

UN MODELO TRANSDIAGNÓSTICO GUIADO POR EL SELF:

Una visión ampliada de la psicoterapia cognitivo analítica

A TRANSDIAGNOSTIC SELF GUIDED MODEL:

An extended approach to cognitive analytic therapy

Carlos Mirapeix

Psiquiatra y Psicoterapeuta Cognitivo Analítico

Director de FUNDIPP

Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad. Santander. España
Co-Director del Curso de Especialista Universitario de Trastornos de la Personalidad.
Universidad de Deusto. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mirapeix, C. (2018). Un modelo transdiagnóstico guiado por el Self: Una visión ampliada de la psicoterapia cognitivo analítica. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 111-133.

Resumen

Abordamos en este artículo una comprensión de los modelos transdiagnósticos guiados por el self y mediados por una formulación de caso de orientación transdiagnóstica, que intenta sintetizar los mecanismos transdiagnósticos de vulnerabilidad y de acción. Los conceptos actuales sobre el self permiten describir con mayor precisión patrones que permiten operativizar algunos de sus componentes y así poder avanzar en una futura metodología de evaluación con una mayor validez empírica. La implementación de tratamientos transdiagnósticos irán desde la mayor estructuración del tipo de técnicas que pueden utilizarse para modificar determinados mecanismos, siendo necesario e inevitable encajarlos con lo auténticamente individual de los pacientes que tratamos, su identidad, su self y por ende sus patrones de relación interpersonales.

Palabras clave: psicoterapia, integración, transdiagnóstico, técnica.

Abstract

In this article, we address an understanding of self guided transdiagnostic models and a transdiagnostically oriented case formulation, which attempts to synthesize the transdiagnostic mechanisms of vulnerability and action. The current concepts of the self allow us to describe with greater precision patterns that allow us to operationalize some of its components and thus advance in a future evaluation methodology with greater empirical validity. The implementation of transdiagnostic treatments will range from the greater structuring of the type of techniques that can be used to modify certain mechanisms, being necessary and inevitable to fit them with the authentically individuality of the patients we treat, their identity, their self and therefore their patterns of interpersonal relationships.

Keywords: psychotherapy, integration, transdiagnosis, technique.



Introducción:

En un artículo reciente abordaba los modelos transdiagnósticos, su aplicación a los trastornos de la personalidad y, concretamente, describía brevemente la psicoterapia cognitivo analítica multifásica (Mirapeix, 2017a). Situaba estos abordajes en el contexto de la segunda generación de modelos integradores en psicoterapia (Mirapeix, 2015) donde los modelos transdiagnósticos –originariamente procedentes de los modelos de terapia cognitivo conductual– y que actualmente se incorporan también desde los modelos integradores (ver Livesley y Mansell, 2018, en este número). En este artículo voy a describir con más detalle una ampliación metacognitiva, relacional y transdiagnóstica de la psicoterapia cognitivo analítica (Ryle y Kerr, 2006), sus características innovadoras y alguna de las implicaciones que tiene en la evaluación, reformulación e implementación técnica. Este desarrollo que amplía y extiende la PCA, es un modelo, que, entiendo articula los mecanismos transdiagnósticos desde una nueva perspectiva en la que su comprensión ideográfica está vinculada al self, a la metacognición y a los componentes relacionales.

En esta dirección de mi visión centrada en la personalidad y, por ende, en el self y las relaciones interpersonales, subyace una concepción puramente transdiagnóstica sustentada en la detección e intervención focal sobre mecanismos transdiagnósticos. Estos, siendo importantes como lo son, adquieren su auténtica dimensión ideográfica cuando son referidos a la identidad del individuo y al como éste se relaciona con los demás y con el mundo.

Los que procedemos del campo de la integración en psicoterapia (Norcross, Gokdfried y Zimmerman, 2017) y que además pertenecemos a ese grupo de integradores adheridos a una concepción de integración teórica más allá de los factores comunes (Beitman y Yue, 2003) y del eclecticismo técnico (Beutler y Clarkin, 2014), sabemos de la importancia de tener un buen marco teórico de referencia que permita seleccionar la complejidad de lo observado y darle forma en la reformulación de caso. Esta, forzosamente, siempre va a estar guiada por la teoría sustanciada en la reformulación de caso y es siempre desde un marco teórico desde donde entendemos que pueden articularse de forma coherente e integrada la multitud de elementos observados (Ryle y Kerr, 2006; Eells, 2011; Kuyken, Padesky y Dudley, 2008; Persons, 1989) y especialmente de forma muy reciente una concepción de formulación transdiagnóstica de caso (Frank y Davidson, 2014).

La evidencia de la investigación ha permitido desarrollar tratamientos basados empíricamente en muchos trastornos psicopatológicos y, recientemente, se han desarrollado modelos de intervención que más que focalizar en trastornos específicos establecen su foco de intervención en aquellos mecanismos transdiagnósticos que son comunes y que subyacen a muchos de los procesos psicopatológicos que se tratan (ver González-Blanch et al., 2018; Gómez, 2018; Fernández-Alvarez et al., 2018; Belloch y Pascual-Vera, 2018; en este número).

UNA CONCEPCIÓN AMPLIADA DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA.

Desde su origen, el modelo cognitivo analítico no fue diagnóstico específico (Ryle y Kerr, 2006) y sus desarrollos conceptuales, teóricos y de metodología de evaluación e implementación técnica encajan perfectamente con los planteamientos actuales de los modelos transdiagnósticos (Chaneny, McCutcheon y Kerr, 2014, Mirapeix, 2017a).

Desde el inicio estuvo centrado en la evaluación de los procedimientos a través de los cuales el sujeto organiza su conducta y en la tipificación de lo que se denominan distorsiones cognitivas que en su momento se llamaron: trampas dilemas y pegadas (Ryle, 1979). La importancia de la regulación emocional y la vinculación de los procesos de regulación cognitivo emocional con las estructuras centrales de significación y los esquemas interpersonales que forman lo nuclear del individuo están presentes en el modelo cognitivo analítico desde el inicio.

Comprender la estructura de la PCA desde esta perspectiva de la utilización de los mecanismos transdiagnósticos como una nueva aportación que enriquece el modelo terapéutico clásico. Los mecanismos transdiagnósticos han sido denominados de diferentes maneras, como procesos psicológicos, factores de riesgo, factores de vulnerabilidad transdiagnóstica, vulnerabilidades cognitivas, constructos cognitivos y emocionales, mediadores o moderadores entre otros mecanismos y síntomas, mecanismos de mantenimiento, mecanismos de afrontamiento, así como patrones de respuesta entre otros.

Insertar aquí diagrama 1

Este bucle es común a cualquier terapia que esté comprometida con la evaluación sistemática de los resultados obtenidos. La característica fundamental de ese diagrama que quiere ser transdiagnóstico, consiste en que el proceso de evaluación va más allá de estar centrado en la evaluación clínica, que también, sino que desde el inicio se realizará un microanálisis de las hipótesis diagnósticas y de los problemas que presenta el paciente, intentando detectar cuáles son los mecanismos transdiagnósticos implicados que subyacen a la sintomatología que el paciente trae consulta. Hay una detección de los mecanismos de vulnerabilidad y de respuesta, desarrollándose de forma progresiva micro hipótesis de complejidad creciente que van a permitir por terminar construyendo junto con el paciente una reformulación de características transdiagnósticas (Frank y Davidson, 2014).

La circularidad descrita en el párrafo anterior ha estado presente en el modelo cognitivo analítico desde el inicio. Esta forma de ver las cosas, integra la neurobiología, el procesamiento de información, los nodos claves de: atención, atribución, predicción y planificación ejecutiva, acción, y feedback. Todo ello es coherente con la psicoterapia cognitivo analítica, con el proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC) (Mirapeix, 2015) y resulta una forma innovadora, transteórica (Prochaska y Norcross, 2013) y auténticamente

integradora de practicar la psicoterapia. Este modelo, sí que me parece un modelo auténticamente transdiagnóstico y sustentado en los conocimientos científicos disponibles en el momento actual (Mirapeix, 2017b).

También, cómo no, los modelos transdiagnósticos tienen una serie de limitaciones, algunas de las cuales son planteadas desde la propia PCA. Además de la comorbilidad que sabemos, y de la aplicación de protocolos manualizados para los trastornos concretos, hay más dificultades añadidas:

- La variabilidad intra individual sustanciada en una patoplastia genuinamente individualizada, como un buen análisis fenomenológico pondría de manifiesto.
- La evidencia subjetiva de los síntomas y su significado personal.
- La influencia de variables temperamentales y de personalidad.
- Una concepción auténticamente ideográfica de la psicopatología no es posible sin una concepción y uso del Self y de la identidad a nivel intraindividual.
- Por otro lado, hay una variabilidad intra e interindividual de índole cognitivo social (Mischel, el modelo CAPS) que está vinculada a los patrones interpersonales de relación, que condicionan de nuevo una visión ideográfica entendida desde una perspectiva relacional.
- Por último, y aplicable a muchos de los desarrollos americanos, hay una ausencia casi total de un análisis contextual en términos sociológicos, culturales, económicos, de valores, espirituales y políticos.
- No quiero dejarme en el tintero las aportaciones derivadas de la transculturalidad, el género y las ecológicas.
- Finalmente, hay una desatención a las capacidades, fortalezas, resiliencia, valores positivos dejando por olvidado todo el proyecto de valores en acción (Peterson y Seligman, 2006)

UNA VISIÓN TRANSDIAGNÓSTICA DEL SELF:

Los resultados de la investigación desde varias perspectivas teóricas han demostrado que los factores individuales relacionados con las cogniciones, esquemas tempranos y el Self, tienen un impacto en el resultado de la psicoterapia en diferentes trastornos (Kyrios y Nedeljkovic, 2016). Resulta especialmente interesante un estudio en el que se demuestra como los esquemas tempranos maladaptativos están relacionados con el resultado terapéutico en los pacientes con trastornos obsesivo compulsivos (Haaland et al., 2011). Una mejor comprensión del self y los constructos relacionados con el cómo son los esquemas tempranos y los estilos de apego en los diferentes trastornos psicológicos, va a ofrecer nuevas vías para comprender y avanzar en el entendimiento de los diferentes trastornos psicológicos y su tratamiento. El concepto de Self es un constructo complejo y multidimensional, que ha sido de interés para los investigadores de la psicología humana del desarrollo a lo largo de la historia. El término self ha sido utilizado por diferentes teóricos de

formas muy distintas (Katzko, 2003). De tal forma, que se le ha considerado como un constructo difuso que ha sido definido como: esquema, prototipo, representación cognitiva, constructo multidimensional jerárquico, secuencia narrativa, descriptor lingüístico, proceso, y una teoría psicológica elaborada en otros términos (Brinthaupt y Lipka, 1992). En cualquiera de los casos es un concepto que engloba muchos de los conocimientos biológicos, evolutivos, intra e interpersonales y factores contextuales que utilizamos en la formulación de casos y que subyacen al desarrollo y mantenimiento de muchos de los problemas psicológicos.

Tal y como he mencionado en otros apartados, una auténtica individualización y concepción ideográfica de la utilización de los mecanismos transdiagnósticos debe de estar vinculada a lo que esencialmente es el individuo, es decir a su self. En definitiva, podríamos sintetizar que la opción terapéutica transdiagnóstica que planteo está vinculada al self y a la personalidad del individuo. Sólo desde esta perspectiva es posible hacer una formulación integrada, coherente, individualizada, que tenga en cuenta los componentes ideográficos del sujeto.

El interés en ganar en eficacia terapéutica y en demostración científica de la misma ha permitido llevar los tratamientos, preferentemente cognitivo conductuales, a un nivel de reconocimiento científico que ha conseguido que sean avalados por agencias de prestación de servicios clínicos y por instituciones dedicadas a la financiación de proyectos de investigación (ver González-Blanch et al., 2018, en este número). Sin embargo, esta focalización en la eficacia de resolver trastornos psicopatológicos específicos ha olvidado de alguna manera prestar atención a la naturaleza del individuo que presenta una psicopatología concreta. La práctica clínica ha ido dejando de lado algunos aspectos muy importantes de la rica historia personal de cada individuo que impacta e influye en el desarrollo del trastorno y en su trayectoria a lo largo de la vida del sujeto o del propio tratamiento que se esté implementando (Kyrios y Nedeljkovic, 2016).

El planteamiento transdiagnóstico necesita de una visión ideográfica que permita identificar los predictores, mediadores y moderadores de la respuesta terapéutica con la intención de incrementar el conocimiento de cómo personalizar las intervenciones para cada cliente (McMain, Newman, Segal y DeRubeis, 2015). Pero aún y con todo, sabemos que el self es un concepto extenso, confuso y enredado, sin referentes empíricos (Westen y Heim, 2003).

Dada la importancia que concedo al self en el planteamiento que estoy haciendo, que en parte está inspirado por mi experiencia clínica y en gran medida por la introducción de la importancia del self y las relaciones interpersonales en los nuevos criterios diagnósticos propuestos en la sección III del DSM-5, resulta obligado incorporar a la concepción del self descriptores que permitan operativizar su complejidad, y recientemente hemos tenido que lo oportunidad de contar con un modelo que lo facilita. Este modelo de categorización de diferentes subcomponentes del self, está basado en una concepción denominada la teoría de los patrones del Self (Gallagher y Daly, 2018) y se describen varios componentes.

Elementos corporeizados: factores biológicos, ecológicos e interoceptivos esenciales, que permiten que el sistema distinga entre sí mismo y lo que no es el sí mismo. Algo extremadamente básico para todo tipo de comportamiento animal.

Elementos experienciales mínimos: experiencia en primera persona, pre-reflexiva, consciente, reflejando sobre la distinción del Self/ no Self, manifestadas en varias modalidades sensorio-motoras (kinestesia, propiocepción, tacto, visión, etc.). incluyendo un sentido de autoría (de mismidad o de experiencia propia) y un sentido de propiedad de las acciones propias.

Aspectos afectivos: afecto/emoción/temperamento, desde afectos corporales hasta lo que puede ser un patrón afectivo o emocional típico.

Aspectos conductuales: las conductas y acciones son las que nos hacen ser quienes somos, los hábitos de comportamiento reflejan y, tal vez en realidad, constituyen nuestro carácter. Esta es una visión clásica que se remonta a un tiempo anterior a Aristóteles.

Interacciones intersubjetivas y capacidades: los humanos nacen con la capacidad de sintonizar con la existencia intersubjetiva, que se desarrolla en una autoconciencia social, un yo para los demás, que se manifiesta conductualmente en el auto-reconocimiento en el espejo y en el sistema neuronal espejo.

Elementos psicológicos y cognitivos: las teorías tradicionales del Self se focalizan en estos factores, que pueden ir desde el Self explícito hasta una comprensión conceptual de la autoconciencia, del self como self, pasando por rasgos de personalidad de los que uno puede no ser autoconsciente en absoluto. La continuidad psicológica y la importancia de la memoria se destacan en la literatura sobre la identidad personal.

Capacidades reflexivas: la capacidad de reflexionar sobre las experiencias y acciones propias - estrechamente relacionadas con las nociones de autonomía y personalidad moral, incluyendo la capacidad de reflexionar y formar voluntades de segundo orden sobre los propios deseos.

Capacidades narrativas: aunque algunos teóricos hacen la afirmación contundente de que las narrativas son constitutivas para el self, desde la teoría de los patrones del Self se puede perder la capacidad de construir una auto-narrativa (como en los casos de disnarrativa) y seguir siendo uno mismo en la medida en que otros elementos del patrón permanezcan en su lugar.

Factores localizados y extensos: Incluyendo las posibilidades que presentan los componentes físicos y las varias cosas que poseemos. No sólo podemos identificarnos con nuestras pertenencias materiales, las tecnologías que utilizamos, nuestras profesiones y las instituciones que utilizamos. También estamos dinámicamente relacionados con las posibilidades de acción que ofrecen.

Factores normativos: que van desde las posibilidades que nos ofrece el tipo de estructura familiar y la situación en la que crecimos, hasta las prácticas culturales y normativas, pasando por la salud física y mental, la raza el género y el estatus económico, que definen nuestro modo de vida (Gallagher y Daly, 2018).

Desde este modelo resulta más amigable y con más posibilidades a nivel teórico y técnico, ensamblar los mecanismos transdiagnósticos con los diferentes patrones del self descritos por el autor.

REFORMULACIÓN TRANSDIAGNÓSTICA:

La reformulación en esencia consiste en una teoría que culmina la evaluación y surge tras haber realizado la misma. Los datos recogidos en ella, la priorización que sobre los mismos establece, y el ensamblaje que se realiza de toda la información temida son inevitablemente guiados por la teoría que guía al terapeuta. Estar conlleva una forma específica de comprender al ser humano y es una manifestación no sólo del marco teórico del terapeuta sino de la expresión de su estructura interna.

Focalizando en los mecanismos transdiagnósticos, tenemos la intención de tender puentes que sirvan de unión la ciencia clínica y la práctica. En este tender puentes estamos otra vez en lo mismo, no hay puente posible que no esté construido de una meta teoría que articule la múltiple información que intentamos ensamblar.

Y qué mecanismos transdiagnósticos vamos a tomar en consideración:

Las concepciones transdiagnósticas van acompañadas de la descripción y selección sobre cuáles son los mecanismos transdiagnósticos en los que vamos a focalizar nuestra atención. Estamos llegando a un momento en el que cada vez hay más mecanismos descritos (Silva, 2016) y hay un reto de seleccionar y categorizar cuáles son los más importantes y con una mayor aplicación y utilidad clínica. Presento, a continuación, una clasificación en la siguiente tabla que creo nos va a servir para poder comprender y seleccionar de manera más ajustada los mecanismos incluidos (Frank y Davidson, 2014).

La división realizada en mecanismos de vulnerabilidad y mecanismos de respuesta tiene una gran utilidad clínica. En el proceso de reformulación en primer lugar tenemos que tener claro cuáles son los mecanismos de vulnerabilidad que han intervenido en la génesis del problema y algunos de los mecanismos implicados contribuyen a darle una explicación inicial los síntomas. Su inmediata relación con los mecanismos transdiagnósticos de respuesta, nos lleva a una comprensión en términos funcionales de cómo el sujeto ha pasado de los síntomas iniciales, a través de mecanismos transdiagnósticos de vulnerabilidad, a organizar una conducta a través del uso de mecanismos transdiagnósticos de respuesta, que contribuyen a comprender de forma más completa el proceso de organización de su conducta y las dificultades que tiene. Esto nos permite reformular de forma más integral la relación de esta comprensión descrita con los factores predisponentes y precipitantes y también con los factores mantenedores.

Como luego veremos esta comprensión de los mecanismos transdiagnósticos bien vulnerabilidad y otros de respuesta, van a tener una influencia directa en la selección terapéutica. Un abordaje transdiagnóstico puro, centrado en mecanismos y procesos transdiagnósticos, no ofrece una autentica comprensión del individuo,

TABLA 1: *Mecanismos transdiagnósticos*

MECANISMOS TRANSDIAGNÓSTICOS	
MECANISMOS DE VULNERABILIDAD	MECANISMOS DE RESPUESTA
Predisposiciones neuro psicológicas Déficits en: <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento ejecutivo • Procesamiento de información, almacenamiento y recuperación • Regulación emocional • Regulación del sueño 	Evitación experiencial <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de evitación y escape: <ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de seguridad Búsqueda de reaseguramiento Compulsiones • Evitación conductual (situacional) • Evitación cognitiva <ul style="list-style-type: none"> Control de pensamiento Supresión de pensamiento Preocupación (como función) • Evitación interoceptiva (somática) • Evitación emocional • Conductas dirigidas por la emoción
Respuestas aprendidas <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje condicionado reponente clásico paulobiano. • Condicionamiento operante • Modelado 	Malinterpretaciones cognitivas
Creencias persistentes <ul style="list-style-type: none"> • Esquemas negativos • Creencias meta cognitivas 	Foco atencional
Constructos cognitivos específicos <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad a la ansiedad, Control percibido, intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo, miedo a la evaluación, orientación negativa los problemas, exceso de responsabilidad y estimación de la amenaza e hipersensibilidad a la enfermedad o al daño. 	Sesgos atribucionales <ul style="list-style-type: none"> • Internalizadores (autosabotaje / auto ataque) • Externalizadores (atacar a los otros)
Constructos multidimensionales <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia al distress 	Pensamiento negativo repetitivo <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación (como proceso) • Rumiación • Procesamiento post suceso

de la persona que está detrás de los síntomas; eso requiere de una reformulación con una perspectiva ideográfica. La formulación de casos hace un elogio y alabanza de la flexibilidad y el empiricismo, permitiendo al terapeuta quedarse un paso fuera de los protocolos manualizados e individualizar las intervenciones en un esfuerzo de conseguir una mejora de los resultados terapéuticos (Persons, 1989).

Incluso cuando estamos intentando abordar un constructo concreto y singular dentro de un trastorno psicopatológico concreto, como por ejemplo la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada, los terapeutas deben de considerar múltiples hipótesis en la formulación, como pueden ser: la evitación cognitiva, la

tolerancia a la incertidumbre y la desregulación emocional (Baer et al., 2012). De alguna forma, inherente a la concepción centrada en la formulación de casos, se encuentra implícita en ella alguna concepción ideográfica que va más allá de la rigidez de un protocolo de tratamiento hacia un mapa de las rutas transdiagnósticas.

Hoy en día, la formulación de casos es recomendable en cualquier caso que se esté tratando con psicoterapia y lo es especialmente cuando uno trata pacientes con trastornos de personalidad. La formulación de casos en psicoterapia pretende guiar el tratamiento a través de una comprensión más amplia del individuo, tanto a nivel biológico, como evolutivo, intra e interpersonal, así como tomando en cuenta aquellos factores contextuales o vulnerabilidades que subyacen en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicológicos y los problemas específicos de los individuos (Kuyken, Padesky y Dudley, 2008).

Una vez identificados los mecanismo transdiagnósticos y establecidas las metas en relación a los mecanismos de cambio que van a ayudar a los pacientes a conseguir las metas deseadas, el terapeuta está preparado ya para seleccionar las intervenciones y poner en práctica un plan de tratamiento. Hay muchas de las intervenciones que se emparejan de forma lógica con algunos de los mecanismos transdiagnósticos específicos, por ejemplo: La activación conductual para la conducta apática existente, la reestructuración cognitiva para los errores de apreciación cognitiva, pero sin que exista una relación simple uno a uno entre los mecanismos trasdiagnosticos y las intervenciones clínicas.

De hecho, un gran número de intervenciones posibles pueden ser efectivas en focalizar en algunos mecanismos seleccionados, dependiendo esto de los problemas que presenta el paciente, como se manifiestan esos mecanismos, cuales son las metas globales que se han trazado en el tratamiento y donde se encuentra el paciente en el proceso de cambio continuo que supone toda psicoterapia.

La elegancia de este mapa de mecanismos transdiagnósticos y de reformulación transdiagnósticas subyace o se manifiesta en el hecho de que hay una gran especificidad entre las características de cada paciente, su presentación clínica, su personalidad y la forma global que se da a la formulación transdiagnóstica.

Con vista a ayudar a los clínicos a que puedan elegir entre un número cada vez mayor de opciones terapéuticas, el texto mencionado de Frank y Davidson (2014) desarrolla un sistema de categorización que identifica las propiedades funcionales de las intervenciones y permite al terapeuta considerar su utilidad a la hora de focalizar en las metas de cambio individualizadas desde una perspectiva de los mecanismos transdiagnósticos con vistas a conseguir los resultados deseados.

IMPLEMENTACIÓN TÉCNICA: una perspectiva politécnica transdiagnóstica guiada por el self.

Llegados hasta aquí, la organización del material y la discriminación entre mecanismos transdiagnósticos de vulnerabilidad y de respuesta nos lleva también a desarrollar una comprensión de la planificación terapéutica desde un punto de

vista de selección estratégica y técnica orientada por una comprensión transdiagnóstica de la implementación del tratamiento. Para ello incluyó la siguiente tabla una síntesis que nos permite realizar una categorización funcional de las intervenciones.

TABLA 2: *Categorización funcional de las intervenciones terapéuticas*

CATEGORIZACION FUNCIONAL DE LAS INTERVENCIONES TERAPEUTICAS
<i>Intervenciones que incrementan la comprensión y la motivación:</i>
o Psicoeducación
o Conversación sobre la ambivalencia y la motivación al cambio.
o Análisis de coste beneficio.
o Identificación de valores.
<i>Intervenciones que facilitan poder observar con perspectiva el problema (descentramiento):</i>
o Deconstrucción y análisis del problema.
o Auto monitorización.
o Mindfulness.
o Descentramiento mindful.
o Aceptación y validación.
o Defusión cognitiva.
<i>Estrategias nucleares para el cambio:</i>
o Activación conductual.
o Contingencias conductuales.
o Reestructuración cognitiva.
o Cambio de esquema.
o Experimentos conductuales.
o Técnicas de entrenamiento en atención.
o Entrenamiento en atención situacional.
o Estrategias de retardo.
o Exposición (conductual, cognitiva, emocional e interoceptiva).
o Entrenamiento en mente compasiva y reescritura imaginaria.
o Habilidades de tolerancia al distress.
o Habilidades de regulación emocional.
o Habilidades de efectividad interpersonal.
<i>Habilidades de ayuda al entrenamiento ante problemas específicos :</i>
o Reentrenamiento en respiración.
o Relajación muscular progresiva.
o Relajación aplicada.
o Imaginería guiada.
o Manejo de la hostilidad
o Resolución de problemas
o Organización y planificación
o Manejo del tiempo
o Manejo del sueño
o Estrategia para la resolución de problemas de la alimentación
o Estrategias focalizadas en el cuerpo y en conductas repetitivas

Dividen los autores las intervenciones en cuatro categorías: Aquellas que incrementan la comprensión del paciente acerca de sus problemas y su motivación

para implicarse en el tratamiento. Aquellas otras intervenciones que facilitan la habilidad del individuo de dar un paso atrás en relación a sus problemas. Las estrategias nucleares de cambio derivadas de los protocolos de tratamiento basados en la evidencia para ganar en perspectiva. Y, por último, aproximaciones que ayudan al paciente a desarrollar y mejorar un amplio espectro de habilidades que le permitan resolver los problemas.

Hacer un recorrido por cada una de las secciones y técnicas que se mencionan en la tabla anterior excede en el objetivo de este artículo y el espacio asignado a él. Sin embargo, creo que va a resultar de utilidad profundizar en alguna a la de las intervenciones sugeridas viendo su ensamblaje con los distintos mecanismos transdiagnósticos.

En el apartado siguiente voy presentar como se realiza el ensamblaje de alguna de las intervenciones con aquellos aspectos de la personalidad y del self en algunos casos concretos que utilizare como ejemplo.

Pero antes quiero formular algunas recomendaciones.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PREVIAS:

Sobre la presencia terapéutica:

En un artículo anterior, concretamente el de “La conciencia reflexiva del Self relacional” (Mirapeix, 2015), hablaba de la necesidad de formar a los terapeutas en Mindfulness y en la realización de un trabajo breve de psicoterapia personal en vista de poder facilitar lo que denominamos el proceso de presencia terapéutica. Esta va a ser necesaria para que el terapeuta sea capaz de poder dar un paso atrás, observarse a sí mismo, observar al paciente y observar la circularidad relacional y la influencia mutua del paciente en él y de él en el paciente. Entendemos que esta actitud de presencia terapéutica y de circularidad en un proceso de observación del propio terapeuta, del paciente y de la interacción, forma parte de la manera de realizar una psicoterapia altamente eficaz, que permita no estar preso de influencias personales que puedan ser negativas y que sesguen nuestra intervención, así como poder observar con mayor nitidez y detalle los movimientos emocionales que percibimos en el paciente (Mirapeix, 2017c).

Si queremos invitar al paciente a que realice algo similar, a que sea capaz de distanciarse de sus problemas, dar un paso atrás, incrementar su capacidad de auto observación, la del otro, de los procesos relacionales que se ponen en funcionamiento y del contexto en el que todo sucede, es absolutamente recomendable que si nosotros nos hemos entrenado para saber hacerlo, va a resultar más fácil poder ayudar al paciente a que haga lo mismo.

Por otro lado, me gustaría comentar la utilidad del entrenamiento en Mindfulness en el autocuidado; algo útil para la vida en general, para cualquier terapeuta y especialmente para los que trabajan con pacientes con trastornos graves de la personalidad.

ALGUNOS EJEMPLOS PRÁCTICOS:

Intervenciones que incrementan la comprensión y la motivación:

Las intervenciones discutidas en esta sección pueden ser utilizadas a lo largo del todo tratamiento para incrementar la comprensión del individuo acerca de sus problemas y la motivación para cambiar conductas inefectivas e implicarse en intervenciones clínicas que le sean de utilidad.

Hace mención en este apartado a la psicoeducación, a la conversación acerca de la ambivalencia y la motivación al cambio, habla acerca de la relación entre el análisis del coste y beneficio y ayudar al paciente a identificar una serie de valores que tienen que ver con su forma de vivir.

En primer lugar hay un concepto muy antiguo de Wilhelm Reich y Luis Fabricant (1957), en relación a que los síntomas de un trastorno de personalidad, por definición, son egosintónicos. El trabajar con cualquier paciente en psicoterapia desde una perspectiva orientada a la personalidad, supone inicialmente un proceso de auto observación que le permita identificar cuáles son aquellos rasgos de su funcionamiento personal que pueden estar influyendo de manera negativa en su malestar, en sus formas de automanejo y relación de interpersonal, que influyen en el desencadenamiento, mantenimiento e incluso en empeoramiento de la problemática psicológica individual y la disfunción de adaptación interpersonal y social. Es decir, transformar aquellos rasgos de funcionamientos psicológicos vinculados al temperamento y la personalidad que son egosintónicos en egodistónicos, es decir, tomar conciencia de que hay patrones de conductas, bien sean temperamentales o derivados de la estructura de personalidad, que tienen una influencia negativa en el funcionamiento psicológico, automanejo y adaptación relacional y social, es un paso fundamental en las intervenciones transdiagnósticas integradoras y guiadas por la personalidad.

Por otro lado hay una clasificación muy simple realizada por Peter Tyrer, Sarah Mitchard, Caroline Methuen y Maja Ranger (2003) que subdivide los diferentes tipos de trastornos de personalidad que denomina Tipo R y Tipo S. Entendiendo por Tipo R aquellos pacientes que rechazan el tratamiento (Refusing) y aquellos otros que denomina Buscadores del tratamiento o Tipos S (Seeking). Esta subdivisión tan simple puede actuar a modo de variable transdiagnóstica en la que aquellos pacientes que rechazan el tratamiento requieren un trabajo específico de psicoeducación e intervenciones motivacionales dirigidas a cambiar al paciente de su actitud de rechazo al tratamiento a interesarlo en implicarse en él.

En el párrafo anterior hemos hablado de dos aspectos que son especialmente relevantes y que vienen incluidos en lo que los autores señalan como intervenciones iniciales dirigidas a incrementar la comprensión y la motivación. Me estoy refiriendo específicamente a intervenciones psicoeducativas y motivacionales.

Intervenciones que facilitan dar un paso atrás para metaobservar el problema.

Las técnicas que se describen en este apartado y que las hemos recogido anteriormente son: deconstrucción y análisis de los problemas, automonotorización, Mindfulness, desapego Mindful, aceptación y validación y por último defusión cognitiva.

Todas estas estrategias que podemos utilizar desde el punto de vista de intervención transdiagnóstica dirigida a incrementar la capacidad de descentramiento y auto observación del paciente para poder observar con cierta distancia y una pretendida objetividad sin dejarse llevar por reacciones emocionales automáticas, exigen un entrenamiento en Mindfulness y en habilidades de auto observación de múltiples niveles que vienen señalados en las técnicas mencionadas.

De nuevo hago hincapié en que ha de ser el terapeuta el que tenga un entrenamiento personal para poder hacer esto y así poder facilitar el aprendizaje de estas habilidades de descentramiento, distanciamiento, defusión, etc, en el paciente.

Sin lugar a dudas estas intervenciones no solo van a facilitar la capacidad de auto y hetero observación del paciente con vistas a identificar las características de sus problemas y los subcomponentes de procedimientos disfuncionales para poder resolver así los problemas clínicos por los que consultaba, sino que, además, el entrenamiento de este tipo de técnicas que facilitan el distanciamiento y descentramiento de las experiencias vitales inmediatas, facilitan una actitud vital y una forma de enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana totalmente diferente y a mi juicio absolutamente recomendable.

Nada de lo que no sea capaz de observar con distancia, claridad, descomponiendo los diferentes elementos que la dan forma y sabiendo visualizar la secuencia de comportamientos y procedimientos que se ponen en funcionamiento para el despliegue de determinadas conductas, no va a ser posible que pueda cambiarlo siendo consciente de lo que cambio, porque y para qué lo cambio.

Estrategias nucleares para el cambio:

El cambio para que sea eficaz debe de ser identificado en sus componentes por parte del paciente.

A lo largo de los años de mi práctica psicoterapéutica he tenido cada vez más clara la necesidad de matizar y detallar la respuesta que el paciente da a cuando le preguntamos: ¿Qué tal se encuentra después de la semana que ha pasado de la sesión anterior a hoy? Con frecuencia el paciente contesta: estoy mejor y el terapeuta con frecuencia pregunta: ¿en qué se encuentra usted mejor?, ambas preguntas son correctas pero hay un matiz especialmente importante vinculado a los procesos de cambio. ¿Qué es lo que usted está haciendo diferente en estos días?, ¿de qué manera está usted manejando sus emociones?, o ¿de qué forma está manejando usted las relaciones con las personas de su entorno?, o ¿con las situaciones de la vida de las que se encuentra inmerso, y de qué manera está usted haciendo algo diferente que le está haciendo encontrarse mejor? Esta capacidad de auto observación es llevada

y aplicada a la detección de los microprocedimientos implicados en el cambio a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Como bien he recogido en este apartado pueden haberse producido distinto tipo de cambios que tienen que ver con: activación conductual, cambios en las contingencias conductuales, proceso de reestructuración cognitiva, cambios en los esquemas nucleares, capacidad de desarrollar experimentos de tipo conductual o desarrollo de nuevas habilidades para modificar y gestionar la atención de una manera innovadora.

La capacidad de descentramiento y auto observación para poder identificar cada uno de los micro procesos que pueden estar activándose y ser responsables del cambio de comportamiento en el proceso psicoterapéutico forman parte de una comprensión transdiagnóstica que focaliza en los micro procesos implicados en el cambio y en la mejoría del paciente. Estamos claramente ante un enfoque integrador que prioriza la identificación de los estados mentales, de sus componentes, de los cambios sutiles de un estado mental a otro y de la necesidad de intervenir de forma secuencial favoreciendo el incremento progresivo de la función reflexiva (Mirapeix, 2014). Esta, la función reflexiva, es un mecanismo transdiagnóstico nuclear, que desde nuestra perspectiva actúa como un marcador estratégico. Cualquier intervención que se realice debe adaptarse a la zona de desarrollo proximal descrita por Vygotski, Cole y Luria (1996) y que esté bien ajustada al nivel de complejidad cognitiva en términos de una adecuada función reflexiva por parte del paciente.

La mejoría clínica especialmente en pacientes con trastornos de personalidad debe de ir acompañada siempre de un proceso progresivo de una mayor integración y coherencia de la identidad y una traducción de los procesos de evolución favorable en una mejora de las relaciones interpersonales. La psicoterapia cognitivo analítica tiene instrumentos técnicos propios como son la utilización de diagramas que se construyen conjuntamente con el paciente en que sintetizan de forma sencilla los procedimientos relacionales disfuncionales y sirven a su vez para señalar objetivos y tareas para casa con vistas a la mejora de los patrones de relación interpersonal. También, desde la perspectiva cognitivo analítica, hay un marco teórico de referencia para describir los patrones de relación interpersonal en términos de reciprocidad, aunque no es este el lugar para profundizar en ello. Si que quiero comentar que hay desarrollos actuales que he realizado, que de alguna forma simplifican los conceptos de relaciones interpersonales introyectadas, describiendo los patrones interpersonales desde una perspectiva cognitivo social, sustentando el modelo teórico en los desarrollos del modelo del sistema de procesamiento cognitivo afectivo de Mischel y Shoda (1995).

Técnicas de entrenamiento atencional:

Lo importante de la atención y de la focalización atencional no es solo la mejoría esperada en la detección de los diversos subcomponentes de la experiencia del aquí y del ahora. El control atencional debe implementarse desde una posición

de meta observación, debemos conseguir que se convierta en una actividad metacognitiva insertada en un proceso general de auto y hetero observación relacional y contextual (Mirapeix, 2015).

Esas técnicas que fueron inicialmente descritas por Papageorgiu y Adrian Wells (1998), forman parte integral de la terapia metacognitiva y pueden ser utilizadas de forma efectiva como una intervención única en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del afecto (Wells y Simons, 2009). Han sido diseñadas para cambiar el estilo atencional e incrementar la flexibilidad metacognitiva.

De acuerdo con el planteamiento teórico del autor, desde la perspectiva del modelo metacognitivo se asume que el control de la atención en algunos trastornos psicológicos se transforman en flexible y la atención se queda atrapada de forma perseverativa al focalizarla y centrarla en la preocupación basada en el procesamiento y monitorización de las amenazas. La redirección de la atención, situándola al margen de esta actividad de monitorización de las amenazas, suelen provocar como resultado una interrupción de lo que se denomina el síndrome cognitivo atencional, pasando a fortalecer de esta forma los planes metacognitivos que permiten controlar la cognición y favorecer un control ejecutivo mas flexible.

Con vistas a conseguir esto, por ejemplo: a los pacientes se les explica y anima a que atiendan selectivamente a sonidos particulares a la vez que se les estimula a que no atiendan a otros que actúan de forma competitiva, enseñándoles a poder cambiar la atención entre unos sonidos y otros para posteriormente facilitar que puedan aprender a prestar atención a sonidos múltiples de forma simultánea. Este tipo de técnicas de control atencional también pueden ser utilizadas con un tipo de estímulos visuales y o corporales.

Como puede intuirse la meta de este entrenamiento en control atencional, tiene como objetivo incrementar la conciencia y la capacidad de focalizar la atención y aprender a fortalecer el control sobre ella. Un entrenamiento similar es perfectamente posible en el caso de los trastornos de personalidad, tanto en procesos de regulación emocional como en la identificación de las dificultades relacionales que generan patrones interpersonales sustentados en tendencias reiteradas, por parte del sujeto, a percibir señales específicas de amenaza, rechazo o abandono procedentes del otro.

Diferentes trastornos de personalidad, en los procesos de construcción de los patrones de relación de interpersonal, prestan atención a determinados estímulos provenientes del otro que pueden ser expresivos de conductas que evocan amenaza, crítica, desprecio, atención, idealización, control, desprecio, búsqueda de presencia y protección... Los patrones de relación interpersonal, están sustentados en vínculos que manifiestan sus emergentes a través de señales corporales a las que las personas son especialmente sensibles y desde los esquemas personales de cada individuo tienden a un sesgo perceptivo preatencional de tal forma que, en función de la estructura de personalidad, vamos a tener una excesiva sensibilidad a detectar señales en el comportamiento del otro que encajan con nuestros esquemas

anticipatorios.

Una metodología similar a la descrita por Adrian Wells de favorecimiento de un distanciamiento y metaobservación que permita distanciarse de la excesiva carga emocional y de la focalización reiterada de un estímulo concreto, es la forma de favorecer un distanciamiento, ampliar la perspectiva de las distintas conductas que observamos y flexibilizar la atención a aquellos emergentes en los que nos fijamos, ampliando a distintos estímulos que nos da el otro, sin caer en una forma reiterada en interpretar su comportamiento, de modo que establezcamos una estructura fija y reiterada de un patrón de relación interpersonal. La descripción de estos cambios a nivel micro en los procesos de percepción de la señales del otro, anticipaciones relacionales desajustadas y desarrollo de nuevas formas de lectura de los mensajes del otro y desarrollo de nuevos patrones de comportamiento, pueden ser representadas en diagramas sencillos que sirvan de ayuda a la identificación de estos sesgos perceptivos y relacionales en la vida cotidiana del paciente.

Utilizando el procedimiento de auto y hetero observación relacional y contextual y para aplicar parte de lo que está defendiendo el autor, lo haríamos de la siguiente manera, por ejemplo: en un paciente con un trastorno de personalidad que está atrapado en un patrón circular reiterado que se refuerza a sí mismo en la relación con el otro, desde esta perspectiva reflexiva, mentalizadora y relacional, facilitaremos que el sujeto preste atención al contenido que intuye que puede estar en la mente del otro para posteriormente metaobservar la circularidad relacional y el contexto en el que esta se da.

Esta forma de trabajo puede ser también considerado como un reentrenamiento atencional en un contexto situacional, en el que lo que están presente son conflictos interpersonales reiterados, fijados y que dificultan la vida del sujeto y de las personas que le rodean.

Una de las características específicas del modelo cognitivo analítico es la utilización de diagramas que representan de forma simple, patrones de funcionamiento, de autorregulación emocional e interpersonal. Son utilizados para sintetizar lo que se trabaja en la terapia, cómo esquemas autoportables y como guía para el desarrollo de tareas para casa (Mirapeix, 2017c).

Estrategias de aplazamiento:

Estás ayudan al paciente a evitar implicarse de forma inmediata en respuestas a estímulos internos o externos (por ejemplo hostilidad reactiva, conductas de escape o impulsividad). Esto permite crear la oportunidad de poner en práctica respuestas más efectivas que puedan haberse aprendido a lo largo del tratamiento. El aplazamiento, con frecuencia es integrado en experimentos conductuales diseñados en la terapia, como por ejemplo aplazar la preocupación y poner a prueba antes las creencias acerca de la incontrolabilidad de la preocupación.

El uso que hacemos en nuestro programa terapéutico de las intervenciones de aplazamiento, están sustentadas en la incorporación de algunos elementos deriva-

dos del mindfulness, concretamente utilizamos dos acronimos que son especialmente interesantes en mencionar aquí: **SOPA** y **PROA**.

Por **SOPA** queremos representar una realidad que se produce derivada del control atencional y que se facilita con el entrenamiento en mindfulness: “sí observas paras el automatismo” (Vicente Simon, comunicación personal). La capacidad de distanciarse de las reacciones inmediatas y observarlas de forma descentrada, es un mecanismo que se ha evidenciado como especialmente vinculado al proceso de cambio en la utilización del mindfulness en el tratamiento de la ansiedad a nivel ambulatorio (Linares, Estévez, Soler y Cebolla, 2016) y también en la impulsividad.

Por otro lado el acrónimo **PROA** hace referencia a: “para, respira, observa y actúa”. No solo es necesario desapegarse y distanciarse de las reacciones inmediatas. Una concepción transdiagnóstica permite comprender la dinámica de la patología en base al encadenamiento de diferentes mecanismos transdiagnósticos implicados y además vinculados al self del individuo, exige una capacidad de observación serena, estructurada. La utilización de este acrónimo PROA, es de especial utilidad sobre todo para aquellos pacientes con tendencia a actuar en cortocircuito, debido a su impulsividad. Además, un entrenamiento en parar, centrarse en la respiración y observar las sensaciones somáticas, es una intervención especialmente útil para facilitar un reconocimiento previo a la pérdida de control, de aquellos marcadores somáticos que actúan como signos prodrómicos de respuestas impulsivas, que solo se pueden parar cuando se han identificado de forma adecuada y previa. Los signos corporales como señales de alerta, vinculados a la pérdida de control son absolutamente necesarios saberlos detectar. Además, incorporar todo esto al PAHORC es de gran utilidad clínica. Un simple registro portable de los signos prodrómicos, el acrónimo PROA y las estrategias de sustitución son de gran ayuda.

Intervenciones basadas en la exposición

Lo esencial de las intervenciones basadas en la exposición es que tienen como foco las respuestas de evitación y estas refuerzan las creencias erróneas de que las situaciones, pensamientos, sentimientos y sensaciones son amenazantes y peligrosas, y que la exposición a ellas va a resultar sobrecogedora, que va a superar al individuo con malestar y ansiedad; y que a resultas de todo esto el individuo no va a ser capaz de enfrentarse y manejar esa amenaza o el malestar producido. Las intervenciones basadas en la exposición, tienen como objetivo cambiar estas respuestas que actúan como estímulos de miedo y malestar, haciendo que el individuo de forma intencional se enfrente a esos estímulos sin poner en juego las conductas de escape y evitación.

Aplicado todo esto a los trastornos de personalidad, son especialmente relevantes en las tareas para casa utilizar las técnicas basadas en la exposición, para después de haber identificado, descrito y planificado, ensayos durante la sesión,

poner en funcionamiento intervenciones que pretenden modificar los patrones de relación interpersonal del paciente. Los bucles interpersonales en los que un paciente está atrapado, están también relacionados con su dificultad para modificarlos. Muchos pacientes temen que cualquier otra forma de relacionarse con los demás va a ser una fuente de ansiedad y sufrimiento y se ven implicados en el desarrollo de conductas de evitación, específicamente puestas en funcionamiento en el contexto de las relaciones interpersonales.

La exposición sugerida, se puede focalizar en conductas de evitación de situaciones, como evitación cognitiva de pensamientos que generan malestar, evitación emocional de experiencias afectivas dolorosas, o evitación somática de sensaciones fisiológicas (interoceptivas). Las intervenciones basadas en exposición pueden ser llevadas a cabo en vivo o utilizando técnicas de imaginación de las situaciones temidas cuando la exposición en la vida real no es posible (como por ejemplo experiencias traumáticas de la infancia) o cuando el paciente está preparándose para la exposición de prácticas en vivo. Tradicionalmente las técnicas de exposición se llevan a cabo a través de prácticas graduales con prevención de respuesta ante conductas de evitación o escape, utilizando para ello una jerarquía ordenada de situaciones temidas.

Como comentaba antes, esto también puede ser utilizado en la exposición bien en role playing en la consulta o como tarea para casa en la vida cotidiana del paciente, promoviendo el afrontamiento y exposición a nuevas situaciones interpersonales que el sujeto teme afrontar. Desde nuestra perspectiva cognitivo analítica, la identificación y mapeado a través de diagramas simples son fundamentales. Ejemplifican los patrones de relación interpersonal, qué denominamos roles recíprocos, que son disfuncionales y generan sufrimiento al paciente. Su sustitución por otros patrones de relación identificados y verbalizados durante el trabajo psicoterapéutico y que son planificados para su ensayo y puesta en funcionamiento en la vida cotidiana del individuo, siendo señalados como tareas para casa, en un modelo de intervención centrado en la personalidad, la identidad y las relaciones interpersonales.

Entrenamiento en mente compasiva y reescritura imaginaria:

El entrenamiento en mente compasiva fue desarrollado para aquellos individuos que experimentaban un nivel muy elevado de vergüenza y autocrítica, lo que tiende a estar presente y a ocurrir de forma simultánea en muchos trastornos (Gilbert, 2010).

Clásicamente, se postula que la disfunción de sistemas neurofisiológicos de regulación en los sistemas de acción y logro, evaluación del riesgo y búsqueda de seguridad y afiliación y búsqueda de calma, contribuyen a sentimientos crónicos de vergüenza y al desarrollo de conductas autopunitiva o de autoataque.

Aunque este tipo de intervenciones se utilizan fundamentalmente para trastornos de estrés postraumático, secundarios al abuso o casos de ansiedad social

secundarios al bullying, también son muy útiles para intervenir y focalizar sobre esquemas interpersonales negativos y sesgos atribucionales relacionados con diferente tipo de problemas. La vergüenza y la autocrítica, aparecen de forma transdiagnostica en muchas situaciones clínicas y también de alguna forma se ha vinculado a la sintomatología depresiva de rumiación, dificultades de ajuste tras haber padecido abuso sexual y otros casos clínicos.

Las técnicas basadas en la focalización en la compasión pueden incluir diferentes tipos de intervenciones que facilitan que el paciente encuentre un balance, un equilibrio entre sistemas neurofisiológicos que compiten entre ellos, con la función de experimentar una mayor calma al incorporar estas intervenciones de autocompasión (Holmes y Mathews, 2010).

Por otro lado, las técnicas de imaginería son utilizadas con mucha frecuencia en la terapia focalizada en la compasión, con vistas a construir la autocompasión y autovalidación, así como permitir la reescritura de nuevos resultados al ser capaces de generar un mayor sentimiento de competencia, seguridad y control.

Resulta tremendamente interesante la mención que hace aquí de la técnica de las dos sillas de Les Greenberg (2011), y que utiliza también en la terapia focalizada en la compasión para ayudar a los pacientes a desengancharse de algunos aspectos que generan rechazo y conductas de ataque hacia ellos mismos, o hacia diferentes partes de sí mismos y dar paso al entrenamiento en autocompasión.

Sin lugar a dudas la mención que hace aquí de esta técnica, da paso a que pueda mencionar el concepto tan cognitivo analítico de la multiplicidad del self y el trabajo con múltiples partes del self o bien utilizando sillas o bien utilizando personajes, que pueden estar en la mesa de tal forma que se establezcan diálogos entre diferentes partes del self, en las que se pueden combinar técnicas derivadas del mindfulness, de la terapia de aceptación y compromiso y del entrenamiento en autocompasión. El proceso de trabajo con las diferentes partes del self, es una de las estrategias de intervención más potentes y nucleares dentro del modelo cognitivo analítico y es lo que le diferencia fundamentalmente del modelo basado en la mentalización que no utiliza esta concepción de la multiplicidad del self (Mirapeix, 2008).

COMENTARIOS FINALES:

Implícito en el artículo subyace un debate muy antiguo, los nomotéticos versus lo ideográfico. Los modelos transdiagnósticos son un emergente integrador de la psicoterapia del siglo XXI, en la que es inevitable encontrar el equilibrio entre una fenomenología ultrafina y una visión global del individuo sustentada en el self. Es necesario sintetizar los grandes desarrollos de los abordajes tanto nomotéticos como ideográficos, en una aproximación flexible en que integre lo mejor que las perspectivas,

El progresivo acuerdo en la determinación de cuáles son los mecanismos transdiagnósticos más relevantes, tanto en el terreno de las vulnerabilidades como en la respuesta, va a permitir poder avanzar en construir reformulaciones fiables de gran

utilidad para la planificación terapéutica. Esta, debe de seguir los pasos de una organización estructurada y un uso de técnicas validadas empíricamente, a la vez que poder flexibilizar la implementación de los protocolos adaptándolos a las auténticas características individuales y necesidades del paciente.

Hacia a lo largo del artículo una mención a la necesidad de la formación en *mindfulness* y auto observación en el proceso de entrenamiento de los futuros terapeutas. Hay evidencias científicas de la eficacia de esta formación especializada en el desempeño de la profesión que repercute en la mejoría clínica de los pacientes. Tratar a pacientes con trastornos graves de personalidad y generalmente con experiencias traumáticas en su historia personal requiere de un entrenamiento específico por parte de los profesionales.

En ocasiones caemos en una excesiva psicologización de los problemas de salud mental, no dando la importancia debida a los factores sociales generadores de malestar. En una sociedad en un proceso de transformación tan rápido como la nuestra. Las crisis de los valores, la precariedad, la crisis económica...etc, que lleva más de diez años, construye un contexto social generador de sufrimiento psicológico, que requiere acciones comunitarias, sociales y políticas para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Por último, las intervenciones terapéuticas que contribuyan a mejorar su sufrimiento, requieren de la colaboración multidisciplinaria de profesionales de otras disciplinas más allá al de la psicoterapia, la psicología y la psiquiatría. La incorporación de otros el a perfiles profesionales a la práctica de la salud mental como son los educadores sociales, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y diplomados en enfermería, exigen un ajuste equiparable a Europa en los procesos de formación como psicoterapeutas de estos profesionales. Además, la comprensión en profundidad del cerebro y su relación con la conducta, exige la colaboración con científicos de campos como la neurociencia, la ciencia cognitiva, la filosofía, la computación.... El futuro requerirá de la colaboración multidisciplinaria para avanzar en la comprensión de la complejidad del ser humano.

ANEXOS

Gráfica1: Planificación de la intervención. Un modelo transdiagnóstico



Modificado de Frank 2017

Referencias bibliográficas

- Baer, R. A., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J. y Sauer, S. E. (2012). Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: a review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 32(5), 359-369.
- Beitman, B. D. y Yue, D. (2003). *Psicoterapia: programa de formación*. España: Masson.
- Belloch, A y Pascual-Vera, B. (2018): Transdiagnóstico de las obsesiones y las compulsiones: una propuesta. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 53-72.
- Beutler, L. E. y Clarkin, J. F. (2014). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. London, United Kingdom: Routledge.
- Brinthaup, T. M., y Lipka, R. P. (Eds.). (1992). *The self: Definitional and methodological issues*. Albany, NY: Nueva York Press.
- Chanen, A. M., McCutcheon, L. y Kerr, I. B. (2014). HYPE: a cognitive analytic therapy-based prevention and early intervention programme for borderline personality disorder. En *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 361-383). Nueva York, NY: Springer.
- González-Blanch, C., Ruiz-Torres, M., Cordero-Andrés, P., Umaran-Alfageme, A., Muñoz-Navarro, R. y Cano-Vindel, A. (2018). Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica en Atención Primaria: un contexto ideal. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 37-52.
- Gómez del Barrio, A. (2018): Intervención Psicoterapéutica Integrada y Transdiagnóstica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 73-88.
- Fernández-Alvarez, J., Molinari, G., Colombo, D., García-Palacios, A., Riva, G. y Botella, C. (2018). La regulación emocional como factor transdiagnóstico en psicoterapia: Luces y sombras de un campo en desarrollo. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 17-35.
- Eells, T. D. (Ed.). (2011). *Handbook of psychotherapy case formulation*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Frank, R. I., y Davidson, J. (2014). *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gallagher, S. y Daly, A. (2018). Dynamical relations in the self-pattern. *Frontiers in psychology*, 9, | Article 664. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00664>

- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London, United Kingdom: Routledge.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., Hansen, B., Solem, S., y Himle, J. A. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 49(11), 781-788.
- Holmes, E. A. y Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical psychology review*, 30(3), 349-362.
- Katzko, M. W. (2003). Unity versus multiplicity: A conceptual analysis of the term "self" and its use in personality theories. *Journal of Personality*, 71(1), 83-114.
- Kuyken, W., Padesky, C. A. y Dudley, R. (2008). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Kyrios, M. y Nedeljkovic, M. (Eds.). (2016). *The self in understanding and treating psychological disorders*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Linares, L., Estévez, A., Soler, J. y Cebolla, A. (2016). El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clinica y Salud*, 27(2), 51-56.
- Livesley, W.J. (2018). Terapia transdiagnóstica y transteórica para el trastorno de personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 89-110.
- Mansell, W. (2018). El Método de Niveles: ¿Es la terapia psicológica disponible más parsimoniosa?. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 7-15.
- McMain, S., Newman, M. G., Segal, Z. V. y DeRubeis, R. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: Current status and future research directions. *Psychotherapy Research*, 25(3), 321-329.
- Mirapeix, C. (2008). Desarrollo del self, múltiples estados mentales y metodología de evaluación desde la psicoterapia cognitivo analítica. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1(2). Recuperado de: https://apra.org.ar/pdf/Mirapeix_APR_2008.pdf
- Mirapeix, C. (2014). Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 1(2). Recuperado de: http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.pdf.
- Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Norte de Salud Mental*, 13, 35-45.
- Mirapeix, C. (2017a). Una aproximación a la psicoterapia integrada del trastorno límite de la personalidad: algunos principios generales. En C. Mirapeix, J. Vázquez, A. Gómez y J. Artal (eds.), *Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria.
- Mirapeix, C. (2017b). Psicoterapia cognitivo-analítica en el trastorno límite de la personalidad. En C. Mirapeix, J. Vázquez, A. Gómez y J. Artal (eds.), *Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria.
- Mirapeix, C. (2017c). La integración más allá del diagnóstico: Aplicaciones de los nuevos modelos transdiagnósticos. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 15-38. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/rp108-02.html>
- Mischel, W. y Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychol Rev.*, 102(2), 246-268.
- Norcross, J. C., Gokdfried, M. y Zimmerman, B. E. (2017). Integrative Psychotherapies in Historical Perspective. En A. J. Consoli, L. E. Beutler y B. Bongar (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and practice* (pp 188-204). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine*, 28(1), 193-200.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. Nueva York, NY: WW Norton.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. (2006). The Values in Action (VIA) classification of strengths. *A life worth living: Contributions to positive psychology*, 29-48.
- Prochaska, J. y Norcross, J. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Canada: Nelson Education.
- Reich, W. y Fabricant, L. (1957). *Análisis del carácter*. Barcelona, España: Paidós.
- Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *The British Journal of Psychiatry*, 134(1), 46-54.
- Ryle, A. y Kerr, I. (2006). Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica. Madrid, España: Desclee de Brouwer

- Silva, R. A. D. D. (2016). *A perspectiva transdiagnóstica pela voz de psicoterapeutas e supervisores: um estudo qualitativo pela variedade de fatores*. (Tesis Doctoral, Universidad de Lisboa, Lisboa, Portugal). Recuperado de: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27949/1/ulfpie051332_tm.pdf
- Tyrer, P., Mitchard, S., Methuen, C. y Ranger, M. (2003). Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. *Journal of personality disorders*, 17(3), 263-268.
- Vygotski, L. S., Cole, M. y Luria, A. R. (1996). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (p. 66). Barcelona, España: Crítica.
- Wells, A. y Simons, M. (2009). *Metacognitive therapy*. Nueva York, NY: John Wiley & Sons, Ltd.
- Westen, D. y Heim, A. K. (2003). Disturbances of self and identity in personality disorders. En M. R. Leary y J. P. Tangney (eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 643-664). Nueva York, NY: Guilford Press.