

## Parte II:

# Hacia un modelo de indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones clínicas en psicoterapia constructivista cognitiva

Ps. Mg. José Luis Rossi Mery<sup>1</sup>

## 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.

En esta segunda parte, se continuará con la descripción de las técnicas operativas, principalmente aquellas que derivan del modelo cognitivo clásico y las técnicas procedurales que derivan desde el modelo cognitivo interpersonal y desde el constructivismo cognitivo. Se incluirá también una definición de las intervenciones clínicas utilizadas en la Psicoterapia Cognitiva Constructivista, que si bien constituyen un conjunto de procedimientos relativamente standard en cualquier psicoterapia, adquieren características particulares en el contexto de este modelo.

**Palabras claves:** Psicoterapia Constructivista Cognitiva, técnicas operativas, técnicas procedurales, intervenciones clínicas

## Part II. Towards a model indication of technical operational, procedural and clinical interventions in cognitive constructivist psychotherapy Summary

The present research, theoretical, addresses the evolution of Cognitive Constructivist Psychotherapy in their epistemological, theoretical and clinical basis. An analysis and description of operational and procedural psychotherapeutic techniques, and clinical interventions from different moments of evolution of

the model is performed, and theoretical background from other clinical paradigms, psychotherapy research and evidence in the neurobiological foundations of psychotherapy and change processes are revised, to finally formulate a model of Cognitive Constructivist Psychotherapy indication.

In this second part, we will continue with the description of operational techniques, especially those derived from classical cognitive model and procedural techniques derived from the interpersonal cognitive model and from the cognitive constructivism. A definition of clinical interventions used in Cognitive Constructivist Psychotherapy is also included, although they are a relatively standard set of procedures in any psychotherapy, because they have particular properties in the context of this model.

**Keywords:** Cognitive Constructivist Psychotherapy, operational and procedural psychotherapeutic techniques, clinical interventions.

## 2.2 Técnicas operativas II:

### 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). A continuación se revisarán algunas de las técnicas más relevantes.

**1. Identificar, provocar 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

1. Académico Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez. Académico Departamento de Psicología, Universidad de Chile | E-mail: jose.rossi@uai.cl  
Dirección para correspondencia: Av. Presidente Errázuriz 3328, Las Condes, Santiago de Chile.

estos componentes de la experiencia, distinguiéndolos de las emociones y las conductas. Asimismo se proporcionará una explicación ejemplificada de la relación existente entre *pensamiento, emoción y conducta*. Posteriormente se incentiva al paciente a registrar eventos que provoquen 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.

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, 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

#### 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)

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. Incluso el estímulo al cual se refocaliza la atención puede ser una tarea que provoca 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 en "conciencia plena" o mindfulness (Gómez e Ibáñez, en Riquelme & Quijada, 2006).

**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 imaginación 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 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. Coping 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, 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 relación, ejercicios de exposición en vivo, registro de pensamientos automáticos, biblioterapia, el repaso de las sesiones anteriores, entre otras.

## 2.3 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 permitiendo que 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).

### 2.3.1 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 sí 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 particular que relata el paciente, 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, 2008).

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).

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 sí mismo desde afuera, o sea desde un punto de vista objetivo. Es lo que llamamos también la capacidad de descentrarse, lo que implica ver el aporte de ellos mismos en las situaciones en que están involucrados. De esta manera, 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 recono-

cimiento 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 técnica de Exploración Experiencial lleva a un descubrimiento de nuevos aspectos de sí 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).

### 2.3.2 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 emocional complementaria a su conducta. 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). De esta manera, 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 y cómo este patrón interaccional puede ser representativo de una forma de relación más generalizada, que se vincula directamente a situaciones que adquieren un carácter estereotipado y disfuncional. 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.

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).

## 2.4 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 el discurso explícito 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 (2000), 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 sobreestructuradas, 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 sub-áreas 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 pa-

ciente 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?"

**11. 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...?

**12. 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, 2000). 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?"

## Discusión:

Tras la revisión de los recursos técnicos con que cuenta la terapia cognitiva en la actualidad, es posible identificar un amplio espectro de posibilidades de intervención, que le otorgan al clínico un marco de referencia para poder abordar los diferentes motivos de consulta de nuestros pacientes. Sin embargo, 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.

¿Debemos conceptualizar estos fenómenos como expresión de resistencia del paciente? Probablemente en muchas ocasiones la respuesta puede ser positiva; sin embargo ¿tiene el terapeuta

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 una tercera parte de este trabajo se se revisarán 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, criterios de indicación desde otros modelos psicoterapéuticos, y finalmente se plantearán algunos conceptos vinculados a los fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia y su relación con los procesos de cambio. Posteriormente, se formulará un modelo de indicación en psicoterapia constructivista cognitiva que pondera 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.

## Bibliografía

1. Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Ed. Descleé de Brouwer.
2. Beck, A. & Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Argentina, Ed. Paidós.
3. Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva*. Ed. Gedisa.
4. Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. (ed. 1995), España, Ed. Paidós.
5. Cía, A. (2006). *Cómo superar el pánico y la agorafobia*. Ed. Polemos.
6. Cormier, W.; Cormier, L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Ed. Descleé.
7. Greenberg, L. (2000). *Emociones: Una guía interna*. España, Ed. Descleé de Brouwer.
8. Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. New York, Ed. Guilford Press.
9. Leiva, V & Vásquez, C. (2000). *Técnicas Cognitivas*. En *Memoria de las primeras jornadas clínicas del CAPS* editada por CAPS y Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, Santiago de Chile.
10. 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.
11. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York and London. Ed. Plenum Press.
12. Riquelme, R. & Quijada, M. (2006). *Psiquiatría y Salud Mental*. Ed. Soc. Chilena de Salud Mental.
13. Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España. Ed. Paidós.
14. 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.
15. Zagmutt, A. (2004). *La Técnica de la Moviola; La Metodología Auto-observacional en el Constructivismo Posracionalista*. En, C. Nabuco de Abreu y H.J. Guilhardi (Eds.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental, Prácticas Clínicas*. São Paulo: Roca.
16. 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, Montevideo, Uruguay.