

PSICOTERAPIA CON PACIENTES DIFÍCILES: UNA INTEGRACIÓN COGNITIVO-EVOLUTIVA

José Luis Pascual Pérez

jl Pascual@psicobcn.com

Grupo de Investigación en Psicoterapia (GIP)

www.psicobcn.com

Presently article is shown how to work with difficult considered patients –patient with to eating disorders, drugs consumers, with dysfunctions of the personality, etc.–, from a cognitive-evolutionary perspective. The model has the contributions of the evolutionary perspective of Vittorio Guidano, the attachment theory of Patricia’s Crittenden, the work with patient with dysfunctions of the personality of Semerari et al., and the contributions of Safran and Segal on the therapeutic relationship, among others. After presenting the epistemological foundations of this therapeutic perspective and the methodology of each model, a case will be presented with the whole organized available information in a strategic way to facilitate the intervention.

Key words: Cognitive-evolutionary psychotherapy, attachment’s theory, metacognitive function, dysfunctional interpersonal cycles, organizations of personal meaning.

PREMISAS EPISTEMOLÓGICAS DE UN MODELO PSICOTERAPÉUTICO COGNITIVO-EVOLUTIVO

La integración de modelos que se presenta en este artículo puede ubicarse dentro de la corriente del **constructivismo** en psicoterapia. La presunción básica del constructivismo es que cada uno de nosotros lleva consigo un mapa del mundo, una representación o concepción que conduce a construir lo que se percibe de modo que pase a ser percibido como realidad (Feixas y Villegas, 1990; Mahoney, 2005).

Vittorio Guidano (1994), en “*El sí mismo en proceso*” entiende el ser humano como un sistema cognoscitivo complejo que ordena constantemente la realidad que lo envuelve. Afirma que el observador es autorreferencial, y que toda observación introduce en la realidad una distinción ordenadora en la que se van eliminando ambigüedades. Lambruschi (2001), añade que este sí mismo autoorganizado es un incesante y activo constructor de significados personales.

Dentro de la perspectiva postracionalista de Vittorio Guidano (Guidano y Quiñones, 2001) se defiende que la función básica de cualquier sistema que se autoorganiza es la de construirse un sentido de sí mismo (identidad) y mantenerlo lo más estable posible en el transcurso de su vida. La **identidad** es un proceso en continuo desarrollo, una articulación continua entre nuestra experiencia inmediata y la imagen consciente que tenemos de nosotros mismos.

La identidad, el modo de sentirnos a nosotros mismos, va construyéndose en la matriz de relaciones interpersonales en las que tomamos parte, y los vínculos afectivos que establecemos con nuestros cuidadores en los primeros años de vida tienen una importancia fundamental.

La construcción del sí mismo: apego y organizaciones de significado personal.

Tal como Lambroschi (2001) describe, las actitudes y el grado de sensibilidad y capacidad de respuesta del cuidador, plasmarán para cada niño configuraciones específicas en el sistema conductual de apego, en un continuo proceso de regulación basado en el feedback procedente de los padres. Poco a poco se irán formando verdaderos esquemas cognitivos, que constituyen “modelos representativos internos” de las figuras de apego y de sí mismo en la relación. Posteriormente, los comportamientos y las experiencias emocionales del niño se organizarán y construirán en función de dichas representaciones prototípicas de sí mismo y del otro con quien se relaciona, y se convierten en una especie de matriz que regula la asimilación de cada nueva experiencia de relación (Bowlby, 1989; Crittenden, 2002; Lambroschi, 2001).

Así pues, existe una continua y estrecha interdependencia entre procesos de apego y sí mismo. El comportamiento de las figuras parentales para con el niño representa el espejo en el que aprende a reconocerse, la interdependencia de los ritmos entre el niño y la figura de apego va circunscribiendo progresivamente un sentido de sí percibido como estable, duradero, único y unitario.

El modo de sentirse del niño y la manera como se relaciona, pertenece a la clase de **emociones básicas** primarias que han sido más activadas en su ambiente familiar (Stroufe, 2000).

Crittenden (2002) es una de las autoras que describe mejor la evolución de los apegos y la conformación de una personalidad influenciada por esos vínculos afectivos que establecemos con nuestras figuras de referencia.

Siguiendo a Ainsworth, M. et al (1978), Crittenden afirma que durante el primer año de vida, la sensibilidad materna es el determinante primario de la calidad de apego:

- las madres sensibles tienen hijos seguros (apego tipo B);
- las madres inconsistentes tienen hijos ambivalentes (apego tipo C) y
- las madres que interfieren y rechazan tienen hijos que evitan (apego tipo A).

PATRONES DE APEGO SEGÚN CRITTENDEN

Patrones de apego (a los 12 meses)	Patrones de apego a partir de los 2 años y medio
<p>A (Defensivo o evitativo). Se sustenta en la información cognitiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las madres entrometidas <i>promueven los apegos inhibidos afectivamente (A-2).</i> • Las madres retraídas al A3-cuidador compulsivo: los niños inhiben el afecto negativo y muestran falso afecto positivo para conseguir la atención del cuidador. Las madres hostiles y exigentes al A4-compaciente compulsivo: los niños inhiben el propio afecto y muestran exactamente aquellos aspectos que son del agrado del cuidador.
<p>C (Ambivalente, resistente o coercitivo). Utiliza el afecto exagerado, dividido y alternado para organizar la conducta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • C1-2 (Amenazante/encantador): los <i>niños amenazantes (C1)</i> muestran cólera a sus cuidadores. Cuando los cuidadores están hartos y enojados, los niños cambian a una <i>conducta desarmante encantadora (C2)</i>. • C3 (Agresivo): La amenaza se convierte en coerción agresiva, provocadora de toma de riesgos • C4 (Desamparo fingido): La mitad «desarmante» se vuelve desamparo fingido, haciendo aparecer a los niños incompetentes y necesitados de ayuda.
<p>B (Seguro). Uso flexible e integrado de ambas fuentes de información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los <i>niños seguros (tipo B)</i> tienen cuidadores sensibles y han aprendido el valor predictivo y comunicativo de las señales afectivas y cognitivas.

Crittenden sostiene que en la tarea de protegerse y anticiparse al peligro, la mente en desarrollo puede llevar a cabo distintos tipos de «*distorsiones*» del *procesamiento de la información* para mantener la relación del apego. Estas distorsiones de la información serían los equivalentes a los mecanismos de autoengaño de Guidano, y constituirían los medios por los cuales la psicopatología se desarrolla y se mantiene.

Las **5 posibles transformaciones de la información son**:

1. Considerar que la estimulación sensorial puede ser procesada como realmente predictiva, (*información verdadera*);
2. que puede ser eliminada del procesamiento como si no tuviera ningún significado, cuando sí lo tiene (*información descartada*);
3. ser incluida erróneamente en el procesamiento como si tuviera un significado, cuando no lo tiene (*información errónea*);
4. En los años preescolares, los niños aprenden a simular las emociones positivas, mientras que otros aprenden a exagerar las emociones negativas (*información distorsionada*).
5. Durante los años escolares, los niños aprenden a engañar a los otros con

respecto a sus intenciones (*información falsificada*).

Guidano (Guidano 1987, 1994; Guidano y Quiñones, 2001) adopta una perspectiva evolutiva y siguiendo las sendas evolutivas de los patrones de apego, afirma que éstos, a partir de la adolescencia configuran unas determinadas organizaciones de significado personal.

El *significado personal* representa el modo como un sistema organiza todas las posibles tonalidades de su dominio emocional en una configuración de conjunto capaz de proporcionarle una percepción estable y definida de sí mismo y del mundo (Guidano y Quiñones, 2001).

Características básicas de las Organizaciones de Significado Personal (OSP)
(Guidano, 1987, 1994, Guidano y Quiñones, 2001):

	Patrones de apego	Características
OSP Fóbica	<i>Todos los patrones de apego C (coercitivos) originan la OSP fóbica</i>	El núcleo del significado fóbico se basa en un equilibrio entre dos polaridades emocionales antagonistas: La <i>necesidad de protección</i> versus la <i>necesidad de libertad e independencia</i> . Tendencia a responder en términos de <i>miedo y ansiedad</i> , además de reducir la exploración, por cualquier alteración en el equilibrio de los vínculos afectivos (por la amenaza de ruptura o por un aumento de la implicación afectiva). La actitud fóbica hacia sí mismo consiste en esforzarse en <i>controlar</i> los sentimientos y las emociones. <i>Actitud atributiva externa</i> y de hipervigilancia constante. Las reacciones de amenaza de soledad o constricción se explican por causas externas al sí mismo como las quejas somáticas o psicológicas.
OSP Depresiva	<i>A1-2 y A3 originan la OSP depresiva.</i>	Gran sensibilidad a vivenciar eventos vitales discrepantes en términos de desamparo y desesperación, ya que tienden a ser construidos activamente en forma de pérdidas y decepciones. La percepción de pérdida va asociada a los <i>sentimientos de tristeza e impotencia y rabia</i> (además de un distanciamiento, y desconfianza en los otros, que son considerados rechazantes). Esta regulación oscilante entre tristeza / rabia permite dos actitudes hacia el sí mismo : una de autculpa y otra que se organiza en los patrones de autosuficiencia compulsiva. La <i>anticipación continua de pérdidas y fracasos</i> se experimenta como el modo más eficaz de reducir la intensidad de emociones disruptivas. Estructuración de una atribución interna, estable y negativa de pérdidas y fracasos

...

OSP Dápica	A4/C origina la OSP <i>dápica</i> .	<p>Los procesos de significado personal se basan en un sentido difuminado de sí mismo y en la necesidad, para compensarlo, de corresponder a las expectativas de una figura de referencia. Polaridades emocionales que oscilan entre una <i>necesidad absoluta de aprobación por los otros significativos</i> y <i>el miedo a ser invadido por ellos</i>.</p> <p><i>Estilo afectivo ambiguo e indefinido.</i></p> <p>Los cuidadores redefinen constante los estados internos de sus hijos, generando en ellos un sentido de desconfianza respecto a su habilidad para reconocerlos y descifrarlos. Esto provoca una <i>sobredependencia a los marcos externos de referencia</i> y <i>vulnerabilidad a los juicios negativos de los otros</i>. <i>Actitud perfeccionista.</i></p>
OSP Obsesiva	A3/C origina la OSP <i>obsesiva</i>	<p>Sentido de sí mismo percibido como <i>dicotómico y ambivalente</i> (actitud de "todo-nada"), que es resultado de unos <i>modelos ambivalentes de apego, el predominio digital y analítico de las formas de comunicación; y un contexto familiar irrazonable y exigente para el niño</i>. Mantenimiento de un equilibrio dinámico mediante la primacía verbal y reduciendo de la conciencia sentimientos ambivalentes (mediante la <i>exclusión selectiva</i> de la información analógica y un repertorio de <i>actividades distractoras</i> (rumiaciones, dudas, rituales...))</p> <p>La <i>búsqueda constante de la certeza</i> de que se actuará correctamente se sostiene mediante una <i>actitud perfeccionista</i>, en la que el sujeto adquiere un conjunto rígido de normas y reglas morales. Predominio en el detalle ("<i>sobreinclusión obsesiva</i>") e incapacidad para alcanzar una decisión (<i>duda sistemática</i>).</p>

Metodología cognitiva-evolutiva e interpersonal de Guidano (1994), Safran & Segal (1994) y Semerari et al. (2002)

La relación terapéutica, un primer paso imprescindible.

La construcción de una relación terapéutica positiva y consistente es un requisito imprescindible para cualquier tratamiento que desee ser eficaz. Si esta premisa es básica para cualquier paciente, ante los llamados pacientes difíciles (los que presentan déficits metacognitivos), esta tarea resulta todavía más fundamental.

Regulando la relación terapéutica es posible compensar los déficits en las funciones metacognitivas (Semerari et al, 2002a; Liotti, 1993, 2001), ya que durante el proceso psicoterapéutico, el paciente construye representaciones de los estados mentales del terapeuta, y las utiliza para comprender y gestionar sus propios trastornos.

Según Safran y Segal (1994), las experiencias interpersonales están reguladas por estructuras mentales prototípicas que guían la elaboración de la información sobre las relaciones y generan representaciones y previsiones sobre uno mismo y el otro en la relación recíproca. A estas estructuras se las ha llamado **esquemas interpersonales**. Estos pueden derivar, por ejemplo, de los patrones de apego que

la persona haya podido desarrollar en su intento por asegurarse la obtención de la atención y los cuidados de sus figuras de apego, y de los *modelos operativos internos* específicos que haya construido, que contienen previsiones sobre su capacidad de proporcionar afecto y de la disponibilidad y capacidad del otro para suscitar los cuidados deseados (Bowlby, 1989, Crittenden, 2002). Estos modelos operativos internos son las modalidades particulares con las que un individuo se representa sus relaciones de apego y son el resultado de la historia de dichas relaciones.

La experiencia de una persona pueda caracterizarse por una considerable redundancia en los patrones interpersonales, ya que algunos episodios que tienen lugar en alguna relación interpersonal (y que incluyen diferentes atributos: sensaciones, percepciones, acciones, pensamientos, afectos y metas), se codifican juntos como una sola unidad en la memoria. Al repetirse esos episodios puede generarse una representación general de esa clase de episodios. Esto podría explicar por qué la conducta inadaptada persiste a través de periodos prolongados, dado que se basa en las percepciones, expectativas y construcciones de las características de otras personas que tienden a ser confirmadas por las consecuencias interpersonales de su comportamiento. De este modo, las expectativas funcionan como profecías que se cumplen a sí mismas y que influyen en el entorno.

La interacción terapéutica puede proporcionar una muestra útil del *ciclo cognitivo-interpersonal* correspondiente. La probabilidad de que el patrón interpersonal que surge en la terapia sea similar a los demás patrones interpersonales del paciente será mayor, cuanto mayor sea su trastorno y su tendencia a reflejarse en el plano interpersonal.

El terapeuta, para poder evaluar los ciclos cognitivos interpersonales ha de llevar a cabo dos tipos de tareas:

- Debe ser capaz de atender a sus propios sentimientos y tendencias a la acción mientras participa en la interacción con el paciente.
- Ha de encontrar algún modo de sustraerse a esta interacción para evitar perpetuar el ciclo interpersonal disfuncional característico del paciente y metacomunicarse con él respecto de la interacción compartida.

Una parte importante del proceso de metacomunicación radica en detectar ejemplos específicos de las acciones del paciente que parecen estar asociadas o vinculadas con los sentimientos y tendencias a la acción suscitados por el terapeuta. Estos actos y comunicaciones se pueden considerar como *marcadores interpersonales*. Éstos inician todo el ciclo interpersonal problemático, porque provocan las respuestas complementarias negativas de sus interlocutores. También están vinculados con los procesos cognitivos centrales del paciente. Por ello le suministran al terapeuta indicios útiles para explorar los procesos cognitivos y emocionales del paciente, que desempeñan un rol central en el *ciclo cognitivo interpersonal* disfuncional.

La calidad de la relación terapéutica incide en la capacidad del paciente para explorar su propio mundo interno.

Un objetivo para la exploración en terapia debe ser la *ruptura de la alianza terapéutica* (AT) (Safran y Segal, 1994; Safran y Muran, 2005), la cual ha de considerarse como una cualidad de la relación que fluctúa continuamente. El terapeuta debe en todo momento, ser sensible a la calidad de la AT y advertir esas fluctuaciones.

Una ruptura en la AT puede funcionar como una valiosa señal del mundo subjetivo del paciente, o de su modo de relacionarse. Por ello, ese momento es idóneo para intentar establecer la naturaleza de las susceptibilidades y el esquema interpersonal particular del paciente. Además, el proceso de reparar una ruptura en la AT puede ser un factor de cambio sumamente poderoso. Si el psicoterapeuta logra entonces desengancharse de la interacción y explorar los sentimientos del paciente con empatía, podrá ayudarle a explorar y luego cuestionar procesos cognitivos centrales.

El clínico puede elaborar un marco de referencia útil identificando diversos estilos cognitivos (y relacionales) disfuncionales de antemano (por ejemplo, considerando el probable patrón de apego o la OSP del paciente), pero debe revisarla sobre la marcha en respuesta a la nueva información que vaya surgiendo.

El terapeuta puede hacer que se detenga en diversos puntos que le parezcan particularmente pertinentes y que explore los sentimientos, pensamientos y reacciones que está experimentando (autoobservación –técnica de la moviola– de Guidano).

El terapeuta ayuda al paciente a des-automatizar un modo habitual de procesamiento perceptual y a empezar a prestar atención a ciertos detalles menores que de otra manera pasarían inadvertidos. Al ayudar al paciente a reconstruir la situación problemática, el terapeuta puede encontrar posibles indicios contextuales para lograr el acceso a procesos cognitivos tácitos.

El cambio en la terapia cognitiva tiene más probabilidades de producirse si los procesos cognitivos del paciente son abordados y cuestionados de un modo emocionalmente inmediato. La emoción y la cognición están vinculadas en la memoria semántica y, como resultado, la recuperación de un recuerdo debería potenciarse cuando el individuo está en un estado emocional asociado con ese recuerdo.

METODOLOGÍA POSTRACIONALISTA

Guidano defiende una *concepción explicativa de la psicopatología* (Guidano, 1994) que se orienta hacia la comprensión y explicación de los procesos del significado personal.

Todas las operaciones que realizamos para mantener una *identidad estable* sirven para mantener una *autoestima aceptable*, mediante la *autoconciencia*. Ésta está orientada a reducir las discrepancias, a manipular los datos para hacerlos

consistentes con la imagen consciente de nosotros mismos. Así, “no hay autoconciencia sin autoengaño” (Guidano, 1994). Si el autoengaño es excesivo, la persona no se explica gran parte de su experiencia inmediata y la vive como extraña, generando la aparición de los *trastornos psicológicos*.

Guidano (Guidano, 1994; Guidano y Quiñones, 2001; Quiñones, 1998) afirma que dentro de cada una de las modalidades de significado personal pueden existir diversas formas de procesamiento de significado, relacionadas a su vez con los niveles de autoengaño. Estas modalidades de procesamiento no son entidades independientes, sino que forman parte de un continuum que va de la normalidad a la psicosis, pasando por la neurosis, según si el procesamiento es más o menos organizado e integrado.

Para Guidano el *objetivo de la psicoterapia* se centra en la interconexión de estos dos niveles –experiencia inmediata y explicación– e implica hacer cada vez más consciente el proceso de atribución de la experiencia inmediata, y ayudar a construir una identidad más abarcativa, plástica y adaptativa.

El cambio psicoterapéutico consiste en producir activaciones emocionales que puedan reorganizar un cambio en el sentido de sí-mismo (Guidano y Quiñones, 2001; Dodet, 2002). Las emociones tienen una función en sí mismas que consiste en darnos permanentemente un sentido de continuidad y de unicidad (significado personal). La coherencia interna de un significado personal mejora en términos de autoconciencia, mayor decodificación de su experiencia inmediata y aumentando la flexibilidad de su imagen consciente, lo que repercute en una “trama narrativa ampliada” del cliente, de modo que los sectores críticos de su experiencia podrán ser re-interpretados e incorporados a un auto-relato que permita el auto-reconocimiento.

Proceso terapéutico

Los pacientes acuden a terapia porque sufren por la presencia de emociones que irrumpen en su conciencia y que no pueden dominar ni explicarse, por lo que le parecen ajenas y extrañas (Guidano y Quiñones, 2001). El terapeuta alienta al paciente a una exploración y examen de su mundo afectivo que lo conduzca a la comprensión de la estructura de su propia dinámica emocional.

Este modelo defiende que *no hay cambio posible sin emociones* (Guidano y Quiñones, 2001). Entiende el *sí mismo* como un proceso, un fluir permanente hacia niveles más complejos e integrados de estructuración; y las *perturbaciones emocionales* como el resultado de intentos fallidos de cambio en el orden de ese constante proceso reestructurante.

La terapia cognitiva post-racionalista busca una reorganización del significado personal, o sea una reorganización de las categorías emocionales que resulten críticas para la persona. El método para alcanzar ese objetivo es la comprensión (mediante la *autoobservación*) por parte del paciente mismo del funcionamiento de aquellas reglas básicas con las que ordena su experiencia.

El rol del terapeuta es el de un perturbador emocional estratégicamente orientado (Guidano, 1994; Guidano y Quiñones, 2002), que pretende reorganizar el significado personal del paciente a través de discrepancias que lo perturban y lo obligan a reorganizarse, por ejemplo, mediante la forma en que el terapeuta enfoca las perturbaciones emocionales que lo aquejan; o por las explicaciones ofrecidas por el terapeuta que desencadenarán cambios en los puntos de vista que el paciente tiene sobre sí mismo; o mediante una relación terapéutica con un alto grado de implicación emocional (Guidano, 1994).

Guidano (Guidano 1994; Guidano y Quiñones, 2002), describe el proceso terapéutico del siguiente modo:

FASE 0- PREPARACIÓN DEL CONTEXTO CLÍNICO E INTERPERSONAL.

Ante la presentación del cuadro clínico que hace el paciente, el terapeuta debe formular, lo antes posible, una hipótesis sobre la probable organización de significado personal que está en el origen de la sintomatología. Debe llegar a una reformulación del problema presentado como «interno» y evitar atribuir los síntomas a una enfermedad externa al paciente. Se define el contexto interpersonal como una colaboración recíproca, y la relación terapéutica como una herramienta de indagación para construir la comprensión de lo que le pasa al cliente.

FASE 1. RECONSTRUCCIÓN DE LA VIDA ACTUAL

Reconstrucción del presente. El presente significa ver desde cuándo empezó el desequilibrio hasta la fecha actual. El terapeuta, empleando el dispositivo de la moviola, debe instruir repetidamente al paciente para que enfoque en cada escena la diferencia entre la experiencia inmediata y su explicación, introduciendo la distinción entre el “*cómo*” (la experiencia) y el “*por qué*” (la explicación).

FASE 2. RECONSTRUCCIÓN DEL ESTILO AFECTIVO.

En esta fase se reconstruye toda la carrera afectiva / sentimental del paciente, todas las relaciones afectivas significativas se ponen en secuencia y en cada relación se reconstruye cómo se formó, cómo se mantuvo y cómo se separaron, con el objetivo de que reconstruya las tramas invariantes que unifican y dan continuidad a su trayectoria afectiva. El paciente puede reconocer y apreciar de qué modo diferentes estados emocionales se combinan a lo largo de un vínculo afectivo, y cómo la percepción de otro ser significativo llega a regular la autopercepción.

FASE 3. RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA EVOLUTIVA

En esta fase se reconstruye la historia de desarrollo a partir de los acontecimientos significativos, que son los que suscitan emociones y sensaciones “discrepantes”. Estos acontecimientos se identifican por el tipo de resonancia emocional que provocan, y por el modo en que el cliente actúa para reconocerlos

y autorreferírseles.

El análisis de cada escena, una vez que ha sido reconstruido el punto de vista subjetivo con el que se ha experimentado un acontecimiento, es posible confrontarlo con dos puntos de vista objetivos diferentes: ¿ cómo se vería uno desde afuera con los “ojos” de aquella edad y cómo ve uno desde afuera, mientras enfoca esa edad, reconstruyendo con los “ojos del presente”.

APORTACIONES DEL GRUPO LIDERADO POR A. SEMERARI

Semerari et al. están influenciados en sus intervenciones por las aportaciones, entre otros, de Safran y Segal (1994), Fonagy (1995, 2000a, 2000b) y Weiss (1993).

Los procesos cognitivos en la relación terapéutica.

El enfoque de Semerari et al. (2002a) considera dos **niveles de intervención**:

- El primero, inespecífico, atañe a la *técnica de la entrevista* y consiste en regular constantemente, durante la sesión, la marcha de la relación con tal de favorecer el incremento de las funciones metacognitivas (aportaciones de Safran y Segal).
- El segundo, más específico, se atiene a las *estrategias terapéuticas* orientadas a reducir los déficits particulares (Aquí pueden enumerarse, por ejemplo, las aportaciones de los terapeutas cognitivos racionalistas y constructivistas).

Según Semerari et al. (2002a), podemos representarnos el **diagnóstico** como desarrollándose en 3 dimensiones que interactúan entre sí.

- **Eje 1: Estados problemáticos.** El primer eje está constituido por *significados y emociones recurrentes*, a los cuales, especialmente con los pacientes graves, es necesario añadir las *sensaciones* relativas a los estados del cuerpo. En el contexto clínico, la identificación de los estados problemáticos requiere la identificación de episodios narrativos específicos. Los temas del pensamiento, las emociones y los estados somáticos que suelen aparecer conjuntamente en diversos episodios narrativos constituyen un estado problemático.
- **Eje 2: Las funciones metacognitivas:** autorreflexividad, comprensión de la mente ajena / descentramiento y mastery (dominio o estrategias de control).
 - o Desde el punto de vista de la *capacidad autorreflexiva*, hay que valorar si el paciente parece acceder a sus propios estados; si los explica y describe, los diferencia, los componentes emocionales, cognitivos y somáticos que los constituyen. También si integra los diversos componentes y los percibe en su conjunto como un único estado personal subjetivo e idiosincrásico.
 - o Evaluación sobre el tipo de *representación de la mente del otro* que está presente durante los estados problemáticos. Hay que valorar si la representación es egocéntrica o no, y el grado de diferenciación de la teoría de la mente ajena.

o Evaluación del *mastery*. Nos podemos encontrar con pacientes que presenten un déficit de la capacidad de modular los estados emocionales utilizando oportunamente los procesos cognitivos. Estos procesos pueden estar constantemente orientados por el estado emocional del momento, que selecciona los recuerdos y las informaciones en base a la emoción que está presente en el estado problemático.

- **Eje 3: La relación terapéutica** (evaluación de los procesos interpersonales). La alianza constituiría una especie de macrocontexto, definido por el acuerdo de fondo sobre los objetivos y las tareas y por el clima general de la relación, en el que se verificarían determinadas *situaciones de comprobación* que, a su vez, influirían en el estado de la alianza.

Tal y como se ha comentado, Safran y Segal (1994) establecen el concepto de *ciclo cognitivo interpersonal*, que explica la permanencia en el tiempo de esquemas interpersonales desadaptados, que funcionan como profecías autocumplidoras.

Semerari (1991) considera que el paciente somete al terapeuta a continuos tests (“testing”, comprobaciones) para valorar el grado de seguridad interpersonal que es capaz de garantizar y para evaluarlo como fuente autorizada de información sobre sí mismo.

Mediante estos tests, el paciente construye modelos del modo de pensar del terapeuta, sobre todo de cómo lo percibe. A medida que el terapeuta supera estos tests, el paciente irá asimilando sus puntos de vista y asumirlos como explicación y regulación de la propia conducta (el terapeuta es asumido como una fuente autorizada de información).

En los diálogos internos que el paciente mantiene con el terapeuta en el intervalo entre sesiones, se van formando las *neoestructuras terapéuticas*, estructuras supraordenadas que aumentan las capacidades metacognitivas.

De acuerdo con Safran y Segal (1994), Semerari, (1991), y Liotti (1993; 1994), es posible favorecer en el paciente estados de mayor integración y mayor funcionalidad de la conciencia, modulando la sintonía interpersonal en la sesión. Una vez hecho esto, puede intervenir con las técnicas cognitivas sobre los aspectos esquemáticos y de contenido.

El paciente puede utilizar la seguridad de compartir con el terapeuta alguno de los elementos del estado mental para comprender y controlar mejor los propios procesos psicológicos y así construir una representación válida de la mente del terapeuta.

Según Semerari et al. (2002a, 2002b), la regulación de la relación terapéutica con el paciente difícil se basa en dos principios técnicos:

- la construcción del estado mental compartido, que requiere la disciplina interior del terapeuta –o sea aquellas operaciones mentales que el terapeuta debe realizar para evitar verse involucrado en un ciclo interpersonal problemático–;

- y la señalización de la participación por parte del terapeuta., mediante una indicación implícita a través de la comunicación no verbal, el uso del plural mayestático, la referencia a estados mentales o a intereses del terapeuta, y la narración de episodios de su vida.

Intervención sobre las funciones metacognitivas

De acuerdo con Semerari et al. (2002a), el sufrimiento aparece cuando los pacientes no tienen conciencia ni control de sus estados mentales. Esto nos remite a la concepción de Guidano sobre la psicopatología como aquella parte de la experiencia inmediata (nuestras vivencias) que el sujeto no reconoce como propia y la vive como ajena a sí mismo.

Así, determinar el déficit nos puede permitir orientar la terapia hacia la recuperación o comprensión de esa función deficitaria específica.

En los pacientes que presentan déficits en las funciones metacognitivas, el aspecto principal de la intervención, según estos autores, es la gestión consciente y orientada estratégicamente de la relación terapéutica.

Las intervenciones en las funciones metacognitivas enfatizan el componente psicopedagógico. El terapeuta presenta al paciente una conceptualización descriptiva y explicativa de sus síntomas, con el objetivo de tratar de normalizar su situación.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a la integración, Semerari et al (2002b) señalan tres técnicas cognitivas no estándar: Greenberg, L.S. & Korman, L. (1993), Greenberg et al (1996), y Greenberg y Paivio (2000) ayudan al paciente a ser consciente de sus emociones inhibidas; Liotti (1994) se plantea la identificación del sistema motivacional interpersonal activo en el paciente y Guidano (1994) establece la técnica de la moviola.

El trabajo con autorregistros para intentar hacer patentes al paciente las conexiones entre las situaciones, los pensamientos, las emociones y las conductas serían un recurso de la terapia cognitiva estándar que favorecería la integración.

Respecto a la intervención sobre la comprensión de la mente ajena / descentramiento, Semerari et al. (2002a) nos hablan del uso del role playing, donde se pide al paciente que interprete el papel de otro, mientras el terapeuta personifica el propio paciente. Estos autores, citan a Dimaggio, Procacci y Semerari (1999), que han elaborado un procedimiento técnico específico “de diseño del espacio mental” dirigido a favorecer el descentramiento.

ESTUDIO DE UN CASO CON LA INFORMACIÓN ORGANIZADA EN FORMA DE ESQUEMA SEGÚN ESTE ENFOQUE INTEGRADOR (Guidano 1994; Semerari et al, 2002; Quiñones, 2000, 2002; Pascual, 2005).

Encarna es una mujer de 27 años, que inicia tratamiento en una unidad ambulatoria de atención a las drogodependencias el mes de abril de 2003 por

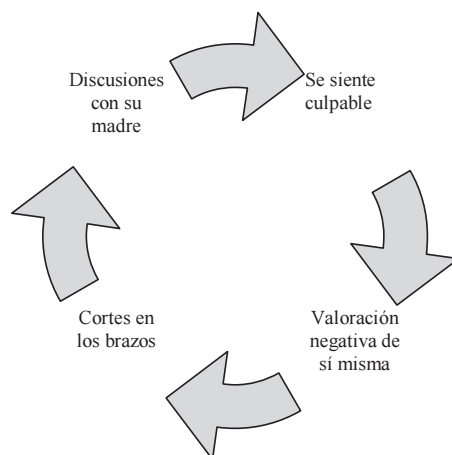
consumo de sustancias psicoactivas. Lleva 8 años consumiendo cannabis y cocaína, 3 años de consumo esporádico de heroína y durante 3 años consumió drogas de síntesis de forma compulsiva. Algunos de los diagnósticos, que se le han ido poniendo a lo largo de los últimos años, son trastorno del estado de ánimo, intentos de autolesiones / autolisis, bulimia nerviosa (BN) purgativa y abuso sexual.

En su vida aparecen situaciones de especial dolor e impacto:

- A los 5 años, su hermano presenta un tumor. La madre se vuelca en él. Encarna. se siente sola y desatendida.
- A los 12 años fue **abusada sexualmente** por su padre. Se oculta este hecho. Interiorización de su malestar. El silencio la hace sentir en parte responsable.
- Ambiente familiar muy rígido, exigente y poco afectuoso. La familia, excepto el padre, son miembros de los Testigos de Jehová (TJ).
- En la adolescencia **se siente desubicada y cuestionada**, sin amigos entre los TJ. Inicio de la BN purgativa.
- Expulsión de los TJ. Rechazo familiar. Busca desesperadamente apoyo entre sus conocidos. Relaciones conflictivas. Inicio del abuso y dependencia de las sustancias psicoactivas.
- A los 20 años sufre una **violación** por el hermano de su pareja.
- Durante los últimos años, se va instaurando un cierto aislamiento social y evasión de su realidad mediante las sustancias.

El tratamiento psicoterapéutico que ha seguido Encarna puede dividirse en dos periodos:

Primer periodo terapéutico (1998-99): Psicoterapia en contexto privado (y libre de sustancias): Tras un motivo de consulta que describe como “desarreglos menstruales y depresión, sentimientos de soledad y autolesiones”, se detecta el siguiente ciclo autolesivo:



Y se emplean las siguientes modalidades terapéuticas:

- **Terapia familiar** (para disminuir la tensión familiar – conflictos con la madre – y las autolesiones). En este periodo Encarna desea abandonar los TJ, y se encuentra sola y fuertemente atacada y criticada por su familia y la comunidad religiosa.
- **Terapia individual:** se profundiza en su modo de funcionar (cómo actúa, piensa y siente lo que le ocurre). Temas tratados:
 - Ciclo autolesivo.
 - Adopción de la imagen crítica que cree que su madre tiene de ella.
 - Trabajo con la *Técnica de la rejilla*, centrado en parte en reforzar la visión que tiene de sí misma en contraposición a su ideal (además de poder enfrentar los cuestionamientos externos que minan su identidad).

Segundo periodo terapéutico: Desde el año 2003, en una Unidad de Atención a las Drogodependencias, en la que se ha insistido sobre todo en superar su dependencia a las sustancias psicoactivas, modificando algunos aspectos relacionales y de gestión de su mundo interno.

De este segundo período, puede organizarse la información de modo estratégico para facilitar la intervención, según el modelo que seguimos, del siguiente modo:

ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA A LO LARGO DEL PROCESO EVALUATIVO-INTERVENTIVO:

Dimensiones de la vida psíquica - I: Los contenidos.

Perfil emocional:

- **Emociones predominantes:** Tristeza, soledad, culpa / rabia y desesperación, y desconfirmación / vergüenza.
- **Identificación y expresión emocional:** Reconoce e identifica sus estados emotivos y su origen, aunque los expresa a través de métodos disfuncionales: autolesiones, abuso de sustancias psicoactivas, vómitos autoprovocados, etc.
- **Regulación emocional:** Tiene dificultades para regular sus estados emocionales.

Temas de pensamiento (Tipo de atribuciones):

- Antes (1998-99): Cuando sentía malestar, pensaba “no estoy a la altura de la situación / soy indigna, poco querible” (Atribución interna de aspectos negativos).
- Actualmente: El malestar se relaciona con la decepción de los otros signifi-

cativos, seguida de una exagerada expresión de rabia, que dirige hacia sí misma (y que canaliza con sustancias o autoagrediendo).

Estados somáticos: Su estado emocional se manifiesta también a través de desarreglos menstruales, vómitos, llagas en la boca, etc.

Comunicación no verbal:

Algunas sensaciones pueden quedar enterradas a nivel implícito y surgir a nivel no verbal en la relación con los demás, sobre todo en aquellas situaciones en las que se puede sentir cuestionada o rechazada.

Modalidad de *enfrentamiento con la experiencia*:

Aquella parte de sus vivencias que no puede procesar de modo consciente, y que se manifiesta como activación fisiológica, intenta canalizarlas mediante actividad física o con procedimientos autolesivos.

Rasgos de personalidad (NEO PI-R):

- *Neuroticismo alto:* baja ansiedad, y depresión e impulsividad altas.
- *Extraversión normal:* bajos gregarismo y asertividad; alta actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas.
- *Baja apertura* (sobre todo en estética).
- *Baja amabilidad* (bajas confianza, franqueza, actitud conciliadora y sensibilidad a los demás. Modestia alta).
- *Baja responsabilidad* (en todas las facetas: competencia, orden, autodisciplina y deliberación).

Presenta el **perfil impulsivo**: alta impulsividad, búsqueda de emociones y actividad, y baja deliberación.

Estilo de apego:

- **Patrón A3-4/C:** apego evitativo cuidador-complaciente compulsivo con un componente coercitivo. Haría esfuerzos con los componentes A3-4 de mantener cerca una figura significativa (y sentirse validada por ella) e intentar corresponder a sus expectativas, alternando esta estrategia con el componente coercitivo, exagerando o distorsionando el afecto, lo que le conllevaría sus dificultades para regular la actividad psicofisiológica.

Organización de significado personal:

Encarna presenta **dos componentes de dominio afectivo: el dápico** (que la forzaría a intentar ajustarse a las expectativas que cree que tiene de ella su figura de apego para sentirse digna) **y el depresivo** (que la conecta a la pérdida, la soledad, el sentirse rechazada...).

Nivel de distinción entre experiencia inmediata y explicación:

En muchos momentos se “pega” a lo que siente y muestra dificultades para atribuirse conscientemente lo que está experimentando en la inmediatez, intentando “aplanar” o evitar el malestar emocional mediante “actings”.

Distorsiones de la información (Crittenden): Por su patrón A/C:

- Las transformaciones de la información (*coercitiva*) incluyen el afecto erróneo (ansiedad difusa), afecto distorsionado, cognición omitida (orientación presente). *Cuando muestra su estrategia coercitiva.*
- Las transformaciones de la información (*evitativa*) incluyen la cognición errónea (inhibiciones y compulsiones), afecto negativo verdadero omitido, el falso afecto positivo, y la cognición distorsionada (idealización y derogación). *Cuando intenta complacer y cuidar a los demás*

Los perfiles de las funciones metacognitivas

1) Función de monitoraje:

No siempre reconoce sus estados internos (emociones, pensamientos, sensaciones...), y tiene dificultad para regularlos adecuadamente.

2) Función de diferenciación:

Distingue realidad de otros estados alterados de conciencia, aunque los haya buscado con las sustancias (deseaba evadirse de su “dura” realidad).

Presenta una mente egocéntrica. Tiene dificultades para descentrar.

3) Función de integración:

Mantiene intactas las funciones de integración de sus diversos estados mentales y entre ella y los demás. Muestra una narración coherente y comprensible.

4) Función de mastery:

Presenta dificultades en esta función. No regula sus estados internos de modo adaptativo y adecuado.

- Trama narrativa (cómo articula sus estados emocionales en una narración con sentido, adaptativa y coherente): **Procesamiento neurótico.**
- **Temática dápica y depresiva:** evitar la pérdida y el rechazo (la soledad) intentando cuidar o corresponder a una figura de apego significativa.

Los ciclos interpersonales disfuncionales.

En su deseo de mantener la relación a toda costa, Encarna mantiene ciclos interpersonales rígidos y disfuncionales:

- Puede seleccionar a otros en función de jugar papeles complementarios a los

- asumidos por su identidad: como presta cuidados seleccionará a otros necesitados de ayuda;
- Anticipa las reacciones de los otros y reacciona de modo consecuente con estas previsiones (si anticipo el rechazo o el abandono, puedo expresar el malestar con rabia, autolesiones, abuso de sustancias, etc.);
 - En las relaciones interpersonales, para obtener la confirmación de los otros, puede priorizar aquellas metas que éstos les sugieren y que regularán sus objetivos. Esto puede generar tres situaciones: una sensación de vacío, de desbordamiento, y/o de coerción de las relaciones interpersonales.
 - La desconfianza en su mundo interno, puede provocar que disocie algunos aspectos de sí, que de modo no-verbal aparecerán en la relación con los demás. En algunos casos, la desconexión con su cuerpo le puede llevar a adoptar conductas autolesivas, bulímicas, etc., como un intento de volver a “sentir” y conectar con el propio cuerpo.

La regulación de las elecciones

Encarna ha presentado, en algún período, un déficit de la regulación de los objetivos (DRO), que se ha manifestado de diversas formas:

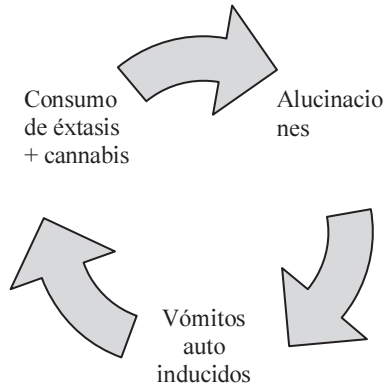
- Sin una persona como referencia no puede reprensarse un objetivo o una secuencia de acciones (experimenta una *sensación de vacío y de nulidad*, de abulia y astenia).
- En presencia de múltiples demandas relacionales se representa demasiadas metas de forma caótica, sin poder seleccionar una en el que centrar su atención consciente. En este estado predominan las *experiencias de confusión, ineficacia personal y desbordamiento*.
- La *tendencia a vivir las relaciones interpersonales en forma de coerción* derivada de su dependencia de la coordinación interpersonal.

La regulación de la autoestima

- La necesidad de mantener un nivel aceptable de autoestima conduce a desarrollar en la autoconciencia unos mecanismos de autoengaño (*distorsiones de la información*) que intentarán mantener la coherencia con la imagen que se ha construido de sí misma (identidad), conduciendo al desarrollo de diversos ciclos interpersonales que, en su caso, tienen como función mantener cerca de una persona significativa que la haga sentirse más digna (cuidándola, cumpliendo con sus expectativas, y explotando en rabia cuando se siente invalidada o rechazada por ella).

Función del síntoma (sustancia...):

- Antes del consumo (1998): circuito autolesivo.
- Desde el año 2000:



En ambos circuitos, la sustancia o las autolesiones (o los vómitos autoinducidos) cumplen una *función de evadirse de las situaciones dolorosas y evitar el malestar experimentado y también una forma de descargarlo*.

Psicoterapia de grupo

- Encarna cumple criterios para el diagnóstico de un trastorno límite de la personalidad (TLP). Por ello, complementa las sesiones de terapia individual con sesiones semanales de terapia de grupo que sigue el programa de Marsha Linehan (2003) para pacientes con TLP (que hemos adaptado para pacientes con rasgos impulsivos).

Psicoterapia individual

Siguiendo las fases delineadas por Guidano se procede del siguiente modo:

- Mediante la *técnica de la moviola* se pasan en secuencia algunos episodios cargados emocionalmente (relacionados con sus temáticas de significado personal depresivo – dápicas), y se la ayuda a hacer más consciente sus reglas de funcionamiento.
- Con el objetivo de reducir su dependencia y sensibilidad a la imagen que los demás puedan tener de ella, se la instruye en la diferenciación entre la información que los demás aportan de ella y de sí mismos (para evitar hacer inferencias arbitrarias – pensamiento egocéntrico).
- Se reconstruye su carrera afectiva/sentimental y de desarrollo vital para que pueda reconocer y apreciar de qué modo diferentes estados emocionales se combinan a lo largo de un vínculo afectivo, y cómo la percepción de otro ser significativo llega a regular su autopercepción.

Respecto a la *intervención en las funciones metacognitivas*, se han seguido las orientaciones que se han indicado anteriormente y que Semerari et al (2001, 2002a) describen ampliamente.

En el presente artículo se muestra cómo trabajar con pacientes considerados difíciles –pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria, consumidores de sustancias psicoactivas, con trastornos de la personalidad, etc.–, desde una perspectiva cognitivo-evolutiva. El modelo cuenta con las aportaciones de la perspectiva evolutiva de Vittorio Guidano, la teoría del apego de Patricia Crittenden, el trabajo con pacientes con trastornos de la personalidad de Semerari et al., y las contribuciones de Safran y Segal sobre la relación terapéutica, entre otros. Después de presentar los fundamentos epistemológicos de esta perspectiva terapéutica y la metodología de cada modelo, se presentará un caso con toda la información disponible organizada de modo estratégico para facilitar la intervención.

Palabras clave: *Psicoterapia cognitivo-evolutiva, teoría del apego, funciones metacognitivas, ciclos interpersonales disfuncionales, organizaciones de significado personal.*

Referencias bibliográficas:

- AINSWORTH, M. et al (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BOWLBY, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- CRITTENDEN, P. (2000). Moldear la arcilla El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 41, pp. 67-82.
- CRITTENDEN, P. (2001). Transformaciones en las relaciones de apego en la adolescencia: adaptación frente a necesidad de psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 48, pp. 33-62.
- CRITTENDEN, P. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.
- DIMMAGIO, G. PROCACCI, M. Y SEMERARI, A. (2002, original de 1999). *Déficit de compartición y de pertenencia*. En Semerari, A. (2002). *Psicoterapia del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: DDB.
- DODET, M. (2002) El cambio posible, un caso clínico: El Hombre de la barca. *Revista de Psicoterapia*, 50/51, pp. 91-100.
- FEIXAS, G. y VILLEGAS, M. (1990). *El constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FONAGY, P. (1995). *Attachment, the Reflective self and Borderline States*, en Goldberg, S., Muiz, R. Y Keer, J. (Comps). *Attachment Theory. Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- FONAGY, P. (2000a). *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría*. Aperturas Psicoanalíticas nº 3. (www.aperturas.org)
- FONAGY, P. (2000b). *Apegos patológicos y acción terapéutica*. Aperturas Psicoanalíticas nº 4. (www.aperturas.org)
- GREENBERG, L.S & KORMAN, L. (1993). La integración de la emoción en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 16, pp. 5-19.
- GREENBERG, L.S.; RICE, L.N., ELLIOTT, E. (1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona. Paidós.
- GREENBERG, L.S y PAIVIO, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona. Paidós.
- GUIDANO, V. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford. (Traducción al castellano por Editorial Cuatro Vientos, 2006).
- GUIDANO, V. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva post-racionalista*. Barcelona: Paidós. (Original de 1991).
- GUIDANO, V. & QUIÑONES, A. (2001). *El modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y crítica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- LAMBRUSCHI, F. (2001). Centralidad de la óptica evolutiva en el cognitivismo clínico postracionalista y nuevos argumentos explicativos de la psicopatología infantil. *Revista de Psicoterapia*, 48, pp. 5-32.
- LINEHAN, M. (2003). *Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Barcelona: Paidós.

- LIOTTI, G. (1993). Emociones, motivaciones y cogniciones en el proceso de la psicoterapia cognitiva: intersección entre cognitivismo y epistemología evolucionista. *Revista de Psicoterapia*, 16, pp. 57-68.
- LIOTTI, G. (2001). De la teoría del apego a la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 48, pp. 63-85.
- MAHONEY, M.J. (2005). *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Barcelona: Paidós
- PASCUAL, J.L. (2005). Tratamiento integrado de los trastornos de la conducta alimentaria desde una óptica cognitivo-evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 58-59, pp. 165-189.
- QUIÑONES, A.T. (1998). *Significado social e viabilidade emocional narrativa*. En F. Franklin y C. Nabuco (Eds). *Psicoerapia e constructivismo: consideracoes teóricas e práticas*. Brasil: Editora Artes médicas.
- QUIÑONES, A.T. (2000). Organización de significado personal: una estructura hermenéutica global. *Revista de Psicoterapia*, 41, pp. 11-33.
- QUIÑONES, A.T. (2002). *De la dinámica afectiva-cognitiva a la emergencia de significado narrativo: análisis de un proceso psicoterapéutico*. *Revista de Psicoterapia*, 50, 195-220.
- SAFRAN, J. & SEGAL, Z. (1994). *El proceso interpersonal en terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós. (Original de 1991).
- SAFRAN, J. & MURAN, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- SEMERARI, A. (1991). Hacia una teoría cognitiva de la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 5 pp. 5-25.
- SEMERARI ET AL. (2001). Modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 45, pp. 5-18.
- SEMERARI, A. (2002a). *Psicoterapia del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: DDB.
- SEMERARI, A. (2002b). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- STROUFE, A. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford University Press.
- WEISS, J. (1993). *How Psychotherapy Works*. New York: Guilford.