando los contenidos y conductas desplegadas por el paciente, identificando sus regularidades y estableciendo relaciones novedosas entre los contenidos. Planteará además algunas hipótesis acerca del funcionamiento del sujeto, ayudándolo a establecer relaciones entre elementos explícitos e implícitos, lo que favorece la emergencia de nuevas perspectivas acerca de sí mismo. Por lo tanto, estas intervenciones, además de demandar al terapeuta el despliegue de mayores recursos personales y técnicos, generan en el paciente un mayor nivel de perturbación, pues apuntan a la reorganización del operar del sí mismo, y pueden contribuir con mayor facilidad al cambio profundo, mediante nuevas construcciones de significados más representativas de la propia experiencia. Dentro de estas intervenciones es posible mencionar *la metacomunicación, adlaterización, rotulación, confrontación, e interpretación*

1. *Intervención de Escucha Terapéutica*: De acuerdo a Cormier & Cormier (2000), esta intervención se constituye como el requisito previo para todo el resto de las intervenciones y técnicas de la terapia. La escucha se refiere al acto de prestar atención al despliegue del paciente en todos sus niveles de respuesta (conductual, emocional y cognitivo) y el terapeuta debe focalizar completamente su atención en el paciente y las características no sólo del discurso sino que también del lenguaje no verbal. En el ejercicio de la psicoterapia, aunque parezca simple, esta intervención requiere de un entrenamiento de la capacidad de prestar atención simultánea al paciente y a uno mismo como terapeuta, tanto en el nivel del impacto vivencial que gatillan los contenidos y el comportamiento del paciente; y por otra parte, en el proceso reflexivo en

torno a los contenidos desplegados, su estructura y la dinámica de la relación en curso.

Una de las dificultades relacionadas con esta intervención consiste en lograr un equilibrio en la “cantidad” de escucha. Cuando este es el único instrumento utilizado en la terapia, faltará dirección de las sesiones y habrá escasa efectividad. Por otra parte, si el terapeuta no escucha suficientemente, las sesiones podrían estar sobre estructuradas, en perjuicio del paciente.

2. Exploración: Es una intervención que se aboca a encauzar el relato del paciente hacia algún área o contenido no referido espontáneamente por éste. La exploración se puede centrar por ejemplo en la indagación de síntomas psicopatológicos o bien para abrir áreas o subáreas de funcionamiento (familiar, interpersonal, laboral, etc.), mediante preguntas generales. Se puede decir que la exploración es un tipo de escucha dirigida.
3. Aclaración (Clarificación): Esta intervención está orientada a precisar el uso de ciertas categorías conceptuales o bien las descripciones de situaciones relatadas por el paciente. Su utilización se recomienda especialmente cuando existen algunos elementos ambiguos o confusos. Son preguntas breves que no deben cambiar el curso del relato del paciente, sino más bien contribuir a la comprensión más detallada de la categoría o situación. Preguntas como ¿a qué se refiere con “liberarse de todo”? ¿qué sentía usted, cuando estaba cursando esas “crisis de pánico”?
4. Reflejo Locutivo (Paráfrasis): Consiste en la repetición de algunas palabras o contenidos del discurso del paciente, con el objetivo de establecer consensualidad en torno a un categoría conceptual entre el terapeuta y el paciente; y por otra parte instigar al paciente a la reflexión en torno a si la categoría empleada es concordante con su intención y experiencia. De esta manera se facilita el descentramiento acerca del uso de la categoría conceptual, que al ser escuchada desde el punto de vista externo puede facilitar el ajuste, redefinición o reafirmación de esta categoría. Por ejemplo el paciente dice “mi hermana es una

sinvergüenza”. El reflejo locutivo implica entonces que el terapeuta debe repetir la categoría conceptual (sinvergüenza), deteniéndose en esa palabra y apoyándose en el uso de los elementos no verbales del discurso.

5. Reflejo Ilocutivo: En este caso lo que se refleja es la intención de lo dicho por el paciente, poniendo énfasis en la categoría ilocutiva de un acto de habla. En la repetición, el terapeuta debe poner el énfasis suprasegmental sobre la acción del verbo. Ej.: “mi hermana es una sinvergüenza”. El reflejo sería “¿**Es** una sinvergüenza? De esta manera el paciente escucha desde fuera la idea que está promoviendo, en este caso de su hermana, y el cuestionamiento se basa en lo apropiado o no apropiado (en cuanto a si es representativa o no) de la categoría atribuida.
6. Señalamiento: Esta intervención opera sobre contenidos expresados por el paciente, los que han sido abordados de un modo insuficiente o bien excluidos del relato de manera defensiva, pero que sin embargo el terapeuta hipotetiza la existencia de estos contenidos, a un nivel implícito. De esta manera el terapeuta construirá una frase breve en torno a un contenido que tenga estas características y la frase debe ser respaldada con buenos recursos no verbales, particularmente utilizando pausas y silencios. Es muy importante además identificar el *timing* adecuado de la intervención, para que esta produzca el efecto deseado de manera oportuna. Ej.: Frente a un paciente que relata, de manera tangencial en su historia clínica el ser portador de una condición física de carácter crónico y discapacitante, el terapeuta podría preguntar “¿Y cómo ha sido para usted, vivir la vida con esta malformación congénita?”.
7. Metacomunicación: La metacomunicación como intervención, al igual que como técnica, se basa en el efecto interpersonal que el paciente produce con sus acciones, en el terapeuta. En el caso de la técnica, el punto de partida siempre será un marcador interpersonal del paciente, que impulsa a la detección de un esquema cognitivo interpersonal subyacente. Sin embargo, en el caso de la intervención, es sólo una expresión que revela un estado subjetivo del terapeuta, que es desencadenado por el relato del paciente y que “refuerza” la necesidad de exploración, aclaración,

profundización o revelación de ciertos contenidos. De esta manera la intención es generar material clínico más que movilizar una reorganización de la experiencia del paciente. Ej.: “Me preocupa esta intención de “desaparecer” que usted tiene...” o bien, “este último punto que usted plantea me genera bastante confusión...”

8. Adlaterización: Esta intervención es utilizada principalmente para abordar estilos defensivos rígidos, primitivos e incluso la excesiva racionalización de un contenido, que revela un operar rígido y concreto por parte del paciente en el ámbito de lo relatado. Consiste en “sumarse” al contenido declarado por el paciente, de un modo afirmativo, pero exagerando sus interpretaciones y los efectos de éstas, incluso podría utilizarse en algunos casos la caricaturización de ciertos contenidos. Si es bien utilizada puede ayudar a vencer las resistencias e incluso a fortalecer la alianza. Ej.: Frente a una paciente que expresa sistemáticamente en el curso de la terapia “yo no debería estar contándole estas cosas” una posible adlaterización podría ser “sí, quizás usted tiene razón, mejor no me cuente nada más...”
9. Rotulación: En esta intervención, el terapeuta utiliza o propone una categoría conceptual para definir alguna característica del paciente u otro significativo que esté incluido en su relato. El objetivo es sintetizar en esta categoría una serie de atributos, que implica una “condensación” de diversos elementos que han ido emergiendo en el curso de la terapia, para generar un sobreentendimiento entre terapeuta y paciente, y crear una “clave” que facilita los procesos de elaboración e integración en el paciente. Para que esta intervención se lleve a cabo, deben considerarse ciertas condiciones tales como: la inmediatez emocional, el uso de un lenguaje proposicional (en el ámbito verbal y no verbal) y se debe evidenciar claramente un efecto de sentido en el paciente. Ej.: ¿Podríamos decir entonces que tu jefe puede ser visto como un “tirano”?
10. Confrontación: “La confrontación es la respuesta verbal mediante la cual el terapeuta describe las posibles discrepancias, conflictos, y mensajes mixtos de los sentimientos, pensamientos o acciones del cliente” (Cormier & Cormier, 2000, pp.175). La confrontación cumple al menos dos

propósitos: uno de ellos consiste en ayudar al paciente a ser más consciente de las discrepancias o incongruencias entre los pensamientos, sentimientos y acciones. El segundo consiste en ayudar al paciente, a explorar otras posibilidades explicativas, generando una categoría conceptual alternativa, que da cuenta de un significado diferente al utilizado habitualmente por el paciente para referirse a sí mismo, a otra persona o a una situación, que busca la adopción de un punto de vista alternativo frente a ciertos contenidos. Esta intervención se utiliza por ejemplo, en explicaciones rígidas, muy sesgadas ideológicamente o “distorsionadas”, que se basan excesivamente en la especulación o fantasía, o en cualquier contenido o explicación actual o pasada, que interfiera en la configuración del sí mismo. Es muy importante que esta intervención se realice en el timing adecuado, con una alianza sólidamente establecida, y poniendo énfasis en el objetivo de la confrontación más que en el contenido, fomentando la generatividad. Ej. 1: T: “Durante las sesiones que hemos tenido, te has definido como una persona “segura” e “independiente”. Por otra parte hoy hemos hablado acerca de cómo tienes la necesidad permanente de preguntar a tu mamá antes de tomar decisiones... ¿Cómo podemos relacionar estas dos cosas? Ej. 2: P: “Mi hermana es una sinvergüenza”. T: “¿No será quizás que tu hermana está asustada y es por eso que no se ha acercado a ti?”

12. Bisociación: En esta intervención el terapeuta realiza una asociación de un contenido expresado por el paciente, con otro contenido que no está mencionado en el relato actual pero que ha aparecido en otro momento de la psicoterapia. De esta manera es una asociación novedosa, que genera un impacto emocional, habitualmente de sorpresa en el paciente, que indica que probablemente la intervención se ha llevado a cabo con éxito. Es importante que esta intervención se despliegue en el contexto de una alianza sólida y que se identifiquen contenidos significativos no unidos en el relato del paciente. La propuesta debe ser breve y realizada en un lenguaje proposicional. Ej.: Cuando tiene que exponer en clases y se siente ridículo... ¿Se siente exactamente de la misma manera que cuando su madre lo retaba en público...?

13. Interpretación: En esta intervención el terapeuta plantea una relación entre una hipótesis del funcionamiento general del paciente y un contenido contingente, pudiendo realizarse sobre el contenido desplegado por el paciente, sobre su interpretación e incluso sobre los fenómenos emergentes en la relación terapéutica. “Definimos la interpretación como una afirmación del terapeuta que asocia y establece relaciones causales entre varias conductas, ideas o sucesos del cliente o presenta una posible explicación de la conducta del cliente (incluyendo los sentimientos, pensamientos y acciones observables)...maneja también (la interpretación) la parte implícita del mensaje, la parte que el cliente no verbaliza explícita o directamente. (Cormier & Cormier, 2000, pps. 179-180).

Esta intervención es siempre una opinión del terapeuta y se aplica a aquellos contenidos saturados en el discurso y que están en estado de presimbolización. “Su función es facilitar la integración de contenidos que provienen de la dinámica de la ipseidad hacia los procesos de mismidad, de modo de elevar los niveles de generatividad interpersonal y complejidad sistémica” (Yáñez, 2005, pp. 164). De acuerdo a Cormier & Cormier (1994, en Yáñez, 2005) esta intervención tiene múltiples ventajas: contribuye a mejorar la alianza terapéutica, permite identificar relaciones entre los mensajes implícitos y explícitos del paciente, permite que el paciente evalúe su conducta desde una perspectiva diferente y genera un cambio de actitud frente a algunos problemas, por lo que favorece el cambio de conductas disfuncionales por conductas funcionales. Los autores proponen además un serie de fases y condiciones técnicas para implementar esta intervención (véase en Cormier & Cormier, 1994). Ej.: T: “¿Esta actitud de ser agresiva y descalificadora, no tendrá que ver con el temor a ser “desechada” por los otros, y por lo tanto, para evitar que esto ocurra, usted se comporta de esta manera para intentar tener el control sobre la situación?”

3. Capítulo III: La Psicoterapia desde otras perspectivas y su relación con el problema de la indicación.

3.1 Psicoterapia Individual de Orientación Psicodinámica

A continuación se delimitarán algunos elementos conceptuales básicos de un modelo psicoterapéutico que incluye un desarrollo evolutivo de sus fundamentos teóricos y que ha generado diferentes técnicas e intervenciones psicoterapéuticas, especificando criterios de indicación según las características individuales del paciente: *La Psicoterapia Psicodinámica*. Se propone este modelo como un punto de partida para generar una propuesta teórica de criterios de indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones en la Psicoterapia Constructivista Cognitiva.

De acuerdo a Gabbard (2002), la psicoterapia psicodinámica es una *forma de pensar*, no sólo acerca de los propios pacientes, sino que también acerca de la persona del terapeuta en el campo interpersonal de la psicoterapia. Se fundamenta en las bases conceptuales psicoanalíticas, de origen Freudiano y en los desarrollos posteriores de esta teoría, incluyendo la noción de *conflicto inconsciente, influencia de las relaciones tempranas en la configuración de la personalidad, transferencia y contratransferencia, déficit y distorsiones de estructuras intrapsíquicas y relaciones de objeto interno*. Además integra estos elementos con los hallazgos contemporáneos de las neurociencias. El psicoterapeuta psicodinámico utiliza una amplia gama de intervenciones psicoterapéuticas que dependen de una evaluación dinámica de las necesidades del paciente. La psicoterapia psicodinámica, en este sentido aporta un marco conceptual sobre el cual se prescriben los tratamientos. En este sentido, es fundamental que el terapeuta cuente con criterios de indicación y sepa cuándo debe evitar intervenciones orientadas al insight y la reestructuración psíquica y orientarse en la aplicación de intervenciones que no amenacen el equilibrio psíquico del paciente.

3.1.1. El continuo Expresivo-De Apoyo en Psicoterapia Psicodinámica

Históricamente, el insight y la comprensión fueron siempre considerados los objetivos últimos del psicoanálisis y de la psicoterapia derivada de los principios psicoanalíticos. En los últimos 40 años, sin embargo, ha habido una considerable aceptación de la noción de que la relación terapéutica en sí misma es curativa independientemente de su rol de proveer insight.

De acuerdo a Gabbard (2002) la psicoterapia que se realiza sobre los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis formal ha sido designada bajo diferentes nombres: *Psicoterapia Expresiva*, dinámica, orientada analíticamente, reveladora, entre otros. Esta forma de tratamiento, destinada a explorar e interpretar los mecanismos de defensa del paciente y los fenómenos transferenciales, está centrada en el logro de modificaciones estructurales y cambios profundos en el paciente, por lo tanto se orientará continuamente al logro de insight sobre los conflictos intrapsíquicos. En contraposición a esta modalidad, existe otro abordaje dinámico que ha sido visto tradicionalmente como opuesto, conocido como *Psicoterapia de Apoyo*, que está más orientada a suprimir el conflicto inconsciente y a reforzar las defensas del paciente, con el objetivo de recuperar un equilibrio psíquico, mantener la homeostasis y un sentido personal de estabilidad. Pese a que esta última modalidad había sido considerada históricamente como “inferior” a la psicoterapia expresiva, no hay datos contundentes para sostener esta suposición, ya que los cambios alcanzados por la psicoterapia expresiva no han probado de ninguna manera ser superiores o más duraderos que aquellos alcanzados por la psicoterapia de apoyo (Wallerstein, 1986, en Gabbard, 2002). Además ambas modalidades rara vez se presentan en forma “pura” en el tratamiento de un paciente particular.

El objetivo de la psicoterapia en el extremo de apoyo del continuo es primariamente el de ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes evitando el insight hacia los deseos y defensas inconscientes (Roskin, 1982, en Gabbard, 2002). El terapeuta busca que se fortalezcan las defensas, facilitando la capacidad adaptativa del paciente para manejar los factores estresantes de la vida cotidiana. A menudo el objetivo consiste en reintegrar al paciente a un

nivel de funcionamiento anterior al de la crisis. Más aún, dado que las técnicas de apoyo se utilizan con frecuencia para tratar a los pacientes con serias debilidades yoicas, la construcción del yo es un aspecto esencial de las psicoterapias de apoyo. Por ejemplo, el terapeuta puede servir como un yo auxiliar, ayudando a los pacientes a examinar la realidad de manera más acertada o a anticiparse a las consecuencias de sus acciones y, en consecuencia, mejorar su juicio.

Las técnicas psicoterapéuticas de apoyo, hasta hace pocos años, habían gozado de poco prestigio y en general eran poco conocidas y enseñadas. En un estudio de la Clínica Menninger (Gabbard, 2002) los resultados psicoterapéuticos obtenidos por las terapias analíticas expresivas (de insight) eran indistinguibles de los cambios producidos por las técnicas de apoyo. La diferencia radicaba en qué tipos de paciente y en qué momento del proceso se aplicaban las técnicas respectivas. Como conclusión de este estudio con 42 pacientes tratados en el Proyecto de Investigación de Psicoterapia de la Fundación Menninger, Wallerstein (1986, en Gabbard, 2002) determinó que todas las formas de psicoterapia contienen una mezcla de elementos expresivos y de apoyo y que los cambios alcanzados por los elementos de apoyo no son de ninguna manera inferiores a aquellos alcanzados por los elementos expresivos. Entonces, más que considerar a la psicoterapia expresiva y la psicoterapia de apoyo como dos modalidades distintas de tratamiento, debemos ver a la psicoterapia ubicándose en un continuo expresivo-de apoyo, y más cerca de la realidad de la práctica clínica y de la investigación empírica. Con algunos pacientes, en ciertos momentos de la terapia, ésta se inclinará más hacia los elementos expresivos, mientras que con otros pacientes, en otros momentos, ésta requerirá mayor atención en los elementos de apoyo.

Por otra parte, la calidad de la alianza terapéutica o de ayuda en la primera o segunda sesión pueden ser el mejor predictor de eventuales resultados, de acuerdo con la investigación empírica en el tema (Morgan y cols. 1982, en Gabbard, 2002). Sin embargo, esta variable es en gran medida afectada por la

naturaleza del encuentro paciente-terapeuta, que es casi imposible de cuantificar.

A pesar de estas advertencias, es posible sin embargo delinear las características del paciente que puede ayudar a los clínicos a decidir si está indicada a una orientación predominantemente expresiva o predominantemente de apoyo. *Las indicaciones para una modalidad altamente expresiva*, como el psicoanálisis, incluyen 1) una motivación fuerte para comprender acerca de uno mismo, 2) sufrimiento que interfiere con la vida a tal punto que se convierte en un incentivo para el paciente a resistir el rigor del tratamiento, 3) la habilidad no sólo de regresar y dejar el control de los sentimientos y los pensamientos sino también de recobrar el control rápidamente y reflexionar acerca de esa regresión o “regresión al servicio del yo” (Greensn, 1967, en Gabbard, 2002), 4) tolerancia a la frustración, 5) una capacidad para el insight o conciencia psicológica, 6) prueba intacta de la realidad, 7) relaciones de objeto duraderas y significativas, 8) un adecuado control de los impulsos, 9) habilidad para mantener un trabajo (Bachrach y Leaff, 1978, en Gabbard, 2002), 10) la capacidad para pensar en términos de metáfora y analogía, en donde un conjunto de circunstancias pueden ser aprehendidos como paralelos a otros, también es un buen augurio para el tratamiento expresivo. Finalmente, 11) las respuestas reflexivas a interpretaciones de prueba durante el período de evaluación pueden sugerir la aplicabilidad para una terapia expresiva.

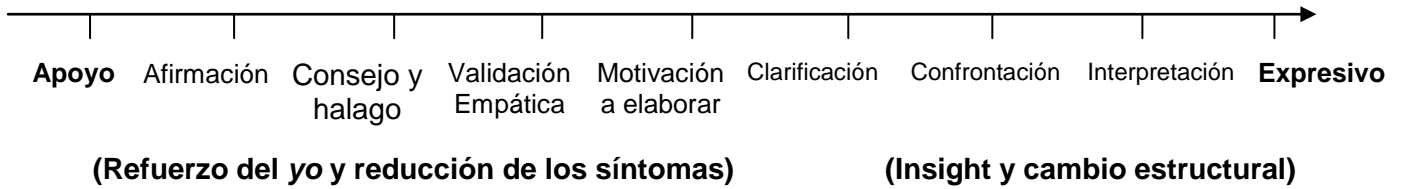
Dos indicaciones generales para la psicoterapia de apoyo son las debilidades del yo crónicas o la regresión y defectos o dificultades en una persona sana que está sobrellevando una crisis vital severa (Wallerstein, 1986; Werman, 1984, en Gabbard, 2002). Dentro de estas, pueden incluirse problemas como 1) La alteración en la prueba de realidad, 2) el pobre control de impulsos y la baja tolerancia a la ansiedad, 3) las disfunciones cognitivas de base orgánica y 4) la falta de conciencia psicológica, 5) los pacientes con trastornos graves de la personalidad, que son proclives a una gran cantidad de actuaciones, 6) deterioro significativo en las relaciones de objeto y una tenue habilidad para formar una alianza terapéutica, 7) los individuos que están en el medio de una crisis vital seria, no son buenos candidatos para los abordajes expresivos

debido a que su yo puede estar abrumado por el trauma reciente. Una vez transcurrida esta condición, después del proceso de apoyo, estos pacientes pueden a veces girar hacia una dirección expresiva. Aunque estas indicaciones son focalizadas en los dos extremos del continuo expresivo-de apoyo, la mayoría de los pacientes presentarán una mezcla de indicaciones, algunos señalando en la dirección expresiva y otros señalando hacia el extremo de apoyo. El terapeuta evaluará continuamente cómo y cuándo debe cumplir un rol de apoyo o expresivo a medida que el proceso avanza (Gabbard, 2002).

Desde esta visión se han definido criterios de indicación en base a las características del paciente y al estado evolutivo del proceso terapéutico (Gabbard, 2002), los cuales se resumen a continuación:

Indicaciones para el énfasis expresivo o de apoyo en la psicoterapia	
EXPRESIVO	APOYO
<ul style="list-style-type: none"> - Fuerte motivación a comprender - Sufrimiento significativo - Capacidad para regresar al servicio del yo - Tolerancia a la frustración - Capacidad de insight - Prueba intacta de realidad - Relaciones de objeto significativas - Buen control de impulsos - Habilidad para sublimar - Capacidad para establecer alianza terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Defectos significativos del yo de naturaleza crónica - Crisis vital severa - Baja tolerancia a la ansiedad - Pobre tolerancia a la frustración - Prueba de realidad pobre - Relaciones de objeto severamente perturbadas - Pobre control de impulsos - Tenue habilidad para establecer alianza terapéutica - Disfunción cognitiva de base orgánica o inteligencia baja

Intervenciones



De esta manera, desde la perspectiva psicodinámica se ha superado la dicotomía psicoterapia expresiva-de apoyo, y se han integrado ambas modalidades dentro de un continuo que puede denominarse expresivo-de apoyo o de apoyo-expresivo. De esta manera, el terapeuta psicodinámico efectivo avanzará flexiblemente y retrocederá a lo largo del continuo según las necesidades del paciente en un determinado momento del proceso psicoterapéutico. El concepto de *continuo expresivo –de apoyo* provee un marco de referencia para planificar los objetivos, las características y las indicaciones para la psicoterapia individual (Gabbard, 2002).

3.2. Investigación en Psicoterapia: El problema de la Efectividad

De acuerdo a Castro Solano (2001) existen 3 grandes momentos de la investigación en psicoterapia: El primero, surge en la década del 50 tras la polémica publicación de la investigación de Eysenck en 1952, que afirmaba que no había evidencia de que la psicoterapia fuera beneficiosa en comparación al no tratamiento, al menos en pacientes neuróticos, planteando que aproximadamente dos tercios de los pacientes, mejoraban incluso sin intervenciones psicoterapéuticas. Cabe destacar que estas afirmaciones generan una fuerte polémica al interior de la Psicología Clínica, pues se pone en riesgo su validez como práctica y se inicia un cúmulo de estudios en diferentes partes del mundo, que se centran en demostrar que la psicoterapia es superior al no tratamiento. De esta manera, emergen una serie de aproximaciones meta analíticas que se centran en estudios comparados y que dejan pocas dudas sobre su efectividad. Sin embargo, hay escasa diferenciación en torno a los distintos sistemas psicoterapéuticos y su efectividad. La pregunta es entonces ¿Qué tipo de intervenciones terapéuticas producen cuales efectos? Es así como surge el segundo período: Los diferentes enfoques y prácticas de las psicoterapias deberán entonces no sólo hacer frente a las complejidades conceptuales de los cuadros psicopatológicos y su expresión individual, sino también producir conocimiento con respecto a la capacidad de sus técnicas para disminuir en el mayor grado posible el malestar del paciente. El debate se centra en demostrar la “superioridad” de ciertas escuelas por sobre otras. En esta época comienza el auge de las psicoterapias conductuales por sobre las aproximaciones psicoanalíticas, pues las primeras demostraban una alta eficiencia sobre condiciones sintomatológicas específicas. Se trata de demostrar la utilidad de ciertos factores específicos en psicoterapia.

Paralelamente Rogers, en la década del 60 afirma que los ingredientes suficientes para el cambio terapéutico era la “empatía” y la “calidez” del terapeuta, lo que posteriormente dará origen a una línea paralela de investigación: *factores comunes o no específicos* de la psicoterapia, los que

probablemente permitían explicar parcialmente que todas las psicoterapias resultaban efectivas de alguna u otra manera (Bleutler, Machado & Neufeld, 1994, en Castro Solano, 2001). Estas investigaciones utilizan una metodología cuantitativa y cualitativa, incluyendo el autorreporte de pacientes, terapeutas y el criterio de jueces externos que identifican elementos significativos del proceso psicoterapéutico y sus componentes (paciente, terapeuta y la relación terapéutica), que promueven el cambio, independiente de la línea teórica de pertenencia (Krausse & Dagnino, 2006).

En la década de los 80 surge el tercer momento de la investigación en psicoterapia, denominados “ensayos clínicos” (*clinical trials*) que consisten en estudios con diseños muy rigurosos que se orientan desde el modelo médico, que aplican determinados tratamientos a pacientes con sintomatología muy específica. Con el objetivo de asegurar la validez de los tratamientos, se basan en la “manualización” de los mismos: Los terapeutas, representantes de una escuela teórica determinada, debían acreditar entrenamiento, en base a intervenciones que están descritas y operacionalizadas, ajustándose de la manera más rigurosa posible al protocolo de aplicación de la técnica.

Esta serie de estudios está íntimamente relacionados con los avances de la psiquiatría biológica, y el concepto de “*managed care*” (Barlow, 1996, en Castro Solano, 2001) que busca determinar la *eficiencia* de los tratamientos: es decir la relación entre su efectividad (capacidad para lograr una significativa remisión sintomática en un cuadro clínico particular) y el costo-beneficio de los tratamientos, lo que resulta muy relevante no sólo para favorecer la toma de decisiones en los consultantes a la hora de elegir un determinado esquema de tratamiento, sino que además orienta las acciones en los servicios de salud y en el diseño de políticas públicas.

A partir de los años 90 y con el desarrollo de las neurociencias y las técnicas de neuroimágenes funcionales, se consolida una nueva línea de investigación: Fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia, que adquiere especial relevancia, pues permite dilucidar los mecanismos que subyacen al cambio terapéutico, desde los cambios en la neurofisiología y la actividad cerebral,

estableciendo un “puente” entre la Psiquiatría y la Psicoterapia, fomentando el diálogo y el abordaje interdisciplinario.

Ahora, las ventajas y desventajas de cada una de estas líneas de investigación nos llevan a una serie de controversias vinculadas con sus aspectos metodológicos, como por ejemplo los instrumentos utilizados para medir el cambio psicoterapéutico, la conceptualización del mismo, la dificultad para abarcar las múltiples variables involucradas en el proceso terapéutico y la infinita combinación entre ellas. Todas estas controversias pueden ser sintetizadas en la dicotomía “ciencia versus arte”, discusión que extiende los límites y objetivos del presente trabajo. En este sentido, sólo se presentarán de manera sintética algunos hallazgos de las diferentes líneas de investigación en psicoterapia, que pueden fomentar una aproximación al problema de la indicación de las técnicas psicoterapéuticas en la psicoterapia constructivista cognitiva.

3.2.1. Algunas contribuciones de la investigación en Psicoterapia

Lambert y Bergin (1994), tras una amplia revisión de estudios meta analíticos, sintetizan los resultados de la investigación en psicoterapia en los siguientes puntos:

1. La Psicoterapia es efectiva y superior al no tratamiento: 80% de los pacientes reportan mejorías significativas v/s 30% de respuesta al placebo. No sólo acelera el proceso de mejoría, sino que genera nuevas estrategias de afrontamiento frente a los problemas. Incluso funcionan en diferentes formatos y tipos de pacientes.
2. En algunos cuadros psicopatológicos la psicoterapia puede ser más beneficiosa que la monoterapia farmacológica: Es el caso de las depresiones monopolares y algunos cuadros de ansiedad como el trastorno de pánico.
3. Los tratamientos prolongados son más efectivos (6 meses promedio) y previenen recurrencias y recaídas. Por tanto los autores enfatizan la

importancia de diseñar estrategias terapéuticas de largo plazo por sobre las intervenciones breves.

4. Todos los enfoques con sustentos teóricos y técnicos tienen buenos resultados, con algunas diferencias de efectividad de algunas escuelas por sobre otras.

Por otra parte Roth y Fonagy (1996), sintetizan hallazgos de metaanálisis determinando tratamientos psicoterapéuticos *empíricamente validados*. Según los autores para que un sistema de psicoterapia sea validado como tal, es necesario que los estudios hayan demostrado superioridad frente al no tratamiento u otro tratamiento, que los procedimientos aplicados en las investigaciones estén manualizados o protocolizados y que exista además una clara identificación del grupo al que se administra la psicoterapia. En esta revisión la terapia cognitivo-conductual muestra una amplia efectividad por sobre otras aproximaciones teóricas, y se considera un tratamiento empíricamente validado en diversas condiciones clínicas tales como fobias específicas, fobia social, trastorno de pánico con y sin agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, dependencia de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, disfunciones sexuales, enuresis y encopresis infantil, trastorno de conducta y oposicionista-desafiante, trastorno depresivo mayor e incluso en algunas formas clínicas y estadios evolutivos de trastornos psicóticos.

De acuerdo a estos autores, la psicoterapia de orientación psicodinámica, también sería efectiva en diversas condiciones clínicas, tales como los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad (en este caso con soporte empírico limitado) y también en los trastornos de la personalidad. Con respecto a este último punto, cabe destacar que la confrontación e interpretación como técnicas parecen ser útiles, de un modo “dosis dependiente”: es decir, en su justa medida, y en el timing adecuado, siendo efectivas en alrededor de un 70% de los pacientes. Por su parte Hoglend (2004) demuestra en varios estudios que, en pacientes con relaciones objetales más deterioradas, el uso de las interpretaciones transferenciales se correlaciona negativamente con los puntajes obtenidos en la alianza terapéutica y con los resultados de la psicoterapia, a los 6 meses de seguimiento. El autor sugiere que los pacientes

con peor funcionamiento, y especialmente con dificultades interpersonales severas, deben ser abordados en una modalidad “de apoyo-expresiva”, en el contexto de una relación sostenedora con el terapeuta, pues el explicitar patrones relacionales disfuncionales en el “aquí y ahora” y vincularlos con relaciones patogenéticas tempranas, es un acto que terapéutico que puede ser percibido de manera crítica y persecutoria por los pacientes con mayores dificultades intrapsíquicas.

Con respecto a las variables inespecíficas del paciente vinculadas al éxito del proceso terapéutico, podemos sintetizar los siguientes hallazgos (Krausse et. Al 2006, Horvarth, 2005, Wallerstein, 2000)

1. Aceptación de la existencia de un problema: El reconocimiento de los propios límites y de necesidad actual de ayuda para superar estas dificultades.
2. La percepción del terapeuta como un sujeto competente, que es capaz de brindar ayuda frente a su problema actual.
3. Capacidad de establecer compromiso con el tratamiento: Asistencia regular a las sesiones, cumplimiento de tareas intersesiones, etc.
4. Nivel Socioeconómico v/s otras variables sociodemográficas: Existe una correlación positiva entre un mayor nivel socioeconómico y la permanencia en el tratamiento, lo que aumenta la probabilidad de obtener buenos resultados.
5. Habilidades Cognitivas: Los pacientes con un funcionamiento psicológico elemental tienen dificultades para comprender las intervenciones basadas en la simbolización y abstracción, en las que su fundamenta la psicoterapia.
6. Capacidad de Insight: Pacientes que muestran pocas habilidades de auto-observación tienen menor respuesta a las intervenciones.
7. Mayor calidad de las relaciones objetales: Pacientes que tienen la capacidad de mantener vínculos estables en sus vidas muestran mejores resultados en la psicoterapia.

8. Psicopatología de menor severidad: Al parecer los padecimientos “neuróticos” se beneficiarían más de la psicoterapia en comparación con pacientes del espectro limítrofe o psicótico.

En cuanto a las variables inespecíficas del proceso terapéutico (Safran & Muran, 2000, Krausse et. Al 2006, Horvarth, 2005), destacan las siguientes:

1. Alianza y sus tres componentes: concepción compartida de la psicoterapia, objetivos comunes y sincronía emocional entre terapeuta y paciente.
2. Intervenciones percibidas como útiles por los pacientes: Preguntas, Confrontación, Interpretación, directrices conductuales. Autorrevelaciones e interpretación de la transferencia del terapeuta muestran resultados contradictorios y al parecer dependen del tipo de paciente, y además su uso debe ser restringido.
3. La progresiva asimetría en la relación: La percepción del paciente de ir adquiriendo una progresiva independencia de su terapeuta “internalizando” la función de éste.
4. La construcción de asociaciones entre el síntoma, su situación actual e historia personal.
5. La construcción de una nueva narrativa de sí mismo con inserción biográfica y que orienta a la acción futura.

3.3. Psicoterapia y Mecanismos de Cambio: Una Conceptualización desde la Clínica y las Neurociencias

El descubrimiento de la plasticidad neuronal fue uno de los mayores avances de la neurobiología en los años 50. Las redes sinápticas pueden ser modificadas mediante procesos de aprendizaje a lo largo de la vida, y a través de experiencias significativas. En este proceso cobra especial relevancia el rol del hipocampo, a través del mecanismo de *potenciación de largo plazo*, como una forma específica de plasticidad neuronal que influye en la memoria. (Liggan & Kay, 2000). De acuerdo a Kandel (1998) la mayor parte del aprendizaje se relaciona con cambios en la sensibilidad neuronal y es representado por los sistemas de memoria implícita y explícita, funciones cerebrales que se sustentan en estructuras neuronales diferenciadas. La *memoria explícita o declarativa* codifica experiencias para su posterior evocación y se sustenta en estructuras del lóbulo temporal, particularmente en el hipocampo y tiene algunas conexiones con estructura corticales. Por otra parte, la *memoria implícita* es una función filogenéticamente anterior y radica en los núcleos cerebrales más profundos en circuitos que incluyen a los ganglios basales, el cerebelo y la amígdala, entre otras estructuras y se relaciona con experiencias tempranas de apego y su información no está disponible al operar de los sistemas conscientes o explícitos. Es importante destacar que el sistema de memoria implícita posee patrones de interacción emocional y procedural que son activados de manera no consciente por algunas claves ambientales o situacionales sutiles (tales como gestos, posturas corporales, la prosodia o un “clima emocional” particular). Estos aspectos resultan muy relevantes no sólo en la constitución de la alianza terapéutica sino que también durante todo el proceso de psicoterapia.

En base a los avances de las neurociencias y la evidencia actual, los efectos de la psicoterapia en el cerebro han sido abordados desde las siguientes líneas de investigación (Fuchs 2004; Iragorri et al. 2009):

- 1- La psicoterapia como efecto “Up-Down”: Existirían mecanismos diferenciales subyacentes a los procesos de cambio, que establecen la

diferencia entre las intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas: los psicofármacos actuarían de un modo “*Down-Up*” en el cerebro, es decir, generando modificaciones en la neuroquímica y neuroplasticidad cerebral desde las estructuras subcorticales cerebrales, responsables de los procesos emocionales (SNA simpático y parasimpático, sistema límbico hipotalámico) hacia estructuras corticales (corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial). Por otra parte, la psicoterapia opera de un modo “*Up-Down*”, es decir mediante la captación de estímulos ambientales a través de las cortezas sensoriales y el procesamiento de estas experiencias principalmente en las estructuras prefrontales, que permiten una rearticulación simbólica de la experiencia dando origen a nuevas interpretaciones más flexibles y adaptativas, que favorecen la regulación emocional en las estructuras mesolímbicas y subcorticales.

- 2- La psicoterapia estimula los procesos de plasticidad neuronal y expresión génica: Si concebimos a la psicoterapia como un proceso de aprendizaje, es innegable asumir que dará origen a procesos de cambio, entendidos como procesos de neuroplasticidad, sinaptogénesis y neurogénesis (este último mecanismo principalmente a nivel de la corteza hipocámpica). Al mismo tiempo, hoy se sabe que tanto los genes, como el cerebro, son plásticos, es decir, son influidos por el ambiente y su comportamiento es modificado por él. Las experiencias ambientales generan respuestas en los genes que a su vez afectarán a todo el organismo. Kandel (1998) señala que la secuencia genética, vale decir su “estructura gruesa”, no se altera por las experiencias del entorno. Sin embargo, la capacidad particular de un gen de dirigir la fabricación de proteínas específicas (función transcripcional), responde a los factores del entorno, lo que puede tener implicancias neuroquímicas y de comportamiento.

- 3- La psicoterapia produce cambios en el metabolismo de la serotonina: El aumento de la captación de la serotonina tanto en estructuras corticales como subcorticales se asocia a la reducción sintomática de diversos trastornos mentales, principalmente en aquellos que se relacionan con la regulación de la ansiedad, el ánimo y el control de los impulsos. Las intervenciones psicoterapéuticas eficaces parecen modificar la actividad del sistema serotoninérgico, lo que contribuye a la regulación de estas dimensiones de la actividad mental.
- 4- La psicoterapia produce cambios a nivel de las tasas metabólicas neuronales y modificaciones a nivel neuroendocrino: Los procesos y eventos neurales se traducen en procesos y eventos en otros sistemas fisiológicos, como el sistema endocrino o el sistema inmune, lo que constituye una red psicosomática. Por ejemplo, es ampliamente conocido el rol que cumplen los eventos traumáticos en la activación crónica del eje hipófisis – hipotálamo – suprarrenal, con aumento de los niveles de cortisol plasmático, que tiene la capacidad de traspasar la barrera hematoencefálica y producir un efecto neurotóxico sobre ciertos grupos neuronales, especialmente en la corteza hipocámpica, que incluso ve reducido su volumen y densidad sináptica en algunos cuadros vinculados a este mecanismo fisiopatológico, tales como TEPT, TDM y TLP. En este sentido la implementación de una psicoterapia permite regular la actividad de este eje, disminuyendo la activación crónica y la neurotoxicidad asociada. En base a los hallazgos es posible mencionar que la psicoterapia ejerce un *rol neuroprotector* que no sólo evita el deterioro del SNC, sino que también favorece la plasticidad neuronal y los procesos de aprendizaje.
- 5- La psicoterapia como patrón de apego: El modelo de psicoterapia basado en la memoria surge a partir de la teoría del apego, que postula que las diferentes formas que adopta este patrón, tienen consecuencias de largo alcance en el neurodesarrollo del ser humano. El recién nacido tiene una capacidad de autorregulación afectiva que es mínima, y que se va incrementando a través de la exposición a experiencias de apego

adecuadas. Los déficits significativos en el patrón de apego facilitan el despliegue de repertorios neuroconductuales desorganizados que se caracterizan por una pobre capacidad de autorregulación. De esta manera, la psicoterapia puede ser concebida no sólo como una conversación entre dos sujetos donde transcurre un intercambio de ideas, sino que su correcta implementación permite la emergencia de una nueva relación de apego, que se traduce en un proceso que es capaz de reestructurar la memoria implícita y regular patrones neurobiológicos. En el proceso psicoterapéutico, no sólo existe un contacto verbal, visual y auditivo, sino que al parecer, el cerebro del terapeuta, tiene una acción sobre el cerebro del paciente y viceversa. La palabra del terapeuta al parecer ejerce una actividad que puede llegar a ser duradera en la “mente del paciente” y un generar un cambio en su cerebro. Pareciera ser que esta acción transcurre especialmente a nivel del hemisferio derecho que es el correlato neuroanatómico de los procesos no verbales de interacción y que desde el punto de vista ontogenético, consolida su desarrollo en los primeros años de vida, generando una “impronta” de patrones vinculares característicos y tonalidades emotivas recurrentes que tienden a mantenerse en el desarrollo evolutivo posterior (Shore, 2008). Existen innumerables demostraciones del efecto que genera la psicoterapia en el cerebro, incluso un procedimiento psicoterapéutico podría llegar a ser observado o controlado mediante las técnicas de neuroimágenes. (Retamal & Salinas, en Correa, Silva & Risco, 2006).

3.3.1. Tipos de Cambio en Psicoterapia: Contribuciones desde la Neurociencias

De acuerdo a Gabbard (en Riquelme & Thumala, 2005) actualmente las neurociencias cognitivas hacen la distinción entre sistemas implícitos y explícitos del operar psíquico y ambos son distintos en su funcionamiento y neuroanatomía, lo que podría sugerir dos metas centrales en las formas de tratamiento psicoterapéutico. Estas dos metas requieren diferentes tipos de intervenciones. Desde el punto de vista de lo informado por las neurociencias cognitivas, existiría una relativa dependencia funcional y neuroanatómica de

muchas de las expectativas implícitas y explícitas de las personas, lo que daría cuenta de la principal razón por la que el insight por sí solo puede fallar a la hora de articular un cambio terapéutico.

Otro punto relevante, se refiere a cómo se altera el funcionamiento de las redes de asociación en la psicoterapia y como esto se relaciona con el concepto de cambio estructural. Al parecer el cambio involucra los siguientes procesos:

1. Un primer modo sería el debilitamiento de los lazos entre redes neuronales que han sido activadas conjuntamente durante muchos años, reduciendo su nivel de activación crónica. Las representaciones no son “cosas” almacenadas en la memoria sino conexiones entre unidades mentales (ideas, sensaciones, huellas mnémicas, afectos, etc.), que se activan en forma conjunta. Así, un cambio asociativo significa debilitar las conexiones entre los procesos mentales que han sido conectados por asociación.
2. Un cambio estructural en las redes neurales de asociación implica crear nuevas conexiones, o bien el fortalecimiento de conexiones que eran previamente débiles.

Un tratamiento que apunta al cambio estructural no reemplaza completamente a las antiguas redes neurales (lo que es neurológicamente inviable), un cambio que se mantiene en el tiempo requiere de una desactivación relativa de conexiones previamente activadas y aumentar la activación de conexiones nuevas que resulten más adaptativas, para que de esta manera los pacientes puedan encontrar nuevas y mejores maneras de estar en el mundo.

Múltiples procesos mentales automáticos, así como buena parte del conocimiento procedural, se vuelven rutinas a nivel de los ganglios basales y los circuitos inhibitorios de la corteza prefrontal ventromedial. Por otra parte, las estrategias conscientes de la regulación del afecto (o estrategias de *coping*) como por ejemplo la auto-distracción, involucra las acciones ejecutivas, asociadas a la memoria de trabajo (memoria de hechos recientes, de predominio consciente) y que se encuentran bajo el control de los circuitos de la corteza prefrontal dorsolateral.

Las estrategias técnicas de la psicoterapia que podrían generar cambios en la regulación consciente e inconsciente del afecto, pueden ser a veces diferentes, pues se dirigen a cambiar estructuras que son distintas no sólo del punto de vista funcional, sino que son neuro-anatómicamente distintas. Lo mismo se podría afirmar para el cambio de los procesos conscientes de pensamiento, que pueden ser cualitativamente distintos de los procesos tácitos. Por lo tanto, junto con el cambio de las redes asociativas inconscientes, otros focos de la acción terapéutica se centran en los patrones conscientes de pensamiento, regulación del afecto y motivación.

Durante muchos años, hemos asumido que las intervenciones más importantes apuntan a los procesos psicológicos más profundos. Esta aseveración, hace sentido, al menos desde el punto de vista clínico. La experiencia clínica sugiere que cuando nos enfocamos en los aspectos conscientes (como por ejemplo en la terapia cognitiva de Beck), tienden a producirse cambios de corta duración, y el examen cuidadoso de las bases empíricas de dicho tratamiento respaldan esta mirada. (Westen & Morrison , 2001, en Riquelme & Thumala, 2005) La investigación reciente en neurociencia cognitiva nos orienta al respecto: los procesos implícitos son distintos fisiológica y neurológicamente de los explícitos, por lo tanto, tener como blanco sólo aquellos procesos que son conscientes es no abordar importantes y extensas zonas de la experiencia subjetiva y de nuestro cerebro.

La investigación experimental demuestra que cuando las personas no están pensando en sus motivaciones conscientes, se guían por motivos implícitos, pero que cuando se vuelven atentos a sus motivaciones, a las metas conscientes (que tienen variados correlatos y orígenes) tienden a regular sus actos (Mc Clelland, D.C.; Koestner, R.; Weinberger, J., 1989, en Riquelme & Thumala, 2005). Si bien hasta cierto punto pueden diferir los pensamientos, sentimientos, motivaciones y estrategias para la regulación de los procesos conscientes e inconscientes, resulta evidente que una aproximación terapéutica y la teoría comprensiva que la subyace, debiera dirigirse tanto a los procesos conscientes como inconscientes. Sin embargo, el nivel en que podemos y deberíamos centrarnos en cada uno de ellos durante la psicoterapia, es un

tema que requiere una reflexión e investigación. Los pensamientos conscientes pueden amplificar sentimientos, lo que a su vez puede guiar a las personas a realizar o evitar acciones que afecten significativamente su vida. Esto podemos observarlo frecuentemente en pacientes con dinámicas de auto derrota, cuyas actitudes conscientes e inconscientes hacia sí mismo, contribuyen a sus dificultades interpersonales. En general les señalamos a estos pacientes como se boicotean a sí mismos, anticipan las peores consecuencias, menosprecian sus habilidades, etc. Si bien al hacer esto es poco probable que cambien las redes inconscientes de asociación, se puede ayudar a los pacientes a detener las dinámicas de auto derrota, permitiéndole tomar mejores decisiones en su vida, lo que tendrá un impacto positivo en su experiencia subjetiva.

Un objetivo relevante entonces de la acción terapéutica, son los estados afectivos conscientes. El concentrarse en estos estados, implica el despliegue de estrategias terapéuticas para alterar la frecuencia e intensidad de sentimientos particulares, ayudando al paciente a reconocer y tolerar sentimientos contradictorios o que resultan incómodos. La mayor parte del tiempo, los pacientes consultan con el objetivo explícito de disminuir estados emocionales aversivos como la depresión y la ansiedad. Sin embargo, en otras ocasiones la meta terapéutica será más bien el aumentar y no disminuir la consciencia de una emoción particular, como por ejemplo el ayudar a una persona pasiva, no asertiva y dependiente a darse cuenta de su rabia, para poder tomar decisiones más adaptivas. En este sentido, un objetivo relevante de muchos tratamientos psicoterapéuticos es ayudar a los pacientes a reconocer y tolerar afectos como la ansiedad, para que puedan utilizarlos como una guía que oriente sus acciones. Desde una perspectiva evolucionista, la función de los afectos es guiar el pensamiento y la conducta para lograr una mejor adaptación. Por ejemplo en los pacientes obsesivos podemos ver una tendencia crónica a evitar estados afectivos, lo que disminuye la calidad de sus decisiones, sobre todo en la vida social, al igual que en los pacientes esquizoides. Bechara y Cols. (1994, en Riquelme y Thumala, 2005), describieron la dificultad que experimentan los pacientes con lesiones en la amígdala y la corteza prefrontal ventromedial, a la hora de tomar decisiones en

sus vidas, pues si bien su capacidad de pensar se encuentra intacta, su dificultad para imaginar y anticipar las consecuencias afectivas de sus acciones los perjudica. Algo similar ocurre en los psicópatas, donde la dificultad temprana en experimentar emociones básicas como el temor, incide en la configuración posterior de sentimientos más propiamente humanos y evolucionados, como la vergüenza y los sentimientos de culpa. Estos déficits afectivos inciden significativamente, de modo tal que son incapaces de tomar decisiones que protejan sus intereses o los de los otros.

Otra razón por la que la psicoterapia debe abordar también como foco los aspectos conscientes de la experiencia, es porque resulta importante analizar las estrategias conscientes que utilizan los pacientes para regular sus afectos, denominadas estrategias de *coping*. Aunque no siempre se abordan estos procesos de manera explícita, la modificación de las estrategias conscientes de afrontamiento proveen un mecanismo de cambio significativo. En algunas ocasiones, en pacientes con trastornos graves de la personalidad, quienes carecen de habilidades básicas para regular sus afectos, las estrategias conscientes de coping son fundamentales y blanco explícito de la acción terapéutica (Linehan, 1993). Las motivaciones conscientes que guían el comportamiento de una persona pueden ser desadaptativas y pueden orientar el comportamiento de tal manera que el sujeto perjudique su bienestar, por lo que deben constituirse en un objetivo del tratamiento, de la misma manera que las motivaciones inconscientes. Esto puede verse de manera evidente en el comportamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, cuyas motivaciones con frecuencia se traducen en conductas donde se perjudican a sí mismos o a los demás, a propósito de una merma en la función reflexiva.

3.3.2. La relación terapéutica como vía de cambio.

Si concebimos la psicoterapia como una instancia relacional, donde se constituye una nueva relación de apego, el experimentar una forma distinta de relación es un importante camino para el cambio terapéutico. Además, la relación puede contribuir al cambio a través de la internalización de una función, en la cual el paciente va desarrollando la capacidad de actuar como alguien externo, como por ejemplo cuando aprende a ser más tolerante consigo mismo mediante las repetidas experiencias de tolerancia que ha expresado el terapeuta. El proceso de cambio parte por formar una representación mental del terapeuta, que el paciente usa conscientemente cuando se encuentra perturbado emocionalmente, para luego, de manera gradual, utilizarla de manera automática e inconsciente. El cómo los pacientes internalizan los comportamientos del terapeuta y generan memoria procedural que puede ser activada de manera consciente y posteriormente inconsciente, es un ámbito que debe ser reflexionado e investigado (Gabbard, en Riquelme y Thumala, 2005)

Otra forma en que la relación puede ser terapéutica es cuando el paciente internaliza algunas actitudes afectivas del terapeuta. Esto puede ocurrir mediante comentarios explícitos del terapeuta así como también de los aspectos ilocutivos y suprasegmentalidad (gestos, entonación, etc.) y otras formas de comunicación que pueden ser registradas de manera implícita y explícita. Ejemplo: paciente que previamente se avergonzaba por sus obsesiones y compulsiones, sin embargo se encuentra con una actitud de neutralidad y aceptación por parte del terapeuta, lo que puede facilitar que el paciente desarrolle una actitud de aceptación frente a este aspecto de sí mismo.

Además existe otra manera en la que la relación puede ser un instrumento de cambio, mediante la internalización de estrategias conscientes de autoregulación, transformándose gradualmente en su propio terapeuta. Por ejemplo, un paciente con problemas de control de impulsos que plantea “el otro día cuando estaba enrabiado, me acordé de usted...”

Otra forma es mediante el trabajo con aspectos transferenciales y contratransferenciales. De esta manera las características del terapeuta o de la situación terapéutica pueden activar experiencias nucleares que pueden ser reelaboradas. Las tendencias a la acción elicitadas en el terapeuta muchas veces pueden ser un punto de partida para la comprensión y el cambio terapéutico. Es en este punto donde cobra relevancia en psicoterapia constructivista cognitiva, la implementación de la técnica procedural de metacomunicación, pues a través de una experiencia emocional en curso, se pueden hacer conscientes algunos patrones de relación implícitos, que no habían sido simbolizados, generando nuevos esquemas cognitivos interpersonales más “inclusivos” que permiten ampliar el espectro de representaciones del sí mismo, y por tanto fomentar el cambio de los patrones relacionales implícitos que se sustentan en la memoria procedural. Este es un claro ejemplo de un cambio que opera desde los niveles tácitos hacia el nivel explícito de la experiencia.

4. Capítulo IV: HACIA UN MODELO DE INDICACIÓN DE LAS TÉCNICAS OPERATIVAS, PROCEDURALES E INTERVENCIONES CLÍNICAS EN LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA

A continuación se delimitarán las bases de una propuesta teórica que pretende orientar la indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones clínicas en la psicoterapia constructivista cognitiva en base a los antecedentes teóricos planteados y otras consideraciones anexas.

En primer lugar, se hace necesario sistematizar los aportes de la metateoría constructivista cognitiva al ejercicio de la psicoterapia, pues estos aportes favorecen la aplicación de un modelo clínico que evoluciona hacia mayores niveles de integración, sin hacer renegación de los momentos teóricos precedentes, sino que más bien favorece su inclusión en un corpus teórico de mayor complejidad.

4.1. Contribuciones de la Metateoría Constructivista Cognitiva a la Teoría Clínica y Psicoterapia

Al plantear una modificación epistemológica en el sustento teórico que subyace al modelo, mientras existe una metateoría que establece una continuidad entre diferentes momentos evolutivos del modelo cognitivo, es posible establecer la presencia de un cuerpo teórico unificado, que incluye los estadios precedentes no sólo desde el punto de vista de los fundamentos epistemológicos y paradigmáticos, sino que se constituye una teoría clínica que incluye una nueva visión de la psicoterapia, su implementación y los recursos técnicos que pueden ser utilizados. Al respecto, es posible enumerar algunas contribuciones.

1. Inclusión de una nosología comprensiva, más allá de la nosología descriptiva: si bien la teoría cognitiva establece una continuidad entre la nosología descriptiva y los mecanismos generadores y mantenedores de los síntomas en base a una teoría del funcionamiento psicológico y de la personalidad, la metateoría constructivista cognitiva establece la distinción

entre los 2 niveles del funcionamiento (implícito y explícito) que operan de manera paralela y aportan a la conceptualización de 2 niveles de cambio, en concordancia con los postulados de las neurociencias modernas. Esto se traduce no sólo en una ampliación de la teoría de la personalidad subyacente, sino que es el punto de partida para redefinir la psicoterapia y sus procedimientos técnicos. Al mismo tiempo esta nosología favorece una concepción dinámica de la psicopatología, conceptualizando los trastornos mentales desde un modo particular de operar del sistema en un momento determinado del tiempo, lo que nos aleja de una visión ontológica de la psicopatología, en concordancia con los postulados teóricos recientes de esta disciplina.

2. Definición de un encuadre psicoterapéutico: Este es un aporte muy relevante a la teoría clínica, pues en los momentos precedentes de la evolución del modelo cognitivo existe una delimitación del encuadre, congruente con los fundamentos epistemológicos y paradigmáticos. Por ejemplo, en el momento conductual se hace alusión a un terapeuta que resguarda las condiciones técnicas para el cambio, sin involucrarse como “sujeto terapéutico”. En el momento cognitivo se incluyen algunos postulados que hacen alusión al empirismo colaborativo y las características personales del terapeuta tales como la autenticidad, empatía, probablemente desde la influencia de la Psicología Humanista. En el caso de la terapia cognitiva interpersonal, el terapeuta pasa a ser un sujeto portador de reacciones emocionales, que deben ser utilizadas en la comprensión de los ciclos cognitivos interpersonales disfuncionales del paciente, perdiendo el rol de “observador externo del proceso”, en beneficio del paciente.

Desde el modelo constructivista cognitivo emerge una nueva conceptualización del encuadre, que hace la distinción entre sus aspectos explícitos e implícitos, poniendo énfasis en el rol protagónico que adquiere en el proceso de cambio, más allá de las variables específicas de la psicoterapia, sino más bien como un factor inespecífico del proceso: El aportar las condiciones óptimas para que se lleve a cabo un encuentro

entre paciente y terapeuta, que promueve la delimitación de condiciones relacionales estables. En este sentido cobra relevancia la pretensión de *Neutralidad, Abstinencia y Receptividad*, como elementos técnicos que pretenden estandarizar las condiciones contextuales en las que transcurre la psicoterapia, aportando un marco que regula y favorece el despliegue de la subjetividad del paciente, como foco de la terapia. De esta manera, disminuye la probabilidad que los contenidos emergentes de la sesión sean producto de la vida mental del terapeuta, “estandarizando” las condiciones contextuales y permitiendo la emergencia de un terreno fértil para el análisis de los contenidos y procesos relacionales que emergen en la sesión, en beneficio del paciente. Además, y en concordancia con los postulados de las neurociencias, la estabilidad de las condiciones contextuales y relacionales, promueve la emergencia de una relación de apego donde se favorece un proceso de aprendizaje emocionalmente significativo, que favorece el cambio, y permite reparar la influencia de patrones vinculares precedentes que fomentaron la disregulación emocional en sujetos portadores de síntomas psicopatológicos. La delimitación de un encuadre, con la operacionalización de sus constructos es un aporte en términos de las “variables inespecíficas” de la psicoterapia que son responsables del cambio psicoterapéutico en un porcentaje significativo, de acuerdo a la evidencia de la investigación en psicoterapia.

4. Abordaje de las reacciones emocionales del paciente y terapeuta en la psicoterapia: El terapeuta pierde su rol privilegiado de representante de la realidad y pasa a ser un “sujeto terapéutico” portador de emociones que deben ser identificadas, analizadas e interpretadas en función del emergente interpersonal que despliega el paciente, incorporando a sus emociones como una fuente de información que permite tener acceso a los conflictos del paciente, utilizando esta información en su beneficio, evitando contraactuar frente a los patrones emocionales y conductuales desplegados por él. Este aspecto implica un desafío anexo para el terapeuta, pues debe aumentar los niveles de autoconocimiento, para no “contaminar” el proceso con sus propios contenidos. La supervisión en

psicoterapia entonces, va a adquirir un rol protagónico más allá de la revisión de los elementos técnicos desplegados en sesión, sino que además debe focalizarse en la persona del terapeuta.

5. Interés por los aspectos tácitos o “inconscientes” de la experiencia humana: Si bien la teoría cognitiva clásica e interpersonal declaran la existencia de estos aspectos del funcionamiento mental, establecen límites difusos entre los elementos conscientes e inconscientes de la experiencia (Ej: los esquemas cognitivos tienen un predominio consciente o inconsciente dependiendo de la accesibilidad de los esquemas en un momento determinado). Este aspecto se declara de manera explícita con la inclusión de una epistemología constructivista, haciendo alusión a la interrelación entre ambos niveles de la experiencia humana y su relación recíproca, desde una mirada ontogenética y filogenética, que es concordante también con los fundamentos neurobiológicos y evolutivos, pues ambos modos de conocimiento son paralelos y transcurren en una dialéctica que se retroalimenta de manera permanente. Esta conceptualización es el punto de partida para entender las emociones desde una perspectiva más amplia en comparación con los momentos precedentes y al mismo tiempo, generará cambios en la implementación de la psicoterapia.
6. Inclusión de nuevas técnicas psicoterapéuticas e Intervenciones Clínicas: En concordancia con la nueva concepción epistemológica y con el postulado de la existencia de dos niveles paralelos de la experiencia, emergen nuevas derivaciones técnicas: la exploración *experiencial* y la *metacomunicación*, que son técnicas que permiten al terapeuta focalizarse en la interfaz entre la experiencia inmediata y el nivel explícito del discurso del paciente, fomentando la disminución de la discrepancia entre ambos niveles. Además estas técnicas permiten la focalización del accionar terapéutico principalmente en elementos tácitos de la experiencia, y en el caso de la metacomunicación, en elementos paraverbales y suprasegmentales del lenguaje. Esta aproximación es novedosa pues la psicoterapia cognitiva tradicional pone el foco en la conducta verbal explícita y en los contenidos subyacentes. Desde este punto de vista, el

terapeuta constructivista cognitivo comenzará a tener como blanco de la acción terapéutica no sólo la memoria declarativa, sino que también la memoria procedural del paciente. Este aspecto es muy relevante, pues como se mencionó anteriormente, probablemente existe una acción diferencial de estas técnicas en el sistema nervioso central, pues ambos sistemas de memoria (declarativa y procedural) se vinculan con estructuras neuroanatómicamente distintas.

4.2. Criterios para orientar la Indicación en Psicoterapia Constructivista Cognitiva.

Como se ha planteado en el marco teórico, desde la teoría psicodinámica existe cierto consenso en torno a que el énfasis de las técnicas psicoterapéuticas implementadas en un proceso individual deben ser realizado en base a ciertos criterios de indicación, que se definen principalmente en base a las variables del paciente. Además, los criterios expuestos no se plantean desde una visión categorial, sino más bien desde un abordaje dimensional, que mantiene a lo largo del continuo un sustento teórico coherente que genera una comprensión del proceso en términos de todos los elementos teóricos disponibles, desde los más rudimentarios, hasta los más avanzados y complejos, desde un marco evolutivo de la teoría psicodinámica, manteniendo además los fundamentos epistemológicos subyacentes. La pregunta que surge desde esta observación es: *¿Es posible plantear un continuo en la Psicoterapia Constructivista Cognitiva que oriente los objetivos terapéuticos, la elección de las intervenciones y técnicas, manteniendo la coherencia epistemológica? De ser así ¿En base a qué elementos teóricos se definen dichos criterios?*

“La metateoría tiene que ver con los aspectos aplicados de la práctica clínica, permitiendo que el uso de las técnicas y metodologías psicoterapéuticas se flexibilice y adecue de acuerdo a las necesidades particulares de cada paciente y su sintomatología. Esto se aprecia con claridad cuando se hace uso de las técnicas operativas, las que se caracterizan por exhibir una metodología y estructuración rigurosas en las indicaciones y procedimientos para su uso, pero que al momento de

aplicarlas, requieren de los ajustes y modulaciones necesarios para un caso particular, de modo que favorezcan las condiciones de cambio personalizado. La sabiduría con que el terapeuta se ajuste a las demandas particulares de cada sujeto, proviene en parte del conocimiento que éste tiene del paciente y sus circunstancias, y en otra parte, de los dispositivos metateóricos con que cuenta, que le facilitan una perspectiva comprensiva global, considerando los múltiples aspectos en su análisis del caso. Esta mirada global, que es una opción técnicamente orientada del terapeuta, le permite el ir y venir del relato a la interpretación, proviene precisamente del marco conceptual, en este caso cognitivo, que provee la metateoría....” (Yáñez, 2005, pp. 89-90)

A continuación, se proponen algunas sugerencias de criterios de indicación, para posteriormente plantear un *continuo operativo-procedural* desde un marco teórico constructivista cognitivo.

4.2.1. Condiciones clínicas generales: Nosología Descriptiva

La investigación en psicoterapia nos proporciona ciertos lineamientos en torno a los modelos teóricos-psicoterapéuticos que han demostrado efectividad y eficiencia, así como también de prácticas que pueden resultar iatrogénicas en ciertas poblaciones clínicas (Dörr-Zegers, 1995, Cía, 2000, Gabbard, 2002, Caballo, 2002).

Por una parte, existe toda una línea de investigación en psicoterapia vinculada a la efectividad y eficacia de modelos psicoterapéuticos particulares en condiciones clínicas específicas (Castro Solano, 2001). Esta línea ha sido ampliamente criticada en diferentes dimensiones y probablemente con fundamentos: la gran heterogeneidad propuesta por las nosologías descriptivas más utilizadas, particularmente los sistemas DSM, que al ser sistemas de diagnóstico predominantemente categoriales y politéticos, no discriminan características idiosincráticas del sujeto que padece la sintomatología, sino más bien aporta una tipificación de carácter general a sujetos que presentan denominadores comunes en las características de su sufrimiento (con mucha

variabilidad intersujetos). Por otra parte, las metodologías empleadas para medir efectividad y eficacia son de predominio cuantitativas y registran cambios objetivables en la conducta. Este último aspecto no es por sí mismo incorrecto, pues aporta una dimensión objetiva del problema, pero si es insuficiente en la medida que distancia el foco de los procesos subjetivos inherentes al cambio.

A pesar de estas debilidades, en este trabajo se pretende rescatar el aporte de la conceptualización psicopatológica del paciente pues constituye un punto de partida para aproximarnos a una descripción del fenómeno observado y no incurrir en interpretaciones prematuras del operar de la vida mental de nuestros pacientes. Una aguda descripción psicopatológica nos permitirá captar el fenómeno tal cual como se nos presenta, poniendo entre paréntesis nuestras preconcepciones y prejuicios (Husserl, en Jaspers, 1977). Esta orientación descriptiva nos permitirá realizar distinciones generales, en una nomenclatura común que favorece una conceptualización preliminar y la consecuente toma de decisiones. Al mismo tiempo la taxonomía descriptiva, nos permite, desde una perspectiva nomotética iniciar una comprensión del paciente a partir de los denominadores comunes y las dinámicas de la experiencia subjetiva que se vuelven compartidas. Para ello será fundamental concebir la psicopatología desde una perspectiva dimensional, estableciendo una continuidad entre la fenomenología de la experiencia normal y patológica. Es así como algunos autores (Shapiro, 1988; Millon, 1998; Swanson, 1974; Guidano, 1986) han establecido minuciosas descripciones de organizaciones de personalidad con sus modos particulares de vivenciar la experiencia en un continuo que transita desde la vida psíquica normal hasta las manifestaciones psicopatológicas más severas. La identificación de estos “estilos” nos permite orientar la indagación y escucha terapéutica y la construcción de hipótesis en torno al funcionamiento mental de nuestros pacientes, facilitando la comprensión de sus experiencias subjetivas, lo que ha de traducirse en el inicio de la construcción de una alianza terapéutica, cuando emerge en el paciente una primera sensación de ser comprendido por otro. Es importante subrayar el rol de la nosología descriptiva como un “tamizaje” de la experiencia del otro, que de ninguna manera logra

captar su amplia y compleja idiosincrasia. De esta manera cuando se diagnostica un paciente desde la nosología descriptiva, se está haciendo alusión a una denominación que incluye un conjunto de signos y síntomas que se dan en una relación de contigüidad y que generan una dinámica propia, que se retroalimenta a sí misma y que es susceptible de ser “interrumpida”, mediante el uso de técnicas psicoterapéuticas, orientando el foco de la acción terapéutica y permitiendo al mismo tiempo establecer algunas consideraciones de curso y pronóstico que resultan de utilidad. Por ejemplo al realizar un diagnóstico de trastorno de pánico, podemos dar inicio a una exploración clínica que se orienta a la identificación de claves interoceptivas y contextuales que pueden desencadenar el conocido mecanismo del “miedo al miedo” e intervenir sobre los procesos afectivos, cognitivos y conductuales que retroalimentan este mecanismo (un estilo cognitivo autoscópico, pensamientos catastróficos y otras distorsiones cognitivas, conductas de evitación y reaseguramiento, etc.). Al mismo tiempo, podemos hacer consideraciones pronósticas, y transmitirle al paciente una idea favorable entorno al comportamiento de este trastorno a lo largo del tiempo y una respuesta favorable a la psicoterapia. Esto nos permite un primer nivel de intervención orientado a la reducción sintomática, sin embargo no limita la exploración de elementos profundos, sino que más bien fortalece la alianza terapéutica y se constituye como punto de partida para fomentar los procesos de cambio profundo.

En otros casos, como por ejemplo en los trastornos de personalidad del cluster A existe consenso en cuanto a que estos pacientes no se ven beneficiados de técnicas que favorezcan el insight, como estrategia fundamental, pues la experiencia reflexiva en torno a sí mismo, genera montos de angustia que favorecen la desestructuración. De acuerdo a Dörr-Zegers (1995), es precisamente la experiencia hiperreflexiva la que favorece el surgimiento de una episodios psicóticos, el “análisis de los componentes esenciales de la experiencia”. De esta manera, técnicas como la exploración experiencial, podrían promover las angustias psicóticas de desestructuración, por lo que

podría estar contraindicada; y por el contrario, técnicas operativas podrían promover la reestructuración y una mejor adaptación a la vida cotidiana

Por otra parte, la relación íntima es un problema des-estructurante: “la relación humana, para estos pacientes, está cargada de terror. Las intensas ansiedades que implica el contacto con los otros se expresa en preocupaciones acerca de la integridad de los propios límites del yo y el temor de fusión con los otros, que representa un tema continuo que por lo general se resuelve con el aislamiento...” (Gabbard, 2002, p. 189). El análisis de los emergentes interpersonales de la relación terapéutica, mediante la metacomunicación también podría ser un elemento técnico que favorezca la desestructuración.

Sin embargo existen diagnósticos descriptivos que pueden favorecer la indicación de técnicas procedurales intervenciones de acción: Por ejemplo, las estructuras obsesivas poco se benefician de un énfasis en las intervenciones de escucha; incluso este tipo de intervenciones pueden obstruir el proceso de cambio. La experiencia clínica nos muestra ampliamente como éstos pacientes despliegan interminables relatos, cargados de detalles situacionales irrelevantes que protegen de la experiencia emocional. En este sentido, el uso de la exploración experiencial podría encausar el análisis hacia aquellos elementos emocionales “excluidos” y facilitar la convergencia entre estos elementos y las interpretaciones racionales, incluyendo nuevos elementos previamente desconocidos por el paciente. Las intervenciones de acción como la bisociación, confrontación e interpretación podrían establecer relaciones novedosas entre elementos implícitos de la experiencia, fomentando una nueva manera de experimentarse a sí mismo. La metacomunicación podría ser muy útil al develar el impacto emocional que las conductas detallistas, controladoras y obstinadas generan en los otros, promoviendo un aprendizaje experiencial que trasciende a la racionalización. El centrarse excesivamente en las operaciones racionales conscientes, a través de técnicas cognitivas podría dificultar el avance en el proceso, a través de largas discusiones en torno a los fundamentos de sus creencias.

Estas mismas consideraciones se deben tener en cuenta en otras condiciones clínicas como algunos trastornos de la personalidad como los evitadores,

dependientes, trastornos límite, histriónico; trastornos de la conducta alimentaria (en algunos estadios de su evolución) o en múltiples motivos de consulta que no responden necesariamente a un diagnóstico psicopatológico y que su motivación principal es a “comprender” el estado actual como producto de un devenir. Probablemente un análisis y modificación conductual o una aproximación cognitiva tradicional permite dar sólo respuestas parciales o de escasa utilidad, frente a la complejidad inherente a los inagotables motivos de consulta de nuestros pacientes, donde la aproximación monotética es estrecha y debemos apelar a las múltiples consideraciones ideográficas del “caso a caso”

Se plantea entonces que el problema de la indicación no se resuelve sólo mediante consideraciones nosológicas descriptivas, sino que estas pueden orientar el tipo de intervención requerida por un paciente determinado en un momento dado. Las intervenciones de escucha y las técnicas operativas adquieren relevancia principalmente en algunos cuadros clínicos donde la sintomatología aguda es una obstrucción para la emergencia de la subjetividad, y por tanto requiere de una intervención que permita interrumpir o paliar las manifestaciones sintomáticas. Por ejemplo, en el caso de los trastornos bipolares se pone especial énfasis en la psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales clásicas como dispositivos particularmente eficaces, pues estos pacientes requieren de una reestructuración de comportamientos y habilidades básicas, incluso la adquisición de conocimientos en torno a su trastorno para prevenir recaídas. Además la psicoterapia está contraindicada durante fases maniacales mixtas e hipomaníacas, dada la reducción significativa de la capacidad introspectiva en el paciente (Colom y Vieta, 2005). Sin embargo, una vez que se restituye un equilibrio, será necesario evaluar si el paciente sólo requiere intervenciones a nivel sintomático o está motivado por procesos de cambio profundo que pueden favorecer la ampliación del espectro vivencial y de significaciones posibles.

Consideraciones similares pueden plantearse en torno a pacientes con limitaciones cognitivas leves de origen orgánico, pacientes con trastornos graves de la personalidad, donde existe una disminución de la función reflexiva

y resultará muy difícil por tanto la adquisición de mayores niveles de complejidad del sí mismo, sin intervenciones previas que restituyan funciones básicas (Ej: regular la labilidad emocional, el control de impulsos y las conductas autoagresivas en TLP). Algunos pacientes con trastornos graves de la personalidad pueden requerir de intervenciones directivas por parte del terapeuta, por ejemplo cuando muestran dificultades para anticipar las consecuencias de sus actos. Estas intervenciones favorecen que el paciente tome decisiones más adaptivas en su vida, lo que puede fomentar también una experiencia de aprendizaje que favorezca el cambio. Por ejemplo: mostrarle a una paciente con trastorno límite de la personalidad que exponer a su hija pequeña a presenciar discusiones y escenas de violencia física con su pareja actual pone en riesgo la salud física y mental de la menor, permitió que la paciente, por una parte pudiera comenzar a anticipar las consecuencias de sus actos y por otra poner en duda la creencia que siempre es necesario externalizar la rabia lo antes posible para solucionar sus problemas. La postergación de la respuesta impulsiva no sólo disminuye la intensidad de la misma sino que también favorece el proceso reflexivo autónomo y permite que emerja una experiencia que puede favorecer otros procesos de cambio. La pregunta es entonces si nosotros como terapeutas constructivistas cognitivos deberíamos optar siempre por una posición de neutralidad y abstinencia. La respuesta probablemente es no, pues la existencia de una regla implica por defecto la excepción. Pareciera ser que ciertos procesos patológicos implican fuertes disidencias con preceptos ontológicos fundamentales de nuestra consensualidad compartida, lo que muchas veces puede poner en juego la sobrevivencia, el bienestar y la adaptación. Ahora bien, probablemente el problema no tiene que ver sólo con el tipo de intervención o técnica, sino que también el “cómo” de la intervención que hace alusión a los aspectos ilocutivos del lenguaje del terapeuta que están involucrados. Será labor del terapeuta realizar un análisis idiosincrático de cada paciente para elegir el modo más adecuado de realizar la intervención, teniendo especial cuidado de desengancharse de las emociones en curso para no promover la mantención del ciclo cognitivo interpersonal, disfuncional del paciente. Será de central importancia destacar que este tipo de intervenciones deben reservarse para

pacientes con comportamientos muy disfuncionales y deben ser aplicados de manera adecuada. Incluso podrían estar contraindicadas en algunos tipos de pacientes que buscan la validación y confirmación excesiva por parte de los otros. En este sentido, se propone que independiente de la condición clínica o de las consideraciones ideográficas, *todo proceso psicoterapéutico constructivista cognitivo implica, de alguna u otra manera, la inclusión de ambos componentes, operativos y procedurales en diferentes estadios del proceso*

4.2.2. Incorporación del diagnóstico del estado actual de las Dimensiones Operativas del paciente.

De acuerdo a Yáñez “Las dimensiones operativas pueden ser definidas como, polaridades antitéticas que expresan el funcionamiento operativo del proceso de mismidad de un sujeto, como respuesta a las presiones del medio. Consisten en opciones preferentes de desplazamiento, entre dos extremos polares de modos de funcionamiento proactivo, que permiten resolver las demandas de cambio o mantenimiento de la coherencia del sistema...” (Yáñez, 2005, p. 186). Se espera que el sujeto sea capaz de desplazarse de manera flexible entre estas polaridades antitéticas, de acuerdo a las demandas medioambientales, por lo tanto los extremos de la polaridad no reflejan necesariamente una condición psicopatológica. Sin embargo el autor hace alusión a algunas situaciones que favorecen el surgimiento de psicopatología y el surgimiento de crisis vital en los pacientes.

Al respecto, podemos destacar la perspectiva dialéctica de normalidad-anormalidad planteada por Dörr (en Heerlein, 2000) quien postula que la salud mental tiene que ver con una “posibilidad” de desplazamiento entre polaridades de un continuo, mientras que la psicopatología se expresa como un estancamiento en uno de los extremos, con una rigidez en el operar del sujeto, que sólo funciona desde una posibilidad vivencial, con incapacidad de desplazarse hacia la otra polaridad. Esto se puede observar por ejemplo en la

antítesis manía-depresión o histeria-anancasmo, Desde ahí se puede postular que más allá de la importancia que posee el contenido de la vivencia, el eje principal está determinado por la imposibilidad de ser flexible, entre posibilidades conductuales y vivenciales. De acuerdo a Blankenburg (1983), la Psicopatología debe abocarse a la relación del sujeto con el mundo, las modificaciones de las funciones psíquicas y las limitaciones derivadas de los menoscabos en los grados de libertad para poder vivenciar y poder comportarse.

Desde esta perspectiva entonces, no existiría necesariamente una polaridad de las dimensiones operativas que se caracteriza por un operar psicopatológico, sino que el estancamiento o pérdida de la libertad de tránsito entre los ejes, es lo que restringe el comportamiento y la vivencia.

Una reciente investigación empírica que explora el estado de las dimensiones operativas en pacientes con ideación suicida (López, 2013) confirma esta aproximación teórica: Los pacientes estudiados, portadores de un episodio depresivo mayor y con ideación suicida activa, muestran los siguientes hallazgos significativos: Un operar que se sitúa desde la concreción, estando “fijados” en la vivencia actual y un pasado que inunda el presente con vivencias negativas, y no logran una elaboración ideativa que se independice de la situación en curso, con dificultades significativas para operar desde la abstracción. Además hay una marcada tendencia a la rigidez, con incapacidad de buscar otras opciones distintas al suicidio como estrategias resolutivas de la situación actual. Existe una vivencia de “inamovilidad”, sin un elemento que pueda fracturar el núcleo suicida del pensamiento. Lo mismo ocurre en las dimensiones de la proactividad-reactividad, donde la tendencia global es hacia el polo de la reactividad, operando desde las contingencias inminentes y realizando acciones que son vividas como desprovistas de significados.

Llama la atención sin embargo lo que ocurre en la dialéctica de las dimensiones inclusión-exclusión y evitación-exposición, donde se observa una polarización hacia ambos extremos de estas polaridades. Ej: Exclusión de algunas emociones y sentimientos, del influjo interpersonal y por otra parte, una sobre inclusión de características biográficas e idiosincráticas de carácter

negativo. Además existe una evitación de situaciones y estímulos potencialmente reforzadores, y en algunos pacientes hay una exposición emocional permanente y negativa frente a otras personas, lo que se relaciona directamente con la activación de la ideación suicida en la inmediatez.

Sin estudios empíricos que lo avalen, pero desde la observación clínica, podemos ver como nuestros pacientes, sobre todo aquellos que muestran un sufrimiento significativo, transitan hacia las polaridades de estas dimensiones, generando dinámicas disfuncionales que perpetúan los síntomas y además, generan una exacerbación sintomática que se traduce en un crisis vital, con el objetivo de mantener un equilibrio que permita la viabilidad del sistema: Los pacientes con T.O.C por ejemplo si bien muestran una tendencia a la concreción en el pensamiento mágico que subyace a las compulsiones, muchas veces están atormentados por la sobreabstracción de elementos de la realidad externa y subjetiva, que se constituyen en el motor de la duda que inmoviliza y genera angustia. En este sentido, las técnicas conductuales como la exposición y prevención de respuesta, pueden contribuir a la disminución de la angustia mediante la habituación y extinción de repertorios conductuales disfuncionales que perpetúan el síntoma. O bien el abordaje de las ideas obsesivas mediante estrategias cognitivas de distracción y refocalización de la atención, o de evaluación de las distorsiones cognitivas pueden ayudar a reducir los montos de angustia, y favorecer la restitución de la sensación de continuidad interna, campo fértil para la instalación de dispositivos técnicos procedurales que apunten a un cambio profundo.

Pacientes con trastornos de la personalidad, son un buen ejemplo del tránsito disfuncional entre estas polaridades antitéticas: Podemos observar con frecuencia como los pacientes limítrofes oscilan entre la evitación y la exposición excesiva, probablemente utilizando estrategias sobrecompensatorias frente a representaciones de sí mismos y de la realidad que resultan amenazantes. Estas estrategias contribuyen al desequilibrio emocional, al descontrol impulsivo, incluso a la experimentación de síntomas disociativos o quiebres psicóticos transitorios. En este sentido, un terapeuta orientado “operativamente”, puede promover una función reflexiva que le

permita operar desde la integración de estas representaciones contradictorias. Esto último podría lograrse mediante el uso del cuestionamiento socrático, la identificación de distorsiones cognitivas que promueven y prolongan el desequilibrio emocional, función que puede ser aprendida por el paciente, en esta nueva relación de apego que promueve un aprendizaje emocionalmente significativo, que es la psicoterapia.

De esta manera, y debido a la heterogeneidad de la realidad clínica, se propone que un funcionamiento adaptativo de las dimensiones operativas no se sitúa necesariamente en un extremo del continuo, sino más bien en la dificultad para desprenderse de las polaridades que caracterizan el operar del Sí Mismo, dificultando las posibilidades vivenciales y la evolución del sistema hacia mayores niveles de complejidad. Incluso, una perspectiva empírica y categorial que busque correlacionar determinados cuadros clínicos con un funcionamiento particular de estas dimensiones, si bien será de utilidad, no logra captar las variaciones idiosincráticas de cada sujeto, que con sus propios recursos, limitaciones y ontogenia particular, desplegará diferentes mecanismos frente a las amenazas externas experimentadas por el Sí Mismo y que ponen en juego su estabilidad y generatividad. Lo que nos compete entonces como clínicos es movilizar en el paciente los recursos, para promover una homeostasis que permita la disminución del sufrimiento actual, sobre todo en aquellos pacientes con síntomas de gran intensidad, que se perciben bajo la amenaza de pérdida de la continuidad del Sí Mismo. En este panorama, las técnicas operativas vienen a ser un soporte externo, que reestablece dinámicas previamente eficientes para el sistema, y que podrían constituirse como punto de partida para el cambio en profundo, mediante la rearticulación del sentido del Sí Mismo o la ampliación de sus límites hacia nuevas posibilidades vivenciales. La restitución de un equilibrio permite al sujeto "reencontrarse" con la sensación de competencia y autovalía que incluso puede cuestionar el modo de operar previo y constituirse como un desafío para el desarrollo de nuevas significaciones, que se orienten hacia el futuro.

En el caso de pacientes esquizofrénicos, observamos en estadios preliminares de su trastorno, una tendencia excesiva a la inclusión: todos los elementos de

la realidad circundante pueden ser un aporte para las nuevas significaciones delirantes, que otorgan un nuevo sentido a la experiencia. Conrad (1958) describe el *trema esquizofrénico*, como un estado de tránsito, desde la existencia normal hacia una existencia psicótica, el cual se caracteriza fundamentalmente por un estado de perplejidad que se vive como una pérdida de familiaridad con la propia existencia, con los otros y el mundo circundante. Es en este estado donde el sujeto experimenta extrañeza frente a su experiencia habitual de situarse en el mundo y en sí mismo. Este “desajuste” experiencial promueve una actitud de búsqueda desesperada de nuevos significados, cuando los sistemas explicativos preexistentes no permiten dar cuenta de esta profunda transformación vivencial, probablemente movilizada por cambios neurobiológicos que de alguna u otra manera impactan la vivencia de la propia corporalidad. Emerge una actitud hiperreflexiva y sobreinclusiva como estrategia para combatir la perplejidad, para escapar de esta experiencia inmediata desbordante. La actitud del “no psicótico” es discurrir de un modo espontáneo por el mundo, manteniendo el equilibrio entre la razón y la emoción, entre lo teórico y lo práctico, la actitud reflexiva y la irreflexiva. Incluso existe una resistencia natural a dejarse llevar por la reflexión sin límite. Por su parte, el esquizofrénico pareciera haber perdido esa resistencia y vivir en una permanente *epoché* descontrolada, que lo lleva a apartarse cada vez más de su natural inserción en el mundo, del sentido común, de la cotidianidad, de la “evidencia natural” desplazando cada vez más su existencia hacia lo abstracto, lo analítico y el afán por conocer las causas últimas de las cosas, intentando aprehender la realidad toda en un único acto de conocimiento, lo que Blankenburg denominara la “amplificación del arco intencional” (Blankenburg, 1962, en Dörr, 1997). Esta actitud, lo lleva a una hipertrofia del mundo interno, en desmedro de la realidad consensual, donde la Exclusión, como polaridad de las dimensiones operativas deja fuera elementos consensuales de la realidad compartida, quedando el sujeto “suspendido” en una realidad delirante propia, que no encuentra denominadores comunes en el encuentro con otro y que se traduce en una pérdida radical de la capacidad de construir junto a otro una noción compartida de realidad, un diálogo y un encuentro genuino, en el interjuego de la mismidad y la ipseidad.

Este modo de operar se puede observar en psicosis crónicas como la esquizofrenia o los trastornos delirantes. Por ejemplo, en función de las manifestaciones clínicas predominantes de la esquizofrenia y de las características idiosincráticas del sujeto que la padece, podemos ver por el contrario un desplazamiento hacia el polo de la concreción. Tal como plantea Arieti (1975): si en situaciones de angustia severa como los estadios pre psicóticos ciertos niveles de integración psicológica resultan insostenibles o no dan los resultados esperados, existe una fuerte tendencia del sistema psíquico a estructurarse en torno a funciones de niveles más bajos de integración. Este mecanismo es denominado por el autor como el “Principio de la Regresión Teleológica” y estaría basado en la filogénesis y ontogénesis del sujeto, ya que permite un estado involutivo de organización, en un nuevo equilibrio que resguarda el mandato biológico de la sobrevivencia del sistema. Es un nuevo, aunque primitivo modo de mantener una homeostasis y una relación de adaptación con el medioambiente. Ahora, este sistema, requiere dar un sentido a su experiencia, mediante explicaciones que den cuenta de sus vivencias, como todo ser humano, que tal como plantea el autor, está dotado por defecto de un “instinto hacia la racionalización”. En concordancia con el principio de la regresión teleológica, emerge una nueva forma de simbolización, que el autor denomina el “Pensamiento Paleológico”, que es portador de una lógica distinta, no necesariamente de naturaleza “ilógica”, sino que más elemental, en el sentido que no se rige por los principios de la lógica formal Aristotélica, pero que permite la resolución parcial del conflicto, disminuyendo la ansiedad. Este pensamiento se rige por múltiples reglas, que están a la base de la construcción de los delirios. Dentro de estas, destaca “La incapacidad para distinguir entre el símbolo y el objeto que éste simboliza” (Arieti, 1975, pp.174), que hace alusión a una tendencia al pensamiento concreto.

Desde esta perspectiva cabe destacar, que existe una tendencia del sistema a operar desde la *Concreción*, no por una incapacidad cognitiva, sino más bien por un proceso de “Concreción Activa” donde la realidad y su complejidad de representaciones asociadas, pueden resultar muy amenazantes para un sistema que está frente a la experiencia de una fractura inminente, y cuya

continuidad es viable mediante la adopción de una perspectiva concreta y que opere además desde la Exclusión, para generar representaciones compatibles con el estado de equilibrio actual.

Podríamos afirmar que las representaciones del sí mismo podrían resultar más amenazantes sin la construcción delirante concreta y exclusiva. El delirio sería entonces la última alternativa para cimentar el sentido de la propia existencia. Una vez instalado el delirio, en la fase activa de la psicosis, se puede observar un cambio en el funcionamiento de las dimensiones operativas, que oscilan hacia el polo de la abstracción e inclusión, incorporando nuevos elementos, en una actitud hiperreflexiva que busca sustentar el sistema de significados emergente.

En cuanto a las terapéuticas posibles, no contamos en la actualidad con estrategias efectivas que permitan abordar esta desorganización de la experiencia en curso, en los estadios prodrómicos y agudos de la psicosis. Las estrategias biológicas permiten mitigar esta vivencia en la fase activa de la esquizofrenia.

Cabe preguntarse entonces si las técnicas procedurales pueden resultar útiles en este grupo clínico. La Exploración Experiencial favorecerá la descomposición de la experiencia en sus componentes fundamentales (que es una vivencia prepsicótica que facilita la desestructuración). La Metacomunicación podría aumentar las ansiedades paranoídeas y fomentar la regresión, en tanto traspasa las barreras de una intimidad rehuída frenéticamente por el paciente. La interpretación y la confrontación incentivan la actitud reflexiva abstracta e inclusiva. En este sentido, las técnicas procedurales y las intervenciones de acción o “profundas” no sólo podrían ser ineficaces sino que además ejercer un efecto iatrogénico. Siguiendo a Zagsmutt “Si bien los resultados obtenidos por la psicoterapia son promisorios, no tenemos datos sólidos ni explicaciones adecuadas para los efectos iatrogénicos que podemos observar en muchos pacientes...vale decir que la terapia puede hacer bien pero también puede dañar y es importante que conozcamos el por qué de estos efectos indeseados...” (Zagsmutt, 2008, pág.17). En este sentido, se propone un énfasis en las técnicas operativas

durante el proceso psicoterapéutico, al menos mientras estén en juego las ansiedades psicóticas de desintegración del Sí Mismo.

Probablemente estos pacientes requieran de un abordaje orientado a la praxis, y aunque en principio aparezca como una premisa contradictoria desde la epistemología constructivista, requieren de un cierto “reencuentro con la realidad”, lo que puede ser entendido como un énfasis en intervenciones de escucha y en las técnicas operativas. El situarse en una epistemología constructivista no implica la negación radical de una realidad inmanente, al menos en los aspectos básicos del concepto. Ej: restitución de hábitos elementales, reducción de conductas autolesivas, flexibilización de ideas delirantes, cuestionamiento de la “omnipotencia” de los fenómenos alucinatorios. Ahora, no por esto debemos restringir la psicoterapia a estos elementos. En la medida que nuestros pacientes recuperen un cierto equilibrio, será nuestra labor acompañarlos en un proceso de comprensión de los fenómenos psicóticos, su inserción biográfica y los significados más profundos que se ponen en juego en su funcionamiento psicótico. Se propone entonces que las intervenciones que apuntan a la reestructuración profunda del sí mismo, tales como la confrontación e interpretación y las técnicas procedurales de exploración experiencial y metacomunicación, no debieran estar contraindicadas, sino más bien reservarse para estadios posteriores a la descompensación psicótica, considerando además las características idiosincráticas y las motivaciones personales del paciente, frente a la demanda de encontrar nuevas formas de concebirse a sí mismo en el mundo, tras la desestructuración de la propia vivencia. Los brotes psicóticos sin embargo dejarán secuelas no sólo desde el punto de vista deficitario del operar de las funciones psíquicas, sino que además una necesidad de ajuste a la realidad tras la remisión del brote psicótico, que requiere probablemente esta doble orientación operativa-procedural: El paciente requiere un mejor “ajuste” a la realidad consensual, mediante la adquisición de aprendizajes de carácter inhibitorio y el desarrollo de habilidades de afrontamiento, frente a una realidad compleja. Probablemente, en esta primera etapa, las técnicas derivadas del paradigma del condicionamiento operante y el aprendizaje vicario serán

relevantes, para facilitar la extinción de algunas conductas socialmente problemáticas o para desarrollar destrezas y habilidades sociales que le permitan restituir un cierto nivel de funcionamiento. Por otra parte, las aproximaciones cognitivas permitirán al paciente tener una actitud más “realista” frente a sus percepciones delirantes, desarrollar una actitud de “cuestionamiento” frente a la omnipotencia de sus “voces” (pseudoalucinaciones auditivas). Sin embargo, si bien estas aproximaciones son muy relevantes, el clínico deberá hacerse cargo de un sujeto que tiene el desafío de resignificar una experiencia profundamente disruptiva, que detuvo el flujo de la experiencia en curso y que obliga a una redefinición del Sí Mismo y sus representaciones más profundas, con el objetivo de mantener un sentido unitario, que integre el pasado y que se enfrente a un futuro incierto, donde la psicosis es nuevamente una posibilidad. Es en este punto donde el abordaje técnico procedural podría ser de gran utilidad. El desafío está en ser capaz de identificar las motivaciones genuinas del paciente, sus propios recursos, limitaciones y expectativas, para poder diseñar un tratamiento de acuerdo a sus requerimientos.

De esta manera el análisis del estado de las dimensiones operativas, ya sea a través del análisis clínico o de pruebas psicométricas que evalúen su estado actual podrían contribuir a los criterios de indicación de las técnicas e intervenciones.

4.2.3. Variables del paciente: Expectativas y Recursos Personales

De acuerdo a la literatura revisada, la consideración de las variables individuales del paciente, resultan relevantes a la hora de planificar el proceso psicoterapéutico. En primer lugar, hay que mencionar la motivación y expectativas del paciente con respecto al tratamiento: La primera pregunta que debemos plantearnos es si el paciente es candidato o no a psicoterapia. Existen pacientes que tienen prejuicios en torno a lo que implica un tratamiento psicoterapéutico, como por ejemplo: Asistir a psicoterapia implica ser “enfermo mental”, la psicoterapia no sirve, pues el terapeuta es alguien que sólo

“escucha”, que los terapeutas son portadores de un conocimiento en torno a lo que se “debe” hacer, que la psicoterapia es una instancia que genera altos montos de angustia, que los problemas hay que solucionarlos con “fuerza de voluntad”, entre otros prejuicios. Por otra parte, existen otras condiciones clínicas excluyentes, donde la psicoterapia no ha mostrado mayor efectividad como las demencias o deterioro cognitivo severo, las psicosis en su etapa aguda, trastornos depresivos severos con patrón melancólico o sintomatología catatónica, etc. También podemos mencionar algunos trastornos antisociales de la personalidad, que se incluyen en el constructo actual de “psicopatía”, que la literatura psiquiátrica y psicoterapéutica define como “intratables o de muy mal pronóstico”. En la actualidad no hay un cuerpo sistemático de investigación empírica controlada que ofrezca mucho estímulo para un esfuerzo terapéutico. Meloy (1995) proveyó el axioma general que la severidad de la psicopatía debe ser inversamente proporcional a los esfuerzos terapéuticos.

Hay que considerar además que existen pacientes que tienen un “modelo” del problema que opera desde otros paradigmas, y que quizás se beneficiarán de otro tipo de aproximaciones terapéuticas. Muchos pacientes tienen instalado un modelo órgano-mecanicista, consultando directa y exclusivamente a un médico psiquiatra, para recibir un tratamiento biológico, y tienen una concepción “ontológica” de enfermedad, buscando una acción externa que “cure” su malestar. Incluso, hasta cierto punto podrían beneficiarse de una monoterapia farmacológica, y el farmacoterapeuta podría contribuir (o no) a “psicoeducar” al paciente en torno a la importancia de ingresar a un tratamiento psicoterapéutico, operando como “facilitador” del proceso.

El denominador común de todos estos casos es que no existe conciencia de la existencia de un problema, en el cual no sólo se requiere de asistencia externa, sino que además ese problema tiene que ver con la propia subjetividad, lo que implica una postura activa frente al problema, desplegando un esfuerzo personal significativo que promueva el proceso de cambio.

Por el contrario, si el paciente es poseedor de algún nivel de conciencia en torno a su propia contribución en el inicio y mantenimiento de sus dificultades actuales (aunque este nivel sea mínimo u oscile de manera ambivalente) probablemente estamos frente a un candidato para la psicoterapia. Es este

punto donde, como psicoterapeutas debemos preguntarnos ¿Es posible ayudar a este paciente, en este momento particular? De ser así ¿Cuáles son sus expectativas del tratamiento? ¿Qué recursos teóricos y técnicos debo desplegar para cumplir con los objetivos?

Una vez que el terapeuta decide tomar el caso, debe definir las metas y focos del tratamiento, las que deben ser “negociadas” junto al paciente. Este punto resulta de gran relevancia, pues de acuerdo a la literatura revisada, una variable genérica o inespecífica que aumenta la probabilidad de éxito de una psicoterapia tiene que ver con la capacidad de establecer metas comunes, y estar de acuerdo en la metodología de trabajo que se desprende del modelo, lo que fortalece la alianza terapéutica, factor inespecífico crucial en el logro de la efectividad.

En este sentido, hay pacientes que orientan sus objetivos a la acción y adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento, versus otros pacientes que se centran en la necesidad de “comprender” desde una actitud que favorece la introspección y la reflexión en torno a si mismos.

Probablemente, en el primer caso, la psicoterapia deba orientarse, de un modo preferente a las técnicas operativas y en el segundo caso, hacia las técnicas procedurales. Sin embargo, nuestros pacientes y los procesos psicoterapéuticos son ampliamente dinámicos, por lo que los objetivos podrían ir modificándose en función de las contingencias y el proceso personal del paciente. El terapeuta debe ser flexible para adaptarse, incluso sesión a sesión, a los contenidos emergentes que afloran durante el proceso. Sin embargo, esto no debe ser entendido como una “psicoterapia sin objetivos”, pues es importante mantener ciertas directrices en el proceso, para no incurrir en un “acting-out” terapéutico, respondiendo a cada uno de los requerimientos, pues muchas veces la solicitud de cambio de foco, puede revelar actitudes defensivas del paciente, frente a temas centrales que son promotores de angustia.

Por otra parte, estamos frente a un paciente que, además de tener expectativas ante al tratamiento, tiene recursos y carencias personales, lo que de acuerdo a la literatura revisada, también puede ser un factor que orienta la indicación. Al parecer, los pacientes que muestran mayores recursos cognitivos y mayor

capacidad de insight podrían beneficiarse de una orientación procedural y también de intervenciones clínicas orientadas a la acción del terapeuta, tales como la confrontación, adlaterización, confrontación e interpretación. Todas estas intervenciones tienen en común que requieren del despliegue de procesos de simbolización centrados en la abstracción y la capacidad de introspección del paciente. Kernberg (1986) planteaba que un buen indicador pronóstico para las terapias expresivas, era una respuesta reflexiva del paciente frente a las confrontaciones e interpretaciones de prueba, incluso en las primeras sesiones.

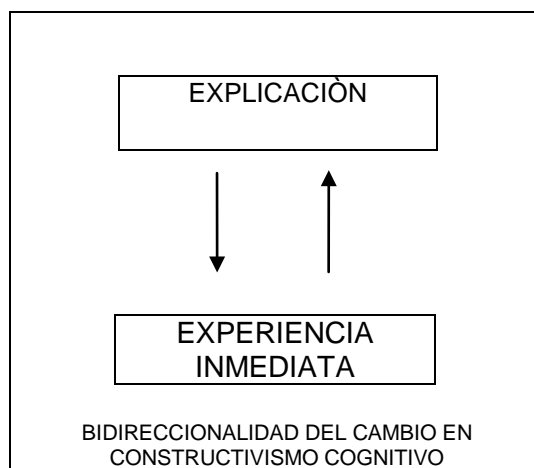
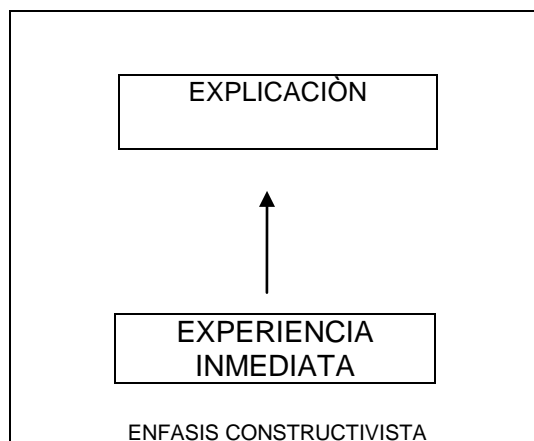
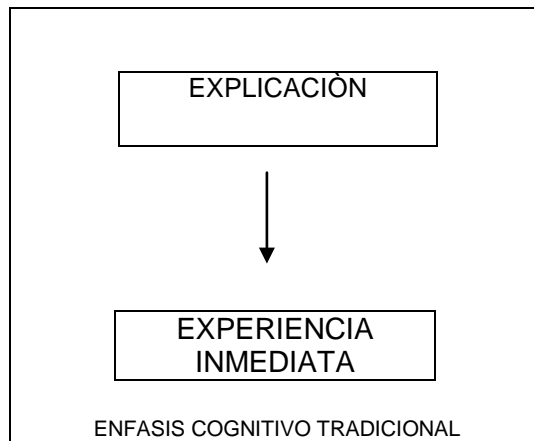
Por el contrario, pacientes con recursos cognitivos limitados, con dificultades de abstracción y escasa capacidad de introspección, probablemente tendrán mayores dificultades para trabajar con esta metodología terapéutica, y les costará “sintonizar” con estas técnicas e intervenciones, pues carecen de los recursos necesarios para generar este “acople estructural” entre sus propios dispositivos cognitivos y el nivel de análisis propuesto por el terapeuta, por lo que probablemente se beneficien más de las técnicas operativas (incluso en ocasiones con un énfasis muy conductual) y de intervenciones que enfatizan la validación de la experiencia, definidas por Cormier & Cormier (2000) como “respuestas de escucha”. Esta afirmación adquiere particular relevancia en pacientes con disfunciones cognitivas de base orgánica; sin embargo podría ser más flexible en aquellos pacientes en que la rigidez o concreción de los procesos de pensamiento es producto de un funcionamiento actual, derivado de la dinámica propia de los síntomas, como es el caso de los pacientes con trastornos de la personalidad. En este caso, si bien es muy relevante ofrecer al paciente una relación “sostenedora” que promueva el equilibrio y la continuidad histórica del sí mismo, el terapeuta deberá hacer los esfuerzos por desplegar intervenciones centradas en la acción y técnicas procedurales, para favorecer el progreso terapéutico, pues en estos pacientes no sólo es relevante la reducción sintomática, sino que también el apelar a la posibilidad de una reestructuración profunda. La literatura nos muestra como en estos pacientes las técnicas cognitivo-conductuales estándar pueden tener un alcance terapéutico limitado.

Dentro de los recursos personales, hay que destacar, en base a la evidencia expuesta que los pacientes con severas disfunciones en las relaciones interpersonales, podrían experimentar el insight como una “amenaza” sobre todo cuando el proceso de análisis se centra en la relación terapéutica, lo que pone en riesgo la continuidad de la alianza. En este caso, nuevamente el criterio propuesto es el mismo: no “contraindicar” estas técnicas e intervenciones, sino más bien utilizarlas en función del estado actual del paciente y de la alianza, en un timing adecuado.

4.3. Síntesis de la Propuesta

- 1- No existe sólo una vía para el cambio terapéutico: No sólo el insight promueve el cambio, a veces tareas conductuales específicas, la validación de la propia experiencia que es promovida por el terapeuta, o la relación misma podrían ser herramientas relevantes para promover el cambio.
- 2- Debemos dilucidar entonces qué tipo de pacientes se beneficiarán de qué estrategias terapéuticas específicas. Reducir el cambio al insight sería simplificar la experiencia subjetiva. En algunos pacientes el insight puede promover una nueva experiencia relacional, mientras que en otros podría no tener el efecto deseado, incluso ser iatrogénico. Por otra parte, reducir los procesos de cambio a las estrategias concientes de afrontamiento es no hacerse cargo de un vasto terreno de la experiencia humana, que da cuenta de muchas dinámicas de funcionamiento que contribuyen a la génesis y mantenimiento de los problemas de nuestros pacientes.
- 3- En este sentido, se propone una *Bidireccionalidad del Cambio* en la experiencia psicoterapéutica: La explicitación de los procesos implícitos, puede aumentar la complejidad del sí mismo, generando una apertura hacia nuevos y más inclusivos modos de operar; sin embargo el abordaje de los procesos de pensamiento conciente y explícito, también pueden fomentar el ordenamiento de los procesos subjetivos y

emocionales, de modo tal en que se facilita el cambio en un nivel implícito.



(Adaptado de Kühne, 2004)

Desde esta propuesta, se proponen los siguientes tipos de cambio en relación a las técnicas e intervenciones:

- a) Técnicas operativas e intervenciones de escucha: Probablemente actúan de manera predominante (y no de manera exclusiva) sobre los procesos conscientes de la experiencia subjetiva. Por una parte, tenemos las técnicas conductuales basadas en los principios del condicionamiento clásico, operante y modelado. Las técnicas basadas en el condicionamiento clásico implican la adquisición de un nuevo aprendizaje de carácter asociativo, que implica el establecimiento de una nueva relación entre estímulos del medio externo y procesos subjetivos; o bien implican la extinción de una asociación entre estímulos externos y procesos subjetivos. De esta manera se genera un cambio a nivel de la memoria implícita asociativa, que puede ser perdurable en el tiempo, pues se generan nuevas redes sinápticas, se fortalecen redes preexistentes, o bien se debilitan circuitos neuronales que sustentaban asociaciones disfuncionales vinculadas a la sintomatología del paciente.

Las técnicas basadas en el condicionamiento operante implican también un aprendizaje de tipo asociativo, donde se adquieren nuevos repertorios conductuales (que resultan más adaptativos) y se extinguen otros repertorios (desadaptativos). La aplicación exitosa de estas técnicas debería reestructurar progresivamente la memoria implícita procedural. De manera hipotética y en concordancia con el marco teórico expuesto, se podría plantear que probablemente los circuitos neuronales involucrados en estos procesos serán probablemente de predominio subcortical, involucrando estructuras como el sistema límbico, los ganglios basales y el cerebelo. Para dilucidar los mecanismos neurobiológicos de este tipo de cambio, serían de utilidad los estudios de neuroimágenes funcionales.

En este sentido se postula a la *exposición en vivo* como una técnica que no sólo promueve el cambio superficial, sino que también favorece el despliegue del cambio profundo en el mediano y largo

plazo. Por ejemplo: un paciente con un cuadro agorafóbico, con severas conductas de evitación que no salía de su casa hace más de cinco años, tras un procedimiento de exposición en vivo de una duración de 10 sesiones, logra erradicar las conductas de evitación e incluso emprender largos viajes, saliendo del país. En este caso, la terapia de exposición no sólo promueve el cambio conductual e inhibe la activación autonómica (cambio conductual – fisiológico), sino que también podría implicar un cambio en las creencias profundas de este sujeto ¿no será que esta experiencia es promotora de un proceso de construcción de nuevos significados del sí mismo, con límites que incluso van mucho más allá de los que históricamente se ha autoimpuesto este paciente? Esta propuesta teórica se centra entonces en considerar a las técnicas operativas como herramientas que incluso, bajo ciertas circunstancias y en ciertos pacientes, pueden ser promotoras de cambios profundos en la estructura de significados del Sí Mismo. Ahora, el cambio profundo requiere de un proceso y es probable que en algunos pacientes el uso de estas técnicas sea sólo el punto de partida para “habilitar” un proceso de cambio, que requiere de un trabajo personal. Probablemente y dependiendo de los recursos del paciente las técnicas generan un cambio diferencial.

Por otra parte, están las técnicas del cognitivismo clásico, que ponen el foco principalmente en la reestructuración de las interpretaciones racionales que el sujeto hace acerca de la realidad. Mediante el “empirismo colaborativo” el terapeuta irá desafiando las interpretaciones “distorsionadas” del paciente. Probablemente este cambio se vincula a la modificación de procesos atencionales de sistemas de memoria explícita y de la función reflexiva, fomentando el desarrollo de una mayor capacidad de observación de los procesos psicológicos conscientes, identificando precozmente patrones disfuncionales de procesamiento de la información que favorecen la experimentación recurrente de estados emocionales que generan sufrimiento y patrones conductuales disfuncionales. Siguiendo los postulados de las neurociencias modernas expuestos, se podría

hipotetizar este mecanismo de cambio se sustenta neuralmente en estructuras cerebrales de predominio cortical, como la corteza frontal dorso-lateral y sus conexiones con estructuras subcorticales. Por ejemplo, Paquette et. al. (2002) encontraron normalización del metabolismo frontal luego de un tratamiento exitoso en pacientes con fobia social y fobia específica, mediante psicoterapia cognitivo conductual. Goldapple et. al. (2004), demuestran como la TCC induce cambios en la modulación de la actividad corteza medial frontal y cingulada, en pacientes con trastorno depresivo mayor. Jensen et. Al (2012), mediante un análisis de fMRI concluyen que la TCC aumenta la activación de la corteza prefrontal ventrolateral y orbitofrontal, en pacientes con fibromialgia, lo que conduce a un mayor acceso a las regiones de control ejecutivo, permitiendo una reevaluación de la experiencia de dolor, y la disminución de su intensidad.

¿Quiere decir esto que las técnicas operativas generarían cambios “de superficie” y no duraderos? No. La evidencia empírica nos ha mostrado ampliamente que las técnicas operativas son efectivas y capaces de generar cambios duraderos en el sujeto. En este sentido es importante señalar la importancia de la *bidireccionalidad del cambio*, donde no sólo es relevante abordar los procesos implícitos, sino que también la reestructuración de los procesos explícitos será capaz de modificar las emociones recurrentes que experimenta un sujeto, mediante el desarrollo de habilidades que van a generar una tendencia al equilibrio en el funcionamiento de las dimensiones operativas. Si este proceso es recurrente en el tiempo ¿Será posible generar cambios más profundos en la organización del sí mismo? Probablemente en algunos pacientes se genera un proceso de habilitación para una psicoterapia orientada a la modificación de estructuras profundas, mientras que en otros pacientes será el punto de partida para comenzar a comportarse de otra manera, y por lo tanto a ir adquiriendo novedosas representaciones de sí mismo que aumenten la complejidad y generatividad del sujeto.

En principio, se postula que las técnicas operativas deben ser utilizadas en primera instancia como un dispositivo que busca la restitución de una homeostasis en el operar del sujeto, para fomentar la reducción sintomática y promover la restitución de la continuidad del Si Mismo en el tiempo, pero sus efectos pueden trascender a los objetivos esperados, fomentando no sólo la habilitación del cambio profundo, sino que también pueden tener un efecto sinérgico al ser utilizadas junto a las técnicas procedurales, en diferentes momentos del proceso terapéutico, de acuerdo a las necesidades del paciente

- b) Técnicas procedurales e intervenciones de acción: En el caso de la exploración experiencial, el ir centrando el foco de análisis en la experiencia inmediata, la experiencia reflexiva y su convergencia con elementos ambientales y situacionales, nos provee de una herramienta terapéutica que facilita la reconstrucción de la experiencia, para disminuir la discrepancia entre sus dos niveles. De esta manera, el paciente adquiere nuevas formas de experimentarse a sí mismo y a la realidad, lo que fomenta el cambio profundo.

En cuanto a la metacomunicación, es una técnica que promueve la identificación y explicitación de patrones relacionales implícitos, que son conceptualizados como ciclos cognitivos interpersonales disfuncionales que se activan ante la emergencia de esquemas prototípicos que obstruyen las relaciones y generan sufrimiento. Es decir, es una técnica que permite que ciertos elementos tácitos de la experiencia del paciente se vuelvan explícitos, lo que apunta hacia procesos de cambio profundo y modifica al mismo tiempo un cambio de superficie, que se traduce en un cambio en la dinámica de las dimensiones operativas. El terapeuta hace “explícito lo implícito”, aumentando la conciencia del paciente acerca de sus propios patrones de comportamiento y su vinculación con experiencias profundas. Es decir, se empieza a construir un significado, ahí donde sólo había un “automatismo mental”, un síntoma que no tenía relación y que ahora si inserta en la subjetividad del paciente, tanto en el eje sincrónico y diacrónico, adquiriendo sentido e inserción biográfica.

Se genera un cambio, no sólo a nivel del surgimiento de nuevas significaciones, sino que además, se genera un cambio (predominantemente) en la memoria procedural del paciente, que de acuerdo al marco teórico expuesto, tiene su asidero en estructuras neuroanatómicas como la amígdala, el cerebelo y los ganglios basales. Un nuevo aprendizaje, emocionalmente significativo, que emerge en un contexto protegido, en una relación estructurada de un modo estratégico, de tal manera que replique las condiciones de un apego seguro y promueva un cambio duradero en la experiencia.

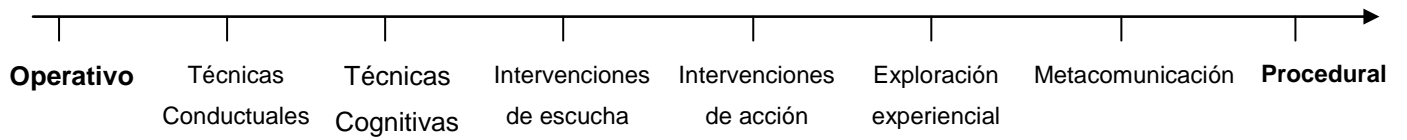
Estas técnicas por tanto, pueden ser una herramienta de cambio fundamental, que deben ser indicadas en pacientes que tengan una motivación al cambio profundo, que tengan los recursos suficientes y que no estén cursando síntomas psicopatológicos severos. La evidencia expuesta plantea que las autorrevelaciones y las interpretaciones transferenciales deben ser utilizadas con precaución, ya que si bien son muy eficientes en algunos pacientes, en otros correlacionan negativamente con el cambio terapéutico.

Sin embargo, hay que tener precaución con tomar de manera literal la consideración psicopatológica del paciente, en el sentido del diagnóstico sindromático, pues éste describe un operar del sujeto, pero no representa sus características, habilidades y recursos idiosincráticos. Al mismo tiempo, hay que hacer consideraciones evolutivas, en torno al estado actual del paciente, curso y pronóstico, en función de la multiplicidad de variables involucradas en el análisis clínico del “caso a caso”. En términos simples ¿Podemos incluir técnicas procedurales e intervenciones de acción en la psicoterapia de un paciente con un trastorno del espectro psicótico o con un diagnóstico de trastorno de personalidad grave? De acuerdo a esta propuesta, la respuesta es sí. Incluso en algunas ocasiones no sólo es un elemento que podría potenciar la psicoterapia, sino que además resulta necesario. En el caso de los pacientes psicóticos, una vez transcurrida la crisis, el paciente se ve enfrentado a la necesidad de dar sentido a la experiencia psicótica y seguir construyendo una

biografía. En el caso de los pacientes con trastornos de la personalidad, especialmente la metacomunicación puede ser de gran utilidad, pues estos pacientes tienen un predominio de síntomas relacionales, y muchas veces requieren aumentar la conciencia del impacto que su conducta puede tener sobre los otros, y generar nuevos patrones relacionales más flexibles e inclusivos, en el contexto de una nueva relación. Por otra parte, las intervenciones de acción promueven el cambio profundo, pues establecen novedosas asociaciones entre elementos tácitos y explícitos, previamente no conscientes para el paciente y que amplían el espectro de significaciones posibles. Recordar que la evidencia sugiere la amplia utilidad de la interpretación como técnica transversal a diversas escuelas psicoterapéuticas, y el análisis de la relación terapéutica y las “autorrevelaciones” como herramientas que puede ser de utilidad clínica. La utilización de estas técnicas e intervenciones deben considerar entonces en qué momento, con qué paciente en particular, y en qué “dosis” pueden ser utilizadas.

Se propone, de esta manera un *modelo incipiente* de indicación en psicoterapia constructivista cognitiva que pondere diferentes variables al momento de la elección de las técnicas e intervenciones terapéuticas, que permita una adecuada movilidad dentro de un *continuo “operativo-procedural”*, con el fin de ofrecer un modelo de atención que responda a diversas necesidades clínicas, optimizando los recursos terapéuticos y del paciente

Un Continuo “Operativo-Procedural”



(Reducción sintomática)

(Énfasis en el proceso y cambio profundo)

Indicaciones para el énfasis Operativo o Procedural en la Psicoterapia	
Procedural e Intervenciones de acción (Terapeuta con un rol predominantemente “perturbador”)	Operativo e intervenciones de escucha (Terapeuta que promueve la restitución de un equilibrio)
<ul style="list-style-type: none">- Sintomatología y sufrimiento de menor Intensidad- *Tendencia a la Abstracción- Tendencia a la Flexibilidad- *Tendencia a la Inclusión- Tendencia a la Proactividad- Inteligencia en rangos normales- Alianza Terapéutica Sólida- Expectativas del paciente orientadas a la comprensión de si mismo	<ul style="list-style-type: none">- Presencia de Sintomatología Aguda con Sufrimiento Significativo- Tendencia a la Concreción- Tendencia a la Rigidez- Tendencia a la Exclusión- Tendencia a la Reactividad- Inteligencia baja y D.O.C- Alianza Terapéutica Frágil o no Constituida- Expectativas orientadas a la reducción sintomática y/o desarrollo de habilidades

****Las consideraciones en torno a la abstracción y la inclusión son relativas en función de la realidad clínica particular. De la misma manera, la tendencia hacia el polo “positivo” de las dimensiones operativas es de carácter orientativo, pues el análisis debe centrarse también en la movilidad dentro de las polaridades antitéticas***

Lejos de plantear un modelo consolidado, se propone un punto de partida para comenzar la investigación en torno a este tema, el que requiere de un mayor sustento teórico y una aproximación metodológica, que permita dilucidar de manera más precisa, los criterios vinculados a la indicación en Psicoterapia Constructivista Cognitiva. Al respecto,

Zagmutt sintetiza de manera clara esta inquietud: "...algunos autores han propuesto un enfoque pragmático en el sentido de evaluar qué tipo de terapia sirve para qué tipo de paciente. Ante esta situación mi propuesta es cambiar el foco hacia evaluar cuál es el nivel de complejidad de la intervención requerida para cada paciente específico. No es lo mismo una intervención en alguien que tenga un problema que pertenezca a los niveles de superficie que otro que corresponda a un nivel de alta complejidad en el sistema personal de conocimiento. Esta actitud permitiría aplicar intervenciones diferenciales aumentando el nivel de eficacia terapéutica" (Zagmutt, 2008).

Sin embargo como psicoterapeutas constructivistas cognitivos debemos tener en mente que el problema de la indicación no se resuelve con la declaración de criterios explícitos, que sean utilizados desde una perspectiva categorial de la realidad clínica, pues nuestros pacientes operan de un modo dinámico, que nos obliga a una continua evaluación y redefinición del estado actual de las dimensiones operativas del paciente: Un mismo paciente puede requerir en un momento determinado de la terapia una orientación operativa, mientras que el mismo paciente, en otro momento puede requerir una orientación procedural. Incluso el foco y metas de la psicoterapia, pueden plantear el requerimiento permanente de una "**doble orientación**". Pensemos por ejemplo en un paciente que consulta por la reciente ruptura de su relación de pareja, tras descubrir una infidelidad en el matrimonio. Es el mismo paciente, que al sintetizar sus expectativas frente a la psicoterapia, plantea el desafío de adoptar una integración de la técnica: "Me gustaría que me orientara en 2 aspectos: Primero que me ayude a hacer una "administración" de esta crisis, y segundo, que si mi relación no se recompone, me ayude a pensar en lo que se viene de aquí en adelante... Me siento como a la deriva y debo volver a ordenarme para poder proyectarme hacia el futuro..." (Anónimo, 2013). Probablemente para poder abordar el requerimiento de este paciente será necesario apelar a las técnicas operativas e intervenciones de escucha que permitan restituir parcialmente el equilibrio perdido (ej: disminuir las

distorsiones cognitivas, las estrategias metacognitivas de rumiación que perpetúan el sufrimiento, utilizar entrenamiento en relajación para reducir sintomatología ansiosa, programación de actividades, etc.). Sin embargo, para su segundo requerimiento ¿Podemos hacer un manejo conductual que permita orientarlo a nuevas formas de integrar esta experiencia de un modo coherente en su sistema de significados? ¿Abordaremos la infidelidad de su pareja desde una tendencia del paciente a las distorsiones cognitivas? Probablemente, centrarnos desde una perspectiva no directiva, sino que desde la postura de un “perturbador estratégicamente orientado”, podremos facilitar el proceso de resignificación de esta experiencia, manteniendo una continuidad biográfica que permita el cambio profundo y que acerque a este sujeto a nuevas formas de estar en el mundo y de concebirse a sí mismo, más allá de un procesamiento racional. El comprender por ejemplo su rol en la relación, los efectos interpersonales generados, serán tareas que podrán ser abordadas desde un marco teórico y técnico que nos otorga el constructivismo, las intervenciones de acción y las técnicas procedurales.

4.4 Conclusiones y Discusión

La Psicoterapia Constructivista Cognitiva cuenta con un gran bagaje de técnicas e intervenciones, provenientes de diferentes etapas de evolución del modelo y es posible realizar una distinción entre las técnicas e intervenciones en orientadas al insight y al cambio profundo, o bien hacia la mantención de una homeostasis de la experiencia del sujeto, cuyo objetivo será la reducción de la sintomatología actual y el restablecimiento de un nivel de funcionamiento previo. En este trabajo, en concordancia con el objetivo general propuesto, se sistematizaron algunos criterios clínicos que orientan la indicación en psicoterapia, dependiendo de la situación actual y de las características individuales de paciente, a través de un modelo que no restringe el quehacer clínico, sino que aporta la flexibilidad necesaria para redefinir continuamente el proceso terapéutico en función de las necesidades y recursos del paciente. Este aspecto se considera un aporte, desde una aproximación teórica- exploratoria, al problema de la indicación en este modelo metateórico.

Por otra parte se revisaron los aportes clínicos que se desprenden de una metateoría constructivista cognitiva de la psicoterapia, que en la actualidad se constituye como un modelo sólido que integra los aportes teóricos de diferentes momentos evolutivos de la teoría cognitiva y que define una teoría clínica integrada que permite dar respuesta a diversos problemas clínicos. Se destaca como aporte central de su teoría clínica y de la psicoterapia, la inclusión de nuevas técnicas e intervenciones clínicas. Las intervenciones tienen una amplia documentación en la literatura de la psicoterapia, pero que sin embargo no habían sido explicitadas en otros momentos de la evolución del modelo y además se proponen intervenciones novedosas, lo que permite ampliar el espectro de acciones terapéuticas posibles. Se destaca además la importancia de una definición conceptual y operacional del encuadre clínico, como un dispositivo técnico que asegura las condiciones elementales para que transcurran los procesos de cambio, y que otorga estabilidad a la relación terapeuta-paciente, factor que resulta muy relevante para el éxito del proceso

psicoterapéutico pues facilita el adecuado despliegue de los recursos técnicos y además contribuye a la inclusión de “factores inespecíficos” de la psicoterapia favoreciendo las condiciones relacionales que promueven el cambio.

Además, se sistematizaron algunas técnicas e intervenciones, desde una definición elemental, ejercicio teórico que aporta al terapeuta constructivista cognitivo una visión general del espectro de herramientas clínicas con las que cuenta el modelo en la actualidad, En este sentido, este trabajo podría servir como un “glosario” que aporta una definición conceptual y algunos elementos generales que guían la aplicación, lo que orienta la investigación bibliográfica para profundizar en los procedimientos específicos de implementación de las técnicas, en base a las referencias.

En términos explícitos este modelo adscribe a las orientaciones actuales de la investigación en psicoterapia basada en la evidencia, y en la lógica de los modelos de efectividad y eficiencia. De esta manera, se abren diversas líneas de investigación en función de las características particulares de los terapeutas y pacientes, tanto en la línea de los factores específicos como inespecíficos involucrados en el ejercicio de la psicoterapia constructivista cognitiva. Al respecto, sólo algunas consideraciones:

1- Esta propuesta teórica toma como punto de partida la evidencia de otras fuentes de investigación, extrapolando los hallazgos, por lo que esta se constituye sólo como un modelo incipiente que debe ser contrastado en base a la investigación. En este punto es posible plantear una línea de investigación empírica centrada en la eficacia comparativa de una psicoterapia constructivista cognitiva basada en criterios de indicación de las técnicas e intervenciones, versus la no aplicación de los criterios, para confirmar o refutar el modelo y realizar mediciones posteriores de los indicadores de cambio, en base a mediciones pre y post, que registren la percepción subjetiva del paciente, mediante una metodología cuantitativa o cualitativa.

2- El modelo teórico es limitado en la medida que considera sólo algunas variables implicadas en la indicación. Incluso al establecer la relación entre los trastornos psicopatológicos y las dimensiones operativas, se toman en consideración ciertos cuadros clínicos y no otros. Otras investigaciones teóricas podrían continuar desarrollando la relación entre diversas condiciones clínicas, su relación con el funcionamiento de las dimensiones operativas y la orientación de la indicación y además incluir no sólo el marco teórico de la psicoterapia psicodinámica, la psicopatología, la investigación en psicoterapia y neurociencias, sino que ampliar el referente teórico utilizando otros modelos de indicación en psicología clínica y psicoterapia.

3- En cuanto a la propuesta de los fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia, los conceptos utilizados se extraen directamente de investigaciones que establecen los correlatos neurobiológicos asociados a intervenciones cognitivo conductuales efectivas, por lo que tienen un sustento empírico. Sin embargo, otras asociaciones establecidas constituyen sólo una propuesta teórica, en base a la reflexión y análisis de la evidencia en neurociencias. Cobra especial relevancia generar nuevas líneas de investigación que permitan dilucidar el efecto neurobiológico de las intervenciones y técnicas, desde un marco teórico y metodológico de la terapia constructivista cognitiva

4- En torno a las consideraciones clínicas, se instalan las siguientes reflexiones en el marco del encuadre clínico y la persona del terapeuta: ¿Es posible implementar cualquier técnica operativa manteniendo los principios de *intención de neutralidad y abstinencia*? Probablemente la intención de *receptividad* se mantiene intacta pero, en términos concretos ¿Puede un terapeuta constructivista cognitivo realizar una exploración experiencial durante una sesión, y en otra sesión aplicar ejercicios interoceptivos junto al paciente, o incluso acompañarlo en algunas sesiones de exposición en vivo para tratar sus síntomas fóbicos? En sintonía con el modelo expuesto, se plantea preliminarmente, que sí es posible, en concordancia con nuestro marco teórico, que postula a la *Complejidad* como una característica esencial del ser humano: De esta manera el terapeuta constructivista cognitivo debe

dar un “salto evolutivo” y operar como un sistema complejo que puede desplegar múltiples respuestas, de acuerdo a las demandas medioambientales (nuestros pacientes), sin perder la coherencia interna y manteniendo su estructura central y organización. Dicho de otro modo, si el terapeuta constructivista cognitivo realiza una exposición junto a su paciente o un cuestionamiento socrático de sus distorsiones cognitivas, ¿Se está transformando en un terapeuta “positivista”, y por tanto que atenta contra su identidad como sujeto terapéutico?: No. Significa que el terapeuta está operando sobre un nivel de complejidad diferente, no solo en cuanto al problema clínico del paciente, sino que también en cuanto a los niveles de organización de la propia teoría constructivista cognitiva, pudiendo desplegar operaciones terapéuticas flexibles. Probablemente el terapeuta cognitivo será capaz de desplegar la flexibilidad necesaria para transitar dentro de este continuo operativo-procedural, oscilando entre una actitud activa y receptiva, de acuerdo a los requerimientos del proceso. Sin embargo, será necesario abordar este desafío de un modo responsable, a través de la continuación de esta línea de investigación teórica, abordando directamente el problema del encuadre y sus modificaciones, mediante una propuesta que articule ciertos parámetros y criterios que guíen esta “plasticidad” terapéutica.

Por otra parte, pese a las limitaciones expuestas, fue posible establecer una relación entre la condición clínica del paciente, el funcionamiento actual de sus dimensiones operativas y la indicación de las técnicas en psicoterapia. En este aspecto se destacan dos puntos centrales: el rol del diagnóstico psicopatológico, como un punto de partida que permite dar cuenta no sólo de un conjunto de signos y síntomas, sino que permite además una conceptualización que describe una dinámica de relación entre elementos conductuales, afectivos y cognitivos, que constituyen un sistema que se retroalimenta a sí mismo, y que incluso se independiza de los factores etiológicos contribuyentes, en una dinámica de “segundo orden”. En este sentido las técnicas operativas permiten dar respuestas atingentes que permiten interrumpir estas dinámicas disfuncionales, mejorando la calidad de vida y adaptación del sujeto, y otorgando un terreno fértil para el cambio

profundo. En términos clínicos: Si asumimos que un paciente con un T.O.C, puede ser tratado en principio con una terapia de exposición y prevención de respuesta, estamos asumiendo por una parte que los principios del condicionamiento operante (refuerzo negativo) han contribuido al origen y mantenimiento de la sintomatología obsesiva compulsiva, y por tanto como terapeutas desplegaremos los recursos técnicos necesarios para facilitar la interrupción de este mecanismo disfuncional ¿Quiere decir esto que el síntoma no tiene una inserción biográfica, que no se relaciona con experiencias patogenéticas tempranas y escenas prototípicas que determina la organización de sus reglas de funcionamiento actual? Es muy probable que estos factores sean centrales en la génesis y comprensión de los síntomas, por lo que el terapeuta constructivista cognitivo debe realizar una conceptualización de manera paralela en este nivel, anticipándose también a este foco de trabajo. Pero será el paciente, su idiosincrasia y experiencia personal quien guiará nuestra conceptualización y el curso de la psicoterapia, orientando el foco hacia los aspectos profundos, a los aspectos del operar, o a ambas dimensiones de manera simultánea. Esta propuesta plantea entonces que los niveles anteriormente descritos contribuyen de igual manera a la etiología y la mantención de los síntomas psicopatológicos, y que el terapeuta, en un minucioso trabajo deberá hacerse cargo de estos dos niveles, abordando el problema de acuerdo a las particularidades de cada caso.

Un modelo de esta naturaleza, contrastado empíricamente, permitiría optimizar los recursos y aumentar la eficacia y eficiencia del modelo, lo que se traducirá en un beneficio para nuestros pacientes, quienes serán receptores de una terapia diseñada en función de sus propios requerimientos.

Bibliografía

- 1- Arciero, G. (2000). *Del Apego a la Psicopatología*. Conferencia-Coloquio, Santa Cruz de Tenerife, España.
- 2- Arieti, S. (1965). *Interpretación de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ed Labor.
- 3- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- 4- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Ed. Descleé de Brouwer.
- 5- Beck, A. & Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Argentina, Ed. Paidós.
- 6- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva*. Ed. Gedisa.
- 7- Bell, A. & D'Zurilla, T. (2009). *Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis*. *Clinical Psychology Review* 29, 348-353.
- 8- Blankenburg, W. (1983). *Psicopatología como ciencia básica de la Psiquiatría*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*.
- 9- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. (ed. 1995), España, Ed. Paidós.
- 10- Caballo, V. (2002) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos Psicológicos*. Vol. 1 y 2. Ed. Siglo XXI.
- 11- Castro Solano, A., (2001) *Son eficaces la psicoterapias psicológicas*. Seminario de Doctorado Impartido en la Universidade Do Sul de Santa Catarina, Brasil.
- 12- Cía, A. (2006). *Cómo superar el pánico y la agorafobia*. Ed. Polemos.
- 13- Conrad, K. (1958). *La Esquizofrenia incipiente*. Madrid, España. Ed. Morata.
- 14- Colom & Vieta. (2005). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Ed. Paidós.
- 15- Compas, B. E. & Gotlib, E. (2002). *Introduction to Clinical Psychology, Science and Practice*. Ed. Macgraw Hill.
- 16- Cormier, W.; Cormier, L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Ed. Descleé.

- 17-Correa, E., Silva, H. y Risco, L. (2006). *Trastornos bipolares*. Ed. Mediterráneo.
- 18-Crittenden, P. (2002). *Nuevas implicaciones Clínicas de la teoría del apego*. Valencia. Ed. Promolibro.
- 19-Dörr-Zegers, O. (1995). *Psiquiatría Antropológica*. Ed. Universitaria.
- 20-Fresno Rodríguez, A.; Spencer Contreras, R.; Retamal Castro, T. (2012) *Maltrato infantil y representaciones de apego: defensas, memoria y estrategias, una revisión*. Universitas Psychologica, Vol. 11, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 829-838. Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana.
- 21-Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Ed. Paidós.
- 22-Gómez, A. & Ibáñez, C. (2007). *Bases de la terapia cognitivo-conductual*. En, R. Riquelme, y M. Quijada. *Psiquiatría y Salud Mental*. Ed. Sociedad Chilena de Salud Mental.
- 23-Greenberg, L. (2000). *Emociones: Una guía interna*. España, Ed. Desclée de Brouwer.
- 24-Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. New York, Ed. Guilford Press.
- 25-Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. España, Ed. Paidós.
- 26-Guidano, V. (2001). *El Modelo Cognitivo Postracionalista*. Bilbao, España. Ed. Desclée de Brouwer
- 27-Goldapple, K.; Segal, Z.; Garson, C.; et. al (2004) *Modulation of cortical limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy*. Arch. Gen. Psychiatry, vol. 61, pps. 34-41
- 28-Gómez & Ibáñez. (2011). *Bases de la Terapia Cognitivo-Conductual*. Material para uso docente, Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- 29-Greenberg, L., Rice, L. & Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional*. España, Ed. Paidós.

- 30-Hazlett-Stevens, H., & Craske, M.G. (2003). *The catastrophizing worry process in generalized anxiety disorder: A preliminary investigation of an analog population*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31, 387-401.
- 31-Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. México D.F., México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 4ta. Edición. [Orig. 1998].
- 32- Hebb, D.O. (1949). *The Organization of Behavior*. Nueva York. Ed. John Wiley & Sons.
- 33-Heerlein, A. (2000). *Psiquiatría Clínica. Santiago*. Ed. SONEPSYN.
- 34-Hoglend, P. (2004). *Analysis of transference in psychodynamic psychotherapy: a review of empirical research*. Can J Psychoanal 2004; 12:279–300
- 35- Horvath, A. O. (2005). *The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the special Issue*. Psychotherapy Research, 15 (1-2):3-7.
- 36- Irigorri, A., Rosas, L., Hernández, G., Orozco-Cabal, L. (2009). *Efectos neurobiológicos de la psicoterapia*. Revista Med, vol. 17, pp. 75-80.
- 37-Jaspers, K. (1977). *Escritos Psicopatológicos*. Madrid. Ed. Gredos.
- 38-Jensen, K., Kosek, E., Wicksell, R., Kemani, M., Olsson, G., Merle, J., Kadetoff, D., Ingvar, M., (2012) *Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia*. Pain; 153(7):1495-503.
- 39-Kandel E. (1998). *A new intellectual framework for psychiatry*. Am J Psychiatry; 155: 457-69
- 40-Kernberg, O. (1986). *Trastornos graves de la personalidad*. México. Ed. El Manual Moderno.

- 41-Krause, M., de la Parra, G., Aristegui, R., Tomicic, A., Dagnino, P., Echavarri, O., Valdés, N., Vilches, O., Ben-Dov, P., & Altimir, C. (2006). *Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica*. Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 299-235.
- 42-Krause, M. & Dagnino, P. (2006). *Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico*. *Revista Gaceta Universitaria* 2, 2, (3) 287- 298
- 43-Kühne, W. (2004). *Integración del modelo psicoterapéutico cognitivo*. *Revista de Psicología de la Universidad Bolivariana*, 1-2.
- 44-Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Ed. Pirámide.
- 45- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-211). New York: John Wiley & Sons.
- 46-Leiva, V & Vásquez, C. (2000). *Técnicas Cognitivas*. En *Memoria de las primeras jornadas clínicas del CAPs* edita por CAPs y Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- 47-Liggan D, Kay J. (2000) *Some neurobiological aspects of psychotherapy*. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 117-22
- 48-Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford
- 49-Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid, España. Ed. Gedisa
- 50-López, T. (2013) *Exploración de las Dimensiones Operativas en pacientes con Ideación Suicida*. Tesis para optar al Grado de Magister en Psicología Clínica Adultos, Escuela de Postgrado, Universidad de Chile.

- 51-Mandakovic, V. (2005). *Estudio de los desórdenes alimentarios psicogénicos e indicaciones para una psicoterapia constructivista cognitiva de la anorexia nerviosa*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.
- 52-Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York and London. Ed. Plenum Press.
- 53-Meloy, JR (1995). Antisocial personality disorder, in *Treatment of Psychiatric Disorders*, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- 54-Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad*. Barcelona, España, Ed. Masson.
- 55-Olivares, J. & Méndez, F. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.
- 56- V. Paquette, J. Levesque, B. Mensour, J.M. Leroux, G. Beaudoin, P. Bourgouin, M. Beauregard (2003) *Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia*, *Neuroimage* 18, 401–409
- 57-Paredes, A., Silva, H., Jerez, S., Montes, C., Montenegro, A., Alvarado, L., Contador, R., & Calabrese, M. (2002). *Estudio exploratorio de funciones cognitivas en trastornos de personalidad*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 341-346.
- 58-Riquelme, R. & Quijada, M. (2006). *Psiquiatría y Salud Mental*. Ed. Soc. Chilena de Salud Mental.
- 59-Riquelme, R. & Thumala, E. (2005). *Avances en Psicoterapia y Cambio Psíquico*. Ed. Soc. Chilena de Salud Mental.

- 60-Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York. Ed. The Guilford Press.
- 61-Ruiz, J. C., Santibáñez-Hidalgo, G. (2008). *Definiendo la Hipnosis desde la Psicobiología: Algunas Líneas de Desarrollo Científico de los Fenómenos Hipnóticos*. Cuad. Neuropsicol. Vol.2 N°2.
- 62-Safran, J. y Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Nueva York. Ed. The Guilford Press.
- 63-Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España. Ed. Paidós.
- 64-Schore, A. (2003). *Affect regulation & the Repair of the Self*. Nueva York. Ed. W.W. Norton & Co.
- 65- Schore, A. (2008). *Una Perspectiva Neuropsicoanalítica del Cerebro/Mente/Cuerpo en Psicoterapia. Perspectiva Neuropsicoanalítica. Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 144-168. Buenos Aires, Argentina.
- 66-Schultz, J. H. (1969). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona, España. Ed. Científico Médica.
- 67-Shapiro, D. (1988). *Los estilos neuróticos*. Buenos Aires. Ed. Psique.
- 68- Skinner, B.F. (1974). *Sobre el conductismo* Buenos Aires. Ed. Planeta
- 69-Swanson, D., Bohnert, P. & Smith, J. (1974). *El mundo paranoide*. Barcelona. Ed. Labor
- 70-Wallerstein, R. (2000) *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy: the report of the Psychotherapy*

Research Project of the Menninger Foundation, 1954-1982, New York. Other Press.

71-Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de la conducta*. (ed. 1979) México. Ed. Trillas.

72-Yáñez, J. (2000) *Teoría Clínica Constructivista*. Material para uso docente de circulación restringida. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

73-Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. y Vergara, P. (2001). *Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia*. Revista de Psicología, Vol. X, N° 1, 97-110.

74- Yáñez, J. (2004) *Dimensiones Operativas*. Material para uso docente de circulación restringida. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

75-Yáñez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia* .Tesis para optar al Grado de Doctor, Escuela de Postgrado, Universidad de Chile.

76- Zagmutt, A., Lecannelier, F. & Silva, J. (1999). *El problema de la delimitación del constructivismo en psicoterapia* [Versión electrónica]. Journal of Constructivism in Psychotherapy, 1 (4), 117-127.

77-Zagmutt, A. (2004). *La Técnica de la Moviola; La Metodología Autoobservacional en el Constructivismo Posracionalista*. En, C. Nabuco de Abreu y H.J. Guilhardi (Eds.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental, Prácticas Clínicas*. SãoPaulo: Roca.

78- Zagmutt, A. (2008). *Psicoterapia y Procesos Empáticos*. Conferencia plenaria ofrecida en el VII° Congreso Latinoamericano de Psicoterapias

Cognitivas y II° Congreso Uruguayo de Psicoterapia Cognitivo Conductual efectuado en Mayo de 2008 en Montevideo, Uruguay.