

Parte III:

Hacia un Modelo de Indicación de las Técnicas Operativas, Procedurales e Intervenciones Clínicas en Psicoterapia Constructivista Cognitiva

Ps. Mg. José Luis Rossi Mery¹

Resumen

La presente investigación, de carácter teórico, aborda la evolución de la psicoterapia constructivista cognitiva en cuanto a sus fundamentos epistemológicos, teóricos y clínicos, poniendo énfasis en los aportes del constructivismo al modelo cognitivo. Tras la revisión de los antecedentes teóricos y técnicos de la psicoterapia cognitiva, en esta tercera parte se revisan los aportes de la teoría constructivista al modelo cognitivo y se realiza un análisis en base a antecedentes teóricos provenientes de otros paradigmas clínicos, la psicopatología y la investigación en indicación y fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia, para formular finalmente un modelo de indicación en psicoterapia constructivista cognitiva. Estas consideraciones se utilizarán como el punto de partida para fundamentar teóricamente el modelo y generar criterios de indicación que pueden tener relevancia clínica y para la investigación. Se realizan consideraciones teóricas y clínicas que delimitan los elementos centrales del modelo, para posteriormente en la cuarta parte del trabajo, exponer una síntesis de la propuesta y sugerir futuras líneas de investigación.

Palabras clave: Psicoterapia constructivista cognitiva, investigación en psicoterapia, indicación en psicoterapia.

Part III. Towards a Model Indication of Technical Operational, Procedural and Clinical Interventions in Cognitive Constructivist Psychotherapy Summary

This research, theoretical, addresses the evolution of Cognitive Constructivist Psychotherapy in their epistemological, theoretical and clinical basis, emphasizing the contributions of Constructivism to the Cognitive model. Following the review of the theoretical and technical background of cognitive psychotherapy, in this third part, the contributions of constructivist theory to the cognitive model are reviewed and an analysis is performed based on theoretical background from other clinical

paradigms, psychopathology and research on indications and neurobiological underpinnings of psychotherapy, to finally formulate a model of Cognitive Constructivist psychotherapy indication. These considerations will be used as the starting point to base theoretically the model and generate indication criteria that may be relevant in clinic and research. Theoretical and clinical considerations that define the core elements of the model are made. Later, in the fourth part, we will post a summary of the proposal and suggest future research.

Keywords: cognitive constructivist psychotherapy, psychotherapy research, indication in psychotherapy.

Aportes Teóricos y Clínicos de la Teoría Constructivista Cognitiva y su relación con el problema de la indicación

El Modelo Constructivista Cognitivo ha integrado y reformulado los postulados de autores provenientes de otras vertientes teóricas, diferentes a la tradición cognitiva y ha sentado las bases de un cambio epistemológico al interior del modelo (Guidano, 1987; Bowlby, 1989; Safran & Segal, 1994). Al plantear una modificación epistemológica en el sustento teórico que subyace al modelo cognitivo, 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. Por lo tanto, resulta central poder definir ciertos criterios de indicación de las diversas técnicas e intervenciones clínicas que se desprenden de los diferentes estadios de la evolución del modelo.

En la actualidad, existe amplia evidencia en torno a que las técnicas utilizadas en psicoterapia deben indicarse considerando las variables individuales del paciente (Gabbard, 2002, Caballo,

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.

1998, Semerari, 2010, Linehan, 2003). 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 e 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, 2002, Linehan, 2003 Colom & Vieta, 2005, Zagsmutt, 2008).

A continuación discutiremos algunos *aportes del constructivismo a la psicoterapia cognitiva* (Kühne, 2004) y su relación con el problema de la indicación:

1. Interés por los elementos tácitos de la experiencia: La teoría constructivista cognitiva establece la distinción entre dos niveles del funcionamiento (implícito y explícito) que operan de manera paralela (Guidano, 1987) y aportan a la conceptualización de dos niveles de cambio, en concordancia con los postulados de las neurociencias modernas, 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. 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* (Guidano, 1987; Yañez, 2005) 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. 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 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.
2. Abordaje de las reacciones emocionales del paciente y terapeuta en la psicoterapia: De acuerdo a Safran & Segal (1994), 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 sus propias emociones como una fuente de información que permite tener acceso a los conflictos del paciente, utilizando esta información en su beneficio, evitando contra actuar frente a los patrones emocionales y conductuales desplegados por él.
3. 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 (que favorece el desarrollo de síntomas psicopatológicos). 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.
4. Vinculación con las neurociencias: Al abordar ambos niveles de la experiencia, el terapeuta cognitivo comenzará a tener como foco de acción terapéutica no solamente los procesos explícitos, sino que también los procesos tácitos. Este aspecto es muy relevante, pues, probablemente existe una acción diferencial de estas técnicas en el sistema nervioso central, afectando a estructuras neuroanatómicamente distintas (Gabbard, en Riquelme & Thumala, 2005). En el proceso de cambio psicoterapéutico 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 estructuras corticales. Por otra parte, la *memoria implícita* es una función filogenéticamente anterior y se vincula con estructuras cerebrales más profundas, en circuitos que incluyen a los ganglios basales, el cerebelo y la amígdala, entre

otras estructuras. 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 y permiten la emergencia de una nueva relación de apego, que se traduce en un proceso que es capaz de reestructurar la memoria implícita y regular diversos patrones neurobiológicos (Schore, 2008).

Como pudimos revisar en el capítulo anterior de este trabajo, el terapeuta cognitivo considerará las reacciones emocionales del paciente y terapeuta durante la sesión, mediante la técnica de la *metacomunicación* (Safran y Segal, 1994). De esta manera las características del terapeuta o de la situación terapéutica pueden activar experiencias nucleares que pueden ser reelaboradas simbólicamente, en la memoria declarativa. Las tendencias a la acción elicitadas en el terapeuta muchas veces pueden ser un punto de partida para la comprensión y el cambio terapéutico, pues, a través de una experiencia emocional en curso, se pueden hacer explícitos 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 fomentan el cambio de los patrones relacionales 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.

Por lo tanto, las estrategias técnicas de la psicoterapia que podrían generar cambios en ambos niveles de la experiencia, es probable que sean diferentes, pues se dirigen a cambiar estructuras que son distintas no sólo del punto de vista funcional, sino que también desde el punto de vista neuroanatómico (Gabbard, en Riquelme & Thumala, 2005).

La Psicoterapia desde otras perspectivas y su relación con el problema de la indicación.

El continuo Expresivo de Apoyo en Psicoterapia Psicodinámica

De acuerdo a Gabbard (2002) la psicoterapia que se realiza sobre los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis formal ha sido designada bajo diferentes denominaciones: 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, 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. En el informe de la investigación de la clínica Menninger (Wallerstein 1986, en Wallerstein, 2000), se evalúa el tratamiento de 42 pacientes y se concluye que las estrategias de apoyo se traducen en cambios estructurales tan durables como aquellos logrados a través de intervenciones expresivas. Blatt (1992) realiza un re-análisis de esta investigación y sugiere que los pacientes pueden ser clasificados en "introyectivos" (preocupados de mantener la definición y autonomía del self) o "anaclíticos" (que se preocupan principalmente de aspectos relacionales) y que esta distinción podría predecir si los pacientes responden positivamente a la psicoterapia, en la medida que se asociaba a elementos expresivos versus de apoyo. Actualmente, se reconoce que estos dos mecanismos operan en forma sinérgica la mayoría de las veces, con mayor énfasis en uno de los componentes, dependiendo del tipo de paciente.

Roth y Fonagy (1996) sintetizan hallazgos de metaanálisis determinando tratamientos psicoterapéuticos *empíricamente validados*. Concluyen que la psicoterapia de orientación psicodinámica sería efectiva en diversas condiciones clínicas, tales como los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y también en los trastornos de la personalidad. Con respecto a este último grupo, 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 terapéutico que puede ser percibido de manera crítica y persecutoria por los pacientes con mayores dificultades intrapsíquicas.

Condiciones clínicas generales: Nosología Descriptiva y su aporte al problema de la Indicación en Psicoterapia

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 eficiencia 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 polítéticos, no discriminan características idiosincráticas del sujeto que padece la sintomatología, sino más bien aportan una tipificación de carácter general a sujetos que presentan denominadores comunes en las características de su sufrimiento, con mucha variabilidad inter sujetos. Por otra parte, las metodologías empleadas para medir efectividad y eficiencia 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 sí 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 también la psicopatología desde una perspectiva dimensional, estableciendo una continuidad entre la fenomenología de la experiencia normal y la patológica. Es así como algunos autores (Shapiro, 1988; Millon, 1998; Swanson, 1974; Guidano, 1987) 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 (principalmente operativas), 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 (Cía, 2006), pensamientos catastróficos (Clark, 1996) y otras distorsiones cognitivas, conductas de evitación y reaseguramiento, etc. Al mismo tiempo, podemos hacer consideraciones pronósticas, y transmitirle al paciente una idea favorable en torno al comportamiento de este trastorno a lo largo del tiempo y una respuesta favorable a la psicoterapia (Barlow, 2001). 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 y trastornos del espectro esquizofrénico, 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 episodios psicóticos, el "análisis de los componentes esenciales de la experiencia". De esta manera, técnicas procedurales como la exploración experiencial, podrían promover las angustias psicóticas de desestructuración, por lo que podría estar contraindicada. El análisis de los emergentes interpersonales de la relación terapéutica, mediante la metacomunicación podría ser un elemento técnico que favorezca la desestructuración. Por el contrario, las técnicas operativas podrían promover la reestructuración y una mejor adaptación a la vida cotidiana.

Consideraciones similares pueden plantearse en torno a pacientes con limitaciones cognitivas 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. 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.

Sin embargo existen diagnósticos descriptivos que pueden favorecer la indicación de técnicas procedurales de 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 (Gabbard, 2002). La experiencia clínica nos muestra como estos 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 (Cormier & Cormier, 2000) 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 y en múltiples motivos de consulta que no responden necesariamente a un diagnóstico psicopatológico específico, y en que la motivación principal es a "comprender" el estado actual como producto de un devenir de la experiencia autobiográfica. Probablemente un análisis y modificación conductual o una aproximación cognitiva tradicional permiten 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 nomotética 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. 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 las fases maníacas, mixtas e hipomaniacas, dada la reducción significativa de la capacidad introspectiva en el paciente (Colum 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.

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.*

Incorporación del diagnóstico del estado actual de las Dimensiones Operativas del paciente en el proceso de la indicación

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). 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. 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, en base a la dificultad de desplazamiento entre las dimensiones. 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 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. Lo mismo ocurre en las dimensiones de la proactividad-reatividad, 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 sobre abstracción de elementos de la realidad externa y subjetiva, que se constituyen como 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 técnicas operativas 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 sobre compensatorias (Young, 2003) 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.

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, en un estado denominado el "trema esquizofrénico" (Conrad 1958). 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 e identidad. Emerge una actitud hiperreflexiva y sobre inclusiva como estrategias para combatir la perplejidad, para escapar de esta experiencia inmediata desbordante, lo que Blankenburg denominara la "amplificación del arco intencional" (Blankenburg, 1962, en Dörr, 1995). 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.

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 pre psicótica que facilita la desestructuración). La metacomunicación podría aumentar las ansiedades paranoideas y fomentar la regresión, en tanto traspasa las barreras de una intimidad rehuida frenéticamente por el paciente. Intervenciones de acción como la interpretación y 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 Zagmut: "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..." (Zagmut, 2008, pág.17).

Probablemente estos pacientes requieran de un abordaje orientado a la praxis, y un "reencuentro con la realidad consensual", lo que puede ser entendido como un énfasis en intervenciones de escucha y en las técnicas operativas. Ej: restitución de hábitos elementales, mediante técnicas conductuales operantes,

desarrollo de habilidades sociales mediante técnicas de modelado, flexibilización de ideas delirantes y cuestionamiento de la "omnipotencia" de los fenómenos alucinatorios, mediante técnicas cognitivas clásicas. 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 de acción que apuntan a la reestructuración profunda del sí mismo, tales como la confrontación e interpretación y las técnicas procedurales no deberían 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. 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, 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. 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 restablece 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 "re-encontrarse" con la sensación de competencia y autovalía que incluso puede cuestionar el modo de operar previo y constituir-

se como un desafío para el desarrollo de nuevas significaciones, que se orienten hacia el futuro.

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.

Variables del paciente: expectativas y recursos personales

De acuerdo a la literatura, la consideración de las variables individuales del paciente resultan relevantes a la hora de planificar el proceso psicoterapéutico. Una vez que el terapeuta decide tomar el caso, debe definir el foco y las metas del tratamiento, los que deben ser "negociados" 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 (Bordin, 1976)

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 sí 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 también puede ser un factor que orienta la indicación (Gabbard, 2002). Al parecer, los pacientes que mues-

tran 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) plantea 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 esta "sincronía" 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 intervenciones de escucha. Esta afirmación adquiere particular relevancia en pacientes con disfunciones cognitivas de base orgánica (Gabbard, 2002). 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.

Discusión

En esta revisión teórica se abordaron de manera resumida las contribuciones de la teoría constructivista cognitiva al ejercicio de la psicoterapia, poniendo énfasis en sus aplicaciones clínicas. Por otra parte, se revisaron algunos hallazgos relevantes de la investigación en psicoterapia, derivados principalmente del modelo de la psicoterapia expresiva-de apoyo desde la teoría psicodinámica, y se expusieron además algunos conceptos vinculados a los fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia y su relación con los procesos de cambio. Por otra parte se hizo hincapié en la relevancia de incorporar algunas consideraciones psicopatológicas al problema de la indicación y las características idiosincráticas del paciente, tales como el estado de las dimensiones operativas y los recursos personales. Estos

antecedentes teóricos, si bien son limitados, generan un punto de partida para la construcción de un modelo de indicación de las técnicas e intervenciones en psicoterapia constructivista cognitiva, basado principalmente en la condición clínica y características idiosincráticas del paciente. Cabe destacar, en base

a las limitaciones expuestas, que la validez teórica y la relevancia práctica del modelo pueden ser confirmadas o refutadas en función de un diseño de investigación empírica que permita poner a prueba los lineamientos teóricos planteados en este trabajo.

Bibliografía

1. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. (2001). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *J Am Med Association*. 283: 2529-36.
2. Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 691-724.
3. Bordin, E. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of working Alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16, 252 – 260.
4. Bowlby, J. (1989). Una base segura. *Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. (ed. 1995), España, Ed. Paidós.
5. Caballo, V. (2002) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos Psicológicos*. Vol. 1 y 2. Ed. Siglo XXI.
6. Castro Solano, A., (2001) *Son eficaces la psicoterapias psicológicas*. Seminario de Doctorado Impartido en la Universidade Do Sul de Santa Catarina, Brasil.
7. Cía, A. (2006). *Cómo superar el pánico y la agorafobia*. Ed. Polemos.
8. Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Ost, L. G., Breitholz, K. A., Koehler, E., Westling, B. E., Jevons, A., & Gelder, M. G. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
9. Colom & Vieta. (2005). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Ed. Paidós.
10. Conrad, K. (1958). *La Esquizofrenia incipiente*. Madrid, España. Ed. Morata.
11. Cormier, W.; Cormier, L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Ed. Desclée.
12. Dörr-Zegers, O. (1995). *Psiquiatría Antropológica*. Ed. Universitaria.
13. Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Ed. Paidós.
14. Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. New York, Ed. Guilford Press.
15. Hoglend, P. (2004). *Analysis of transference in psychodynamic psychotherapy: a review of empirical research*. *Can J Psychoanal* 2004; 12:279-300
16. Jaspers, K. (1977). *Escritos Psicopatológicos*. Madrid. Ed. Gredos.
17. Kandel E. (1998). *A new intellectual framework for psychiatry*. *Am J Psychiatry*; 155: 457-69
18. Kernberg, O. (1986). *Trastornos graves de la personalidad*. México. Ed. El Manual Moderno.
19. Kühne, W. (2004). *Integración del modelo psicoterapéutico cognitivo*. *Revista de Psicología de la Universidad Bolivariana*, 1-2.
20. Liggan D, Kay J. (2000) *Some neurobiological aspects of psychotherapy*. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 117-22.
21. Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid, España. Ed. Gedisa
22. 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.
23. Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad*. Barcelona, España, Ed. Masson.
24. Riquelme, R. & Thumala, E. (2005). *Avances en Psicoterapia y Cambio Psíquico*. Ed. Soc. Chilena de Salud Mental.
25. Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York. Ed. The Guilford Press.
26. Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España. Ed. Paidós.
27. Schore, A. (2008). *Una Perspectiva Neuropsicoanalítica del Cerebro/ Mente/Cuerpo en Psicoterapia. Perspectiva Neuropsicoanalítica. Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 144-168. Buenos Aires, Argentina.
28. Semerari, A. (2010). *The impact of metacognitive dysfunctions in personality disorders on the therapeutic relationship and intervention technique*. In G. Dimaggio & P. H. Lysaker (Eds.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment*. London: Routledge.
29. Shapiro, D. (1988). *Los estilos neuróticos*. Buenos Aires. Ed. Psique.
30. Swanson, D., Bohnert, P. & Smith, J. (1974). *El mundo paranoide*. Barcelona. Ed. Labor
31. 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.
32. 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.
33. Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.
34. Zagnutt, 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.