

2003

Psicoterapias Cognitivas: Evolución y nuevos modelos

Editado por Isabel Caro

Editorial Paidós.

Capítulo 3.- LA PSICOTERAPIA COGNITIVO
ANALÍTICA

Carlos Mirapeix

Dr. Carlos Mirapeix. Psiquiatra.

Director Unidad de Trastornos de la Personalidad.

Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad



Capítulo 3.- LA PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA

La **Psicoterapia Cognitivo Analítica** es un modelo de psicoterapia breve integrada, limitada a 16 sesiones, desarrollada en la década de los 80 en Inglaterra por Anthony Ryle e introducida en España a principio de la década de los 90 por el autor de este capítulo (Mirapeix 92, 94, 96, 98 y 2000).

Este modelo de psicoterapia, lleva en su nombre implícitas las que son sus dos fuentes mas importantes de influencia. Se sitúa en la confluencia de las terapias cognitivas centradas en esquemas y las psicoterapias psicodinámicas breves. Todo ello lo desarrollaré a lo largo de este capítulo.

Historia y antecedentes del modelo:

Los orígenes de la psicoterapia cognitivo analítica se remontan a la utilización de la técnica de la rejilla (versión Española en Feixas 96) al estudio de las características psicológicas y del sistema de constructos que tenían los pacientes que seguían un tratamiento psicoterapéutico de características psicoanalíticas (Ryle 1975). La necesidad de desarrollar un lenguaje común para poder entenderse las diferentes escuelas psicoterapéuticas (Ryle, 1978), fue una aportación importante de aquella época, en la que abogaba por una utilización de terminología cognitiva y la transformación de la jerga psicoanalítica en un lenguaje mucho más cercano al paciente.

En torno a esa misma época, Ryle tipifica una serie de patrones cognitivos disfuncionales que son observados de manera sistemática en los pacientes neuróticos investigados que estaban siguiendo tratamiento psicoterapéutico. Estos son los que denominó: trampas, dilemas y pegas (Ryle 1979). Años después desarrolló un *Cuestionario de Psicoterapia* dirigido a la detección en las primeras sesiones de psicoterapia de estas distorsiones cognitivas. (*disponible en castellano a petición de los interesados en: iep@iepsi.org*).

Estas distorsiones cognitivas (trampas, dilemas y pegas) necesitaban de un marco teórico de referencia que las integrase en un modelo de procesamiento de información que denominó el modelo de procedimiento secuenciado (Ryle 1982).

En el contexto internacional las concepciones integradoras de la psicoterapia, adquieren un peso cada vez mas importante (Wachthel 1977) y el modelo cognitivo analítico es uno de los que desde el inicio de este movimiento integrador, sirve de referente.

La incorporación durante estos años de los desarrollos psicoanalíticos derivados de la idea de los procedimientos de rol recíproco (Ogden 1983), hace que aspectos más desarrollados de la teoría de las relaciones objetales (Fairbain 1952), que fue inicialmente incorporada por Ryle en los primeros momentos del desarrollo teórico del modelo cognitivo analítico, fueran evolucionando hasta la inclusión del concepto de las RIG's (relaciones internalizadas posteriormente generalizadas) (Stern 1985) que contribuyeron a una mayor complejidad en la concepción de la génesis de los procedimientos de rol y los roles recíprocos. Los procedimientos recíprocos de rol son patrones de relación interpersonal desarrollados en la más temprana infancia a través del aprendizaje que se produce en los modelos de interacción con las figuras significativas del sujeto.

La incorporación teórica más importante realizada a la psicoterapia cognitiva analítica en los últimos tiempos ha sido en la década de los 90, con las aportaciones derivadas de la psicología



social rusa, en base a los desarrollos tanto del propio Ryle (1991) como de uno de los terapeutas cognitivo analíticos más importantes a nivel internacional en el momento actual, como es Michael Leiman. El papel del lenguaje y la teoría del signo en la reconceptualización de la PCA como una terapia dialógica, ha sido recientemente desarrollado por Leiman (1997, 2000). Una aportación muy reciente al marco teórico de la PCA, es la incorporación de conceptos vinculados a los modelos de procesamiento distribuido en paralelo y su papel en los mecanismos de regulación cognitivo emocional (Mirapeix 2000)

Su lugar entre las terapias cognitivas actuales:

Desde el campo de la psicoterapia cognitiva, es desde donde vienen hoy los mayores avances en psicoterapia y muchos de ellos que apuntan hacia la integración (Kuehlweim 1993). La evolución de los modelos cognitivos ha sido recientemente recogido en el texto Caro (1997) y expuesta por mi en otros lugares (Mirapeix 1994).

La evolución de las psicoterapias cognitivas racionalistas a modelos psicoterapéuticos cognitivos post racionalistas como la psicoterapia cognitivo estructural de Guidano (1983), la terapia lingüística de evaluación (Caro 1996), abren las puertas a la eclosión de las aproximaciones constructivistas y narrativas a las psicoterapias cognitivas (algunas de ellas recogidas en este texto)

El papel fundamental de la teoría de esquemas en el desarrollo de psicoterapias relativamente modernas, la psicoterapia centrada en los esquemas personales de Young (1999), la psicoterapia dinámico cognitiva (el análisis configuracional de Horowitz 1997).

Todo ello sitúa a la PCA, como decía al principio, en la confluencia de las terapias cognitivas centradas en esquemas y las psicoterapias psicodinámicas breves, teniendo sin duda claras influencias constructivistas.

La comparación entre psicoterapia cognitiva y psicoterapia cognitiva analítica ha sido abordada en algunos trabajos recientes (Marzillier y Butler 1995; Allison 2001). Podemos sintetizar las diferencias de la siguiente forma:

1.- la psicoterapia cognitiva clásica desde el punto de vista epistemológico está sustentada en un modelo racionalista que se rige por una visión isomórfica de la realidad de tal forma que la causalidad es unidireccional y a mi juicio simple. La aceptación de la introspección como elemento significativo a la hora de considerar válidos los datos que aporta el cliente, es lo que en su momento más ayudó a diferenciarla desde el punto de vista conceptual y epistemológico de los conductistas clásicos, amén de otras diferencias. Desde el punto de vista teórico y práctico el foco de intervención en este tipo de psicoterapia cognitiva clásica es la modificación de las cogniciones distorsionadas, esperando conseguir con ello una alteración o una modificación en el sentido de la normalización del sufrimiento emocional por el que el paciente consultó.

El patrón de relación terapéutica que se establece en el tratamiento de pacientes con este modelo de terapia, es un modelo colaborador centrado en la autoobservación y con la utilización de autorregistros en el que el terapeuta es activo y actúa como poseedor de la verdad y entrena al sujeto a pensar correctamente. En términos generales, en este modelo de psicoterapia no se realizan intervenciones centradas en la relación terapéutica. Por último desde el punto de vista de las técnicas utilizadas en los modelos de psicoterapia cognitiva clásica, el



diálogo socrático, que sustenta la reestructuración cognitiva, es el paradigma de intervención en este tipo de terapias.

2.- la Psicoterapia cognitivo analítica, desde el punto de vista epistemológico se situaría dentro de lo que algunos autores denominan constructivismo moderado (Opazo 1994), complementariedad paradigmática (Branco Vasco 1998) o epistemología ecléctica (Mirapeix 1995), basándose en un modelo de flexibilidad de integración de los opuestos, descrito por (Alexander 1990). El foco de intervención en este tipo de psicoterapia es sobre los procedimientos interpersonales vinculados a los síntomas, buscando fundamentalmente no solo la descripción y revisión de dichos patrones disfuncionales, si no la movilización de la carga afectiva que impide la reestructuración de los esquemas significativos y la modificación del comportamiento del sujeto en su vida cotidiana.

Desde el punto de vista de la relación terapéutica, el terapeuta utiliza tanto la actividad y la dirección, (como un maestro ante un niño que tiene que aprender nuevos comportamientos que antes no tenía) cómo la utilización del silencio para provocar un mayor incremento emocional por parte del paciente. De manera sistemática en este modelo de psicoterapia se interviene en la relación terapéutica para poder producir la movilización de los afectos que ayuden a desbloquear los esquemas disfuncionales y a modificar los patrones interpersonales mal aprendidos a lo largo de la biografía y vida actual del sujeto. Las técnicas que utiliza son muy eclécticas, pero manteniendo siempre la referencia a la reformulación que se realizó del caso.

Principales conceptos

Las trampas, dilemas y pegos, precisaban de un referente teórico que permitiese articular estos constructos para que tuviesen una aplicabilidad clínica, esto llevo al desarrollo de lo que se considero la piedra fundamental en la que se sustenta la P.C.A.: el Modelo del Procedimiento Secuenciado (Procedural sequence model, P.S.M.. Ryle 1991)). El **PSM (Modelo de procedimiento secuenciado)**. Se denomina así porque **la unidad de estudio es la secuenciación de un procedimiento** o el análisis del procedimiento en si. 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 podían ser vistas como bucles cognitivos repetitivos y que son realizados por secuencias de operaciones mas simples, que están subordinadas a la consecución de objetivos mas 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.



Este esquema de 7 pasos desarrollado por Ryle y conceptualizado como el PSM, voy a representarlo de manera gráfica en el siguiente dibujo, que nos va a permitir comprender mejor cuál sería la estructura operativa gráficamente representada de los pasos que hemos señalado anteriormente.

INCLUIR AQUI DIBUJO 1

A todo acto de percepción, bien sea interno o externo, el individuo le atribuye un significado, el sujeto valora sus propias capacidades con respecto a dicha situación y anticipa las consecuencias que se pueden derivar de sus actos. Todo esta secuencia lineal, viene mediada emocionalmente y condicionada por el o los esquemas activados en ese momento.

Como viene representado en el dibujo 1, cada uno de los pasos de la secuencia hunde a través de las flechas radiales, sus raíces en las estructuras centrales de significación, o configuración específica e individual de esquemas personales. La psicoterapia se ocupa pues de ambos niveles: de la alteración en la secuencia del procedimiento (procesamiento lineal); así como de las alteraciones producidas en los subniveles de la secuencia (procesamiento en paralelo), derivados de los sesgos producidos por las emociones implicadas, incorporadas a la estructura de esquemas subyacente. La relación dialéctica de ambos tipos de procesamiento, es lo que dá un auténtico sentido individual a las subrutinas cognitivas disfuncionales tipificadas como trampas, dilemas y pegas (Mirapeix 2000).

Desde un punto de vista de aplicación práctica del modelo, la estructuración de la terapia, la actividad del terapeuta, los auto-registros, las tareas para casa y la evaluación sistemática de los resultados, son influencias claramente cognitivas (Beck 1983). Mientras que el trabajo sistemático con los patrones de relación que el sujeto despliega en la relación terapéutica, el trabajo con la dialéctica transferencia contratransferencia, y la clarificación sistemática de las interacciones en términos de procedimientos de rol, son elementos psicodinámicos relacionales incuestionables. Se quedaría en una terapia descriptiva y analítica, si no diese la importancia que da a la acción. Entendemos que los problemas no se resuelven si no cambia el comportamiento. Si bien es cierto que la introspección y la capacidad del sujeto de auto-observarse y de ser consciente de los problemas que tiene es una parte importante de los mecanismos de cambio, la objetivación del cambio de conducta y la generalización de este cambio a la vida cotidiana, es un elemento sin el cual no se puede considerar que la psicoterapia haya tenido éxito.

Es por lo tanto, una terapia dirigida a la eliminación de síntomas y al autoconocimiento, es una psicoterapia auténticamente bio-psico-social y puede ser concebida desde una perspectiva de la teoría de esquemas, donde interseccionan la integración longitudinal y transversal (Mirapeix 1997).

Principales campos de aplicación

Actualmente, es en el sistema nacional británico de salud donde la psicoterapia cognitivo analítica tiene mayor implantación, está siendo aplicada en diferentes settings, formatos y dirigido a distintas poblaciones clínicas.

Con respecto a las indicaciones y contraindicaciones de la psicoterapia cognitivo analítica, se la considera como un primer modelo de intervención tanto a nivel de atención primaria como especializada. En un estudio que se realizó sobre un total de 304 pacientes, a 120, es decir, un



39% de la muestra total que acudió a la primera cita, se les indicó la participación en un programa de psicoterapia cognitivo analítica como terapia de primera elección (Watson 1992).

Este modelo de psicoterapia fue desarrollado específicamente para ser aplicado en contextos públicos, y su estructuración y brevedad resulten idóneos para resolver la mayor parte de problemas atendidos en estos primeros niveles asistenciales. Por lo tanto cualquier tipo de queja psicológica puede considerarse como indicada para ser tratada con este modelo de psicoterapia, a excepción de: trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores con síntomas psicóticos, utilización activa de drogas, sintomatología secundaria a patología orgánica, y conductas abiertamente psicopáticas y faltas de colaboración son las contraindicaciones formales.

La psicoterapia cognitiva analítica actualmente está siendo aplicada en diferentes settings: en unidades de agudos para tratar a patologías autoagresivas, habiéndose descrito recientemente un modelo ultrabreve de psicoterapia cognitivo analítica, limitada a 3 sesiones para aplicar en estos contextos protegidos para el tratamiento de pacientes con patología autodestructiva (Sheard 2000). En el tratamiento de los trastornos alimentarios (Dennmán 1995, Daré 2001). Patología médica específica como el asma (Walsh 2000) y la diabetes tipo I (Fosbury 1997). En psiquiatría forense para el tratamiento de pacientes graves que han sufrido abusos sexuales (Clarke 2000). Un área especialmente relevante es la aplicación del modelo para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Ryle 1994, 1997, 2000 Mirapeix 1999, Livesley 2001)

Por otro lado la psicoterapia cognitiva analítica también esta ampliando sus indicaciones más allá de su formato individual, y esta siendo utilizada en formatos de pareja (Ryle 1991) así como en psicoterapia grupal (Maple 1995). Ambos protocolos de intervención (de pareja y grupal) están siendo ensayados en el Instituto de Estudios Psicoterapéuticos de Santander.

Técnicas principales

La Psicoterapia cognitivo analítica, al ser un modelo de psicoterapia breve, limitado a 16 sesiones (en el modelo clásico de Ryle), es un tratamiento muy estructurado a priori y las fases del tratamiento y su contenido están bastante estandarizadas. La interrelación de las fases de la terapia individual junto con la estructura específica de la terapia viene sintetizado en la siguiente tabla:



ESTRUCTURA SEGÚN CONTENIDO Y FASES DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA.

| FASES | Sesiones | Historia | Cuestionarios Específicos | Reformulación | Autorregistros Objetivos | Intervenciones Transferenciales | Otras Técnicas | Terminación |
|-----------------------------|----------|----------|---------------------------|---------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------|-------------|
| Compromiso | 1 | X | | | X | X | | |
| <i>Búsqueda de patrones</i> | 2 | X | X | | X | X | | X |
| | 3 | X | X | | X | X | | X |
| | 4 | | | X | X | X | | X |
| <i>Cambio</i> | 5 a 14 | | | | X | X | X | X |

Como vemos, la estructura tanto en duración como en el contenido específico en cada una de las fases está bastante organizado, de tal forma que el terapeuta sabe en cada momento lo que se espera que haga. Así mismo, el paciente está informado de cual es el proceso de la terapia como veremos a continuación. Voy a presentar alguna de las técnicas específicas tal y como se utilizan en el modelo, siguiendo para ello la secuencia de la propia terapia.

Psicopedagogía del modelo:

Una vez realizada la indicación de psicoterapia y antes de que comience ésta formalmente, se le entrega al paciente una guía de la Psicoterapia Cognitivo Analítica (desarrollada en el IEP) con vistas a preparar al paciente para la psicoterapia. Las dudas que tenga sobre la terapia lo comentará con su terapeuta en la primera sesión. Otros modelos similares utilizan también guías informativas previas al comienzo propiamente dicho de la psicoterapia (Young 1999, Dryden 1995)



Una vez que la indicación de psicoterapia ha sido aceptada por el paciente, se le remite a un terapeuta específico para su primera sesión (en nuestro Instituto, el equipo de evaluación es diferente de los que realizan las psicoterapias cognitivo analíticas). Para entonces, el terapeuta que se va a hacer responsable del caso y antes de ver al paciente dispone de los siguientes datos: historia clínica general, datos psicométricos, informe de derivación a psicoterapia y con eso tiene una primera sesión donde los objetivos fundamentalmente son: fomentar una alianza terapéutica positiva, aclarar las dudas que haya con respecto a la psicoterapia cognitivo analítica, dudas referentes a la estructura de la misma, a las técnicas que se van a utilizar y al papel que se espera que jueguen tanto el paciente como el terapeuta. En esta primera sesión se le entregan al paciente los cuestionarios de evaluación que utilizamos en nuestro Centro .

No meterse en el rol recíproco:

Los 5 primeros minutos de la primera sesión son claves, en ellos y si el terapeuta está entrenado, se detectan los patrones relacionales específicos e individuales de cada paciente que sistemáticamente se reproducen en la relación terapéutica. En el proceso dialógico de estos primeros compases de la comunicación terapeuta paciente están contenidos alguno de los repertorios de rol que va a desplegar el paciente a lo largo de la terapia (Leiman 1997). La detección precoz de los patrones relacionales, contribuye a cumplir una primera ley de las psicoterapias basadas en la relación: *"no dejarse meter en el rol recíproco inducido"*.

Los cuestionarios específicos de evaluación:

En la primera sesión se le entregan al paciente los cuestionarios específicos de **evaluación cualitativa**, el CBA (Cuestionario Biográfico Autoaplicado); y el CED (Cuestionario de Esquemas Disfuncionales, modificación del IEP del cuestionario de psicoterapia de Ryle) (*disponible en castellano a petición de los interesados en: iep@iepsi.org*).

Construyendo el primer borrador de reformulación:

Antes de la segunda sesión el paciente debe de haber entregado al terapeuta los dos cuestionarios cumplimentados, de tal forma que el terapeuta pueda realizar un estudio previo antes de volver a ver al paciente en una segunda sesión. Para entonces debe tener un croquis (borrador de reformulación), sobre lo que le sucede al paciente. Esto es lo que le servirá de guía para profundizar en las dos siguientes sesiones e ir construyendo, junto con el paciente, la reformulación del caso.

Recomendamos comenzar con el análisis del cuestionario biográfico autoaplicado, tanto con un análisis de la forma como de los contenidos y continuar con el cuestionario de psicoterapia.

Evaluación orientada a la reformulación:

El hecho de considerar la reformulación como un eje central en el proceso terapéutico, condiciona el contenido y la metodología del proceso evaluativo de las tres primeras sesiones.

Todo lo que sucede a lo largo de las tres primeras sesiones debe de ser material utilizado por el terapeuta dirigido a ayudarle a él y al paciente a reformular el motivo de la demanda inicial. La limitación temporal, ésta presente desde el inicio y condiciona la presión de trabajo y debe de manejarse para convertirla en un estímulo para el trabajo conjunto.



Debido a la importancia que en nuestro modelo tiene la reformulación, voy a explicar con mayor detalle el proceso de construcción de la misma.

La Reformulación:

Qué es: la reformulación es la creación conjunta entre paciente y terapeuta de una descripción sucinta y accesible de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas que trajeron al paciente a la consulta y que se resume por escrito en la carta de reformulación. Lo específico pues de la reformulación en psicoterapia cognitivo analítica es la vinculación que, sustentada en una metateórica específica, se realiza entre los síntomas y aquellas experiencias afectivas que han sido estructurantes de su personalidad. Dicha vinculación se articula a través de los procedimientos cognitivos (trampas, dilemas y pegas) que utiliza el paciente para manejar su vida, éste, con su aceptación o no de lo propuesto por el terapeuta contribuye a la co-construcción de dicha reformulación.

Una buena Reformulación debe de establecer una adecuada vinculación entre el pasado y el presente, siendo capaz de establecer un hilo rojo conductor de lo que se podría considerar el sufrimiento central del paciente, de tal forma que se dé un sentido de coherencia a la experiencia biográfica pasada y a su unión con la situación presente del paciente.

Que componentes tiene: Toda Reformulación debe de incluir: a) Las dificultades por las que consulta el paciente. b) Mencionar los hitos biográficos significativos para el sujeto (experiencias nucleares de una alta carga afectiva que conforman las estructuras centrales de significación). c) Establecer puentes de unión entre esas experiencias pasadas y los problemas actuales. d) Establecer las que se consideraran conductas problema. e) Cuales son los precipitantes y consecuentes actuales referidos por el paciente. f) Describir los procedimientos desadaptativos y reiterativos que utiliza el paciente para manejar su vida (*conviene incluir también los procedimientos adaptativos y sanos que utiliza*). 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. i) Debe de incluir cuales son los obstáculos que se prevén en el tratamiento a la luz de la reformulación. j) Los datos presentes en la reformulación deben permitir comprender cual es el modelo de relación que se va a establecer entre el paciente y el terapeuta.

Como se genera: En primer lugar, el elemento que nos debe de servir para establecer nuestras primeras hipótesis que nos conduzcan a la Reformulación debe de ser el motivo de la demanda del paciente y lo que nosotros entendemos como conductas problema del mismo. Sin utilizar otros datos, es decir sin consultar ni el cuestionario biográfico ni el cuestionario de psicoterapia debemos de tener en mente la siguiente pregunta: ¿Qué tienen en común todos estos problemas que nos presenta el paciente?. Antes de comenzar a trabajar con los cuestionarios, debemos establecer una primera hipótesis que nos permita explicar de manera global la psicopatología que presenta el paciente a nivel vivencial. Para ello, y situándonos en la piel del paciente, debemos preguntarnos: ¿Qué piensa y siente una persona que se está comportando de esta manera?.

La consulta a los cuestionarios nos da datos sobre las experiencias significativas a nivel biográfico (CBA), así como las trampas dilemas y pegas (CED). Introduciremos nuevos matices en nuestra primera hipótesis y comenzaremos a establecer nexos de unión que a modo de



micro-hipótesis chequearemos con el paciente, vinculando los procedimientos cognitivo afectivos distorsionados con las experiencias biográficas y los síntomas. Poco a poco, iremos clarificando aquellos elementos que vamos a incluir en la Reformulación. Los antecedentes y consecuentes de la conducta desplegada por el paciente, analizada en términos de análisis funcional de la conducta, deben de ser incluidos de forma contextualizada en la Reformulación.

Pero hay elementos relacionales fundamentales que contribuyan a clarificar el contenido de la Reformulación. Este otro tipo de cuestiones son: ¿qué sentimientos son los que tiene presente el paciente en el aquí y en el ahora de la sesión?, ¿qué patrón de relación despliega conmigo?, ¿qué sentimientos evoca en mí?, ¿este patrón de relación es similar a otros que el paciente desplegó a lo largo de su biografía?, estas preguntas nos sirven para aclarar cuales son los modelos relacionales del paciente para poderlos incluir en la Reformulación.

En ésta, el terapeuta debe de hacer un esfuerzo por utilizar las palabras del paciente, sus propias metáforas, las imágenes que él usa, los giros lingüísticos propios de él y en general el colorido de su forma de relatar sus experiencias.

Ha de ser útil: La reformulación ha sido el corazón de la 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 esta descripción se centra sobre los procedimientos que subyacen a los problemas del paciente, entendiéndose que la modificación de dichos procedimientos resolverá los problemas del paciente. Por otro lado, "**más útil**" implica una visión pragmática de la reformulación. Esto no es un ejercicio teórico que tenga la finalidad de confirmar una metateoría, sino que la reformulación debe de ser siempre una guía para la fase activa de tratamiento. De tal forma, que el criterio de pragmatismo va a ser siempre la guía que debe de dirigir el proceso de co-construcción de la reformulación, pues de no ser útil ésta se quedaría en un mero ejercicio teórico carente de sentido. En definitiva, la cuestión de los criterios epistemológicos de validación del conocimiento, **Verdad vs utilidad** se reproduce y representa en el tema que nos ocupa de la reformulación en psicoterapia. Esta ha de ser "**verdadera**" para el paciente y como tal, la ha de vivir este último, pero para que esto sea así tiene que ser fundamentalmente **útil**. De nada servirá pues que el paciente dijese: ".....Que cierto es lo que hemos planteado conjuntamente usted y yo, pero llevamos tres meses dándole vueltas a lo mismo y sigo igual que cuando vine..."

La Reformulación sería un artículo dogmático en caso de que tanto terapeuta como paciente no estuviesen prestos a testarlo a lo largo del tratamiento (Persons, J 1989).

Las reformulaciones secuenciales diagramáticas:

Muy utilizadas en PCA, son representaciones a través de diagramas de flujo escritas sobre papel o realizadas en la pantalla del ordenador, en las que se representan los vínculos entre las conductas problema, los patrones cognitivos disfuncionales, las emociones implicadas y los comportamientos observados.

La fase de cambio en la terapia y los nodos de decisión:

Cualquier intervención debe de mantener una coherencia con la reformulación, que es la que sirve de guía con vista a la selección estratégica y técnica.



En la fase de cambio de la terapia y hasta su terminación, el contenido de las sesiones será determinado conjuntamente por el paciente y por el terapeuta, que será el encargado de mantener la coherencia de las técnicas utilizadas en función de los objetivos que se señalaron en la reformulación, manteniendo el foco de atención limitado a los objetivos que se señalaron, como es propio de toda psicoterapia breve (Levenson 1995). Las intervenciones del terapeuta van encaminadas a demostrar al paciente cómo se manifiestan repetitivamente, en su vida cotidiana y en la relación terapéutica los procedimientos problemáticos y como se pueden modificar.

Una parte de cada sesión se dedica a elaborar "deberes" adecuados al marco de referencia de la reformulación y los procedimientos de relación inter e intrapersonal detectados y a revisar el trabajo realizado por el paciente entre las sesiones.

Los nodos de decisión estratégica y técnica no están muy desarrollados en el modelo clásico de Ryle. Desde mi punto de vista, hoy es incuestionable algunos de los avances producidos desde la psicoterapia prescriptiva (Beutler 2000) y el reto está en seguir esos algoritmos de decisión, contextualizándolos con el contenido de la reformulación y el proceso general de la psicoterapia, y no dejarlos en una aplicación meramente ecléctica.

Otras técnicas:

La co-construcción de auto-registros específicos de evaluación de patrones relacionales disfuncionales, las hojas con diagramas vacíos, la prescripción de roles alternativos, el role playing son algunas de las técnicas con un sesgo específico, derivado del marco teórico de aplicación. La asimilación de técnicas de otros modelos al propio que uno practica siempre vienen contextualizadas desde el marco teórico explicativo, se trata de un auténtico proceso asimilativo (Messer 2001).

La carta de despedida:

En ésta, el paciente hace un repaso y recoge por escrito los logros de la terapia así como lo que le queda por conseguir, sirviendo esto como recordatorio de lo realizado y a la vez como un buen instrumento para la fase de seguimiento.

Investigaciones principales

Voy a presentar un resumen de las investigaciones relacionadas con la Psicoterapia Cognitivo Analítica dividiéndolas en diferentes periodos a lo largo de los últimos 25 años.

En la década de los 70 se desarrollan investigaciones relacionadas con lo que son los fundamentos teóricos que dieron lugar al desarrollo del modelo cognitivo analítico y que he mencionado anteriormente. Los trabajos de Anthony Ryle con la técnica de la Rejilla y su aplicación a la investigación del cambio terapéutico de pacientes sometidos a psicoterapia analítica, fueron estudios seminales de evaluación de la técnica de la rejilla para ser utilizada como instrumento de evaluación del cambio en los pacientes tratados en psicoterapia.

Un segundo periodo es el que se desarrolla a lo largo de la década de los 80, en el que hay algunos estudios, algunos de ellos muy importantes, que evalúan la eficacia de la Psicoterapia Cognitiva Analítica, comparándola con la psicoterapia limitada en el tiempo como es el modelo



de Mann (Brockman 1987). Durante todo este periodo el modelo está en su apogeo de desarrollo teórico y técnico.

En la década de los 90 hay un gran número de trabajos relacionados con modificaciones técnicas en la aplicación del modelo, publicados en un número monográfico del *International Journal of Short Term Psychotherapy* en el que autores significativos dentro del modelo Cognitivo Analítico realizan aportaciones seminales sobre modificaciones técnicas generales y aplicaciones específicas en poblaciones clínicas concretas (Leiman, M.; Ryle, A.; Dunn, M.; Cowmeadow, P.; Duignan, I.; Marlowe, M.J. 1994). En esta década se publica el único estudio randomizado (Fosbury 1997) ampliando el perfil de pacientes tratados en psicoterapia cognitivo analítica, comparando un enfoque psicoeducativo con la psicoterapia cognitivo analítica en el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 1. Los resultados fueron alentadores, de tal forma que esto ha propiciado la aplicación del modelo cognitivo analítico a otro tipo de poblaciones con patología somática como veremos mas adelante.

En esta década, es cuando se pone en funcionamiento el proyecto de tratamiento de pacientes con patología borderline y se desarrolla un modelo conceptual específico sobre la patología borderline así como estrategias terapéuticas para el tratamiento de los mismos (Ryle 1997).

Recientemente, se ha publicado en el *British Journal of Medical Psychology* en el número de Junio de 2000, una revisión de los estudios de efectividad de la psicoterapia cognitivo analítica y la aplicación de dicho modelo en diferentes settings. Los estudios de Walsh (2000) sobre la aplicación de la psicoterapia cognitivo analítica en los pacientes asmáticos; el trabajo de Clark (2000) sobre los hombres que han sobrevivido al maltrato sexual en la infancia; Sheard (2000) describe un modelo ultracorto, de 3 sesiones, para el tratamiento de pacientes con conductas autoagresivas; y por último el trabajo de Anthony Ryle con Katia Bolinka (2000) sobre la efectividad de la psicoterapia cognitivo analítica en los pacientes borderline y en el que se especifican algunos factores asociados con el resultado. El tratamiento de la personalidad borderline sigue siendo un foco de atención específico y recientemente se analizó el efecto de la psicoterapia cognitivo analítica en la fragmentación y disociación de la personalidad de dichos pacientes (Wildgoose 2001). Dare (2001) publica un estudio randomizado comparando la psicoterapia cognitivo analítica con otras terapias en el tratamiento de pacientes anoréxicas.

El hecho de que esta psicoterapia no haya pasado por los rigores de los estudios clínicos randomizados se debió a que en la época de su desarrollo teórico y práctico gozó de una gran aceptación por parte de los clínicos del sistema nacional de salud británico por su rapidez y efectividad, y fue evaluado subjetivamente por los clínicos que aplicaban dicho modelo (Marguison 2000). Tan es así que como señaló David Shapiro en la Conferencia Inaugural del Congreso de la *Society for Psychotherapy Research* en 1994, ya en aquella época se consideraba a la psicoterapia cognitivo analítica como uno de los modelos de psicoterapia breve de mayor desarrollo e implantación en el sistema británico de salud.

Desarrollos futuros

Desde el punto de vista teórico y como el autor del presente capítulo planteaba en una editorial reciente de la revista *Archivos de Neurobiología* (Mirapeix 1997), los esquemas personales los considero como el lugar de intersección en la integración intersistema e intrasistema. La teoría de esquemas es el puente de unión entre las conceptualizaciones cognitivas y psicoanalíticas, entre lo racional y lo emocional, entre lo social y lo biológico, entre el procesamiento lineal y en



paralelo. Es el núcleo central sobre el que se articula una comprensión auténticamente integrada bio-psico-social de la psicoterapia y del funcionamiento del individuo.

Por otro lado la aplicación de la psicoterapia cognitivo analítica, está en plena fase de diseminación del modelo y se está extendiendo para ser utilizada en diferentes formatos más allá de lo individual. Se está aplicando el modelo tanto a la psicoterapia de pareja, como grupal, como familiar. Diferentes trastornos no solo psiquiátricos sino también médicos, están siendo objeto de la aplicación de este modelo de psicoterapia, como viene reflejado en el apartado anterior en el caso del asma y la diabetes.

Desde mi punto de vista, a la hora de la selección de estrategias y técnicas en la fase activa del tratamiento, se deben de incorporar los principios derivados de la psicoterapia prescriptiva, si pretendemos estar en la arena de los tratamientos validados empíricamente, como a mi juicio debe de ser.

No puede faltar el hacer una reflexión en torno a la necesidad de mejorar los programas de formación, y a mi juicio, el entrenamiento en este modelo de psicoterapia, además de la formación específica, se beneficiara de una formación previa en el modelo de factores comunes descritos por Beitman (1999).

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDER,C.N.; LANGER,E.J.(1990): Higher stages of human development. Oxford University Press.

ALFORD, B A & BECK, A. 1997: The integrative power of cognitive psychotherapy. Guilford

ALLISON,D & DENNMAN, F(2001): Comparing models in cognitive therapy and cognitive analytic therapy. In: Evidence in the psychological therapies. Chris Mace et al. Brunner Routledge.

BECK,A T; RUSH,J; SHAW, B F& EMERY,G (1983): Terapia cognitiva de la depresión. DDB. Bilbao.

BEITMAN,B & YUE,D (1999): Learning psychotherapy. Norton.

BEUTLER, L y HARWOOD,MT. (2000): Prescriptive psychotherapy. A practical guide to systematic treatment selection. Oxford University press.

BRANCO VASCO,A (1998): Paradigmatic complementarity: facts, possibilities and implications. XIV SEPI Conference (Society for the exploration of psychotherapy integration). Madrid.

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. Vol: 151, 602-610

CARO,I (1996): The linguistic therapy of evaluation: a perspective on language in psychotherapy. Journal of cognitive psychotherapy. Vol 10, 2, 83-104.



- CARO, I.** (1997) Manual de Psicoterapias Cognitivas. Paidós.
- CLARKE, S.** (2000): Personal constructs of male survivors of childhood sexual abuse receiving cognitive analytic therapy. *British Journal of Medical Psychology*. Vol:73, 2, 169-177, June.
- COWMEADOW, P.** (1994) Deliberate self-harm and cognitive analytic therapy. *International Journal Short-Term Psychotherapy*. 9:2/3, 135-150.
- DARE, C.; EILER, I.; RUSSELL, G.; TREASURE, J. & DODGE, L.** (2001): Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry* Mar. 178:216-221.
- DENMAN, F.** (1995) Treating eating disorders using CAT: two case examples. In: *Cognitive Analytic Therapy*. Ryle, A. Ed:Wiley.
- DRYDEN, W.**(1995): *Brief rational emotive behaviour therapy*.Wiley
- DUIGNAN, I; MITZMAN, S.** (1994) Change in patients receiving time limited cognitive analytic group therapy. *International Journal Short Term Psychotherapy*. 9:2/3, 151-160.
- DUNN, M. (1994):** Variations in cognitive analytic therapy technique in the treatment of severely disturbed patients. *International Journal Short Term Psychotherapy*. 9:2/3, 83-92.
- FAIRBAIN, B.D.** (1952) *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock.
- FEIXAS G y CORNEJO,J** (1996): *Manual de la tecnica de la rejilla, mediante el programa record, v2*. Barcelona, Paidos.
- FOSBURY JA, BOSLEY CM, RYLE A, SONKSEN PH, JUDD SL.:** A trial of cognitive analytic therapy in poorly controlled type I patients. *Diabetes Care* 1997 Jun;20(6): 959-64
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G.** (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford Press.
- HOROWITZ,M.J.** (1997): *Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment*. American Psychiatric Press
- KUWEHLHEIM,K.T.; ROSEN,H.; BECK,A.T.**(1993): *Cognitive therapies in action. Evolving practice*. Jossey-Bass.
- LEIMAN,M.** (1994): The development of cognitive analytic therapy. *International Journal Short-Term Psychotherapy*. Vol: 9, 2/3, 67-82.
- LEIMAN, M.** (1997): Procedures as dialogic sequences: a revised version of the fundamental concept in Cognitive Analytic Therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2). 193-207.
- LEIMAN, M.** (2000): Ogden's matrix of transference and the concept of sign. *British Journal of Medical Psychology*, 2000 Sep;73 (Pt 3): 385-97
- LEVENSON, H.** (1995): *Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado*. DDB. Bilbao.
- LIVESLEY, W.J (2001):** *Handbook of personality disorders*. Guilford.



MAPLE, N. & SIMSON, I. (1995): CAT in groups in: A. Ryle , Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theory and Practice. Chichester: Wiley.

MARGISON, F. (2000): Cognitive analytic therapy: a case study in treatment development. British Journal of Medical Psychology. Jun;73 (Pt 2): 145-50.

MARLOWE, M.J.(1994) Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder. International Journal Short-Term Psychotherapy. 9:2/3, 161-169.

MARZILLIER, J. & BUTLER, G. (1995) CAT in relation to cognitive therapy. In: Cognitive Analytic Therapy. Ryle, A. Wiley.

MESSER, S (2001): Introduction to the special issue on assimilative integration. Journal of Psychotherapy Integration. Vol 11, nº1, 1-5

MIRAPEIX, C (1992): Psicoterapia cognitivo analítica: un modelo general de psicoterapia. Comunicación libre presentada el XVI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Bilbao.

MIRAPEIX,C. (1993): Una concepción integradora de la psicoterapia: Mas allá del dogmatismo de escuela. Psiquis. Vol 14, Abril, 9-25

MIRAPEIX,C (1994): Psicoterapia cognitivo analítica: un paradigma de integración en psicoterapia: Antecedentes, justificación epistemológica, aspectos teóricos y técnicos. Revista de psicoterapia. Nº 20, 5-44.

MIRAPEIX, C.(1995): Epistemological basis for cognitive analytical therapy. III Congress of the Association of Cognitive Analytic Therapist. London.

MIRAPEIX, C.(1996) Communication: "Cognitive Analytic Therapy, an integrated approach to the treatment of Anxiety disorders" Symposium:"Psychotherapy Integration" World Congress of Psychiatry. Madrid. Agosto.

MIRAPEIX, C. (1997) Editorial: "De la multicausalidad bio-psico-social a una concepción Integradora de la Psicoterapia". Archivos de Neurobiología, Vol. 60, (1),1-3

MIRAPEIX,C (1998): El tratamiento psicoterapéutico cap:4.5, p-617-638. En: Psiquiatría en atención primaria. JL Vázquez Barquero. Grupo Aula Medica.

MIRAPEIX,C (1999): Psicoterapia cognitivo analítica en el tratamiento de los trastornos de personalidad. II Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad. Salamanca.

MIRAPEIX,C (2000): "Teoría de esquemas y procesamiento distribuido en paralelo: implicaciones para una concepción integradora de la psicoterapia". I Congreso Europeo "La psicoterapia en una europa unificada" Barcelona, 5 a 9 de septiembre.

OGDEN, T.H. (1983) The concept of intenal object relations. Internacional Journal of Psychoanalysis, 64, 227-241.

OPAZO,R (1997): In the Hurricane's eye: A supraparadigmatic Integrative Model. Journal of Psychotherapy Integration, vol 7, nº1, 17-54..



- PERSONS, J.** (1989): Cognitive therapy in practice. A case formulation approach. Norton.
- RYLE, A.** (1975): Frames and cages: the repertory grid approach to human understanding. London, Chatto & Windus.
- RYLE, A.** (1978): A common language for the psychotherapies. British Journal of Psychiatry. Vol:132, 585-594.
- RYLE, A.** (1979): The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. British Journal of Psychiatry, 134, 46-64.
- RYLE, A.** (1980) Some measures of goal attainment in focussed integrated active psychotherapy: A study of fifteen cases. British Journal Psychiatry. Vol. 137, 475-486.
- RYLE, A** (1982): Psychotherapy: a cognitive integration of theory and practice. London. Academic press.
- RYLE, A.** (1991). Cognitive analytic therapy: active participation in change. Ed. John Wiley. Chichester.
- RYLE, A.** (1994): Persuasion or education? The role of reformulation in cognitive analytic therapy. International Journal Short-Term Psychotherapy. 9:2/3, 111-118.
- RYLE, A; BEARD, H.** (1994): El efecto integrador de la reformulación: terapia cognitivo-analítica en un paciente con un trastorno borderline de la personalidad. Revista de Psicoterapia 20, 57-68.
- RYLE, A (1995):** Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice. Wiley.
- RYLE, A (1997):** Cognitive Analytic Therapy and borderline personality disorders. Wiley.
- RYLE, A.; GOLINKA, K.** (2000): Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. British Journal of Medical Psychology. Vol 73 Part 2 June:197-210
- SHAPIRO, D.** (1994): Presidential address. XIX Congress of the Society for Psychotherapy Research (S.P.R.). York. England.
- SHEARD, T. ; EVANS, J.; CASH, D.; HICKS, J.; KING, A.; MORGAN, N.; NERELI, B.; PROTER, I.; REES, H.; SANDFORD, J.; SLINN, R.; SUNDER, K.** (2000): A CAT-derived one to three session intervention for repeated deliberate self-harm: A description of the model and initial experience of trainee psychiatrists in using it. British Journal of Medical Psychology. Vol.73 Part 2, 179-196, June
- STERN, D** (1985) The Interpersonal World of the Infant. New York, Basic Books.
- WALSH, S; HAGAN, T & GAMSU, D (2000):** Recuer and rescued: applying a cognitive analytic perspective to explore the "mis -management" of asthma. British Journal of Medical Psychology. Vol.73 Part 2 : 151-168.
- WACHTEL, P.L.** (1977): Psychoanalysis and behavioural therapy: Toward and integration. Basic books. New York.



WATSON,J.P.; RYLE,A.(1992): Providing a psychotherapy service to an inner London catchment area. Journal of Mental Health. Vol.1,169-176.

WILDGOOSE A, CLARKE S, WALLER, G. (2001) Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: a pilot study of the impact of cognitive analytic therapy. British Journal of Medical Psychology. Mar; 74 (Pt 1): 47-55.

YOUNG,J (1999): Cognitive therapy for personality disorders: a scheme focused approach. Profesional resource press.

C. Mirapeix

