

# PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA: UN PARADIGMA DE INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA. ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN EPISTEMOLÓGICA, ASPECTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS.

Carlos Mirapeix

Director del Instituto de Estudios Psicoterapéuticos. Santander.

*An integrative view of psychotherapy is given in this article, specifically a cognitive analytic model, based mainly on the Cognitive Analytic Therapy (CAT), described by Anthony Ryle, though with some modifications. In order to frame the theoretical and technical aspects of this model, the historical background of CAT is also reviewed, giving special emphasis to the attempt of synthesizing behaviorism and psychoanalysis, which was already carried out in the past.*

---

## 1.- INTRODUCCION

La importancia que están recibiendo los modelos integradores en psicoterapia ha sido ya reseñada en otros artículos anteriores (Beitman 1989; Villegas 1990; Arkowitz 1992; Goldfried 1992; Mirapeix 1992, 1993). De acuerdo a los últimos trabajos publicados sobre el tema, el 65% de los psicoterapeutas norteamericanos se reconocen a sí mismos como integradores y/o eclécticos (Jensen, 1990; Norcross, 1992), y entre éstos la utilización conjunta de aproximaciones cognitivas y analíticas es de las modalidades que mayor predicamento tiene.

Concretamente la Psicoterapia Cognitivo Analítica es uno de los modelos de psicoterapia integradora que mayor implantación tiene en Inglaterra (Shapiro 1994), y recientemente en el *International Journal of Short Term Psychotherapy*, se ha publicado un número monográfico sobre este modelo de psicoterapia (Cowmeadow 1994; Duignan 1994; Dunn 1994; Fink 1994; Leiman 1994; Marlowe 1994; Ryle 1994 a,b).

Hoy en día, para casi todos los que trabajamos cotidianamente en la clínica, el

modelo bio-psico-social (Engel,G 1977,1980), constituye el modelo que nos dota de una estructura teórica que nos permite abordar la complejidad de los problemas que tratamos. Recientemente ha habido aportaciones, provenientes de la teoría general de sistemas (Von Bertalanffy, 1965), que han ayudado a clarificar y a ampliar el modelo descrito originariamente por Engel (Sperry et al 1992). Según este modelo, se toman en consideración distintos aspectos de los diferentes subsistemas que componen el ser humano, que pueden verse alterados en un padecimiento particular; los desbalances de los sistemas de neurotransmisión, experiencias psicológicas de pérdida, patrones de relación interpersonal anómalos, y situaciones sociales desfavorables, pueden, y habitualmente están contenidas en un trastorno depresivo típico.

Lo que resulta extraño, es que ante la flexibilidad y complejidad que nos permite este modelo en el análisis de la patología —y de la normalidad—, no se haga la extrapolación al campo de la psicoterapia y concretamente al campo de la integración dentro del propio subsistema psicológico; de tal forma que resultase posible integrar distintos aspectos de la conducta, la cognición y el afecto, que estuviesen implicados en el padecimiento de una enfermedad concreta. Es decir que mas allá de la integración longitudinal intersistema, Bio-Psico-Social, nos planteásemos un nivel de integración transversal (intrasistema), en este caso el de la psicología individual del sujeto. Por continuar con el ejemplo del trastorno depresivo descrito, y en línea con argumentaciones del propio Beck (1988), las experiencias emocionales de pérdida, los patrones cognitivos disfuncionales y las conductas poco reforzantes que desarrolla el depresivo, son todos ellos aspectos complementarios de análisis. Este último planteamiento de **integración intrasistema**, en el que resulta posible integrar distintos elementos teóricos, objetivos terapéuticos y estrategias técnicas de distintos paradigmas psicoterapéuticos, es el que sustenta esta concepción y práctica integradora de la psicoterapia, que presentamos.

Cuando nuestro sesgo teórico no nos deja prestar atención a toda esta complejidad, resulta que como terapeutas somos tan culpables de nuestra falta de atención selectiva a contribuciones potencialmente beneficiosas de otras orientaciones, como lo son nuestros pacientes de su dificultad en apreciar los cambios que podrían mejorar sus vidas (Goldfried,M. 1992). Con frecuencia realizamos intervenciones terapéuticas dirigidas a modificar el pensamiento dicotómico (maniqueo, polar, escindido) de nuestros pacientes, intentando hacerles que desarrollen una mayor amplitud en su capacidad de juicio, relativizando sus posiciones para que no se sitúen en polos antagónicos en el análisis de la realidad que se plantean. Autores con fundamentos teóricos tan diferentes como Kernberg (1987) o Beck (1983) siguiendo directrices teóricas y técnicas distintas, harían algo similar con sus pacientes, haciéndoles elaborar sus mecanismos de escisión el uno, o relativizar su pensamiento dicotómico el otro.

De la misma forma, los terapeutas deberíamos trascender nuestra tendencia a

posicionarnos en una concepción estrecha, polar y dicotómica de la realidad clínica, siendo capaces de admitir que las cosas, habitualmente son más complejas que lo que nuestro paradigma teórico nos permite explicar, y que haríamos bien en relativizar nuestros juicios, estar abiertos a aportaciones provenientes de fuera de nuestro propio sistema, permitirnos aprender de lo que dicen otros, y no creer que nuestra teoría tiene “la verdad” que explica la conducta humana. De tal forma que si los terapeutas cognitivo conductuales aprendieran de los terapeutas psicodinámicos orientados interpersonalmente cómo focalizar el funcionamiento interpersonal de los pacientes, mejoraría el impacto que producen en el ajuste social de sus pacientes. A su vez, los terapeutas psicodinámicos podrían mejorar su efectividad a la hora de provocar una reducción en los síntomas si hubiesen adoptado algunos procedimientos utilizados por los terapeutas cognitivo conductuales (Castonguay, 1989).

## **2.- DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA**

La psicoterapia cognitivo-analítica (P.C.A.) es un claro exponente de lo que venimos diciendo. En este sentido cabría definir la P.C.A. como una terapia integradora, que intenta sintetizar distintos elementos teóricos y técnicos tanto del campo de la Psicoterapia como de otros fuera de este terreno.

La P.C.A., recibe influencias de diferentes escuelas (Ryle 1991; Leiman 1994), que se resumen en la siguiente tabla 1. (pág. siguiente)

La teorización psicoanalítica, que utiliza conceptos derivados de la teoría de las relaciones objetales, desarrollada por Fairbain (1962), está reelaborada en términos cognitivos, y las intervenciones terapéuticas son más activas y variadas que en las terapias psicoanalíticas. Como se recoge en la tabla 1, la P.C.A. reconoce influencias de diferentes escuelas psicoterapéuticas, así como ve en ellas algunas deficiencias que no deja de mencionar.

Por otro lado, la P.C.A. ha sido aplicada ampliamente en el NHS (Sistema Británico de Salud Pública), en el que trabajar dentro de un límite temporal es esencial para responder a las necesidades de la población (Watson y Ryle, 1992; Shapiro, 1994). La mayoría de los pacientes reciben 16 sesiones, pero algunos pueden precisar solamente 8 ó 12. La naturaleza activa y limitada en el tiempo de la terapia, no induce a regresión y la P.C.A. resulta ser segura y efectiva con todo el abanico de trastornos neuróticos y de la personalidad; la peor de las consecuencias es que se puede precisar más terapia y en tal caso el “ensayo de terapia” que se ha experimentado en la intervención dentro de la P.C.A., es una buena guía para aquello que resulte indicado posteriormente. Así, durante la última década el desarrollo de la P.C.A. ha supuesto una nueva aportación, a través de la cual se puede ofertar una psicoterapia limitada en el tiempo, y que permite dar una respuesta flexible a un amplio rango de pacientes y problemas. Por lo que vemos pues, la P.C.A. es una psicoterapia ampliamente utilizada, pero hay que ampliar y matizar la definición tan escueta de la P.C.A. que realicé al inicio:

## PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALITICA INFLUENCIAS MAS SIGNIFICATIVAS (VENTAJAS E INCONVENIENTES)

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
PSICOANALISIS	APEGO COMO ESTRUCTURADOR IMPORTANCIA DE LAS EXPERIENCIAS TEMPRANAS RELACIONES INTERNALIZADAS TRANSFERENCIA-CONTRATRANSFERENCIA	VICTIMAS DE IMPULSOS LENGUAJE CONFUSO TEORIA CERRADA SALTO TECNICA/METAPSICOLOGIA
TEORIA CONSTRUCTOS PERSONALES (KELLY)	EL HOMBRE COMO CIENTIFICO JERARQUIZACION DE LOS CONSTRUCTOS TERAPIA COLABORATIVA CAMBIO MEDIBLE (REPERTORY GRID)	INFRavalORACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN ACCIÓN INFRavalORACIÓN DEL PAPEL DE LA EMOCIÓN
CONDUCTISMO	CONDUCTA COMO APRENDIZAJE ESTABLECIMIENTO DE METAS OPERATIVAS DIRECTIVIDAD DEL TERAPEUTA METODOLOGIA E INVESTIGACION	SIMPLE E INCOMPLETA OLVIDA MUCHAS COSAS
TERAPIA COGNITIVA	IDENTIFICACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS TEORIA DE LOS ESQUEMAS PERSONALES AUTOMATIZACION Y REGISTROS	EMOCION SECUNDARIA MECANICISTA INFRavalORACION DE LA ACCION
TERAPIA SISTEMICA	CIRCULARIDAD CAUSAL REFLEXION EPISTEMOLOGICA	INFRavalORACION DE LO INDIVIDUAL

TABLA 1

1.- **Es un enfoque terapéutico integrado:** está incluido dentro de lo que hoy se denominan M.I.P.(Modelos Integradores de Psicoterapia), de tal forma que utiliza elementos tanto teóricos como técnicos, procedentes de diferentes escuelas, realizándolo de una manera flexible.

2.- **Es una psicoterapia breve:** se establece inicialmente un límite de sesiones (entre 12 y 16), que puede ser modificado en cuadros graves alargando la duración y que también puede ser utilizada con parejas, grupos e incluso en enfoques de psicoterapia a largo plazo en condiciones especiales.

3.- **Es una psicoterapia focal:** terapeuta y paciente intentan clarificar uno o varios focos sobre los que poder trabajar en la terapia. Permitiendo esto establecer uno o más procedimientos patológicos utilizados por el sujeto, para los que se podrán utilizar un amplio rango de métodos terapéuticos.

4.- **Es una terapia cognitiva:** en la medida que hace una utilización plena de la capacidad del paciente para pensar acerca de sí mismo, de sus estrategias cognitivas de afrontamiento, de sus esquemas básicos (estructuras centrales de significación). Por otro lado es una terapia que utiliza sistemáticamente los autorregistros y las tareas para casa. Muchas de las técnicas utilizadas son tomadas de los enfoques cognitivo-conductuales.

5.- **Es una terapia analítica:** desde el punto de vista de que toma en cuenta fuerzas desconocidas para el sujeto, ideas que están en un nivel inconsciente, deseos, y registros de memoria que le son desconocidos al sujeto. Así mismo, y de manera muy importante toma en cuenta el poder de la relación paciente/terapeuta, siendo entendida en términos de transferencia/contratransferencia.

6.- **Es una terapia de acción:** en la que el interjuego entre procesos mentales (cogniciones y afectos), acción, y las consecuencias de la acción, se enfatiza de manera encarecida. Una concepción proactiva y retroactiva de los procesos ayuda definitivamente a comprender la interrelación entre los niveles indicados.

7.- **Es una terapia aplicable en múltiples settings:** incluidos pacientes ambulatorios, Centros de Salud Mental Públicos, Hospitales de Día, Práctica privada, Departamentos de Asistencia Social, así como por terapeutas procedentes de diferentes entrenamientos primarios como: psiquiatras, psicólogos, médicos, ATS y trabajadores sociales.

8.- **Es una terapia sujeta a investigación, evaluación y desarrollo:** es un modelo terapéutico relativamente reciente, que ha sido objeto de investigación y cuyos resultados se han presentado en revistas prestigiosas (ver bibliografía), pero a estas alturas sí que se puede decir que es una primera terapia apropiada y segura para muchos de los trastornos neuróticos y de personalidad que puede satisfacer las necesidades de una gran proporción de estos pacientes.

9.- **Es una terapia que requiere supervisión:** es una terapia que necesita ser llevada a cabo bajo supervisión hasta que el terapeuta adquiera sus habilidades maduras.

10.- **No es una panacea:** hay pacientes que no evolucionan favorablemente y otros para los que no está indicada. Después de un tratamiento fallido se puede realizar un segundo intento o ser necesaria la aplicación de terapias específicas para trastornos concretos.

Este último punto me sirve para reflexionar sobre algunos aspectos generales que me parecen de especial interés. La P.C.A. no pretende ser efectivamente ninguna panacea, más bien todo lo contrario como tendremos ocasión de explicar posteriormente. Pretende ser un primer modelo de intervención, breve, rápido y efectivo para la mayor parte de los casos y, ser un buen detector e indicativo de la necesidad de posteriores tratamientos más especializados. Solo plantearé para el lector una línea argumental que no voy a desarrollar aquí, pero que considero muy importante. Los trastornos mentales más comunes (Goldberg 1993), están siendo desatendidos por los psicoterapeutas profesionales, que parecen más interesados en desarrollar modelos complejos de psicoterapia para trastornos poco frecuentes, olvidándose que lo más numeroso en la práctica clínica son los trastornos mentales menores, incluso subclínicos, para los que no es posible realizar un diagnóstico DSM-IV o CIE-10.

### **3.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Una breve revisión de la historia de los intentos de integración en psicoterapia en general y de las concepciones cognitivo-analíticas en particular resulta indispensable para contextualizar y dar solidez al presente enfoque.

La historia de la Psicoterapia es la historia de paradigmas que se desarrollaron de manera desconectada, sin tenerse en cuenta unos a otros, viniendo su desarrollo marcado por las escisiones, las divergencias, los enfrentamientos y las rivalidades, así como por las descalificaciones tanto teóricas como técnicas e incluso en muchas ocasiones personales. Pero no vamos a caer en este posicionamiento de análisis histórico, que prima una visión antagónica de los paradigmas, pues esto no deja de ser una visión un tanto maniquea; las cosas como siempre son más complejas, pues a lo largo de estos casi 100 años de psicoterapia, los intentos de integración han sido también una constante.

La importancia de la historia de los modelos integradores de psicoterapia se refleja entre otras cosas, en que en el último texto publicado sobre historia de la psicoterapia (Freedheim, 1992) se incluye un capítulo completo que se refiere a la historia de los modelos integradores de psicoterapia (Arkowitz, 1992).

#### **3.1.- ASPECTOS GENERALES DE LA HISTORIA DE LOS INTENTOS DE INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA EN EL SIGLO XX.**

Recientemente hemos remitido a publicación un trabajo sobre el tema (Mirapeix, C y Gonzalez de Rivera, J,L), en el que se ha hecho una extensa revisión de la evolución histórica de estos modelos a lo largo de siglo XX. En esta ocasión incluiré

exclusivamente un breve resumen de la misma, dado que hay múltiples publicaciones sobre el tema y a los interesados se les remite a la publicación reseñada.

<b>HISTORIA DE LOS MODELOS INTEGRADORES EN PSICOTERAPIA</b>		
<b>PERÍODO</b>	<b>FECHA</b>	<b>HECHO SIGNIFICATIVO</b>
PROTOHISTÓRICO	HASTA 1950	TRABAJO DE DOLLARD Y MILLER
PREINSTITUCIONAL	HASTA 1983	CREACIÓN SEPI
INSTITUCIONAL	DESPUÉS DE 1983	PROFUSIÓN DE TRABAJOS

Tabla 2

En el trabajo citado (Mirapeix y González de Rivera, en prensa), dividíamos la historia de los modelos integradores en psicoterapia en: un período protohistórico que llega hasta 1950, momento en el que aparece un libro capital: “Personalidad y Psicoterapia” de Dollard y Miller; un segundo período que se extiende de 1950 hasta 1983, momento en que se crea en Estados Unidos la SEPI (*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*), llamando el período pre-institucional; y es a partir de 1983 y especialmente a partir de 1985 -fecha en que se celebra el primer Congreso de la SEPI en Maryland, USA- cuando entramos de lleno en lo que podemos denominar el período Institucional, sin lugar a dudas, el más fructífero.

A pesar de lo reciente de la incorporación de esta concepción de la psicoterapia en España (Mirapeix, 1994), a nadie que consulte la bibliografía que hay sobre el tema, se le escapa la importancia que estos modelos tienen a nivel internacional, considerándose una de las líneas con mayor futuro dentro de la psicoterapia (Norcross, 1993).

### **3.2.- HISTORIA ESPECIFICA DE LOS INTENTOS DE INTEGRACIÓN ENTRE CONDUCTISMO Y PSICOANÁLISIS:**

Se podría decir sin temor a equivocarse, que la historia de la integración teórica en psicoterapia, es la historia del intento de combinar los enfoques psicoanalíticos y conductuales.

En esta tradición, el primer texto publicado en inglés y procedente del campo psicoanalítico es el de French (1933). En esa época French estaba preocupado con la correspondencia entre los constructos Paulovianos de inhibición, diferenciación y condicionamiento, y con los conceptos psicoanalíticos de represión, elección de objeto e insight.

Situamos la fecha de 1950 como hito de la protohistoria que describimos, por hacerlo coincidir con el trabajo más influyente publicado por ese año, se trata como hemos mencionado antes, del libro de Dollard y Miller “Personalidad y Psicoterapia”. Como señala en el capítulo 1, en su versión española (1977), el fin último de este libro es el de combinar la vitalidad del psicoanálisis, el rigor del laboratorio

científico natural y los hechos relacionados con la cultura, expresando con ello indudablemente el espíritu integrador que se va a respirar a lo largo de todo el texto. Desde el prefacio, los autores intentan clarificar que la psicoterapia debería dotarse de unos principios generales, que estos fuesen razonables y de una extensión apropiada, y poderse aplicar a todos los tipos de terapia. De tal forma que la comprensión de estos principios debería ayudar al estudiante de psicoterapia, o a quien profesionalmente la practica, a que resulte más fácil el adaptar sus técnicas a los problemas infinitamente variables y complejos de la terapia. A mi juicio este es uno de los primeros y trascendentes alegatos en favor de la complementariedad de las escuelas.

Una línea argumental importante fue la planteada por Sandor Rado (1958), quien comentaba, que vencer las represiones y ser así capaz de recuperar el pasado es una cosa; y aprender de ello y ser capaz de actuar consecuentemente con el nuevo conocimiento es otra. Todo esto llevó a que durante mucho tiempo el interés en profundizar en la historia del sujeto, llegara a convertirse en una meta en sí misma, incluso en la meta del tratamiento. Cuando, realmente, el pasado debe subordinarse a la totalidad de la vida presente del sujeto y servir de esta forma como base para el desarrollo de comportamientos más adaptativos en el futuro, por parte del paciente (Alexander 1964). Esta síntesis que permite el planteamiento de Alexander entre la búsqueda en la biografía del sujeto para promover una mayor adaptación al entorno, es la base que sustenta la posibilidad de trabajar de manera complementaria con dos orientaciones simultáneas, una dirigida a la elaboración del conflicto y otra a la resolución del síntoma, favorecedora de una mayor capacidad adaptativa del sujeto. Ambos niveles no sólo son complementarios si no que entre ellos hay una relación dialéctica (ver Wachtel, 1977).

Durante la década de los sesenta, uno de los mayores defensores de la integración fue London (1964), quien argumentaba que de un sistema integrador que trabajase simultáneamente con técnicas dirigidas al insight y a la acción, cabría esperar que fuese más efectivo para un mayor rango de problemas, que uno que enfatizase sólo una de estas aproximaciones mencionadas anteriormente.

A lo largo de la década de los 70 se observa un interés creciente en la integración de los enfoques conductuales y psicoanalíticos. En 1970 los artículos de Birk; y Birk & Brinkley-Birk (1974), presentan algunas ilustraciones clínicas que demuestran cómo las terapias orientadas hacia el insight pueden favorecer el cambio conductual y cómo los cambios conductuales, por su parte, pueden facilitar a su vez cambios cognitivos. Termina diciendo el autor (Birk, 1970) que la noción de que la psicoterapia dinámica y la terapia conductual son incompatibles probablemente está sustentada en el hecho de que muy poca gente esté bien entrenada en ambas técnicas.

Posteriormente, uno de los trabajos a mi juicio más importantes es una ampliación de su posición que realiza Birk y Birk & Brinkley en 1974 (su primer intento de síntesis en el año 1970). En el artículo del 1974 el planteamiento sintético



que realizan los autores sobre las posibilidades de la combinación del psicoanálisis y la terapia conductual es tan clarificador que merece la pena reseñarlo con detenimiento.

Una de las razones fundamentales por las que el psicoanálisis y la terapia conductual tienen claramente definidas una serie de diferencias aparentes en su modo operante, tiene que ver con que las metas de ambas terapias son distintas. Es decir, un psicoanálisis exitoso viene marcado por la maximización de la autopercepción del self, que es capaz de “dar sentido a” experiencias profundas psicológicas que han sido accesibles a través de la interpretación consciente. La terapia conductual, por otro lado, centra sus objetivos primariamente en la modificación de las conductas, de acuerdo con los estándares determinados social y externamente, a través de la manipulación de las contingencias ambientales. Ambas son terapias consistentemente orientadas, en el sentido de que ambas intentan conseguir objetivos acordes con su superestructura teórica, de tal forma que estos fenómenos constituyen categorías que no necesitan ser coextensivas; la meta y los resultados terapéuticos se mantienen esencialmente separados.

El psicoanálisis tendría, pues, como objeto de su trabajo psicoterapéutico llevar los datos internos al nivel consciente, intentando conseguir una armonía que viene mediada a través de la lógica y de la autoconsistencia de los sucesos mentales; la terapia conductual por otro lado tendría como finalidad llevar al individuo, (que manifiesta fenómenos y conductas externamente observables) a una mayor armonía en el entorno físico y social, de tal forma que las consecuencias de sus actos estén en armonía con ese entorno, manteniendo de forma deliberada la idiosincrasia de sus acciones.

El modelo que proponen los autores, busca combinar los aspectos internos y externos de la actividad; mirando a la autopercepción como un potenciador del cambio conductual, y prestando atención a una evaluación cada vez más realista de los refuerzos y castigos del ambiente social-natural, como motivo para continuar la autorrealización basada en el insight. Es decir, tanto el insight, como los sistemas de feedback externo pueden ser utilizados conjuntamente, para exponer, clarificar y cambiar los patrones individuales de reacción y los patrones individuales perceptivos, cuando éstos han probado su ineficacia. Uno, de esa forma, encuentra la forma de maximizar la adecuación entre el individuo, su autoevaluación, y la percepción de la realidad externa, y la respuesta a esa realidad y su actual posición existencial. A juicio de los autores, el psicoanálisis y la terapia conductual no deben representar por más tiempo dos sistemas de creencia en guerra o dos tradiciones clínicas separadas, sino que como técnicas, ambas pueden ser usadas para reforzar las debilidades en la cadena terapéutica de la una o de la otra.

La enjundia de la cita que antecede es de tal calibre, que a mi juicio, es una de las mejores explicaciones acerca de la posibilidad de integrar dos modelos teóricos clásicamente enfrentados, a pesar de que incluso estén sustentados en dos visiones

del mundo y en dos posicionamientos epistemológicos antagónicos.

Por otro lado, estaban sucediendo un número importante de cambios dentro de la teoría y la técnica psicoanalítica, que a su vez estaban facilitando el proceso de integración con la terapia conductual. La teoría de las relaciones objetales y la psicología del yo, hicieron que el psicoanálisis estuviese más psicologizado (Guntrip, H.1972), de tal forma que estos desarrollos dentro del propio campo psicoanalítico, permitieron a su vez que éste pudiera acercarse a los desarrollos cognitivos dentro del campo conductual, favoreciéndose el proceso de síntesis e integración teórica, confirmado por las elaboraciones de muchos autores en esta época (Ryle, A. 1978-1980; Wachtel 1977).

En esta década otros modelos importantes, que apuntaban hacia la integración, fueron los de Helen Singer Kaplan (1974), quien presentó un modelo de psicoterapia sexual que es una combinación de técnicas conductuales y psicodinámicas. Desde el punto de vista de la terapia familiar, también Alan Gurman, (1978), examinó las posibles convergencias entre la terapia conductual y la psicoanalítica y la teoría de sistemas en las aproximaciones a la terapia conyugal.

A finales de la década de los 70 aparecen los primeros trabajos de Anthony Ryle, estableciendo un nexo de unión entre la psicología y la psicoterapias cognitivas y el psicoanálisis; buscando un lenguaje común de la psicoterapia a través de la reformulación en términos cognitivos de la teoría de las relaciones objetales de Fairbairn. Estas aportaciones iniciales de Ryle a la síntesis de los modelos cognitivos y psicoanalíticos no ha sido recogida con la importancia que tiene, en la literatura americana de integración en psicoterapia.

Desde 1983 hasta la actualidad, se está produciendo una auténtica eclosión de esta forma de concebir la psicoterapia. Nuevos aires dentro de la terapia conductual, durante esta época, dieron una mayor posibilidad a la integración. A estas alturas, la terapia conductual había establecido firmemente su identidad y había provocado un impacto significativo en el campo de la psicoterapia. Había, entonces una expansión de la teoría del aprendizaje social y un cuerpo teórico de la terapia conductual, así como un amplio abanico de técnicas que poder considerar para la integración con las aproximaciones psicoanalíticas. Durante esta época, la terapia conductual incorpora definitivamente los constructos mediadores cognitivos, así como técnicas orientadas cognitivamente. Así pues, en la medida en que la terapia conductual estaba transformándose en más cognitiva, se iba haciendo mayor el potencial para explorar la integración en psicoterapia con las teorías y terapias psicoanalíticas que enfatizaban fuertemente la exploración de los contenidos mentales (Gill 1982). De todas formas la demostración de la efectividad de muchas de las técnicas de la terapia conductual hizo que fuese difícil ignorarlas por terapeutas de otras orientaciones.

### 3.3.- DESLIZAMIENTOS ACTUALES DE LOS MODELOS COGNITIVOS CONDUCTUALES HACIA LA INTEGRACIÓN.

Actualmente la integración teórica ha sufrido cambios radicales, especialmente desde el campo de la psicoterapia cognitiva, de donde vienen hoy los mayores avances que apuntan todos ellos sin lugar a dudas hacia la integración (Kuehlweim 1993). El giro teórico, técnico e incluso personal dado por Mahoney (1991); la aportaciones de Guidano y Liotti (1983); alguno de los desarrollos de Meichenbaum (1992); y las aportaciones y el énfasis que actualmente se está dando a la importancia de la afectividad (Greenberg y Safran, 1987)) y el valor de la relación interpersonal en la terapia cognitiva (Safran 1991), el auge de la visión constructivista de la psicoterapia (Feixas y Villegas, 1991; Neimeyer y Feixas 1992, Miró, 1994), la concepción narrativa de la psicoterapia cognitiva (Gonçalvez, 1994); están suponiendo una auténtica revolución dentro del campo de la terapia cognitiva. De tal forma, que los modelos de psicoterapia que se están desarrollando actualmente son psicoterapias cognitivas mixtas con una gran infiltración de elementos psicodinámicos (en muchas ocasiones sin ser reconocidos explícitamente), y que por muchos se defiende la terapia cognitiva como la terapia integradora por excelencia (Alford y Norcross 1992; Beck 1992).

Son las terapias cognitivas post-racionalistas (Mahoney 1992, Feixas 1990, 1990a, 1992), y los desarrollos psicoanalíticos que se acercan a planteamientos cognitivos, como los de la teoría de los esquemas personales de Horowitz (1988, 1991, 1995), los que van a permitir una integración fructífera de estas dos escuelas clásicamente enfrentadas y que actualmente están llegando a puntos de encuentro fundamentales (Mirapeix 1992). Esto augura que durante la década de los 90, para finales de este milenio, la confluencia de las terapias va a ser a través de los desarrollos cognitivos y psicodinámicos, como muy bien ha sabido sintetizar desde finales de los años 70 y principios de los 80, el autor mencionado anteriormente, Ryle, con el modelo cognitivo analítico que, a juicio de muchos es una de las estrategias terapéuticas más potentes, estructuradas, sofisticadas y con mayor justificación empírica en el campo de la Psicoterapia Integradora (Brockman 1987; Glass 1993; Shapiro 1994).

Por último, y por completar la exposición que estoy haciendo: del campo conductual, vienen modelos integradores altamente sofisticados y que están empezando a ver la luz en estos primeros años de la década de los 90. La terapia funcional analítica de Kohlenberg (1991; 1994), la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos *borderline* descrita por Lineham (1993) y por último la terapia integradora de pareja de Jacobson (1994), son claros exponentes del giro que se está produciendo dentro del movimiento conductual americano; los modelos citados son de obligada consulta para aquellos terapeutas cognitivo-conductuales que quieran aproximarse al campo de la integración en psicoterapia.

## **4.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA P.C.A.**

### **4.1.- ASPECTOS GENERALES. LA IMPORTANCIA DE LA TEORIA.**

La teorización que plantea la P.C.A., es un marco explicativo que pretende dar coherencia a una práctica clínica, y una explicación plausible a los fenómenos observados en el paciente. Esto es algo que resulta inevitable, pues es mejor tener una teoría, aunque ésta sea parcial e incluso errónea, que no tener ninguna (Rosenzweig, 1936). Entre otros motivos porque como señaló muy bien Frank (1991), la existencia de un mito teórico explicativo de la conducta, es un requisito común a todas las psicoterapias, y necesario para que esta pueda servir de ayuda. Clarificar esto no es baladí, sobre todo por los aires de eclecticismo ateorico que en ocasiones soplan (Lazarus 1992).

La construcción de un sistema teórico explicativo, además de su utilidad clínica, es una necesidad intrapsíquica del terapeuta en la medida, en que todo ser humano necesita una mínima constancia interpretativa del entorno que le rodea. Si no fuese así, la multiplicidad de datos a los que estamos enfrentados, crearía en nosotros un profundo sentimiento de confusión y de imposibilidad de dar coherencia a nuestras percepciones. En cierto sentido, pues, la elaboración de un marco teórico es una necesidad, que debe ser considerada, temporal, contextual, dinámica y por tanto sujeta a cambios (Okun 1990). Estos cambios vendrán determinados por influencias procedentes del entorno científico; por modificaciones internas nuestras -reorganización de nuestro propio sistema interpretativo; y, por último, por influencias contextuales -construcción social del significado-. Por lo tanto, desde este punto de vista, nuestra teorización será la que determine, qué vamos a observar, y cómo lo vamos a interpretar, así como qué sentido global le vamos a dar. Nuestra metateoría, sesgará los datos que percibimos para poder acoplarlos a nuestros esquemas interpretativos -como hacen nuestros pacientes, y recordemos que les pedimos flexibilidad-, de tal forma, que el sistema no entre en contradicción y se puedan evitar las disonancias cognitivas.

Pero estas disonancias, sólo son tales en la medida que nuestro sistema de constructos esté sustentado en una visión dogmática e inflexible, que deja fuera a demasiados datos ajenos al sistema de construcción, siendo, pues, nuestra epistemología, metateoría y razonamiento dicotómico, lo que sustenta las disonancias. A mayor dogmatismo y rigidez en el sistema de construcción, mayor posibilidad de que se produzcan disonancias en el sistema. A mayor flexibilidad en el sistema de construcción, menor posibilidad de producción de disonancias, y mayor posibilidad de resolverlas en caso de que se produzcan.

Mas allá de lo planteado hasta ahora, lo que verdaderamente condiciona y limita la adhesión a estos modelos integradores, no es tanto la incompatibilidad metateórica, o las dificultades epistemológicas. Son los esquemas centrales de significación del propio psicoterapeuta, los que determinan la adhesión a un marco

conceptual o a otro. La visión integradora de la psicoterapia será practicada por aquellos terapeutas con capacidad para ello; y como veremos posteriormente, sólo será aplicable en “su totalidad” a aquellos pacientes con capacidad de asumir la complejidad del modelo (Mirapeix, 1995).

#### **4.2.- UN MODELO COMPLEJO DE COMPRESIÓN DEL SER HUMANO.**

Toda teoría psicoterapéutica que aspire a explicar la psicopatología, debe poder explicar también la conducta normal (Ryle 1991, Ansari 1994). Desde aquí se comprende que resulte necesario la extrapolación de las teorizaciones acerca de la psicoterapia a un modelo de comprensión del ser humano. Para ello me detendré en presentar brevemente mi visión sobre este asunto. El ejercicio sistemático de una visión integradora intersistema e intrasistema (Psi), me hace concebir al ser humano como una totalidad, en la que sus aspectos cognitivos, afectivos, conductuales, relacionales, biológicos, históricos, antropológicos y socio-culturales, están todos ellos juntos y esa es la única forma que me es posible aproximarme a la complejidad de la patología, que es lo mismo que decir a la complejidad del ser humano (Fig. 1).

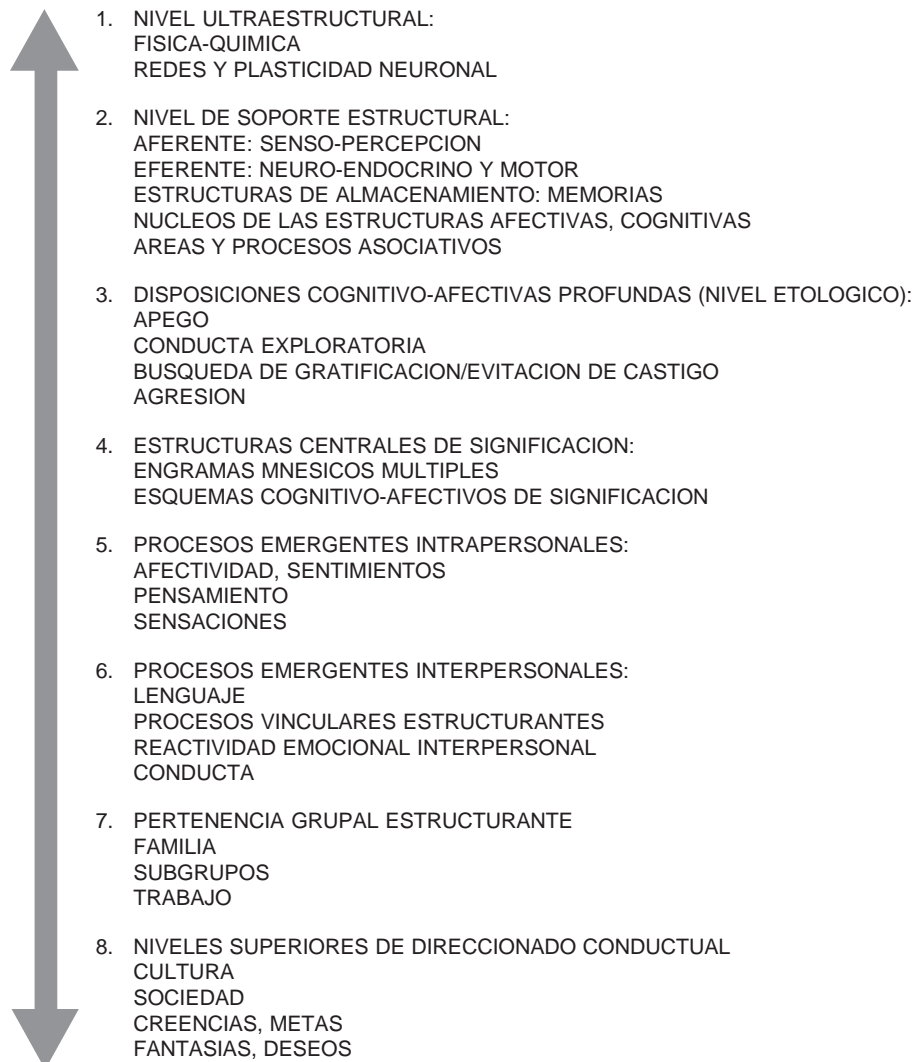
Esta es una visión global, en la que distintos subsistemas se organizan de manera interrelacionada, jerárquica, y en el que cada uno de ellos influye en el otro de manera activa, proactiva o retroactiva, tanto sincrónica como diacrónicamente. Este planteamiento a estas alturas del conocimiento científico, es la forma más adecuada de ver las cosas; supone una concepción compleja y holística de la organización de la conducta del ser humano, fundamentada en una visión evolutiva, etológica y estructural. Esta visión que indudablemente es personal y no del propio Ryle, es una concepción que a mí, al menos, me sirve para tener una concepción amplia y multinivel del ser humano, basada en aportaciones de otros autores (Reiser 1984), y que me ayuda a superar la escisión entre distintos niveles de observación. El maximodelo que planteaba Beck (1988) en el que neuroquímica, pensamientos, afectividad y conducta, son un continuum cognitivo, se acerca a este planteamiento.

Como muy bien me señalaba mi amigo Bernie Beitman, esta concepción jerárquica toma en cuenta incluso el nivel biológico para la comprensión de lo que sucede en el terreno de la psicoterapia, y esto es algo que los médicos tenemos que aportar al campo de la psicoterapia, que en ocasiones está excesivamente psicologizado y en el que se pierde de vista que el sustrato biológico es el que confiere el soporte para que lo “*psi*” pueda operar. Investigaciones recientes apuntan en lo importante de esta línea de análisis (Beitman 1994).

#### **4.3.- INTEGRACIÓN TEÓRICA PURA.**

Para posibilitar la integración teórica, resulta útil, en primer lugar, deshacer algunos malentendidos que se derivan de los argumentos vertidos a lo largo de la historia, sobre los enfrentamientos entre escuelas. Para ello vamos a revisar y reconceptualizar algunas de las críticas que se han realizado entre las escuelas

## NIVELES DE LA ORGANIZACION DE LA CONDUCTA



**Figura 1**

fundamentales.

Clásicamente se describió al psicoanálisis, como una teoría de las pulsiones, en la que las fuerzas instintivas, las fantasías determinadas genéticamente, los instintos, las defensas..., en definitiva, todo un modelo de aparato psíquico derivado

de la termodinámica de su tiempo, fue lo que articuló teóricamente el psicoanálisis de los primeros tiempos. El psicoanálisis actual sigue un modelo de desarrollo del psiquismo humano, altamente psicologizado y exento de los clásicos conceptos Freudianos como libido, catexis,... (Guntrip 1971), concibiendo el desarrollo infantil, desde el plano del establecimiento de relaciones objetales internalizadas. Este modelo apenas es conocido y analizado dentro del mundo de la psicoterapia cognitivo-conductual.

Desde el psicoanálisis se han realizado críticas a la teoría conductual clásica (protoconductismo), tachándola como simplificadora. Si bien esto es cierto para los modelos de aprendizaje paulovianos, o incluso Skinnerianos, posteriormente la TC, ha desarrollado modelos complejos tanto de aprendizaje como de intervención, que no han sido tenidos en cuenta en el psicoanálisis y que son altamente complejos, terminando por la inclusión de los desarrollos cognitivos, que como veremos son los que van a permitir la síntesis entre ambas escuelas.

Indudablemente cabría decir que la revolución cognitiva fue una revolución dentro de la terapia conductual de la época, lo mismo que el constructivismo lo ha sido dentro de la terapia cognitiva (Mahoney 1990, 1992).

Las terapias cognitivas racionalistas y las postracionalistas, se diferencian en varios aspectos fundamentales (Feixas 1990), que cabría sintetizar en: 1.- un giro en el soporte epistemológico; 2.- la teoría pasa de ser sincrónica a diacrónica; 3.- los objetivos terapéuticos pasan de ser dirigidos al control, a la exploración funcional; 4.- el terapeuta de ser un observador externo pasa a ser un observador participante

El giro teórico que ha supuesto el constructivismo dentro de la revolución cognitiva y la repercusión que este desarrollo teórico tiene en la práctica clínica es comparable a la revolución teórica y técnica que supuso la adopción de una concepción de las relaciones objetales en psicoanálisis, desmarcándose de los postulados psicoanalíticos clásicos (Gallego Mere 1988).

En cualquiera de los casos y si siguiésemos las indicaciones de los autores anteriores, el proceso de crecimiento del ser humano no ha sido otra cosa que un proceso de construcción de su personalidad a lo largo de su desarrollo infantil, en la medida que ha ido introyectando distintos modelos relacionales en función de las interacciones que ha mantenido con distintas personas significativas de su entorno, lo que le ha hecho desarrollar una estructura intrapsíquica, que diría Fairbairn o un sistema de constructos personales con el que aprehender la realidad, según Kelly (1955).

Para Kelly uno de los conceptos que resultan nucleares en su teoría es el concepto de anticipación. Este, a juicio del autor, tiene que figurar forzosamente en cualquier teoría del funcionamiento humano. En esta línea, podríamos resumir diciendo que Kelly establece un postulado fundamental dentro de su teoría y es que: “Los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la manera en que ésta anticipa los acontecimientos”. Las anticipaciones, en estos términos, no son

nada más que los esquemas que se articulan entre sí para asimilar la información de entrada, y predecir la conducta que va a desarrollar el sujeto. El conocimiento, en este sentido, se entiende como una construcción, armada a partir de los elementos recuperados del almacén de la memoria a largo plazo, que asimilan inmediatamente la estimulación. De tal forma que las explicaciones que desde entonces diésemos a la percepción, la memoria y todo aquello que se considera cognición, suponen que los distintos estímulos sensoriales que vienen a integrarse en la red de significaciones de la persona, van dirigidos a coordinarse entre sí para poder prever la conducta o el tipo de conducta que se va a desarrollar.

Ryle (1991) realiza una reformulación excelente de la teoría de las relaciones objetales, utilizando para ello un lenguaje más comprensible y con más connotaciones cognitivas y que viene claramente descrita en el artículo incluido en este número (Ryle 1995). Lo que describe Ryle, serían algunas de las características de los desarrollos de la teoría de las relaciones objetales propuesta por Fairbairn, según la cual, el self está construido a través del desarrollo infantil y de la autoconciencia de la elaboración del cuerpo, así como de la autoconciencia de las interacciones complejas, sociales, y múltiples con los otros.

Ambas teorías, la de los constructos personales, como el psicoanálisis, admiten una jerarquización en la organización de la conducta. Esta estructuración multinivel que venimos planteando está claramente reflejada en los desarrollos de Vittorio Guidano (1991). Este autor, en su teorización evolutivo estructural dentro de la psicoterapia cognitiva, describe dos niveles:

1.- **Un nivel tácito** que se sitúa de forma jerárquicamente supraordenada a lo explícito. Las estructuras profundas del nivel tácito fundamentan la actividad de la mente puesto que sirven para la elaboración de nuevos marcos conceptuales. Este nivel tácito puede conceptualizarse también como un conjunto de reglas profundas para la creación de nuevos conocimientos así como para la resolución de problemas.

2.- **El nivel estructural explícito**, que consiste en un conjunto de modelos acerca del self y la realidad, que se derivan del nivel tácito y que se han producido a través de procesos tanto verbales como imaginarios de construcción de la experiencia.

Pero una de las características del enfoque evolutivo estructural de Guidano es que no atiende sólo a aspectos cognitivos y conductuales para la conceptualización de los problemas de los pacientes. Su punto más característico es el prestar atención a la historia evolutiva del sujeto. Su modelo evolutivo viene caracterizado por la adhesión a la terapia del apego seguro (Bowlby, J. 1976). La consecuencia de esto es priorizar los aspectos relacionales de la terapia, y la necesidad de trabajar la relación transferencial, tal como Safran (1995) ha expuesto brillantemente.

Llegados hasta aquí, me gustaría sintetizar cómo los desarrollos de las psicoterapias cognitivas constructivistas y evolutivo estructurales de los últimos tiempos, son muy paralelas a los desarrollos de la teoría de las relaciones objetales



y de ahí el intento de síntesis. Indudablemente, el focalizar nuestra atención en las relaciones de dependencia del bebé con la madre, es algo en lo que los psicoanalistas habíamos deparado hace mucho tiempo y que parece que los psicólogos y los psicoterapeutas cognitivistas están empezando a tomar en cuenta actualmente.

Los tres enfoques plantean el reconocimiento de una organización estructural profunda y otra superficial, así como el interés por las dimensiones históricas de la conducta. Este interés común es compartido por los enfoques Psicoanalíticos y por los constructivistas (Mahoney, M. 1990). Esto sin lugar a dudas es una de las características esenciales de la Psicoterapia Cognitivo Analítica (P.C.A.), de tal forma que la estructura cognitiva actual, no se comprende cabalmente sino es tenida en cuenta su dimensión histórica.

De esta forma, la historia individual determina la construcción personal de uno mismo y de su mundo, pero ni esta historia, ni esta estructura, ni los procesos de la memoria o pensamientos son necesariamente accesibles a la conciencia. En un momento dado sólo una fracción del almacén total de memoria está implicado en las operaciones mentales (Ryle 1978). Dichas operaciones van encaminadas a la acción, y siguen una secuencia que vamos a analizar en el siguiente apartado.

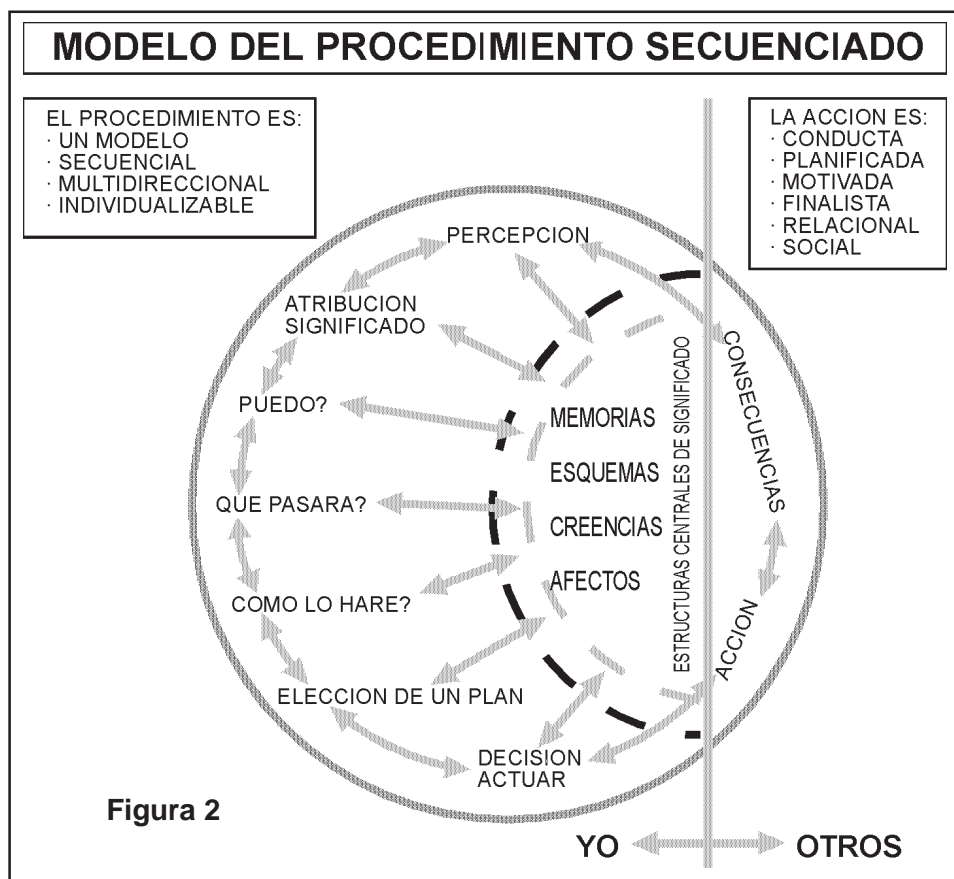
#### **4.4.- LA ARTICULACIÓN TEÓRICA LLEVADA A LA PRACTICA.**

La integración teórica expuesta hasta ahora, es excesivamente “teórica”, hay que trasladar estos planteamientos a un nivel que sea más práctico, y que permita articular las intervenciones. Además la relación entre la teoría de las relaciones objetales y la teoría de la actividad de Vigotsky, viene recogida extensamente en un artículo de este número (Ryle 1995). La piedra fundamental en la que se sustenta la P.C.A. es el Modelo del Procedimiento Secuenciado (Procedural Sequence Model, P.S.M.. Ryle 1991)). Actualmente el término se ha modificado por el de P.S.O.R.M. (Modelo de Procedimiento Secuencial de las Relaciones Objetales. Ryle 1993), en el que se incluye un mayor énfasis en la teoría de la actividad de Vigotsky y sus implicaciones para la P.C.A., aunque tengo que decir que, personalmente, me parece más adecuado el término primitivo, por lo que va a ser el que utilice.

Hasta ahora el planteamiento teórico es muy psicodinámico y/o constructivista, ¿dónde queda, pues, lo cognitivo a lo que hace mención incluso la denominación de la terapia? Pues en el **PSM (Modelo de Procedimiento Secuenciado)**, éste se denomina así porque **la unidad de estudio es la secuenciación de un procedimiento**, o el análisis del procedimiento en sí. Un procedimiento describe la forma en que se despliega una serie normal de actos mentales y conductuales encaminados a la consecución de un fin determinado. Esta secuencia cognitiva implica procesos mentales, acción, así como sucesos y consecuencias ambientales. La secuencia que se sigue en estos procedimientos encaminados a la acción, podrían ser vistas como bucles cognitivos repetitivos y que son realizados por secuencias de operaciones más simples, que están subordinadas a la consecución de objetivos más complejos.

Según este modelo, la secuencia básica de un procedimiento se puede describir en las siete etapas siguientes (Ryle, 1991): 1. Formación de un objetivo en relación con el entorno o con un suceso del entorno. 2. Evaluación del significado personal del objetivo dentro de este contexto. Esto implica tanto un “procesamiento afectivo” inconsciente que indica los significados personales implicados, como procesos cognitivos que tienen relación con la memoria y con la evaluación de la congruencia del objetivo con otros objetivos y valores. 3. Predicción de a) la propia capacidad para conseguir el objetivo, y b) las consecuencias probables de su logro. 4. Se estudian los medios posibles (subprocedimientos). 5. Actuación. 6. Se valora la efectividad de la acción y se someten a consideración las consecuencias. 7. Se mantiene el objetivo, o bien este es modificado o abandonado y los medios confirmados o revisados.

Para ser más claros, este esquema de 7 pasos desarrollado por Ryle, conceptualizado como el PSM, se representa de manera gráfica en la siguiente figura (2), que nos va a permitir comprender mejor cuál sería la estructura operativa gráficamente representada de los pasos que hemos señalado anteriormente.



A todo acto de percepción, bien sea interno o externo se le atribuye un significado individual, a través del cual se le plantea al sujeto la posibilidad de valorar sus propias capacidades con respecto a dicha situación, intentando prever (anticipar) en cada paso de la secuencia qué tipo de sucesos van a ocurrir.

Como viene representado en el dibujo 2, cada uno de los pasos de la secuencia hunde a través de las flechas radiales, sus raíces en las estructuras centrales de significación. La “individualización de la terapia” se refiere a que si bien la estructura del procedimiento puede ser general, la significación, sesgos, saltos... de cada uno de los pasos de la secuencia es particular. La psicoterapia se ocuparía pues de ambos niveles, de la alteración en la secuencia general del procedimiento y en la significación individual de las alteraciones producidas en los subniveles de la secuencia.

El PSM incluye, pues, el establecimiento de un foco que se entiende como fundamental para el desarrollo y mantenimiento de una determinada conducta, que a su vez va dirigida a una meta. Explicita un procedimiento, es decir, cómo el sujeto va a realizar la conducta prevista para la consecución de la meta. El establecimiento de una secuencia, es decir, en qué orden se va a realizar el procedimiento predeterminado. La atribución de una importancia especial a las estructuras centrales de significación que actúan como moduladoras y reinterpretadoras de la experiencia y que, a su vez, están fundamentadas en la internalización de las relaciones objetales significativas mediadas emocionalmente. La detección de subrutinas cognitivas disfuncionales tipificadas como trampas, dilemas y pegas. Y la concepción de pro y retroacción como elemento teórico fundamental para comprender la interacción bidireccional entre el organismo y el medio.

Una de las aportaciones fundamentales de Ryle (1978, 1980, 1983) es la descripción de estas trampas, dilemas, y pegas, que son detectadas en el proceso de evaluación al inicio de la terapia, a través del “cuestionario de psicoterapia”. Estas subrutinas cognitivas disfuncionales de las que venimos hablando como trampas, dilemas y pegas vienen definidas en Ryle (1995).

## **5.- ASPECTOS TECNICOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS:**

Voy a presentar ahora algunos aspectos referidos a la técnica específica de la P.C.A., pero dada la novedad de estos modelos integradores, haré un planteamiento de algunos problemas técnicos generales que se derivan de trabajar con esta concepción de la psicoterapia.

Para poder aproximarnos a cuestiones relacionadas con la técnica es necesario considerar cómo la fundamentación epistemológica defendida anteriormente y la elaboración teórica que se deriva de ella, gravita decisivamente y sustenta la aproximación técnica que voy a defender en los siguientes apartados. La noción de **Estadios superiores de desarrollo cognitivo** (Alexander y Langer 1990), así como los desarrollos referentes a los procesos cognitivos post-formales (Kramer 1983) y

de análisis complejo de la realidad a través de la complementariedad y la integración de los elementos aparentemente contradictorios, tiene que ver con la epistemología, con la teoría y que inevitablemente repercute sobre la práctica terapéutica, y que influyen en la actitud general del terapeuta.

En la tabla 3 se expone cómo diferentes elementos teóricos y técnicos fundamentales son abordados de manera totalmente distinta en función de que se trabaje desde una perspectiva epistemológica y de adquisición del conocimiento, sustentada en una visión dicotómica (o/o); o en una conceptualización epistemológica, de adquisición del conocimiento y de práctica terapéutica, en el que la complementariedad (y/o) es la que rige las intervenciones terapéuticas.

<b>MODELOS DE ADQUISICION DEL CONOCIMIENTO</b> <b>LA COMPLEMENTARIEDAD COMO PARADIGMA DE</b> <b>PENSAMIENTO POST-FORMAL (Kramer 1984)</b>		
POR OPOSICION O (X) O (X)	EJEMPLOS SUBJETIVO/OBJETIVO CONFLICTO/SINTOMA INSIGHT/ACCION PASIVIDAD/ACTIVIDAD EVOCACION/DIRECTIVIDAD DEVOLUCION/ENTRENAMIENTO AUTODESCUBRIMIENTO/PEDAGOGIA ARTE/CIENCIA REALISMO/CONSTRUCTIVISMO	POR COMPLEMENTARIEDAD (X) Y/O (X)

**Tabla 3**

Como vemos en la tabla subjetivo-objetivo, conflicto/síntoma, insight/acción, pasividad/actividad, evocación/directividad, devolucion/entrenamiento, autodescubrimiento/pedagogía, son todos polos dicotómicos que son posibles integrar a través de una concepción de complementariedad no sólo epistemológica y teórica sino fundamentalmente técnica.

Lo que defiende en esta sección del artículo, hay que comprenderlo fundamentalmente entendiendo que tanto el autor como aquellas personas que quieran dar por válido lo que aquí se expone, aceptan el principio teórico fundamental de la complementariedad.

Los problemas técnicos en estos modelos de psicoterapia, vienen determinados por la necesidad del terapeuta de ser capaz de trabajar a diferentes niveles (Kriz 1990), de la necesidad de una flexibilidad en sus planteamientos y en la disposición a utilizar diferentes técnicas (Branco, en prensa), partiendo de la premisa de que el terapeuta con estas capacidades, y con recursos para intervenir en el mayor número de subsistemas afectados, será el terapeuta más efectivo (Prochaska 1992,1994). Por otro lado, muchas de las críticas realizadas a la imposibilidad de utilizar técnicas

de modelos teóricos diferentes, venían de la mano de una concepción dicotómica de la patología, del establecimiento de objetivos, de actitudes terapéuticas antagónicas y de técnicas que a nivel metateórico, resultaban incompatibles. A lo largo del presente trabajo, queda claro que el planteamiento paradigmático de estos modelos en general, y del modelo cognitivo analítico en particular, es la búsqueda de las complementariedades de los opuestos, con vistas a conseguir, como decía, un pensamiento integrador, de un mayor nivel de abstracción.

Como iremos viendo a lo largo del presente artículo la interrelación entre técnica y teoría y fundamentación epistemológica es siempre circular y es difícil separar cada uno de los aspectos (Etchegoyen 1986). Veremos que muchos de los problemas técnicos con los que nos vamos a enfrentar, sistemáticamente nos remiten a reflexiones teóricas que puedan explicarlo y así mismo esta explicación debe de estar sustentada en una conceptualización epistemológica.

### **5.1.- EVALUACION EN P.C.A: ESTRATEGIAS Y DIFICULTADES ASOCIADAS**

La evaluación en P.C.A., es compleja en la medida que recoge información de diferentes niveles, en línea con el modelo bio-psico-social. Me voy a referir al sistema de evaluación que utilizamos en nuestro Instituto. Consiste en dos niveles, uno que sólo mencionaré a título informativo, y otro específico. El primer nivel de evaluación se refiere a la evaluación psicopatológica clásica, con su historia específica, anámnesis, exploración psicopatológica, escalas de cuantificación, y estudio de personalidad si se precisa. Una vez completado este estudio si la psicoterapia que se indica es un abordaje cognitivo analítico (que no siempre es el caso), se realiza una exploración más profunda. Esta se compone de dos o tres entrevistas diagnóstico/terapéuticas en las que se utilizan una serie de instrumentos específicos de evaluación. Este es un apartado importante que señalar, en la medida que nuestro Instituto está implicado en la traducción y validación de varios instrumentos de evaluación en psicoterapia. Concretamente utilizamos: el cuestionario de psicoterapia (Ryle 1991), el inventario de problemas interpersonales (Horowitz 1987), el cuestionario de mecanismos de defensa (Bond 1989), y un cuestionario biográfico autoaplicado específico de elaboración propia (Mirapeix 1993). De las sesiones de evaluación mencionadas, y de los cuestionarios aplicados se obtiene la información que permite establecer para la 4ª sesión aproximadamente una reformulación del problema que le trajo al paciente a consulta.

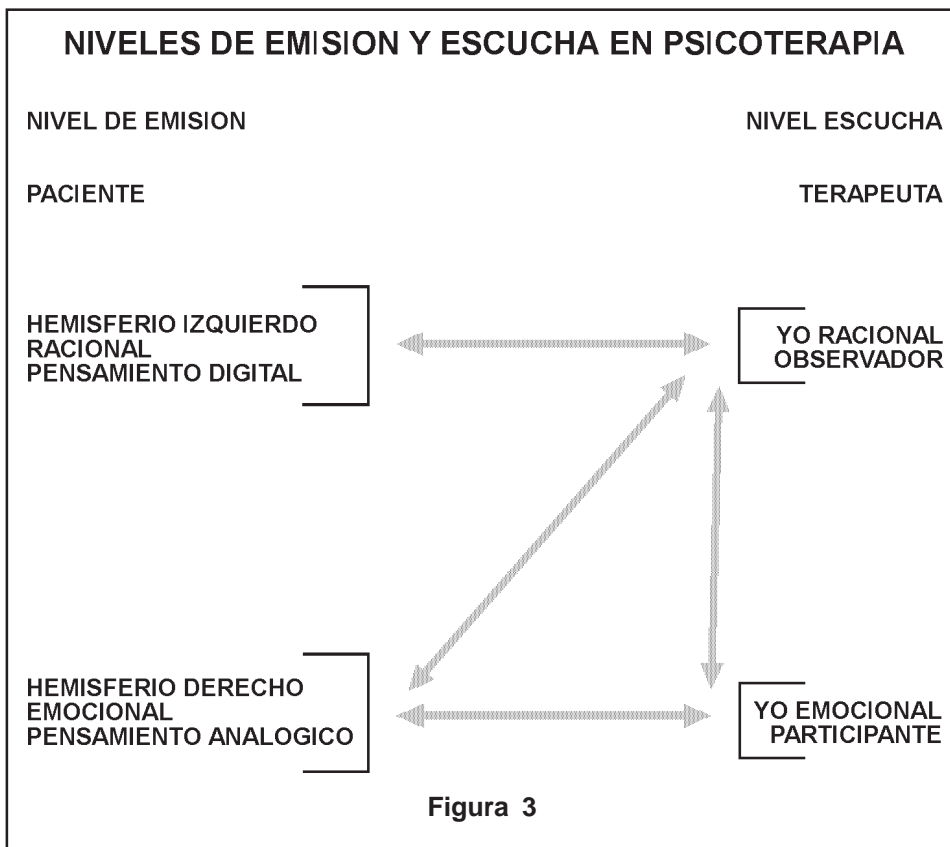
El solo planteamiento de este diagnóstico multinivel, nos habla de la dificultad específica de la evaluación, debido a la sobrecarga por el exceso de datos que tiene que explorar y manejar el terapeuta. Una de las problemáticas que hay que resolver, es determinar a priori la capacidad de integración del paciente, es decir, la capacidad que el paciente tiene de manejar simultáneamente información múltiple, compleja, y de niveles distintos de su psiquismo. La determinación de la capacidad de

integración del paciente, actualmente no puede hacerse por otros medios que no sea la determinación clínica de dicha capacidad. Esta vendría dada, por una evaluación a lo largo de las entrevistas con el paciente, de la posibilidad que éste tiene de trabajar simultáneamente y aportar datos de distintos niveles y de distintos registros, pudiéndolos integrar todos ellos de manera coherente sin que esto suponga una dificultad específica para él (esperemos que tampoco lo suponga para el terapeuta). Para aquellos pacientes a los que les resulte difícil manejarse con una concepción compleja de su enfermedad, estaría indicado trabajar con enfoques teóricos y clínicos más simplificados, de tal forma que no complejifiquen en exceso el modelo de intervención. En este sentido el modelo que propongo intenta favorecer una complejificación de la estructura cognitiva del paciente (Linville,P,W 1987). En la medida que éste sea capaz de conceptualizar, aprender y manejar su enfermedad, atribuyéndola a distintos niveles explicativos, va a ser más posible que el sujeto pueda resolver favorablemente la patología que padece. Pudiera darse el caso de que haya pacientes que no sean capaces de trabajar con un alto grado de complejidad cognitiva y que no puedan procesar datos de diferentes niveles al mismo tiempo y eso hará para ellos complicar más las cosas en vez de resolverlas. En este caso, es posible trabajar con aquellos datos que son suficientes para resolver la patología del paciente y adaptados al nivel de complejidad del mismo, sin que esto quiera decir que el terapeuta abandona su visión compleja de la patología y el manejo de múltiples datos para intentar adecuar y potenciar los sinergismos que se puedan producir en el tratamiento, o prevenir y eliminar los posibles antagonismos o bloqueos.

A su vez, el terapeuta debe simultanear material procedente de distintos niveles con la dificultad específica e intrínseca que supone para el procesamiento de toda esta sobrecarga de información. Esta dificultad la única forma que hay de resolverla, es a través de asumir que *“uno sólo integra lo que puede”*; aunque esto parezca una perogrullada, no queda otro remedio que saber asumir como terapeutas que nuestra capacidad de integración es limitada -como la del paciente- y que el volumen de datos con los que vamos a poder trabajar es también limitado. En este sentido, tenemos que asumir que probablemente no vamos a poder manejar la totalidad de los componentes implicados en la patología del sujeto y que tendremos que conformarnos con poder manejar aquellos datos que consideremos más importantes. La extrapolación de esto, al deseo integrador en psicoterapia, nos podría hacer concluir, que este, es un deseo imposible (Guidano,V 1991), pero que no por eso deja de tener sentido su búsqueda. Al igual que tampoco deja de tener sentido el intentar comprender de una manera global el ser humano.

Otro problema específico que se plantea en el área de la evaluación, es una dificultad relacionada con los niveles de escucha necesarios por parte del terapeuta. De los distintos niveles implicados en la evaluación, hay unos que requieren una comprensión racional; y son todos aquellos en los que la conducta molar del sujeto

es analizada, y se recogen de ella ciertos aspectos objetivables, que pasan a formar parte, de los distintos datos que el terapeuta va a manejar para el tratamiento de dicho trastorno. Pero, por otro lado, otros datos que se recogen, tienen que ver con la percepción empática del terapeuta, y me estoy refiriendo concretamente a los aspectos de la vinculación emocional que el paciente establece con el terapeuta y a las reacciones emocionales que éste tiene con respecto a los movimientos que el paciente desarrolla con respecto a él. Esta duplicidad de los niveles de escucha, en el que por un lado, se exige una comprensión racional y en el otro, una comprensión empática, exigen por parte del terapeuta “una flexibilidad cognitivo afectiva”, de tal forma, que sea capaz de fluctuar de manera flexible entre ambos niveles de escucha (Figura 3).



Como vemos el terapeuta ha de ser capaz de estar atento a sus reacciones emocionales, mantener un buen contacto empático con el paciente, y poder detectar adecuadamente el nivel de funcionamiento emocional de éste, para poder trabajar con ello en la consecución de una psicoterapia más efectiva.

## **5.2.- DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:**

El proceso de la reformulación, el establecimiento de las conductas problema, de los procedimientos problemáticos mantenedores de la patología y en, definitiva, de los objetivos terapéuticos, es una elaboración conjunta entre paciente y terapeuta.

Los problemas específicos que se plantean en la determinación de objetivos clásicamente han girado entorno a que éstos se planteasen de forma dicotómica por lo que siempre se han formulado en los términos siguientes:

1.- Intervenciones focales dirigidas a la eliminación de síntomas concretos.

2.- Intervenciones más globales dirigidas a la dilucidación de conflictivas inconscientes del paciente que buscan una modificación estructural en la personalidad del sujeto.

Esta dicotomización de los objetivos terapéuticos, insisto, es fruto de concepciones monocausales, lineales y dicotómicas, de tal forma que en P.C.A., los objetivos lejos de plantearse como antagónicos, distantes e incompatibles, son complementarios y lo que hay que buscar es la sinergia entre ambos. Insight y acción; síntoma y conflicto..., como hemos visto, son planteamientos dicotomizados, son polos que se unen de forma dialéctica en un abordaje integrador. Este sería uno de los aspectos fundamentales de estos modelos integradores en general y de la P.C.A., en particular, que los objetivos de la psicoterapia nunca son analizados en clave de antagonismos, sino que la estrategia básica -de nuevo- es la búsqueda de la complementariedad de los mismos. Kanfer (1987) plantea que esta dicotomía entre los objetivos terapéuticos es un tanto artificial: “los objetivos de los tratamientos no deben ser excluyentes”, comenta con rotundidad el autor. De tal forma que en función del caso, y del momento de la terapia, la dirección de la terapia irá orientada a resolver algunos de los conflictos implicados en la patología del paciente, o bien a facilitar la resolución de los síntomas que en un momento dado pueden estar siendo motivo de preocupación prioritaria.

Pero pongamos un ejemplo práctico: tenemos un caso de trastorno de ataque de pánico con agorafobia, en una persona aparentemente bien adaptada, pero con tendencia a las vinculaciones de dependencia, especialmente con su cónyuge. La toma de ansiolíticos en un momento determinado del trastorno en el que la ansiedad es excesiva y dificulta el abordaje psicoterapéutico, la utilización de un entrenamiento en relajación, el establecimiento de un programa de exposición, la reformulación cognitiva del trastorno -recuerde el modelo del procedimiento secuenciado el lector-, el abordaje de ciertos conflictos del sujeto, y la modificación de ciertos patrones de relación interpersonal anómalos -que sistemáticamente se repiten en la relación terapéutica- son pasos todos ellos complementarios en un abordaje integrador y en PCA.

## **5.3.- DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE TRABAJO:**

A nadie se le escapa que éste depende de los objetivos terapéuticos que se



hayan delimitado, y con cuál va a ser el cambio que vamos a pretender introducir, para provocar una modificación de la conducta del sujeto. Tal y como señala Prochaska, J (1994) los distintos niveles de cambio sobre los cuales se puede plantear el intervenir tienen que ver con distintas áreas:

1.- Problemas sintomáticos y situacionales. 2.- Condiciones maladaptivas. 3.- Conflictos interpersonales actuales. 4.- Conflictos sistémicos familiares. 5.- Conflictos intrapersonales..

Tal y como defiende el autor mencionado, el terapeuta integrador que pretenda ser efectivo, debe poder intervenir en cada uno de los subsistemas en los que pueden presentarse alteraciones que tengan relación con la conducta del paciente. En la aproximación transteorética defendida por Prochaska, los niveles en los que el terapeuta debe intervenir inicialmente son aquellos niveles sintomáticos y situacionales en los que los cambios tienden a ocurrir más rápidamente y que habitualmente suelen representar la razón primaria por la que el individuo busca terapia y que además es el nivel más fácil sobre el que se puede ejercer en un cambio terapéutico, de tal forma que la adhesión al tratamiento, la relación terapéutica y la motivación, van a mejorar y aumentarse con lo cual va a ser posible trabajar en otros niveles, caso de que este sea el objetivo y el deseo del paciente y del terapeuta. Cuanto más abajo en la jerarquía, menor conciencia de los determinantes del problema y mayor referencia a aspectos históricos relacionados a su vez con el sentido del self. En este sentido lo que plantea Prochaska, es que cuanto más profundo sea el nivel que necesite ser cambiado, más larga y compleja será la terapia y, así mismo, mayor será la resistencia del paciente.

Los terapeutas eclécticos están en una posición única para descubrir las mejores maneras de integrar los procesos derivados de diversos sistemas de terapia que durante tiempo han sido vistos como inherentemente incompatibles (Prochaska, J. 1992).

Pero es el momento de recordar aquella antigua y espléndida aportación de Rosenzweig (1936), según la cual existe un auténtico sinergismo terapéutico en las intervenciones terapéuticas. La personalidad del ser humano es de una pieza, y si alteramos algo en una parte de ella, va a repercutir en otras. Este es un concepto importante en psicoterapia en general, en los modelos integradores en particular y especialmente en P.C.A.. La separación que hace Prochaska es útil a nivel conceptual y expositivo, pero resulta fundamental operar con el concepto que sistémico de **“bucles interactivos”**, de tal forma que la intervención en uno de los niveles señalados repercute sistemáticamente en otros niveles.

Pongamos dos ejemplos, uno biológico y otro psicoterapéutico: Un paciente con un síndrome de Guilles de la Tourette -algo muy biológico-; si intervenimos farmacológicamente para el control de los movimientos anormales y tenemos éxito, probablemente mejore la autoestima y grado de satisfacción vital del paciente, y secundariamente sus relaciones interpersonales y adaptación sociolaboral. Valga el

ejemplo de una terapia de orden biológico, para ejemplificar el efecto sinérgico intersistema que se acompaña a las intervenciones.

El caso de un paciente con un déficit en sus habilidades sociales, lo que le hacía ser patológicamente tímido, fruto de un aprendizaje erróneo frente a un padre que resultó tremendamente traumatizante. A lo largo de una de las sesiones psicoterapéuticas se realiza un role playing con un co-terapeuta en el que se ensayan conductas más asertivas utilizando técnicas psicodramáticas de soliloquios y doblajes en el cual, se ayuda al paciente a que, a la vez que es capaz de desarrollar conductas más asertivas en el aquí y ahora de la escenificación psicodramática de la sesión terapéutica, tome a su vez conciencia de los conflictos relacionados con la relación con su padre, provocadora de los déficits de aprendizaje de estos comportamientos.

#### **5.4.- LA ACTITUD DEL TERAPEUTA:**

Clásicamente se ha intentado asimilar la empatía y la cercanía al paciente con los tratamientos de tipo psicodinámico y las conductas frías, distantes y tendentes a la racionalización del abordaje terapéutico, con los abordajes cognitivos conductuales y biológicos. Pues bien, una vez más quiero mostrar mi oposición a una escisión maniquea de la realidad; ni unos ni otros tienen derecho a poseer la exclusiva ni de la racionalidad, ni de la empatía, ninguna orientación terapéutica tiene el monopolio de los buenos terapeutas (Rosenzweig 1936).

Una aportación importante a la clarificación de la actitud del terapeuta en P.C.A., lo constituye la teoría de la actividad de Vigotsky aplicada al campo de la psicoterapia. Se podría ver a ésta como un aprendizaje, al menos en parte análogo al aprendizaje del niño. Según este modelo, profesor (terapeuta) y alumno (paciente) están envueltos activamente en tareas, en las que se descubren conceptos nuevos y se proveen responsabilidades, que progresivamente van dejándose en manos del alumno (paciente) (para una exposición detallada sobre las relaciones entre la teoría de las relaciones objetales y la teoría de la actividad de Vigotski ver el artículo, en este mismo número, de Ryle).

La psicoterapia pues, es hasta cierto punto, análoga al aprendizaje precoz adulto-niño en el hecho de que el terapeuta utiliza su relación con el cliente como una situación dentro de la cual, se pueden adquirir nuevas actitudes y destrezas, aprovechando el concepto Vigotskiano de **zona de posible desarrollo**.

Tal y como plantea Beutler, L. (1990) en su magnífico libro de eclecticismo sistemático, los problemas relacionados con la actitud del terapeuta se presentan en dos niveles fundamentales. En primer lugar el terapeuta puede mantener una actitud directiva o bien evocativa y por otro lado el terapeuta puede focalizar sus áreas de intervención exclusivamente en el material intrasesión o su actividad terapéutica puede incluir también actividades extrasesión.

En primer lugar, la actitud o bien directiva, o bien evocativa del terapeuta, va

a provocar una imaginización por parte del paciente de una figura de unas determinadas características. Esto va a provocar que los emergentes transferenciales sean de una forma o de otra, en función de la actitud del terapeuta. Es muy importante tener en cuenta esto para poderlos deshacer a un nivel interpretativo, clarificando que algunas actitudes directivas y protectoras del terapeuta, en una primera parte del tratamiento, son sólo presentes y necesarias en esta parte del mismo pero han de ser deshechas a través de la elaboración conjunta de las mismas, favoreciendo el desarrollo de una mayor independencia, autonomía y retribución interna de los logros por parte del paciente. Favoreciendo, pues, un proceso que sería algo similar al crecimiento y autonomía del niño. Desde el punto de vista psicoanalítico y psicodinámico en general, se ha defendido que a través de la interpretación, se van a poder elaborar y resolver conflictos que se habían establecido en la más temprana infancia de la evolución psicoafectiva del individuo. La pregunta que yo me hago es, si realmente es posible realizar esto, a través de intervenciones interpretativas a nivel transferencial, como defienden los psicoanalistas -y es posible según ellos, y yo lo comparto por la experiencia clínica mía-. Habría que plantearse, pues, cómo no iba a ser posible desarrollar intervenciones transferenciales, que puedan deshacer algunas confusiones de rol, que se pudieran haber originado durante el tratamiento actual, en base a vinculaciones transferenciales cambiantes, en función y dependientes de la actitud del terapeuta.

Por otro lado, malos terapeutas seríamos si no fuésemos capaces de detectar cómo nuestros cambios de actitud repercuten en nuestro paciente, y no fuésemos capaces de trabajar con nuestro paciente, qué cambios de actitud percibe, cómo le afectan y qué es lo que significan para él. Al fin y al cabo, la propuesta de trabajo transferencial que hacemos, es la de considerar el lugar de la transferencia como un lugar vivo, en el que se produce una interacción real entre terapeuta y paciente y esta interacción real debe poder ser analizada, independientemente de que el terapeuta cambie de actitud en algunas ocasiones o en otras. La clarificación y la elaboración conjunta de las repercusiones de estas diferentes actitudes, no sólo es posible, sino que además es necesaria y, si fueron posibles como dijimos antes, la resolución de transferencias tempranas establecidas con respecto con el padre o con la madre, como no, insisto de nuevo, va a ser posible deshacer vinculaciones transferenciales “patógenas” generadas en el aquí y en el ahora de la relación terapéutica, en función de actitudes determinadas del terapeuta en función determinados momentos terapéuticos.

En definitiva, la actitud del terapeuta ha de ser extremadamente flexible, de tal forma que en función de las características clínicas del paciente, en función de los objetivos que se haya planteado en la terapia, la actitud que debe mantener es diferente. De tal forma que dependiendo de que el objetivo del tratamiento, y especialmente del momento de la terapia, las actitudes serían muy diferentes. Además los rasgos de personalidad del paciente -obsesivo, histriónico, dependen-

te...- también van a condicionar diferentes actitudes. El terapeuta, tendrá que hacer gala del suficiente conocimiento, y de la suficiente flexibilidad, como para poder desempeñar el rol que la situación requiera.

### **5.5.- CONDUCCIÓN DEL TRABAJO TERAPÉUTICO:**

Esta es una de las áreas sobre la que me parece más importante reflexionar, y lo haré con un poco más de extensión. Gran parte del material que expongo en este apartado forma parte del material utilizado en los programas de entrenamiento en psicoterapia cognitivo analítica en la Munro Clinic del Guy's Hospital de Londres, y en Santander.

La Psicoterapia cognitivo analítica, al ser un modelo de psicoterapia breve, limitado a 16 sesiones, es un tratamiento muy estructurado a priori, y la descripción de las fases del tratamiento y su contenido es bastante estandarizado (ver tabla 4):

Como se ve en la tabla, hacia la 4ª sesión se realiza la reformulación del motivo que trajo al paciente a consulta; éste es uno de los momentos más difíciles de la P.C.A. El elemento esencial en la P.C.A. es la **reformulación**, se concibe como la creación conjunta de una descripción sucinta y accesible de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas mentales, que ha sido el corazón del P.C.A. desde sus comienzos (Leiman, 1994), y representa la descripción de los problemas del paciente en la forma que resulte más útil a la labor terapéutica. "Más útil" significa que estas descripciones se centran sobre los procedimientos que hay que cambiar y sobre cómo el paciente es responsable activamente de mantenerlos. Estas descripciones deben ser exactas y completamente comprendidas por el paciente; a fin de lograr esto, los pacientes juegan un papel activo en el proceso de reformulación y la versión final deberá ser revisada en detalle con ellos antes de ser plasmada por escrito. Normalmente la reformulación se habrá completado para la cuarta sesión. Las principales fuentes sobre las que se basa, como mencionaba en uno de los apartados anteriores, son: a) la historia clínica b) los autorregistros c) el comportamiento del paciente en relación con el terapeuta en las primeras sesiones d) el cuestionario de Psicoterapia e) el cuestionario biográfico autoaplicado (Mirapeix, C 1993) y f) otros métodos.

En la cuarta sesión el terapeuta presentará un borrador de la reformulación al paciente para su discusión y elaboración. La primera parte podría tratarse de una carta o puede estar escrita en primera persona como si se tratara de la voz del paciente; el objetivo de esto es relatar de forma directa las pasadas dificultades y señalar los medios utilizados para enfrentarse a ellas. Estos medios a su vez estarán relacionados con el modo en el cual el paciente continúa utilizando en la actualidad los procedimientos que ya no son necesarios o efectivos. Esta reformulación será en principio comentada verbalmente y el texto será considerado conjuntamente y modificado si el paciente no está de acuerdo con aspectos de él o lo encuentra poco claro. La versión definitiva entonces se mecanografía y tanto el terapeuta como el

## PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALITICA FASES Y CONTENIDOS

FASES	SESIÓN	HISTORIA	ARCHIVO DE PSICOTERAPIA	AUTOMONITORIZACIÓN	REFORMULACIÓN	HOJAS DE REGISTRO CPS PPS	TAREAS	INTERPRETACIÓN TR-CTR	OTRAS TÉCNICAS	TERMINACIÓN	
COMPROMISO PATRÓN	1	*		*				*		*	
	2	*	*	*				*		*	
	3	*	*	*				*		*	
CAMBIO	4			*	*	*		*		*	
	5			*		*	*	*	*	*	
	6			*			*	*	*	*	
	7			*			*	*	*	*	
	8			*			*	*	*	*	
	9			*			*	*	*	*	
	10			*			*	*	*	*	
	11			*			*	*	*	*	
	12			*			*	*	*	*	
	13			*			*	*	*	*	
	14			*			*	*	*	*	
	TERMINACIÓN	15						*	*	*	**
		16						*	*	*	**

TABLA 4

paciente conservan una copia de ella.

Dada la importancia nuclear que tiene la reformulación en la P.C.A., me extenderé un poco en ella. Toda reformulación debe: a) Describir las dificultades centrales del paciente. b) Mencionar los hitos biográficos significativos para el sujeto (experiencias que conforman las estructuras centrales de significación). c) Establecer puentes de unión entre esas experiencias pasadas y los problemas actuales. e) Establecer las que se consideraran conductas problema. f) Describir los procedimientos que utiliza el paciente para manejar su vida, y lo que es más importante los procedimientos problema que mantienen el uso ineficaz de subprocedimientos patógenos para el sujeto. Estos procedimientos problema, serán los que constituirán la agenda de la terapia. g) Describir las metas de la terapia, repitiendo a modo de resumen al final de la carta los procedimientos problemáticos. h) Trasladar de manera abreviada las conductas problema y los procedimientos problemáticos, a las hojas de autorregistro para el trabajo psicoterapéutico posterior.

El impacto emocional de esta carta a menudo es profundo; como los pacientes sienten que su experiencia ha sido comprendida y convalidada a menudo se quedan silenciosos o puede que incluso lloren y este momento a menudo consolida la vinculación terapéutica.

La segunda parte de la reformulación que he descrito, resume una lista de los problemas actuales y los procedimientos problemáticos que serán objeto de la terapia. Pero para clarificarlo definiré algunos aspectos esenciales de los mismos.

Las conductas problema son descripciones claras y concisas de lo que el paciente y terapeuta entienden que funciona mal. La depresión, el temor a espacios abiertos, las dificultades en las relaciones... nos recuerdan las metas que la terapia pretende cambiar. Pero necesitamos también describir adecuadamente, problemas de los que inicialmente el paciente no se queja, bien por que presenta conductas adaptativas disfuncionales, o por que evalúan el sufrimiento como algo inherente a sus vidas, o por falta de crítica a sus asunciones negativas. De tal forma que se deberán recoger conductas problema como “incapacidad para disfrutar”, “excesiva autocrítica”, “comportamientos hipernormativos”, “inhibición de aspectos creativos”...etc.

Los procedimientos problemáticos describen cómo el paciente contribuye a crear sus propias experiencias; cómo mantiene sus procesos desadaptativos, que terminan en lo que se describió como conductas problema. Una adecuada descripción de los procedimientos problema debe incluir: a) qué es lo que la persona hace para que se mantengan las conductas problemas y b) por qué el sujeto hasta ese momento no es capaz de revisar sus procedimientos. La descripción de estos procedimientos problema ha de ser realizada en términos del PSM, han de resultar emocionalmente significativas para el sujeto, comprensibles en función de su nivel de desarrollo cognitivo-afectivo, y deben incluir: a) qué procesos mentales internos activa el sujeto para el mantenimiento de sus problemas, y b) qué aspectos externos

influyen en su conducta (especialmente acciones o respuestas de los otros). La descripción de estos procedimientos es de crucial importancia ya que describen en tiempo presente, cómo el paciente mantiene activamente sus dificultades, identificando los dilemas, trampas y pegas, detectadas en la primera fase de evaluación a través del cuestionario de Psicoterapia.

Mientras la reformulación en sí misma generalmente inicia el cambio terapéutico la terapia se ve modificada una vez que la reformulación ha sido terminada. La labor principal que se ha de realizar en las siguientes sesiones, normalmente entre 8 y 12, consiste en que el paciente aprenda reconocer y comience a modificar estos procedimientos problemáticos. La reformulación representa la creación de un nuevo instrumento conceptual a partir del cual puede surgir una nueva forma de entender e integrar el yo, pero al paciente le llevará tiempo aprender a aplicar este nuevo instrumento. Parte de este aprendizaje tiene lugar en la vida diaria del paciente, es por esto que se les pide que escriba un diario en el cual registre las ocasiones en las cuales se sorprenda a sí mismo repitiendo uno de sus procedimientos problemáticos. Estos diarios se discuten en la sesión en la cual, además, el terapeuta permanecerá alerta para detectar la manifestación de los procedimientos problemáticos, tanto en la relación que el paciente hace sobre su vida como, y sobretodo, en la forma en la cual se manifiestan en la propia terapia, en la relación transferencial. Como ya bien señalo Strachey allá por 1939, la auténtica intervención del psicoterapeuta que es emocionalmente significativa es aquella que se refiere al aquí y al ahora.

Cuando se utilicen los diagramas secuenciados (Beard 1990; ver los ejemplos en Ryle, 1995) los pacientes considerarán su vida en relación con el diagrama al menos una vez al día, tratando de recordar qué procedimientos o giros han puesto en práctica. Al final de cada sesión es útil para los pacientes hacer una estimación porcentual del grado en que el paciente ha sido controlado por sus procedimientos problemáticos y sus giros ineficaces y, puesto que se definen modelos alternativos (“salidas”), será útil también estimar el uso que se hace de estos. Esta estimación servirá para dar unidad al trabajo de cada sesión y relacionarlo con los objetivos de la terapia. La reiterada demostración de estos procedimientos generalmente conduce con bastante rapidez a una capacidad mucho mayor para reconocer conscientemente lo que hasta entonces ha sido realizado automáticamente y por lo tanto inicia la posibilidad de cambio.

Como he mencionado en esencia este enfoque representa el uso de un paradigma de aprendizaje, basado en el tipo de aprendizaje propio del niño cuando aprende de sus padres y maestros. En él, lo que se pone en práctica dentro de la relación terapéutica (pedagógica), son los instrumentos, palabras o conceptos que son aportados (por el padre, el profesor o el terapeuta) y que proporcionan la base para la revisión de los procedimientos perjudiciales y para la integración de los aspectos del yo que estén conectados defectuosamente.

Los instrumentos básicos son la descripción y la demostración; se evitan en la medida de lo posible, interpretaciones evolucionistas del origen de las presentes experiencias o de los posibles impulsos inconscientes ocultos tras las defensas.

A través de la fase activa de terapia y hasta su terminación el contenido principal de las sesiones será determinado por el paciente, como en la terapia dinámica, pero los comentarios del terapeuta irán encaminados a demostrarle cómo se manifiestan los procedimientos problemáticos y cómo se pueden modificar. Una parte de cada sesión, sin embargo, se dedicará a elaborar “deberes” adecuados y a revisar el trabajo realizado por el paciente en tales “deberes” entre sesiones. Algunos pacientes serán concienzudos y eficaces en su trabajo, utilizando al terapeuta de forma no problemática, como a un buen profesor. Otros, sin embargo, en sus errores y olvidos, en su exceso de sumisión o resistencia pasiva, en su variabilidad entre la idealización y el rechazo manifiesto, en su implicación con el terapeuta, reflejarán las dificultades que les llevaron a su consulta. Tales manifestaciones serán tomadas como material para la terapia, es decir como ejemplos de procedimientos problemáticos objeto de la terapia que deben ser atacados y modificados dentro del marco de la relación terapéutica.

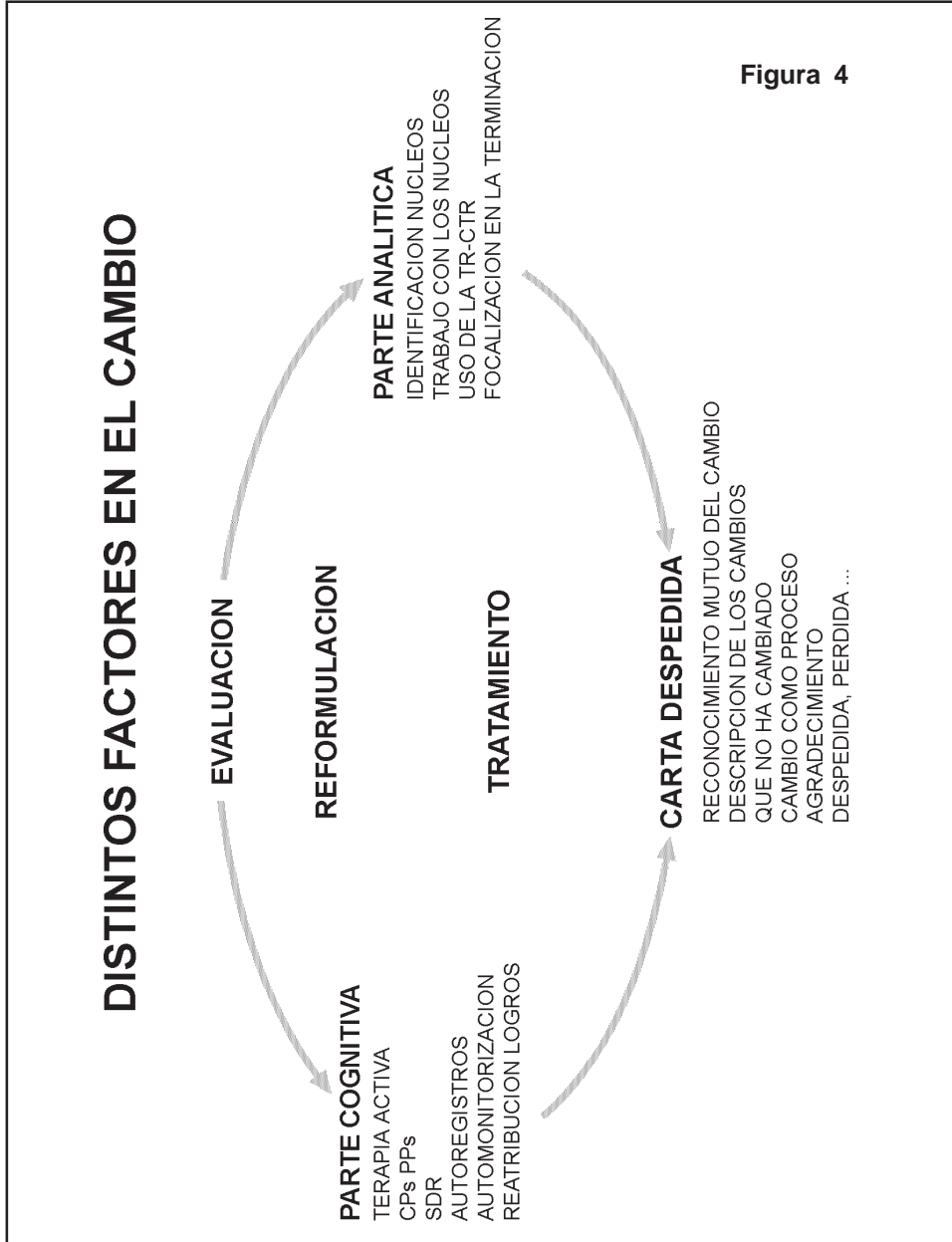
En resumen, dentro del marco de la reformulación, y la terapia activa posterior los terapeutas pueden utilizar un amplio abanico de métodos terapéuticos específicos. En cualquiera de los casos, me sumo a las reflexiones de Fiorini (1984, 1985) quien hablaba que hay que tomarse muy en serio la secuenciación técnica, en la que unas estrategias han de abrir paso a otras; la falta de estructuración estratégica y técnica, puede producir efectos confusionales en el paciente. Una de las formas de verificar la articulación de las intervenciones psicoterapéuticas, es tomando en cuenta la coherencia que éstas puedan tener a la hora de intentar cubrir los objetivos que se han marcado. Las técnicas que se pretendan utilizar, la actitud del terapeuta, el tipo de intervención, han de mantener una coherencia interna, de tal forma que haya un esquema explicativo a nivel teórico que dé sentido a lo que se está haciendo. Así, la psicoterapia no se convertirá en una utilización arbitraria de técnicas en la que la selección de las mismas siga más las preferencias del terapeuta, en vez de intentar ajustar éstas a las necesidades del paciente (Beutler, 1990)

Todo lo dicho anteriormente hace plantearse la concepción que desde la P.C.A. se tiene acerca del proceso de cambio; podría decirse que en la que la autoconciencia del individuo acerca de sus propios problemas y de sus propias conductas problemáticas, procedimiento problemáticos y los núcleos centrales conflictivos del sujeto le llevan a un nuevo aprendizaje, lo que favorece el desarrollo de nuevas conductas; esto a su vez produce una nueva manifestación conductual y una nueva forma de relacionarse con los demás proveyendo al sujeto de manera retroactiva nueva información que aumenta su grado de autoconciencia. En este sentido, pues, el proceso de cambio vendría derivado de la identificación de los procedimientos problemáticos, el impacto emocional de dicha tarea, la revisión de



los mismos y la retención e incorporación de los nuevos procedimientos por parte del paciente y el mantenimiento de las nuevas conductas.

Pero vamos a intentar ser más específicos: vamos a ver cuál sería la especificidad del cambio en la psicoterapia cognitivo analítica. Esto viene representado en la siguiente figura (4):



De los factores terapéuticos implícitos en la reformulación hemos hecho mención anteriormente, mientras que desde el punto de vista analítico actuarían como factores curativos la identificación de los núcleos conflictivos del sujeto, el trabajo con los mismos, la utilización sistemática de las interpretaciones transferenciales para provocar cambios en el aquí y en el ahora produciendo reestructuraciones en los esquemas cognitivo-afectivo profundos y que sólo son de acceso posible a través del trabajo con una alta carga emocional. Por parte de lo cognitivo el hecho de haber trabajado de manera activa con una identificación clara de cuáles son las conductas problema, los procedimientos problemáticos y los procedimientos de rol disfuncionales así como la representación gráfica a través de las reformulaciones secuenciales diagramáticas han sido elementos terapéuticos fundamentales para la modificación de la conducta del sujeto. La utilización de los autorregistros, la automonitorización de síntomas y la reatribución interna de los logros son elementos terapéuticos fundamentales que pueden ser atribuidos a la parte cognitiva de la terapia. Por último la carta de despedida tiene un valor fundamental como elemento de cambio dentro de la terapia. El reconocimiento mutuo del cambio, la descripción de los cambios efectuados, la descripción de los que no se han llevado a cabo, el reconocimiento del cambio como proceso, el agradecimiento al terapeuta, evidencia de la despedida terapeuta y la pérdida que todo esto supone para la economía interna psíquica del sujeto son elementos fundamentales que vienen recogidos en la carta de despedida. La Psicoterapia Cognitiva Analítica P.C.A. es por naturaleza integradora como ha quedado claramente expuesto a lo largo de este artículo, pero su potencial integrador se ve claramente reflejado en cómo se maneja dentro de este modelo de abordaje los procesos de terminación en el que se trabaja simultáneamente tanto a nivel racional como emocional, como ha quedado claramente expuesto.

## **6.- COMENTARIOS FINALES:**

Como reconocía en el sumario del artículo, su extensión y el haber pretendido presentar una visión global del modelo va en detrimento de la profundidad de lo expuesto. Pero espero, así todo, que el artículo haya servido para acercar al lector esta visión integradora de la psicoterapia y concretamente el modelo cognitivo analítico.

Algo que se respira a lo largo de todo el artículo y que es fundamental del modelo, y creo que no sólo de este si no de todos los modelos integradores, y que al inicio del mismo lo señalé como axiomático es el ser capaz de tener una visión compleja del ser humano, un pensamiento post-formal bien desarrollado, una gran capacidad de abstracción y una capacidad así mismo de poder moverse buscando las complementariedades de presuntas argumentaciones dicotómicas o antagónicas, y que a juicio del autor y de otros muchos autores, no son tal; si no que caeríamos de nuevo en la trampa de la escisión permanente.

Pero quiero terminar el artículo diciendo algo que me parece que es importante clarificar. Ni espero ni deseo que todos terminen siendo integradores o eclécticos, sería la finalización de la dialéctica del conocimiento. Para integrar tenemos que tener cosas que poder integrar y estas han de ser producidas por aquellos especialistas o profesionales que no asumen este modelo, si no que asumen el suyo propio, incluso con radicalidad conceptual. Esto es válido en la medida en que va a aumentar la capacidad de análisis de lo complejo del ser humano, a través de la parcelación de lo analizado. Este, ha sido el camino de la ciencia a lo largo de los siglos, lo que planteo en el artículo no es que esto debe desaparecer en favor de un pensamiento integrador que sustituya al conocimiento superespecializado, ambas cosas, de nuevo, son compatibles y no sólo lo son, sino además son deseables. Que todos fuésemos integradores y/o eclécticos no sólo paralizaría la dialéctica del conocimiento, si no que evidentemente el riesgo sería caer en la monotonía y la uniformidad y no se trata de eso. Precisamente este modelo lo que estimula es la creatividad y la capacidad de síntesis y de búsqueda de cada individuo de su modelo terapéutico y de su propia capacidad de integrar lo que ha aprendido a lo largo de su vida, de su formación y de su experiencia clínica.

---

*En el presente artículo se presenta una concepción integradora de la psicoterapia, y específicamente un modelo cognitivo analítico, inspirado fundamentalmente en la terapia cognitivo analítica descrita por Anthony Ryle, pero con algunas modificaciones. Se abordan, además, los antecedentes históricos de la Psicoterapia Cognitivo Analítica (P.C.A.), haciendo referencia a los intentos de síntesis entre conductismo y psicoanálisis, que ya se habían llevado a cabo en el pasado, a fin de poder encuadrar los aspectos teóricos y técnicos, propios de esta concepción.*

## **Referencias Bibliográficas:**

- ALEXANDER, C.N. & LANGER, E.J. (1990). *Higher stages of human development*. Ed: Oxford University Press.
- ALEXANDER, F. (1963). The dynamics of Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 120.
- ANSARI, S. (1993). *Cognitive Analytic Therapy-Cat*. Cat Training Program.
- ARKOWITZ, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. FREEDHEIM (ED). *The history of psychotherapy: a century of change*. Ed: Washington, dc: APA.
- BEARD, H.; MARLOWE, M.; RYLE, A. (1990). The management and treatment of personality-disordered patients: The use of sequential diagrammatic reformulation. *British Journal of Psychiatry*, 156.
- BECK, A.T. (1988). Terapia cognitiva, psicoanálisis, y farmacoterapia, un continuum cognitivo. en M. MAHONEY & A. FREEMAN (Ed.). *Cognición y psicoterapia*. Ed: Paidós.
- BECK, A.T. & HAAGA, D.A.F. (1992). The future of cognitive therapy. *Psychotherapy*, 29(1)

- BECK,A.T. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BEITMAN,B. (1994). Stop exploring: Start defining the principles of psychotherapy integration: Call for a consensus conference. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- BEITMAN,B.D.; GOLFRIED,M.R.; NORCROSS,J.C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146 (2).
- BEUTLER, L.E. & CLARKIN, J.F. (1990). *Systematic treatment selection. Toward targeted therapeutic interventions*. Brunner/Mazel.
- BIRK, L. (1970). Behavior therapy. Integration with dynamic psychiatry. *Behavior Therapy*. 1
- BIRK,L.; BIRKLEY-BIRK,W. (1974). Psychoanalysis and behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*. 131 (5)
- BOWLBY, J. (1976). *El vinculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- BRANCO,A. (1995). From encapsulation to paradigmatic complementarity: Psychotherapist's epistemic and therapeutic styles. Paper to be presented at SEPI XI. Washington.
- BROCKMAN,B.; POYNTON,A.; RYLE,A.; WATSON,J.P. (1987). Effectiveness of time-limited therapy carried out by trainees. Comparison of two methods. *British Journal of Psychiatry*, 151
- CASTONGUAY,L.G.; LECOMTE,C. (1989). The common factors in psychotherapy: What is known and what should be known?. Paper presented at the fifth annual meeting of the society for the Exploration of Psychotherapy Integration. San Francisco.
- COWMEADOW,P. (1994). Deliberate self-harm and cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-term psychotherapy* 9 (2-3).
- DOLLARD,J.; MILLER, N.E. (1977). *Personalidad y Psicoterapia*. Ed: DDB.Biblioteca de psicología.
- DUIGNAN,I.; MITZMAN,S. (1994). Measuring individual change in patients receiving time limited cognitive analytic group therapy. *International Journal of short-term psychotherapy* 9 (2-3)
- DUNN,M. (1994). Variations in cognitive analytic therapy technique in the treatment of a severely disturbed patient. *International Journal of Short- Term Psychotherapy* 9(2-3)
- ENGEL,G. (1977). The need for a new medical model a challenge for biomedicine. *Science*. 136
- ETCHEGOYEN,H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Ed: Amorortu.
- FAIRBAIN,W.R. (1962). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Ed: Hormé. 1962.
- FEIXAS,G. (1990) Las terapias cognitivas: Introducción histórica y perspectivas actuales. *Revista de Psicoterapia*. 1 (2-3).
- FEIXAS,G. (1992). Constructivismo e integración en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*. III (12)
- FEIXAS, G. & NEIMEYER, R.A. (1990 a). Constructivist contributions to psychotherapy integration. *Journal of integrative and eclectic psychotherapy*. 9,1
- FEIXAS, G. & MIRO, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- FEIXAS,G. & VILLEGAS, M. (1990). Constructivismo y psicoterapia. Barcelona: PPU.
- FINK,P.J. (1994). Cognitive analytic therapy. *International Journal short-term Psychotherapy*. 9 (3-3)
- FIORINI,H.J. (1984). *Estructuras y abordajes en psicoterapia*. Buenos Aires: Mairena.
- FIORINI,H.J. (1985). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buneos Aires: Nueva Visión.
- FRANK,J.D.; FRANK,J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. New York: The Johns Hopkins University Press.
- FREDHEIM,D. (ED)(1992). *The history of psychotherapy: a century of change*. Ed: Washington,dc: APA.
- FRENCH,T.M.(1932). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work. *American Psychiatric Association*.
- GALLEGO MERE,A. (1988). Implicaciones técnicas en el trabajo psicoanalítico a la luz de la teoría de las relaciones objetales. *I Reunión de profesionales del C.P.M.*
- GILL,M.M. (1982). *Analysis of transference I: Theory and technique*. New York. International Universities Press.
- GLASS,C.R., VICTOR,B.J. & ARNKOFF,D.B. (1993). Empirical research integrative and eclectic psychotherapies. In G., Srticker & J. R. Gold: *Comprehensive handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press.
- GOLDBERG,D. & HUXLEY,P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London: Routledge.
- GOLDFRIED,M.R. & NEWMAN,C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. In J., NORCROSS, *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- GOLFRIED,M.R.; CASTONGUAY,L.G.(1992). The future of psychotherapy integration. *Psychotherapy*. 29 (1)

- GOLDFRIED, M.R.; & ROBINS, C. (1983). Self-schema, cognitive bias and processing of therapeutic experiences. In P.C.Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. 2. New York: Academic Press.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: The Guilford Press.
- GUIDANO, V. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad: la relación entre teoría y práctica de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia*. 1 (2-3)
- GUIDANO, V.F. (1991). *The self in process*. New York: The Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1994). *El sí mismo en proceso*: Hacia una terapia cognitiva post-racionalista. Barcelona: Paidós.
- GONÇALVES, O.F. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of cognitive psychotherapy*. 8 (1).
- GUNTRIP, H. (1971). *Estructura de la personalidad e interacción humana*. Buenos Aires: Paidós.
- GURMAN, A.S.; KNISKERN, D.P. (1991). *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- HOROWITZ, M.J. (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago: The University of Chicago Press.
- HOROWITZ, M.J. (1988). *Psychodynamics and cognition*. Chicago: The University of Chicago press.
- HOROWITZ, M.J. (1995). Estados, esquemas y control: teorías generales para la integración de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* (ver este número)
- JACOBSON, N.S. (1994). Behavior therapy and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*. 4 (2)
- JENSEN, J.P.; BERGIN, A.E. & GREAVES, D.W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional psychology*. 21(2)
- KAPLAN, H.S. (1974). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- KANFER, F.H. & GOLDSTEIN, A.P. (1987). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- KELLY, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton
- KERNBERG, O. (1987). Trastornos graves de la personalidad. Ed: El Manual Moderno.
- KRAMER, D.A. (1983). *Post-formal operations? A need for further conceptualization*. *Human Development*. Oxford: Oxford University Press.
- KRIZ, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu. 1990.
- KOHLBERG, R.J. & TSAI, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of psychotherapy integration*. 4 (3).
- KOHLBERG, R.J. & TSAI, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- KUEHLWEIN, K.T.; ROSEN, H. & BECK, A.T. (1993). *Cognitive therapies in action. Evolving practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LAZARUS, A.A.; BEUTLER, L.E. & NORCROSS, J.C. (1992A). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*. 29 (1).
- LEIMAN, M. (1994). The development of cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy* 9 (2-3)
- LEONTIEV, A.A.: Sign and activity. En Wertsch, J.V. (1981 A). *The concept of activity in Soviet psychology*. Nueva York: Sharpe.
- LINEHAM, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.
- LINVILLE, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of personality and social psychology*. 52(4)
- LONDON, P. (1964). The modes and morals of psychotherapy. In Stricker, G.; Gold, J.R. *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. New York: Norton.
- MAHONEY, M.J. (1990). Metateoría constructivista: Implicaciones para la psicoterapia. *Revista de psicoterapia*. 1 (2-3)
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MAHONEY, M. (1992). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas. *Revista de psicoterapia*. III (12)
- MARLOWE, M.J. (1994). Cognitive analytic and borderline personality disorder: Restricted, reciprocal role repertoires and subpersonality organization. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*. 9 (2-3)
- MEICHENBAUM, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal consulting and clinical psychology*. 61 (2)

- MIRAPEIX,C. (1993). Una concepción integradora de la psicoterapia: más allá del dogmatismo de escuela. *Psiquis. Marzo*
- MIRAPEIX,C. (1991). *Psicoterapia integradora: Un nuevo modelo de intervención*. Jornadas internacionales de Salud Mental. Santander. Noviembre.
- MIRAPEIX,C. (1991). *Psicoterapia integradora: Reflexiones teóricas, epistemológicas y técnicas para una nueva praxis psicoterapéutica*. IV congreso de psicoanálisis. Granada.
- MIRAPEIX,C. (1992). *Cognición y psicoanálisis*. V congreso de la federación de asociaciones psicoanalíticas de España. Cuenca.
- MIRAPEIX,C. (1994). *Situación actual y dificultades de la implantación de los modelos integradores en psicoterapia en España*. Mesa redonda en el X Congreso de la Society for Exploration Psychotherapy Integration. Buenos aires. Junio. Argentina.
- MIRAPEIX, C. (1995). *Epistemological basis for C.A.T.* Paper to be presented at the fourth conference of A.C.A.T. February. London.
- MIRAPEIX, C. (1995). *Specific requirements for trainees in psychotherapy integration*. Paper to be presented at the XI annual conference at the Society of the Exploration of Psychotherapy Integration. Washington. (April).
- MIRAPEIX,C. & GONZALEZ DE RIVERA,J.L.: “En prensa”. Revisión histórica de los modelos integradores en psicoterapia.
- MIRO,M.(1994). *Epistemología evolutiva y psicología. Implicaciones para la Psicoterapia*. Valencia: Promolibro.
- NEIMEYER,R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal consulting and clinical psychology*. 61 (2)
- NORCROSS,J.C.; ALFOLD,B.A. & DEMICHELE,J.T. (1992). The future of psychotherapy: Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy*. 29
- OKUN,B.F. (1990). *Seeking conections in psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass publishers.
- OPAZO,R. ET AL (1994). *Un modelo de psicoterapia integrativa*. X Congreso SEIP. Buenos Aires Argentina. Junio.
- PANIGUAU,C. (1987). Can clinical psychoanalysis be scientific. *American journal of psychotherapy*. XLI.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE,C.C. (1992). The transteoretical approach. In IN: NORCROSS,J.C.; GOLDFRIED,M.R. (EDS), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- PROCHASKA,J.O. & NORCROSS,J.C. (1994). Systems of psychotherapy. A transteoretical analysis. New York: Brooks/cole publishing company.
- REISSER,M. (1984). *Mind,brain and body*. New York: Basic Books.
- ROSENZWEIG,S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of orthopsychiatry*. 6
- ROYCE,J.R. (1964). *The encapsulated man*. Princenton, N.J.: Van Nostrand.
- ROYCE,J.R. & MOS,L.P. (1980). Manual: Psycho-epistemological profile. Alberta, Canada: University of Alberta Center for Advanced Study in Theoretical Psychology.
- RYLE,A.(1978). A common language for the psychotherapies. *British Journal of Psychiatry*. 132
- RYLE,A. (1980). Some measures of goal attainment in focussed integrated active psychotherapy: A study of fifteen cases. *British Journal of Psychiatry*. 137
- RYLE,A. (1991). *Cognitive analytic therapy: active participation in change*. New York: John Wiley.
- RYLE,A.; SPENCER,J. & YAWETZ,C. (1992). When less is more or at least enough. Two case examples of 16 session cognitive analytic therapy. *British Journal of Psychotherapy*. 8 (4).
- RYLE,A.; LOW,J. IN: STRICKER,G.; GOLD,J.R. (1993). Cognitive analytic therapy. In: Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York: Plenum Press.
- RYLE,A. (1994 a). Persuasion or education? The role of reformulation in cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term*. 9 (2-3).
- RYLE,A. (1994 b). Introduction to cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term*. 9 (2-3)
- RYLE,A; BEARD,H (1995). El efecto integrador de la reformulación: terapia cognitivo-analítica en un paciente con un trastorno borderline de la personalidad. *Revista de Psicoterapia* (ver este numero).
- SAFRAN,J.D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30 (19)
- SAFRAN,J.D. & GREENBERG,L.S.(1991). *Emotion, psychotherapy and change*. New York: The Guilford Press.
- SHAPIRO,D (1994). *Presidential address. XIX Congress of the Society for Psychotherapy Research (S.P.R.)*. York. England.

- SPERRY,L.; GUDEMAN,J.E.; BLACKWELL,B. & FAULKNER, L.R.(1992). *Psychiatric case formulations*. New York: American psychiatric press.
- VILLEGAS, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de psicoterapia; Vol.I*.
- VILLEGAS,M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de psicoterapia; Vol.III,10-11*.
- VON BERTALANFY,L. (1962). *General systems theory: A critical review*. General Systems Yearbook.
- WACHTEL,P.L.(1977). *Psychoanalysis and behavioural therapy: Toward and integration*. New York: Basic Books.
- WACHTEL,P.L. (1987). *Action and insight*. New York: Guilford.
- WACHTEL,P,L (1995). Del eclecticismo a la síntesis: hacia una integración psicoterapéutica con menos costuras. *Revista de Psicoterapia* (ver este numero).
- WATSON,J.P.; RYLE,A.(1992). Providing a psychotherapy service to an inner London catchment area. *Journal of mental health. Vol.1*
- WERTSCH,J.V. (1985). *Vygotsky y la formación social de la mente*. Barcelona: Paidós.