

Rodrigo Inostroza Cea
Psicoterapeuta

Precisiones al setting de una clínica de alta complejidad

Cipra
Psicoterapia Constructivista

Hablar de una Clínica de Alta Complejidad alude a un trabajo específico en psicoterapia que se percibe como altamente desafiante por parte de los terapeutas, y que usualmente implica dinámicas relacionales difíciles de manejar, muchas veces agresivas, con problemas de mentalización importantes de parte del paciente, muy activas emocionalmente en sesión y que pueden mantener al terapeuta en un sentido de peligro. Coincide esta clínica con diagnósticos categoriales de trastornos de la personalidad, psicosis, adicciones y cuadros graves que no constituyen necesariamente diagnósticos pero que resultan de alto interés clínico: difusión de identidad, episodios alucinatorios transitorios e ideación – intento suicida.

Es claro que si las demandas relacionales de los pacientes son distintas a las que encontramos en los habituales tratamientos con temáticas de complejidad media o baja, la forma de trabajo no debiera ser igual. Sin embargo, en la formación del psicólogo clínico se pone énfasis habitualmente en las teorías de comprensión utilizadas y en las metodologías generales, no siempre referidas a temáticas de clínica de gravedad. En un esfuerzo por complementar la formación de psicoterapeutas, desarrollamos un modelo de trabajo que se desenvuelve mejor como herramienta en el trabajo con clínica de alta complejidad. Este modelo surge a partir de la práctica clínica y de los estudios específicos en clínica de psicosis, suicidio, adicciones y trastorno límite de la personalidad.

El presente abordaje del setting en clínica de alta complejidad se enmarca, entonces, en un método de trabajo que sigue la tradición cognitivo constructivista (Guidano, 1991; 1999; 2001) incorporando una actitud de exploración fenomenológica en psicoterapia (Arciero, 2006; Díaz, 2016). Enfatiza el estudio de los mecanismos de construcción de las percepciones del sujeto, con especial énfasis en los momentos ipse o de discontinuidad del sí mismo (Ricoeur, 1996), esto es, en situaciones en donde el funcionamiento personal cambia, es distinto al funcionamiento habitual o en continuidad identitaria.

En una primera instancia de trabajo se sugiere identificar las escenas ipse para focalizar la atención en ellas, poniendo énfasis en observar las percepciones del sujeto en dichas situaciones con el mayor detalle posible (Díaz, 2016). Para este ejercicio de deconstrucción se sugieren heurísticos de observación que ayudan tanto al ordenamiento hipotético que realice el terapeuta de lo observado como a la guía de la exploración. Las

dimensiones perceptivas a evaluar escogidas para este trabajo son la Demarcación (que apunta a la definición de límites de la percepción, donde empieza y donde termina), la Valoración (el valor de aprobación o rechazo que le da a la percepción), la Comprensión (acciones y construcciones de sentido en la experiencia, actos que denotan un cierto nivel de comprensión o incomprensión de lo percibido) y el Control (alude a un sentido de predicción, manipulación y sentido de la propia percepción)(Díaz, 2016).

Estos actos perceptivos pueden referirse a tres clases de referencia diferenciables claramente entre sí: Corporalidad (“me siento de esta manera”), Autoimagen (“yo soy esto”) y Alteridad (“ellos son de este modo”) (Díaz, 2016). En una escena de discontinuidad, por ejemplo una crisis alucinatoria, tendríamos que diagramar cada una de estas dimensiones referidas al cuerpo, a la autoimagen y a la alteridad para poder construir una completa hipótesis de los procesos de integración de las percepciones. Esto nos permite estudiar los parámetros perceptivos de entrada y salida a la fase alucinatoria, con lo que tenemos una herramienta de manipulación vincular para asumir un cierto grado de control de estas.

En un segundo momento de terapia la propuesta apunta a la construcción de nuevas percepciones o focos perceptivos que permitan al paciente una mejor integración de las clases de referencia, para dar paso a un tercer momento que apunta al trabajo de reconstrucción hacia un sentido de continuidad más flexible, integrado y coherente (Díaz, 2016).

Si bien la propuesta puede ser aplicada a cualquier trabajo en psicoterapia, nace y se enfoca en el trabajo en clínica de alta complejidad. Las estrategias de trabajo desde los modelos cognitivo constructivistas permiten un buen trabajo de reconstrucción hacia el sentido de continuidad, pero no permiten una ordenada exploración y comprensión de los momentos de discontinuidad cuando estos coinciden con malestar psicológico de alta intensidad. Al mismo tiempo, presuponen la continuidad como el funcionamiento en bienestar psicológico y en clínica de pacientes graves, el sentido de continuidad habitualmente gira en torno al malestar.

En lo relativo al foco del presente artículo, la propuesta busca no caer en la confusión del observador que atribuye al paciente la ineficacia de la terapia por no responder a lo esperado, sin considerar que la terapia que le propone no fue construida para personas con sus características relacionales. Se pide al paciente desbordado emocionalmente, contexto dependiente o psicótico que entre sin esas dificultades al box para poder ayudarlo, lo que constituye tanto un problema técnico como ético.

Estas ideas sobre el cambio en el dispositivo de trabajo en clínica de alta complejidad son compartidas por diversas corrientes teóricas. Haremos una breve revisión por algunos autores de interés en estos temas específicos, para luego profundizar en las precisiones que desde nuestra propuesta sugerimos para un óptimo y estratégico trabajo terapéutico.

Terapia Cognitiva

Desde hace tiempo ya que la terapia cognitiva no se plantea como una terapia rígida o simplemente manualizable como lo fue en la década de los '70. Hoy en día con las propuestas conceptuales ligadas a los modos de funcionamiento, el trabajo específico en psicosis (Perris y McGorry, 2004) y los extensos desarrollos llevados a cabo por Beck, Freeman y Davis (2005) en “La terapia cognitiva de los Trastornos de la Personalidad”, plantean diversas premisas y lineamientos que distinguen el dispositivo de trabajo entre cuadros agudos y menos graves, de cuadros crónicos, de eje II o de mayor gravedad en lo que respecta al funcionamiento global. Desde la reconceptualización y los estudios en psicoterapia, destacan cambios relativos a:

- **Tiempos de tratamiento:** en trastornos psicóticos los estudios muestran poco impacto a largo plazo y altos niveles de recaídas en terapias que duren menos de dos años (Perris y McGorry, 2004; Martínez y Pausa, 2012) . Y en TLP Beck, Freeman y Davis (2005) plantean la idea explícita de una terapia larga, donde “se desarrolle una relación personal intensa entre terapeuta y paciente” (p. 234). Incorpora en su conceptualización elementos propios de los modelos de apego y profundiza en aspectos relacionales y en cómo el paciente construye representaciones mentales sobre si mismo y los otros. “El buen tratamiento de este trastorno necesita tiempo para desarrollar un apego seguro como corrección fundamental de lo que sucedió en la infancia del paciente” (Beck, Freeman y Davis, 2005, p. 234).
- **Calidad de la relación terapéutica:** el terapeuta cognitivo tiene siempre la doble función de guía y catalizador de cambios (corrector). Pero en TLP y en psicosis se deben considerar las particularidades específicas de cada cuadro para poder guiar y promover cambios sin dañar al paciente por su específico funcionamiento. En Trastornos de la Personalidad es importante una relación terapéutica más estrecha y cálida que en los trastornos agudos (eje I). Beck habla de alimentarse de las propias experiencias, de ponerse en un papel de amigo o consejero y de poner en marcha un mayor esfuerzo para ganarse la confianza del paciente así como para entender los límites o barreras de sus esfuerzos (Beck, Freeman y Davis, 2005). En psicosis, hay que considerar las “áreas libres de psicosis” para fortalecer la relación con la persona más allá de su síntoma y hay que considerar que los síntomas pueden ser exacerbados o atenuados por cambios ambientales promovidos por el propio terapeuta. Se vuelve clave el cuidado de no favorecer en la relación los distintos tipos de déficits cognitivos del paciente psicótico (estos son, identificación predicativa, atribuciones precipitadas de significado, sobreinclusión egocéntrica, confusión de causas y significados, desimbolización, concreción y percepción de conceptos, sesgos atencionales y pensamiento dicotómico) (Muñoz y Ruiz, 2007).

- **Construcción de límites en terapia:** en el trabajo con personas que reciben el diagnóstico de trastorno de personalidad de tipo límite, a diferencia de la terapia con cuadros eje I, propone una frecuencia de sesión de una o dos veces por semana y entregar un número de teléfono especial para contactar al terapeuta (para romper el supuesto esencial de no importarle a nadie). Los terapeutas deben ser muy claros en marcar límites interpersonales para romper supuesto “que me pongan límites significa que no les gusto como persona” (destacando incluso una instrucción de 10 pasos para marcar límites al paciente que resulta muy clara y definida para quienes tienen dificultades para hacerlo).

En términos globales, el que podríamos considerar “padre” de la toma de distancia cognitiva en terapia para ayudar a los pacientes a objetivarse a sí mismos desde otros puntos de vistas, rompe su premisa intentando acciones vinculares que quiebren supuestos.

Terapia Conductual Dialéctica

Marsha Linehan, desarrolla un modelo conductual que ha mostrado interesantes resultados en la contención y reducción de sintomatología intensa en poco tiempo de terapia, aunque no mucho cambio en la percepción interna de la experiencia de sufrimiento del paciente a mediano o largo plazo (Van den Bosch, Verheul, Schippers y Van den Brink, 2002). Propone como primer énfasis de tratamiento la aceptación de las conductas del paciente, entendidas como intentos de regulación emocional por muy disruptivas que estas sean. Se intenta generar un ambiente validante en la relación para comenzar, sólo una vez lograda la aceptación, un camino hacia el cambio en la utilización de recursos para regular afectos (Hayes, Follette y Linehan, 2004).

La postura dialéctica apunta a, por un lado, aceptar el dolor emocional (en vez de intentar cambiarlo) y, por otro, modificar los antecedentes del estrés y la manera en que el paciente intenta manejar sus emociones (Linehan et al., 1991; Palmer, 2002).

Si bien en la práctica específica asume un rol muy limitador y controlador de la dinámica relacional, que para algunos sería simplemente hacer del setting tradicional algo más marcado y llevado con más fuerza por el terapeuta, la actitud propuesta en todos sus escritos como primer aspecto apunta a la aceptación de los síntomas como mecanismos de regulación y no de desregulación. Esto último, si bien parece menor, es fundamental como cambio de setting, porque invierte la actitud de evaluación, favoreciendo la relación desde la imagen que tiene el terapeuta del paciente en estados de regulación más que en estados de desregulación. El terapeuta se pone firme en el setting porque logra ver las capacidades de regulación del paciente por ende espera de este que las utilice en la relación terapéutica.

Modelos psicodinámicos

Heinz Kohut, un psicoanalista que se enfoca en el trabajo con pacientes graves, también decide romper la neutralidad tradicional de trabajo. Plantea que el paciente grave necesita algo más que las palabras del terapeuta, haciendo alusión al encuadre relacional y la presencia vincular explícita del terapeuta. “Un paciente grave es aquel que no se adapta a un encuadre preestablecido. Si intentamos adaptar a un paciente grave a un encuadre normal, sin tener en cuenta las particularidades de ese paciente, quizás lo haga extraordinariamente bien gracias a los aspectos falsos de su self” (Nemirovsky, 2013, p. 120).

Habla del caso mal elegido para el análisis clásico, destacando la diferencia de encuadre para ambos. Refiere que la mayoría de las veces en la relación terapéutica el paciente vivirá por primera vez muchas experiencias afectivas e interpersonales por lo que la presencia vincular es no sólo importante, sino la única herramienta para poder intervenir en dichos cuadros (Kohut, 1999).

Peter Fonagy, por su parte, en la terapia de Mentalización propone necesariamente un rol activo del terapeuta, no neutro, cuya tarea inicial es la de estabilizar la expresión emocional porque representa una amenaza directa a la continuidad del tratamiento (Allen & Fonagy, 2012). En el fondo, propone como dispositivo de trabajo el construir una relación que le ayude al paciente a obtener un nivel óptimo de estimulación, siendo el terapeuta el vehículo de la forma de sentirse y definirse del paciente. Para esto, hay que reforzar constantemente la mentalización, ayudando activamente al paciente en la lectura de lo que pasa por la mente del terapeuta, para lograr la sensación de cercanía mental. Eso se puede lograr, plantea, sólo si hacemos foco constante en los estados mentales actuales y presentes, y si asumimos una actitud de curiosidad por lo que pasa por la mente del otro y de claridad y coherencia respecto a los propios estados mentales. Propone una terapia honesta en cuanto al compartir los estados propios del terapeuta, lo que requiere de un terapeuta entrenado en la lectura explícita de los estados mentales del paciente (llamada “mentalización explícita” por algunos autores) y hábil en la detección, expresión y puesta en juego de sus propios estados mentales (“mentalización tácita”) (Fonagy, 2003; Martínez, 2011; Allen & Fonagy, 2012; Liljenfors & Lundh, 2015).

Terapia cognitivo evolutiva

Antonio Semerari, terapeuta italiano que ha profundizado en el trabajo con pacientes graves junto con Dimaggio (Semerari y Dimaggio, 2011), siguiendo la mirada evolutiva de Giovanni Liotti, plantea tres aspectos claves para la terapia (Semerari, 1999, p.15):

1. Durante el proceso psicoterapéutico, el paciente construye representaciones de los estados mentales del terapeuta que utiliza para comprender y gestionar sus propios trastornos.

2. Este proceso se ve obstaculizado en los “pacientes difíciles” a causa de déficits metacognitivos específicos.
3. Es posible, regulando la relación terapéutica, compensar estos déficits facilitando de este modo las operaciones mentales autoterapéuticas necesarias.

Operar en las habilidades que Semerari llama de “metacognición” se puede sólo hacer a partir de manipular la transferencia y contratransferencia, los esquemas de funcionamiento del paciente y los circuitos interpersonales, siendo la manipulación de estos últimos la herramienta principal para influir en los anteriores (Semerari, 1999; Semerari y Dimaggio, 2011).

Si a esto sumamos la idea de la evocación del contenido afectivo por sobre el contenido semántico de una sesión, tenemos que otro autor, desde otra tradición teórica y epistemológica, repite la idea de la relación terapéutica como única herramienta posible de trabajo en pacientes graves.

En la actual propuesta de trabajo, queremos incluir algunas ideas que surgen desde estos y otros autores sumados a algunas precisiones ligadas a nuestra experiencia clínica específicamente en trabajo con pacientes con desbalances interpersonales severos, psicosis, difusión de identidad, adicciones e ideación o intento suicida.

Precisiones al setting en Clínica de Alta Complejidad

1. Setting situado e integrativo

Toda construcción de setting parte por la definición de ciertas observaciones preliminares respecto a lo que se entiende como el estado deseado del paciente y la actitud del terapeuta ante la evaluación inicial, buscando coherencia entre la metodología de trabajo a desarrollar y la mirada epistemológica a la base de la teoría del terapeuta.

Desde nuestra propuesta de trabajo, el dispositivo terapéutico construido debería ayudar a la integración, por cuanto el modelo entiende en ésta el bienestar global. Es así como la actitud tanto evaluativa del terapeuta como relacional será orientada hacia el foco en la relación de integración que existe entre los distintos procesos perceptivos involucrados en la construcción de la experiencia de malestar y bienestar del paciente.

Para lograr lo anterior, sugerimos ciertos cuidados a mantener durante todo el proceso de terapia:

- Comprensión situada de las activaciones afectivas: se recomienda trabajar en las escenas de activación más que en las “temáticas de vida”. Esto por sobre todo en las primeras fases de terapia (deconstrucción y construcción).
- Referencia: el terapeuta pondrá foco en la mejora de los procesos de referencia afectiva, tanto en vivo como en la conversación respecto a escenas de malestar específico. Más que la teorización sobre si mismo, nos interesa ayudar al paciente a mejorar su capacidad para relacionar e integrar sus percepciones con sus momentos de malestar emocional.
- Integración de percepciones dicotómicas: si bien, toda percepción puede ser ordenada en dimensiones constructivas con dos polos, en general intentaremos constantemente la integración de estos polos en constructos de si más flexibles, que permitan una mayor gama de posibilidades experienciales (y no sólo los dos extremos de las dimensiones).
- Parámetros de entrada y salida: la actitud de trabajo estará marcada por una constante curiosidad respecto a los predisponentes afectivos e interpersonales que influyen o determinan la entrada y salida de las fases sintomáticas o de malestar. Es de interés estratégico la comprensión rápida de los patrones de fase, por cuanto ayuda a predecir y anticiparse a los posibles cambios, tanto de la vida del paciente como de la relación terapéutica. Toda esta evaluación inicial es para poder definir en el setting desde el primer encuentro la tendencia a trabajar considerando la comprensión del funcionamiento en fases. Las fases más típicas a distinguir son las reacciones de apego en adultos, abstinencia y recaídas en adicciones, psicosis transitoria (“reactiva”), ideación e intento suicida, conducta auto y hetero agresiva.
- Cierre en sesión: comprendiendo que estamos trabajando con personas cuyas fases sintomáticas son graves, interpersonalmente muy desadaptativas y que implican riesgo de daño o riesgo vital, cuidaremos no activar fases en sesión sin desactivarlas antes del cierre de la misma. Siempre es importante en terapia

generar novedad, pero recordemos que estamos con personas en que lo novedoso muchas veces resulta ser la calma.

2. No neutralidad

Una idea respaldada por la mayoría de quienes trabajan en clínica de alta complejidad apunta a la no neutralidad del terapeuta en sesión (Semerari, 1999; Beck, Freeman y Davis, 2005; Allen & Fonagy, 2012; Nemirovsky, 2013). Entendemos al terapeuta como un co-constructor de la experiencia del paciente cuando está con él, de momento que la experiencia subjetiva no puede separarse del otro (siguiendo la lógica de Heidegger, del “ser-en-el-mundo” o “ser-con”) (Heidegger, 2013).

Con “no neutralidad” nos referimos a una presencia activa, a un trabajo con expresión e inhibición emocional intensas y con discursos explícitos de cambio. Todo lo anterior para favorecer una mejor mentalización del terapeuta por parte de quien consulta. Revisemos brevemente cada uno de estos aspectos:

Presencia activa:

Las intervenciones serán realizadas en y desde el vínculo, lo que requiere mayor presencia. Ofenderse, enojarse, reírse, complicarse, pueden ser intervenciones muy importantes durante el proceso. Para apuntar estratégicamente al objetivo deseado, la no neutralidad se logra evitando la transferencia negativa y potenciando la positiva (formato opuesto al tradicional con pacientes neuróticos).

Un ejemplo de esto último es el abordaje de límites ante la llegada tarde de un paciente a su hora de atención. En un setting que se centra en la transferencia negativa y evita la positiva, lo habitual es poner foco en el retraso, recordar el setting y los acuerdos previos y no atender al paciente o sólo por los minutos que quedan de su hora asignada, marcando que esto ocurre por responsabilidad del paciente. En la propuesta actual se sugiere entender que este tipo de situaciones interpersonales pueden tener diversas explicaciones (no todas ligadas a la relación terapéutica necesariamente) y vamos a poner foco en lo que podemos hacer con el paciente en los minutos que tengamos para trabajar con él. Frases del tipo “que bueno que llegaste, te estaba esperando, tenía muchas ganas de trabajar contigo” resultan más provechosas y coherentes con el trabajo que buscamos realizar. Es esta una terapia que implica un atender activamente al vínculo y no a la temática, por ende hacer foco en actos a corregir no tiene mucho sentido.

Preparación para el trabajo con expresión e inhibición emocional intensa.

Sin la activación del tono afectivo no hay efectividad intersesión porque es lo que preferentemente se recordará, por sobre los contenidos explícitos. Para trabajar con expresión emocional es que en la primera fase de terapia identificamos los parámetros de entrada a las fases de funcionamiento que aporaleman al paciente. Manipulamos estos parámetros de entrada en la relación de terapia y activamos muchas veces el emocionar del paciente, para ayudarlo a salir del mismo en una relación controlada por el terapeuta que ya conoce los parámetros de salida de fase. Esto implica que debemos estar preparados para el trabajo con las formas emocionales propias del paciente en el box, habitualmente de expresión o inhibición muy intensas. No podemos regular o ayudar a cerrar en sesión si asumimos una posición neutra.

Algunos ejemplos de formatos de expresión emocional intensa son gritos, pataletas, peleas muy intensas, amenazas, llantos descontrolados, autoagresiones, manifestación suicida inmediata. Ejemplos de formatos de inhibición emocional intensa son la autosuficiencia extrema, el mentir para conservar la imagen, cuidar al terapeuta, idealizaciones, aplanamiento afectivo, disociaciones psicóticas en el box, catatonia.

Estar preparado para este trabajo implica atender cuidadosamente las dificultades propias de los terapeutas frente a estas situaciones. Sugerimos mirar con particular atención en los terapeutas las dificultades para pelear, las dificultades para frustrar a otros (por complacencia o ganas de cuidar), los formatos de discusión “hacia la persona” y no “hacia la situación” (lo que ocurre cuando tendemos a la comparación de imágenes y a competir con otros), la tendencia a generalizar en la construcción de la imagen del otro, la inhibición excesiva, las dificultades de regulación emocional y la tendencia al control pasivo a través de la pena.

Discursos de cambio explícitos.

Hay mucho discurso en clínica de alta complejidad sobre la aceptación incondicional como intervención suficiente, cuando en realidad configura sólo uno de los aspectos a definir en un setting para orientar el trabajo. Si no somos neutros en la relación con el paciente, inevitablemente tendremos un rol activo en la guía y dirección del cambio. Tendremos opinión, afectos, intereses, preocupaciones. Mantener un discurso de no cambio o de aceptación incondicional muchas veces puede volverse una forma solapada de rechazo al funcionamiento del paciente o una terapia que no tenga alcances fuera del box.

Entonces, el discurso de cambio explícito con el paciente consiste en la construcción de direcciones no sólo en tanto objetivo de terapia, sino como conversaciones explícitas sobre las diferentes prácticas, acciones y reflexiones que se buscan sean diferentes en las situaciones específicas que trae a terapia. Cada ejercicio de revisión sobre un tema o una escena será orientado explícitamente hacia aquellos aspectos que se buscan cambiar en pos de un mayor bienestar.

Ayuda en mentalización del terapeuta

Todo lo anterior implica un apoyo constante en el proceso de lectura de la mente del psicoterapeuta. Esta mentalización situada con el terapeuta constituye también un ensayo para ayudar al paciente a identificar sus propios focos atencionales y perceptivos cuando se vincula con otros. La reconstrucción de la alteridad comienza por hacer más fácil la construcción del terapeuta dentro de la misma relación terapéutica, y poder así volverse más predecible como figura vincular para el paciente.

Esto implica una orientación estratégica sobre qué revelar y qué no respecto de lo que pasa por la mente del terapeuta. No implica contar todo, sino aquello que pueda ser útil para el proceso de referencia del paciente en el momento relacional específico. Estados actuales de cansancio, de sueño, de malestar afectivo, de bienestar, de simpatía por el otro, de intenciones y expectativas terapéuticas, son ejemplos de aspectos que pueden compartirse con el paciente cuando el formato de funcionamiento de éste así lo requiera para favorecer la referencia e integración de sus percepciones.

3. Construcción de una imagen positiva del paciente.

Al favorecer la transferencia positiva y desechar la negativa, estamos al mismo tiempo logrando presencia vincular y aceptación tácita del otro como un otro válido. En su relación el paciente tenderá construir un sentido positivo de sí en esta relación específica sin necesidad de tener muy claro por qué. A este sentido subjetivo de sí le llamamos una "imagen positiva del paciente", lo que debemos intentar lograr idealmente en primeras sesiones. Necesariamente la construcción de una imagen positiva del paciente implica la construcción de una imagen en desbalance o negativa del mismo. Esta claridad permite guiar la terapia hacia el norte en regulación, lo que puede resultar clave para poder sostener la activación afectiva a la que puede llevarnos una relación con presencia vincular explícita. Si tenemos en mente la imagen en regulación del paciente, podemos pasar por fases de activación sin perder el sentido de orientación de la terapia.

La regulación en términos generales implica un sentido subjetivo del paciente que habitualmente coincide con los criterios clínicos tradicionales de evaluación de la calidad de la secuencialización narrativa de las distintas experiencias vividas. Esta secuencialización narrativa muestra diferencias de calidad entre una persona y otra, según la flexibilidad, la generatividad y la abstracción del sistema. La flexibilidad se refiere a la capacidad para identificar distintos puntos de vista a una misma experiencia, opuesto a la noción de rigidez en que las relaciones causales y temáticas se repiten de forma insistente. La generatividad dice relación con la capacidad para integrar de manera coherente y creativa en el sí mismo diferentes experiencias, sin necesidad de recurrir a mecanismos de autoengaño. La abstracción apunta a la capacidad para tomar distancia afectivo-cognitiva de la inmediatez de la experiencia, clasificando y reclasificando la experiencia en esquemas de orden superior (Guidano y Liotti, 1983; Guidano, 1987; 1991; 1995; 2001). Cuando nos imaginamos al paciente mirando sus problemas desde distintas perspectivas, integrando lo que ahora no lograr integrar y más lejos de la inmediatez

¿quién es la persona que queda? Esa imagen es una ayuda en la guía y control de la terapia.

Al hacer este ejercicio de focalización en el setting, se reduce habitualmente la fluctuación de autoimagen con el terapeuta sin control del mismo. Es decir, el terapeuta puede tener un mejor control de los parámetros de salida de fase.

Para poder hacer esto, tenemos que muchas veces intentar mirar a nuestro paciente lejos de los formatos tradicionales clínicos de clasificación de los cuadros psicopatológicos. Esto por cuanto la “cosificación” o, lo que nos gusta llamar “monstrificación” del otro, impide este proceso de construcción de una imagen positiva.

Sugerimos evitar ciertos mitos o prejuicios relativos a los temas en clínica de alta complejidad que pueden llevar a una monstrificación de la persona:

- En suicidio: “no hay nada que hacer, en algún minuto se va a matar”, o lo que llamamos “colusión suicida”, es un formato típico de prejuicio o juicio sobre el paciente que impide la construcción en regulación. La ideación e intento suicida es un funcionamiento en fase, no un sentido de continuidad o identidad, por ende la construcción de estabilidad de la imagen del otro de parte del terapeuta ligado al suicidio traduce una incomprensión del fenómeno y de la experiencia subjetiva del paciente. Para romper esta colusión cuando nos ocurre como terapeutas, sirve visualizar qué es lo que busca realmente con el intento (reencuentro, dejar de sufrir, afecto incondicional, imagen positiva, etc). Al lograr llegar a este punto la imagen positiva del otro se ordena fácilmente, por cuanto si el paciente se visualiza en el bienestar imaginado va a dar luces de cómo sería su articulación. Un formato aún peor de juicio (y lamentablemente más común en terapia) es la bajada de alertas, con frases del tipo “no se va a matar, está puro llamando la atención”. Uno de los principales mitos del suicidio, particularmente en pacientes que llevan años en terapia. Si queremos construir una imagen positiva del paciente y estamos en este formato de pensamiento respecto a él, es útil buscar asesoría externa para el análisis de caso, verlo desde la perspectiva de alguien que no esté “quemado” con la persona y así lograr realizar el mismo ejercicio de búsqueda del significado asociado a la ideación y manifestación suicida. Si efectivamente creo que está buscando audiencia de esa manera, el primer trabajo es imaginar a la persona desde sus recursos logrando la misma audiencia y protección sin la intención suicida.
- En adicciones: “Un adicto nunca deja de ser un adicto” es una idea que hace difícil la construcción de una imagen positiva, por cuanto se está desviando la definición de la persona hacia una conducta específica. Lo complejo en estos cuadros es que efectivamente la adicción es parte del funcionamiento fuera de fase de un adicto, es parte de su sentido de continuidad identitaria, lo que hace difícil el proceso de la construcción de la imagen positiva del paciente. Si a eso sumamos que el consumo en si mismo (cuando la adicción es a sustancias), genera pautas

específicas de funcionamiento, tenemos que acceder a la persona detrás de la categoría se hace más difícil. Conocer los efectos específicos en el sistema nervioso central y el psiquismo en general es fundamental para poder separar la información y lograr visualizar la imagen positiva. Sirve también el obtener información sobre la persona, más allá de la adicción, antes de comenzar la adicción, en los períodos que ha tenido sin consumo si los hay y en los momentos de craving. Es en estos momentos que la persona emerge, y es ahí donde podemos identificar características que nos permitan imaginar al paciente sin consumo y regulado.

- En difusión de identidad: “el tipo es muy raro” se suele escuchar cuando tenemos pacientes que llegan en plena crisis de difusión de identidad. La “rareza” como distinción nos nubla y es una de las percepciones como terapeuta que más nos lleva a cosificar. Si no entiendo lo que le pasa a la persona intentaré llevarla a algo concreto que si pueda entender, y en ese ejercicio nos olvidamos de quién es la persona y nos centramos en el fenómeno por lo llamativo. Vemos el fenómeno por sobre la persona y no puedes tener una imagen positiva de un fenómeno. Ayuda el irse a la historia y la previa al período de mayor difusión y entender la fase de difusión como transitoria. La posmodernidad como concepto de base también ayuda, por cuanto hoy en día es cada vez menos raro el sentido de difusión, cada vez más aceptado socialmente y cada vez menos difuso al poder identificarlo como tal.
- En psicosis: “esto es psiquiátrico” dicen algunos colegas, como si la distinción entre psiquiátrico y psicológico fuera un rasgo propio de lo que ocurre a las personas. Para armarse una imagen positiva del paciente, hay que entender la psicosis con los elementos que muchos modelos actuales nos entregan para ello. Es mucha la evidencia que refuta la idea de un tratamiento exclusivamente farmacológico como la única opción de manejo y regulación de la psicosis (Vallina y Lemos, 2001; Perris y McGorry, 2004; Martínez y Pausa, 2012). Ver la psicosis como estrategia de regulación, como problemas de integración y como falta de creatividad ayuda también a identificar a la persona detrás del cuadro lo que permite una visualización en articulación. La sintomatología psicótica habitualmente nos da la posibilidad de hacer una evaluación muy rápida de aquello que la psicosis está regulando, por ende no debería ser difícil construir una imagen del paciente en regulación si antes logramos ver más allá del diagnóstico y la severidad del cuadro.
- En Trastorno Límite de la Personalidad: el diagnóstico en si es ya una monstrificación. Decir “es un tlp” ya habitualmente cierra a la posibilidad de la construcción de una imagen positiva. Todas las opciones anteriores ayudan a traspasar esa idea, en la medida que redundan en la idea de ver a la persona tras el diagnóstico. También ayuda mucho en estos casos encontrar qué aspectos de tu paciente te caen bien en amigos, qué aspectos de la persona admiras en tu vida cotidiana (fuera del box) y qué aspectos tienes en común con el paciente (es muy habitual que los hayan).

Para lograr hacer estos ejercicios, tenemos que tener cierta preparación previa a la entrada del box, entendiendo que una vez construida la imagen del paciente que tenemos

frente desde cierto prejuicio, resulta mucho más difícil trabajar. La idea es prevenir la emergencia de una categoría de clasificación en nuestra mente. Sugerimos como mínimo:

- elaborar la información previa que tengamos del paciente como información relativa a la persona que nos relata el caso y no como información del caso mismo.
- estudiar y profundizar en las temáticas que puedan ser claves para la comprensión de la persona y su sintomatología. Algunos importantes en clínica de alta complejidad son los elementos que pueden influir en la regulación emocional, los efectos y desarrollos de cuadros adictivos según tipo de adicción, la codependencia, los factores de riesgo y protectores en suicidio, las condiciones médicas y su relación con aspectos psicológicos (VIH, cáncer, problemas hormonales, dolores crónicos) y el impacto en el psiquismo de los aspectos psicosociales (religión y grado de participación, contexto de pobreza)
- conciencia y conocimiento de los propios aspectos personales que podrían entrar en conflicto con lo que le ocurre al paciente. La construcción de la imagen que hacemos del paciente depende de nosotros y no del paciente. Esto implica que tenemos que tener claridad de los aspectos tácitos que influyen en nuestro actuar y aquellos aspectos que nos predisponen afectivamente en una u otra dirección. ¿Qué me pasa frente a la rabia expresada? ¿Cómo me siento cuando alguien me demanda de forma directa algo? ¿Cómo reacciono ante los intentos de manipulación? ¿En qué situaciones tiendo a proyectarme? ¿Con qué personas me siento identificado? ¿Cuáles son mis principales sensibilidades? ¿Cómo me siento hoy para atender este paciente? ¿Qué me puede ayudar a resolver esto? Particular atención a las propias fantasías y temores, las representaciones de sí idealizadas, las conductas adictivas (dependientes o co-dependientes), el equilibrio entre cansancio y novedad experiencial intra - extra sesión, la construcción de intimidad afectiva falsa como formato de evitación de relaciones, la psicopatología no tratada, las expectativas muy altas de control con problemas de atribución y el miedo al juicio externo o vergüenza a fallar.

Todo lo anterior adquiere sentido fundamental en una primera sesión. Si bien es una actitud de setting que mantendremos toda la terapia, las primeras dos o tres sesiones resultan fundamentales para la construcción tácita de una imagen positiva del paciente. Tácita porque se refiere a una sensación compartida entre terapeuta y paciente de agrado y orientación hacia lo positivo que debería generar un efecto de halo hacia el resto de la terapia. La idea es que en primera sesión no seamos categorizados como parte del mismo mundo que la rodea sino como una excepción vincular que no puede ni idealizar ni devaluar, ni depender ni controlar, ni asustar ni temer. La excepción vincular que ofrecemos en el box al paciente resulta ser un aspecto fundamental que guía hacia la articulación.

Para lograrlo sugerimos sintonizar no verbalmente enviando mensajes de aceptación (sonrisas, comentarios en dirección de los intereses compartidos, tonos de voz similares, simetría en tensiones musculares o ritmos de funcionamiento físico), al mismo tiempo que

en el discursos nos referimos a aquellos aspectos que creemos sería bueno cambiar (ni rechazo ni “validación externa”). En el curso de la conversación le ofrecemos una mirada alternativa a sus estrategias de regulación vistas habitualmente como negativas, refiriéndonos a ellas como aspectos de regulación que pueden mejorar, pero no como aspectos de desregulación.

Sumamos ejercicios de referencia afectiva en vivo (fenómeno de “me está leyendo la mente”) y mostramos intereses comunes sin darle mayor importancia (fenómeno del “me cae bien pero no intenta caerme bien”). Cerramos con claridad en la dirección de terapia. Si logramos esto en una primera sesión, es probable que el vínculo de trabajo se fortalezca, la construcción de una imagen positiva del paciente sea constante y permanente y se facilite la perturbación gradual cuando sea necesaria.

4. Supervisión de caso

En términos generales, el trabajo en clínica de alta complejidad implica un trabajo coordinado de varios especialistas. Psicólogo, psiquiatra, asistente social, enfermeras, médicos generales, terapeutas ocupacionales y técnicos en rehabilitación son algunos de los involucrados muchas veces en el tratamiento completo de una persona que pasa por un cuadro complejo. Para que el trabajo sea efectivamente coordinado, se sugiere un Coordinador de Caso, que puede ser cualquier especialista en salud mental que tenga experiencia con pacientes graves y que combine el sentido común con la disposición a comunicarse con los demás.

Es común que los pacientes “hagan pelear” a sus equipos tratantes, generando formatos divididos: “los que me dan pastillas para regular síntomas, los que me hacen pensar en mis problemas”. Un buen trabajo coordinado ayuda a la administración de las atribuciones del paciente y a fomentar el que los pacientes (y los terapeutas) se mantengan en terapia.

En suicidio en particular, el tema de la coordinación entre terapeutas es clave por cuanto se ha visto que los pacientes tienden a dar información parcial respecto a sus intenciones suicidas a distintos tratantes, que de no conversar no lograría integrar la información (Hendin y cols., 2006).

Las funciones centrales del coordinador de caso serían (Gunderson, 2008):

- Establecer un marco terapéutico, lo que implica realizar un acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los principales objetivos del tratamiento y cual será el papel de cada uno. Es importante también que esté atento a las necesidades del paciente para desarrollar un plan de tratamiento acorde.
- Controlar la seguridad del paciente, lo que implica definir la supervisión familiar de medicación, seguimiento telefónico en casos graves, etc.

- Control progreso/efectividad, con reevaluación constante del plan de tratamiento y modificaciones según las necesidades.
- Coordinar las terapias existentes y la idoneidad
- Mantener la comunicación y la colaboración entre los distintos miembros del equipo
- Proporcionar psicoeducación sobre los cuadros tanto al paciente como a sus familiares.

5. Asimetrías en formatos de control

Es común que los pacientes tiendan a “deformar” el setting, llevarlo a espacios vinculares conocidos en que ellos tienen el control pasivo o activo de la relación. Una base vincular segura para trabajar en terapia requiere el generar movimientos que lleven al paciente a la dirección de la sesión que el terapeuta propone. En primera sesión debería quedar claro que el control y guía de conversación, esto es, la forma como vamos a trabajar, está en control del terapeuta. Los mejores mecanismos para esto son no verbales y tácitos, pero requiere de una claridad y foco atencional dirigido de parte del terapeuta. Evitar la sorpresa resulta fundamental para lograr mantener un vínculo terapéutico que esté en control del terapeuta, manteniendo una imagen positiva del paciente.

Por ende, como terapeuta estamos invitados a estar listo para recibir pacientes que intentarán, de forma implícita o explícita, tomar el control de variadas y creativas formas. A modo de ejercicio clínico, quisimos mencionar algunos formatos de control interpersonal con los que nos hemos encontrado en terapia e nuestra experiencia clínica. Para un análisis más detallado y sistematizado de ciclos y formatos de relaciones, sugerimos la lectura de las estrategias vinculares descritas por Patricia Crittenden (2006) en su modelo maduracional de apego y las descripciones de ciclos interpersonales invalidantes en los distintos Trastornos de la Personalidad abordados por Semerari y Dimaggio (2011). Ambos modelos nutren de herramientas de observación para poder realizar distinciones de dinámicas relacionales específicas que de aparecer en la relación terapéutica, pueden volverla problemática en tanto no asumamos un control de la relación frente a la dinámica vincular del paciente.

Formatos de Control Interpersonal en terapia:

- Evitar la exposición personal:
 - con comportamientos excéntricos: es habitual que pacientes en primeras sesiones tengan comportamientos extraños o socialmente poco habituales que tienden a desviar la atención de su entorno hacia dicho comportamiento. Al administrar y desviar la atención hacia esto, la exposición afectiva (necesaria para la terapia) se evita activamente. Hacer sonidos extraños, tener ataques de risa descontroladas, traer a sesión colecciones inusuales (uñas, pelos, costras), sonarse los huesos, pequeños rituales obsesivos, tics que aparecen sólo en situación de terapia o de exposición afectiva similares, son ejemplos de conductas de este tipo. Como terapeuta tenemos que estar preparados para, sin perder la sensación de vínculo positivo con el paciente, ir más allá de la extrañeza para lograr un grado de exposición afectiva. El cuidado esencial acá es la indiferencia, por cuanto no asumimos una actitud de “no me importa tu desviación de atención” sino que intentamos focalizar en cómo cada vez que se siente expuesta la persona, desvía su propia atención hacia el comportamiento excéntrico. Así, ayudamos en la referencia afectiva y seguimos el trabajo terapéutico.
 - Transformar cuidadosamente la exposición para dar una imagen adecuada: pacientes muy complacientes que cuidan la expresión en sesión de su malestar, no permitiendo entrar a las temáticas clínicas. Pacientes que muestran recuperaciones mágicas en pocas sesiones, pero que después de sesión, por otros integrantes del equipo o de la familia, el terapeuta se entera de agravamientos en el cuadro. El terapeuta debe estar atento a las señales no verbales para identificar el estado afectivo real del paciente y poder abordar directamente el tema. Mostrarse ofendido por la falta de confianza puede ser una estrategia de intervención vincular en algunos de estos casos. Sin embargo, si el paciente tiene una imagen de sí negativa, sugerimos intentar una intervención más sutil. Agradecer la consideración que tiene por ti, pero dar una imagen de firmeza y seguridad, diferenciándose de su entorno en tanto el alcance de daño que puedan tener los problemas del paciente en la vida del terapeuta.
 - Corresponder con las expectativas del terapeuta: versiones “somos amigos”, “hago las tareas”, “tengo insights”, etc. son formas de control interpersonal complaciente, pero más orientadas hacia el “hacer las cosas bien para que me quieran”. Un paciente que entra en esta dinámica relacional, no está haciendo terapia; sin embargo, pareciera ser el mejor paciente del mundo. De difícil identificación cuando el paciente tiene antecedentes de terapias previas. Una buena reconstrucción de la historia de tratamiento puede ayudar a anticiparse a este fenómeno. Centrarse en las escenas de carga afectiva en sesión y no dar tareas, ayuda para invertir este formato de control.
 - Ser especial para el terapeuta por lo raro, lo diferente: la búsqueda de ser especial es una forma de control interpersonal pasiva que apunta sentirse reconocida por el terapeuta. “Debo ser la paciente más loca que usted tiene”

es una frase común en este estilo de control interpersonal, acompañada habitualmente de sonrisa y búsqueda de complicidad en la mirada. No debería generar mayores dificultades para el terapeuta si logra identificar la estrategia como tal y no caer en intentar convencer de lo contrario a la persona.

- Control activo para provocar o asustar al terapeuta:
 - con intentos de suicidio: muchos pacientes para lograr un cierto grado de seguridad en la relación con los otros significativos, necesitan que estos estén un poco asustados, porque así los cuidan y protegen más. Este paciente intentará asustar al terapeuta si este se vuelve significativo en su vida. Una forma habitual de asustar es la amenaza suicida en terapia. Todo lo que sabemos sobre suicidio y su abordaje en terapia, apunta a que no podemos asustarnos con esto. Hay protocolos de acción a seguir, hay mecanismos de trabajo y hay aspectos del sistema de salud que nos ayudan a sentirnos más seguros frente a declaraciones suicidas de los pacientes. Actuar desde ese conocimiento y no desde el miedo, regula esta estrategia de control interpersonal.
 - con fracasos terapéuticos: algunos pacientes con dificultades para la diferenciación afectiva, tienden a percibirse fusionados con un otro cuando este se vuelve muy cercano e importante en su vida. Vivir en la fusión es imposible, por ende buscan formatos de diferenciación, muchas veces intensos. A un adolescente relativamente integrado le bastará mentalmente diferenciarse en intereses o pensar en la lejanía generacional del otro para lograr la diferenciación. Un paciente con dificultades de integración importantes tendrá más dificultades y deberá recurrir a mecanismos más intensos. Chicas que se besan con otros hombres frente a la pareja, que cambian de orientación sexual de un día a otro, que deciden entrar a agrupaciones religiosas de manera espontánea, etc. Cuando la fusión se siente con el terapeuta, porque la relación va muy bien, los formatos más típicos y fáciles de diferenciación son las recaídas sintomáticas. Hay que estar atento, porque muchas veces al buscar los parámetros de entrada a las fases sintomáticas lo hacemos en la vida extraterapéutica, pero en estos casos, cuando la sintomatología surge como un mecanismo de diferenciación del terapeuta, tenemos que observar con detalle y cuidado la relación terapéutica y trabajar desde ahí. Facilitar a la paciente la diferenciación resulta fundamental, mostrando aspectos de uno mismo que se viven con vergüenza o malestar y que podrían ser valorados como muy diferentes a los problemas o neurosis del paciente.
 - Intentar que el terapeuta se exponga y pueda “ver su mente”: la exposición del terapeuta debería siempre controlada por el terapeuta y pensada sólo en términos estratégicos. Cuando nos sentimos empujados por el paciente a exponernos, ya sea por preguntas directas o de maneras seductoras e indirectas, tenemos que retomar el control y guiar con más claridad y menos ambigüedad la relación.
 - Torturar al terapeuta: lentificando los relatos con un formato que pareciera pensamiento circunstancial, pero que es realizado de manera muy consciente y con mucha atención a la reacción del terapeuta ante esto. La asertividad de

parte del terapeuta es la mejor manera de regular esto, y si la persona se ofende, mostrarnos aún más ofendidos redundando en la idea de “para trabajar contigo tengo que poder decirte cosas y con esa actitud no puedo hacerte ni una crítica”.

- Llegar tarde: reiterada y exageradamente tarde, esperando un reto o una manifestación explícita de incomodidad al menos. Como mencionamos ya, foco en lo que se puede hacer por sobre el acto de llegar tarde.
- Llegar bajo los efectos de una droga: esta resulta ser una manera interpersonal forzada de aceptación de la adicción del paciente. Es importante en adicciones aclarar en el setting inicial qué se hará si el paciente llega bajo los efectos de la droga que se supone está intentando dejar, destacando los protocolos de acción que no impliquen validación del consumo, pero que no permita el escaparse del trabajo terapéutico cuando consuma.
- Agresión directa y escaladas: una estrategia directa de control, que busca sobrepasar al otro, vencerlo en algún área de competencia. Habitualmente ligada a un mecanismo de regulación de la autoimagen, se sugiere aludir a aquello que está regulando y no al área de competencia específica que propone el paciente. El miedo debe estar físicamente regulado de antemano, mediante la disposición del setting con la mayor seguridad para el terapeuta.
- Impresionar al terapeuta con mecanismos de traspasos de límite o con comportamientos que pueden ser vistos como intelectuales o inteligentes: desde situaciones sutiles y difíciles muchas veces de identificar como un complejo análisis social sobre la temática que trae a consultar (“la posmodernidad y sus características favorecen mi estilo difuso, pero el conflicto con mi familia tan moderna en su funcionar conservador, me lleva a esta complicación sintomática”), hasta registros de todas las actividades de la pareja del terapeuta, en un estilo mucho más sociopático, caben en esta categoría. Si bien el traspaso de límite amenazante propio de lo sociopático no pareciera muchas veces tener la intención de impresionar, sino asustar, hay que tener cuidado porque muchas veces se da en contextos donde la valoración del fenómeno no es de daño sino de búsqueda de reconocimiento de una habilidad.
- Enamorarse del terapeuta, desearlo, coquetearle: el amor de transferencia está largamente estudiado, pero habitualmente el estilo de abordaje que se sugiere es el típico que se realiza con el perfil histérico desde el psicoanálisis. Esto implica la interpretación de la transferencia erótica y el deshecho de los aspectos que podrían indicar una imagen positiva de sí o del terapeuta ligados a esta transferencia. En clínica de alta complejidad, cuando aparece el deseo y el amor de transferencia, sin duda es de cuidado, pero no podemos perder de vista el aspecto central de setting de mantención de la imagen positiva del paciente. Hacer alusión a lo alagado que uno se puede llegar a sentir o poner foco en la suerte de las futuras parejas que tenga por lo agradable que es coqueteando, son mecanismos que pueden ayudar siempre y cuando sea acompañado de una claridad a la hora de expresar que el coqueteo, el deseo y el supuesto amor por el o la terapeuta dicen relación con mecanismos de

autoengaño del paciente. Mostrarse ofendido o complicado por un falso afecto también pueden ser respuestas interesantes si el o la paciente muestra un cierre de autoimagen un poco más positivo. La frialdad o neutralidad de la interpretación transferencial del enamoramiento puede llevar a la pérdida de la estrategia vincular general que es la principal aliada durante todo el tratamiento.

- Control pasivo:
 - Mostrarse muy vulnerable, desvalido, solicitar ayuda: fácil de identificar, cuidado con terapeutas con tendencia al cuidado compulsivo o muy complacientes.
 - Pacientes dulces, tiernos: que en su ternura buscan suavizar cualquier mensaje o estrategia vincular del terapeuta. No responder a la suavidad sino a los aspectos que la hicieron entrar en esa actitud de autoprotección.
 - Ludificación de la terapia, llevándola a escenarios infantiles que pueden parecer no acordes con la edad: una paciente estuvo 5 minutos haciendo pucheros porque no accedí a jugar cartas mientras hacíamos terapia. Ese es sólo un ejemplo de las muchas formas de infantilización que podemos encontrar en pacientes adultos, cuya intención es mantener una actitud del tipo “tú regúlame, es tu responsabilidad hacerlo, yo sólo lo quiero pasar bien”. Para retomar el control podemos, en función del estilo de cada terapeuta, ir desde exagerar tipo burla la actitud infantil hasta hablar con la persona como si no estuviera siendo infantil en absoluto. La asimetría en el control guiada por el terapeuta.
 - Inhibición aumentada en los pacientes (al punto de gobernar la rabia en el terapeuta, como movimiento de acción): un estilo altamente inhibido puede provocar en algunos terapeutas la rabia como mecanismo de vinculación. “Si está enojado, le importo” es la figura que asume la relación terapéutica y caer en ese estilo es seguir la pauta interpersonal neurótica, sin construir ningún puente hacia una transacción adulta flexible y que favorece la integración.

Reflexiones finales

El trabajo propuesto es un desglose general de acciones y actitudes que permiten la realización de la terapia desde un prisma cognitivo constructivista con énfasis comprensivo fenomenológico. La intervención requiere de un trabajo activo en el vínculo de terapia, participando en la co-construcción de las percepciones del paciente con un sentido estratégico orientado al bienestar.

Para poder lograr lo anterior en el trabajo con pacientes graves, la experiencia clínica y los estudios en el área apuntan a un cambio en la forma en que construimos el escenario de conversación, lo que llamamos dispositivo de trabajo.

Cada precisión sugerida en este artículo puede ser discutida, debatida y cuestionada, particularmente en tanto su valor científico. La idea de hacer público esto, es su difusión entre colegas para poder abrirlo al diálogo y someterlo en el futuro a revisiones clínicas específicas, tanto de tipo análisis cualitativo como de efectividad.

REFERENCIAS

- Allen, J. y Fonagy, P. (2012). El Desarrollo de la mentalización y su rol en la psicopatología y psicoterapia (Technical Report No. 02-0048). *Research Department, The Menninger Clinic, Topeka, KS.*
- Arciero, G. (2006) Estudio y diálogos sobre la identidad personal: reflexiones sobre la experiencia humana. Buenos Aires. Amorrortu.
- Beck, A., Freeman, A. y Davis, A. (2005), *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*, Barcelona-España, Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Crittenden, P. (2006). A Dynamic-Maturational Model of Attachment. *ANZJFT*, 27, 2.
- Díaz, R. (2016). *Deconstrucción, construcción y reconstrucción: integración entre clases de referencia*. Cipra, Concepción. Recuperado de <http://www.cipra.cl/documentos/DeconstruccionConstruccionReconstruccion-IntegracionClasesdeReferencia-RodrigoDiazOlguin.pdf>
- Fonagy, P. (2003). Epílogo. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 3.
- Guidano, V.F (1995); Desarrollo de la Terapia Cognitiva Post-Racionalista. A.Ruiz (Ed.). Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, Santiago de Chile
- Guidano, V.F. (1987); Complexity of the Self. Guilford, New York.
- Guidano, V.F. (1991); El sí mismo en proceso. Paidos, Barcelona.
- Guidano, V.F. (1999); Psicoterapia: Aspectos Metodológicos, Cuestiones Clínicas y Problemas Abiertos desde una Perspectiva Post-racionalista; Revista de Psicoterapia, Vol. X, N° 37, 95-105.
- Guidano, V.F. (2001); El modelo cognitivo postracionalista: hacia una reconceptualización teórico y crítica; Quiñones, A. (Ed.). Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Guidano, V.F., Liotti, G. (1983); Cognitive processes and emotional disorders. Guilford, New York.
- Gunderson, J. (2008). *Manejo de casos: el especialista responsable*. Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica. Barcelona: Ars Médica; p. 83-103.
- Heidegger, M. (2013). El Ser y el Tiempo. (J. Gaos, Trad.) México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Hayes, S., Follette, V & Linehan, M. (2004). Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: The Guilford Press
- Hendin, H., Pollinger, A., Maltzberger, J., Koestner, B. y Szanto, K. (2006). Problemas en la psicoterapia con pacientes suicidas. *Am J Psychiatry*, 163, pp. 67-72
- Kohut, H. (1999). *La restauración del si-mismo*. México: Editorial Paidós.

-
- Liljenfors & Lundh, (2015). Mentalization and intersubjectivity: toward the theoretical integration. *Psychoanalytic Psychology*, 32, 1, pp. 36 – 60.
 - Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, pp.1060-1064
 - Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia psicológica*, 29,1, pp. 97-105
 - Martínez, J. y Thomas, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), pp. 48-59.
 - Muñoz, F. y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 1.
 - Nemirovsky, C., (2013), *Winnicott y Kohut: la intersubjetividad y los trastornos complejos, nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría*, Buenos Aires, Grama Ediciones.
 - Perris, C. y McGorry, P. (2004). Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: manual teórico práctico. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 - Palmer, R. (2002). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, pp. 10–16
 - Ricoeur, P. (1996). Sí mismo como un otro. México: Siglo XXI
 - Semerari, A., (1999), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave: metacognición y relación terapéutica*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
 - Semerari, A. y Dimaggio, G., (2011), *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
 - Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 3, pp. 345-364
 - Van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. & Van den Brink, W., (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: implementation and long term effects. *Addictive behaviors*, 900, pp. 1-13

Nota del autor

Rodrigo Inostroza Cea. Psicólogo entrenado en el modelo cognitivo constructivista de Vittorio Guidano. Actualmente trabaja en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Higuera de Talcahuano, Chile, además del ejercicio privado de la psicoterapia y docencia universitaria en psicología clínica.

Comentarios acerca de este artículo dirigirlos al correo electrónico: rodrigoinostroza@gmail.com



Editado por Cipra, Círculo de Psicoterapia Post – Racionalista.
Concepción. Chile. Teléfono +56 – 41 – 2466054
<http://www.cipra.cl>