

Herramientas clínicas para el trabajo psicoterapéutico focalizado en déficits estructurales

Elyna Gomez-Barris Chandía.

Nelson Valdés

Javiera Martin

Andrea Molinari.

La democratización del acceso a psicoterapia representa un desafío creciente, especialmente cuando ésta se realiza en contextos de salud administrada, ya sea pública o privada, donde se espera dar respuesta a la solicitud de ayuda de pacientes con dificultades de diversa gravedad en un tiempo breve, dada la alta presión asistencial y dificultades para sostener procesos psicoterapéuticos largos.

En el ámbito de la psicoterapia psicodinámica, una manera de abordar este desafío es utilizando estrategias focalizadas de psicoterapia. Se han desarrollado diversos modelos de focalización ampliamente difundidos (Balint et al., 1972; Davanloo, 1980; Fiorini, 2000; Luborsky, 1977; Malan, 1976; Sifneos, 1979; Strupp & Binder, 1984), los cuales son heterogéneos respecto del nivel de funcionamiento de la personalidad que suponen en sus abordajes (Dagnino, 2012). Estos modelos pueden ser difíciles de implementar con pacientes que presentan déficits de funcionamiento estructural, generando la impresión clínica de que con este tipo de pacientes no es posible trabajar focalmente, debido a que el predominio de déficits de funciones psicológicas impide mantener el foco en la comprensión de los conflictos intrapsíquicos y las narrativas relacionadas con ellos (Braier, 2009, De la Parra et al., 2016; Lanza-Castelli, 2015; Dagnino, 2012;). Es sabido que el manejo del proceso se complejiza en la medida que empeora el funcionamiento de la personalidad, por lo que se requieren mayores herramientas terapéuticas para lograr resultados satisfactorios (Koelen et al., 2012). Esto ha llevado a un importante desarrollo en el estudio de

las intervenciones con pacientes que presentan problemas de personalidad (Newton-Howes et al., 2014), y la necesidad de considerar abordajes con evidencia empírica (Bateman & Fonagy, 2016; Caligor et al., 2018; Linehan, 2014). Estos enfoques, sin embargo, al ser inicialmente diseñados para trastornos graves de personalidad, se vuelven tratamientos de alta especialidad, y por tanto, requieren dispositivos de implementación complejos, largos y costosos (Bateman et al., 2015; Zanarini, 2009). Esto dificulta su implementación, especialmente en países de menores ingresos, como los de América Latina, con inequidad en el acceso a servicios de salud mental y redes asistenciales de atención pública que no cuentan con los recursos económicos ni sistemas de gestión administrativa necesarios para dar respuesta a los requerimientos de sus usuarios, y menos para entrenar a sus profesionales o implementar este tipo de tratamientos (Blukacz et al., 2020; De la Parra et al., 2019; Kohn et al., 2018).

El Sistema de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD, OPD Task Force, 2001; 2008) ha desarrollado un diagnóstico basado en entrevistas que permite complementar los diagnósticos sindromáticos (APA, 2000; WHO, 1992) con un diagnóstico psicodinámico que considera patrones relacionales disfuncionales, conflictos intrapsíquicos y funcionamiento estructural¹. El OPD permite determinar focos para la psicoterapia y planificar estrategias de tratamiento, destacándose por su novedad la posibilidad de implementar un foco centrado en la estructura, es decir, tomando como objeto de

¹ Una descripción más detallada del sistema de diagnóstico OPD-2 se puede encontrar en Cierpka et al., 2010



trabajo psicoterapéutico los déficits específicos en las capacidades psíquicas que determinan el funcionamiento estructural del paciente. Gerd Rudolf (2004, 2013) desarrolla en profundidad esta estrategia de focalización en su Manual de Psicoterapia Orientada a la Estructura, rico en cantidad y calidad de orientaciones de trabajo clínico para pacientes con dificultades de funcionamiento de la personalidad², aunque presentadas de una manera poco sistematizada para llevar a cabo su implementación clínica, especialmente cuando se trata de terapeutas noveles. Además, esta interesante propuesta de abordaje terapéutico es poco conocida en nuestro medio hispanoparlante y tiene aún escasos estudios empíricos, lo que también ha limitado sus posibilidades de aplicación, entrenamiento e investigación. Por esta razón, se decidió implementar un estudio que buscara caracterizar y complementar la propuesta clínica de la Psicoterapia Orientada a la Estructura, que permitiera abordar empíricamente dicha limitación, de manera de sistematizar un formato de “herramientas terapéuticas” para pacientes que no necesariamente configuran trastornos de personalidad graves, pero que son considerados como “difíciles” por sus terapeutas, debido a los déficits estructurales que presentan como síntoma principal, y que complejizan otros síndromes (De la Parra et al., 2017). Para ello, se implementaron dos estudios de tipo cualitativo: el primero se propuso determinar y clasificar las orientaciones terapéuticas presentadas en el Manual de Psicoterapia Orientada a la Estructura (POE)³ y las descritas en una serie de entrevistas realizadas a especialistas en el Sistema de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) (OPD Task Force, 2008). El segundo estudio, buscó identificar y caracterizar

las orientaciones psicoterapéuticas previamente categorizadas, al observar 42 sesiones de psicoterapia. A partir de los resultados de ambos estudios se realizó una integración de resultados, que consistió en un ordenamiento de las categorías provenientes de ambos estudios, a partir de la revisión de los distintos niveles lógicos, la existencia de repeticiones o solapamientos, y la redacción de definiciones. Finalmente, se desarrolló un Sistema Operacional de Principios, Directrices e Intervenciones focalizadas en déficits estructurales del funcionamiento de la personalidad que incorpora Principios (6), Directrices (33), Intervenciones Terapéuticas (59) y variados ejemplos clínicos que permiten ilustrar el despliegue de estas últimas.

Sistema de Categorías: Relaciones y Descripciones

Las categorías, Principios, Directrices e Intervenciones fueron emergiendo de manera independiente durante el proceso de codificación; luego, a los Principios se adscribieron Directrices y, a éstas, Intervenciones Terapéuticas, buscando mantener los niveles lógicos y una organización coherente entre las tres. El resultado es el conjunto sistematizado de Principios que dan sentido a las Directrices de trabajo, las cuales a su vez tienen, en su mayoría, las descripciones de las Intervenciones Terapéuticas correspondientes en un nivel más concreto de acción, ejemplificadas con viñetas clínicas.

Por razones de espacio no es posible describir en detalle aquí todas las categorías, ni presentar las viñetas de ejemplos clínicos⁴, por lo que se presentarán las definiciones de los Principios terapéuticos, para luego revisar con mayor detalle

² Una descripción más detallada de la propuesta original de Rudolf (2013) se puede encontrar en Lanza-Castelli, 2015.

³ Capítulo 6 Manual zur strukturbezogenen psychodynamischen Therapie: Allgemeine Strategien und spezifische Interventionen³³ del libro Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 3. Auflage, (Rudolf, 2013).

⁴ La descripción completa de las categorías y ejemplos clínicos se encuentra en la sección Resultados de la tesis doctoral: Gómez-Barris Chandía, E. (2022). *Psychotherapeutic work focused on structural personality functioning deficits: systematization of tools for clinical practice. Thesis to apply for the degree of PhD in Psychotherapy*. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica



aquellas orientaciones psicoterapéuticas (directrices e intervenciones) más directamente relacionadas al trabajo terapéutico específico de foco en las funciones estructurales.

Herramientas psicoterapéuticas en tres niveles de abstracción: ¿Por qué hacer? ¿Qué hacer? y ¿Cómo hacer?⁵

Como ya se mencionó, una primera distinción en función de los niveles de abstracción de

las diferentes orientaciones psicoterapéuticas configuró categorías más generales denominadas Principios Terapéuticos, que corresponden a las categorías de mayor nivel de abstracción. Se tomó de Rudolf (2013) el concepto “Principio⁶ Terapéutico” para nombrar la categoría que incorpora definiciones amplias y fundamentales, que permiten encuadrar el tratamiento focalizado en la estructura desde el modelo OPD, y al mismo tiempo, diferenciarlo de otros abordajes psicoanalíticos. La Tabla 1 muestra los seis Principios Terapéuticos identificados.

Tabla 1. Listado de Principios Terapéuticos

A	El abordaje terapéutico requiere de una comprensión desde el modelo del déficit
B	Las metas de la psicoterapia se diferencian del enfoque psicodinámico clásico
C	El trabajo psicoterapéutico requiere de una actitud terapéutica y una disposición interna que sean habilitantes
D	El trabajo psicoterapéutico requiere del desarrollo una relación terapéutica colaborativa
E	La experiencia terapéutica constituye en sí misma una función estructurante
F	El trabajo psicoterapéutico es focalizado en los déficits estructurales

Luego están las Directrices⁷ Terapéuticas que se orientan de modo más directo al trabajo terapéutico y constituyen un nivel intermedio de abstracción con relación a los Principios Terapéuticos. Ellas contienen orientaciones de

trabajo psicoterapéutico a modo de una serie de reglas con carácter de instrucción al momento de planificar las intervenciones. La Tabla 2 muestra las 33 Directrices identificadas.

⁵ Para efectos de una redacción y lectura más fluidas, en la presentación de los resultados se han utilizado los términos “el paciente” y “el terapeuta” en género masculino para hacer referencia a personas de género femenino, masculino y no binario.

⁶ En español la palabra *principio* refiere a “Base, origen, razón fundamental sobre la cual se procede discutiendo en cualquier materia; norma o idea

fundamental que rige el pensamiento o la conducta (Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, 23^a ed.)

⁷ En español la palabra *directriz* refiere a “instrucción o norma que ha de seguirse en la ejecución de algo” (Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, 23^a ed.).



Tabla 2. Listado de Directrices Terapéuticas

A1	No adhiera a la lógica psicoanalítica clásica
A2	Entienda el comportamiento disfuncional del paciente como aspecto de su desamparo interpersonal
A3	Ponga el campo de observación (foco) en aquellas funciones que el paciente no pudo desarrollar
A4	Apoye el desarrollo de las habilidades faltantes
A5	Adapte los métodos terapéuticos a las competencias relacionales restringidas del paciente
B1	Oriéntese al desarrollo de la autorreflexión y la percepción realista del self y de los objetos en el paciente
B2	Procure que el paciente logre familiarizarse con sus propias emociones
B3	Oriente el trabajo al desarrollo de mayor capacidad de regulación por parte del paciente
B4	Estimule la aparición de experiencias emocionales nuevas y la internalización de nuevas experiencias relacionales positivas
B5	Oriéntese al logro de la responsabilidad del paciente por su propio bienestar y la evitación de daños hacia sí mismo
B6	Establezca junto al paciente su modelo de funcionamiento problemático sin incorporar una comprensión dinámica inconsciente de su origen
C1	Dispóngase como un igual frente al paciente
C2	Dispóngase a respetar las estrategias de afrontamiento poco efectivas debido a su función previa adaptativa
C3	Dispóngase a trabajar activamente
C4	Dispóngase a asumir una actitud parental temporal que promueva el desarrollo
C5	Dispóngase a sostener la esperanza de un desarrollo del paciente primordialmente positivo
C6	Oriéntese intensamente a la identificación y tolerancia de la contratransferencia
C7	Dispóngase activamente a contactarse con el paciente creativamente a pesar de sus fallas estructurales.
C8	Trabaje junto con un grupo de pares que lo contenga y le permita sostener la actitud habilitante
D1	Ajústese siempre a las capacidades restringidas del paciente
D2	Trabaje sin incentivar la transferencia, investigando junto al paciente aspectos difíciles de su vida como si se tratara de un tercero (triangulación)
D3	Busque modos de conectarse emocionalmente con el paciente y promueva la experiencia de un nosotros (weness) en el vínculo terapéutico
D4	Responda diferenciadamente a las ofertas relacionales del paciente durante las distintas etapas del proceso (inicio-medio-fin)
D5	Posicione al paciente en un rol activo
E1	Preste atención a los modelos de identificación que ofrece al paciente
E2	Guíe el desarrollo de responsabilidad del paciente consigo mismo
F1	Evalúe los déficits y establezca el motivo de consulta conjuntamente con su paciente
F2	Establezca los focos de la psicoterapia junto a su paciente
F3	Establezca un encuadre terapéutico claro
F4	Realice trabajo de proceso general de foco en la estructura
F5	Trabaje focalizadamente sobre los déficits específicos según el perfil de su paciente
F6	Monitoree el proceso terapéutico (S*)
F7	Prepare el cierre del proceso

Nota: (S*)=Directriz creada a partir de la observación de sesiones



Finalmente, se describen las Intervenciones Terapéuticas⁸ que se encuentran en el menor nivel de abstracción, justamente por resultar más específicas. Incluyen tanto acciones simples como procedimientos de mayor complejidad. A

partir del análisis del Manual y de las entrevistas, de la observación de sesiones y del reagrupamiento de las categorías, se pudieron determinar 59 Intervenciones que se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Listado de Intervenciones Terapéuticas

C1.1	Reaccionar "normalmente" a la oferta relacional del paciente
C1.2	Utilizar un lenguaje coloquial y comprensible para el paciente
C1.3	Responder a las preguntas del paciente
C1.4	Mostrar dudas, confusiones (*S)
C2.1	Empatizar con las vivencias relacionales tempranas del paciente
C2.2	Mostrar la función adaptativa previa del modo de enfrentamiento actual desadaptativo (S*)
C3.1	Intervenir activamente durante el trabajo terapéutico
C4.1	Intervenir en función terapéutica parental de niño pequeño o de adolescente
C5.1	Explicitar las posibilidades de desarrollo positivo del paciente
C6.1	Identificar la contratransferencia característica de pacientes con déficits estructurales
C6.2	Evitar desanimarse por las difíciles ofertas relacionales del paciente
C6.3	Aproximarse al paciente atento a la diferenciación
C6.4	Evitar presionar al paciente de forma constrictiva
C7.1	Usar palabras, metáforas, diseños, dibujos, fotografías para incentivar comunicaciones narrativas
C8.1	Compartir con pares o supervisores sus reflexiones y emociones respecto al proceso
D1.1	Mostrar de manera benevolente las dificultades para realizar intervenciones con el paciente (S*)
D2.1	Renunciar a buscar significación motivacional inconsciente a la oferta relacional del paciente en sesión
D3.1	Proponer una oferta relacional empática que facilite al paciente la experiencia de un vínculo benevolente (S*)
D3.2	Chequear la experiencia que tiene el paciente de la sesión (S*)
D4.1	Utilizar la posición relacional "detrás del paciente"
D4.2	Utilizar la posición relacional "junto al paciente"
D4.3	Utilizar la posición relacional "frente al paciente"
D4.4	Utilizar la posición relacional "delante del paciente"
D4.5	Contrastar y comparar perspectivas de las diferentes posiciones relacionales
D5.1	Incluir al paciente desde el inicio en las acciones propias del trabajo terapéutico
E1.1	Recrear una relación temprana de función estructurante
E2.1	Incentivar el abandono de conductas de riesgo/ la realización de actividades adaptativas
E2.2	Psicoeducar, aconsejar, hacer sugerencias, responder preguntas

⁸ Las intervenciones, en sus distintas modalidades, son la forma en la que el psicoterapeuta procede y acciona

en su intercambio con el paciente dentro del tratamiento (Vernengo & Stordeur, 2019).



- F1.1 Explorar junto al paciente el problema que motiva la consulta (S*)
- F1.2 Explorar junto al paciente la situación actual y su trasfondo biográfico
- F1.3 Explorar junto al paciente las limitaciones estructurales del paciente (cognitivas, afectivas, regulatorias, de vínculo)
- F1.4 Explorar junto al paciente estrategias de afrontamiento utilizadas frente a experiencias negativas (síntomas y conductas de riesgo)
- F1.5 Explorar junto al paciente, a partir de la conducta sintomática, los patrones relacionales maladaptativos desarrollados por el paciente
- F1.6 Identificar junto al paciente estancamientos en el desarrollo (pareja, familia, profesional, salud, independencia) y los déficits estructurales asociados
- F2.1 Evaluar expectativas del paciente sobre la psicoterapia (S*)
- F2.2 Proponer y acordar con el paciente un tema para trabajar
- F2.3 Destacar recursos del paciente en el marco de la focalización (S*)
- F3.1 Explicitar responsabilidades de paciente y terapeuta
- F3.2 Psicoeducar sobre el proceso terapéutico (S*)
- F3.3 Acordar y establecer protocolos frente a posibles conductas de riesgo
- F4.1 Identificar y visibilizar patrones junto al paciente
- F4.2 Realizar intervenciones de reflejo
- F4.3 Buscar y destacar recursos
- F4.4 Prestar atención a la aparición de signos de memoria implícita
- F5.1 Significar las limitaciones estructurales en el contexto biográfico
- F5.2 Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits de percepción
- F5.3 Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits de regulación
- F5.4 Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits afectivos
- F5.5 Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits de vínculo
- F5.6 Intervenir sobre el patrón relacional disfuncional determinado por los déficits
- F5.7 Ejercitar funciones en la relación terapéutica
- F6.1 Retomar aspectos relativos al encuadre durante el proceso terapéutico (S*)
- F6.2 Relevar avances, logros y cambios terapéuticos durante el proceso (S*)
- F6.3 Evaluar junto al paciente el proceso psicoterapéutico y ajustar focos y/o duración del proceso para continuar (S*)
- F7.1 Tematizar las posibilidades de cierre del proceso (S*)
- F7.2 Abordar afectos asociados al cierre del proceso (S*)
- F7.3 Explorar junto al paciente la experiencia de trabajo psicoterapéutico realizado (S*)
- F7.4 Explorar junto al paciente cambios y mejoría en relación a los focos propuestos y complementarios a ellos (S*)
- F7.5 Explorar junto al paciente estrategias para abordar las dificultades asociadas al fin del proceso psicoterapéutico (S*)

(S*)= Intervención creada a partir de la observación de sesiones

Hay que mencionar que los dos primeros Principios (A. *El abordaje terapéutico requiere una comprensión desde el modelo del déficit*, y B. *Las metas de la psicoterapia se diferencian del enfoque psicodinámico clásico*) comparten un

carácter conceptual, y por lo tanto, se traducen solo como Directrices sin Intervenciones Terapéuticas asociadas. Ellos aluden a las concepciones que debe tener el terapeuta sobre la problemática del paciente y la adaptación que debe



hacer de las metas de la terapia. A estos dos Principios se adscriben Directrices que tienen un carácter inferencial.

El Principio A (*El abordaje terapéutico requiere una comprensión desde el modelo del déficit*) establece que las dificultades del paciente serán entendidas en mayor medida como una expresión de sus déficits/necesidades, y no como expresión de motivaciones inconscientes/pulsiones. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas al apoyo y fortalecimiento de funciones de la estructura más que a la problemática del conflicto, y deben adaptarse a las necesidades del paciente. Los aspectos inconscientes expresados no se consideran parte del inconsciente “explícito” conformado por pensamientos, representaciones, recuerdos o deseos conservados de una forma verbal-conceptual y protegidos de ser percibidos por la conciencia mediante defensas, al estar asociados con emociones negativas (ej., vergüenza, culpa, miedo, desesperación, dolor). En pacientes con déficits estructurales los temas conciernen principalmente a expresiones de memoria implícita que se manifiestan de maneras relacionales no verbales, no ligadas a palabras, ya que fueron desarrolladas como mecanismo de enfrentamiento a un ambiente temprano deficitario. Así, se entiende como psicodinámico el procesamiento que realiza el terapeuta de estas ofertas del paciente, las cuales son devueltas en el marco de la relación terapéutica, se hacen susceptibles de ser vivenciadas, percibidas y pensables, sin ser necesariamente interpretadas. De esta manera la experiencia inconsciente implícita se vuelve accesible al *self* del paciente.

El Principio B (*Las metas de la psicoterapia se diferencian del enfoque psicodinámico clásico*) establece que, a diferencia del enfoque psicodinámico tradicional, las metas terapéuticas deben orientarse hacia una mejora de las funciones estructurales del paciente, desarrollando así nuevas formas de afrontamiento que mejoren la autoeficacia y la responsabilidad de sí mismo. Estos logros derivan principalmente de la posibilidad de tomar distancia de los sentimientos desbordantes, poder manejarlos y regularlos, así como del desarrollo y/o fortalecimiento de las funciones de percepción integral del objeto, la

diferenciación *self* objeto y el desarrollo de la empatía.

El Principio C (*El trabajo psicoterapéutico requiere una actitud terapéutica y una disposición interna que sean habilitantes para el trabajo en los déficits*), se refiere a la forma en que el terapeuta debe instalarse en el proceso y en la relación terapéutica para estar habilitado al tipo de intervenciones que requiere realizar. Establece que el terapeuta debe posicionarse de modo activo para apoyar y contener al paciente, inspirándose en el modo que los adultos dirigen a un niño o a un adolescente. Debe mostrar en todo momento una actitud de apertura y aceptación incondicional, desde una posición de simetría y respeto, que ofrezca estabilidad al sostener la motivación, la esperanza y el interés por el trabajo terapéutico, especialmente cuando el paciente no está en condiciones de sostener estos aspectos por sí mismo.

El Principio D (*El trabajo psicoterapéutico requiere el desarrollo una relación terapéutica colaborativa*) se refiere a la importancia de establecer, desde el inicio, una relación de colaboración entre paciente y terapeuta, caracterizada por la cooperación recíproca y el trabajo en conjunto de los temas terapéuticos. Establece, además, que es el terapeuta quien debe sostener permanentemente el interés por el trabajo psicoterapéutico, independientemente del grado de motivación del paciente. El desarrollo de la relación colaborativa requiere que el terapeuta considere a lo largo del proceso terapéutico distintos posicionamientos relacionales (“detrás, junto, frente y por delante del paciente”), que le permitirán realizar intervenciones que vayan más allá de la tradicional terapia de apoyo, de modo de fomentar el conocimiento y las competencias del paciente.

El Principio E (*La experiencia terapéutica constituye en sí misma una función estructurante*) establece que el modo de “estar” y de “hacer” del terapeuta deben poder configurarse como una experiencia terapéutica para el paciente que en sí misma cumpla una función estructurante. El modo de “estar” se relaciona con el vínculo e identificación del paciente con el terapeuta, mientras que el modo de “hacer” se relaciona con el tipo de guía que ofrece el terapeuta para ayudar al paciente a desarrollar la



responsabilidad consigo mismo y los demás; con el apoyo sistemático que realiza en la regulación de afectos, impulsos y autoestima; y con la percepción diferenciada, benevolente y con sentido de realidad. Complementariamente, el terapeuta debe ejercer una función de modelaje de nuevas habilidades y estrategias.

El Principio F (*El trabajo psicoterapéutico es focal y se centra en los déficits estructurales*) establece que el trabajo psicoterapéutico es focal y entiende el foco como aquellos hallazgos característicos que juegan un rol determinante en la causa y mantenimiento del problema, síntoma o trastorno. El terapeuta debe identificar los déficits estructurales de acuerdo con los lineamientos del diagnóstico OPD-2 (cognitivos, de regulación, afectivos y de vínculo), ya que estos son los que se convertirán en los focos del trabajo terapéutico, los cuales guiarán la planificación del tratamiento y las acciones terapéuticas. Trabajar focalmente no significa centrarse únicamente en el déficit específico, sino considerar las características de funcionamiento de una estructura

total de baja integración. Esto implica realizar Intervenciones Terapéuticas “generales” (o genéricas), propias de todo trabajo con pacientes de bajo nivel de integración, además de otras Intervenciones Terapéuticas “específicas” según el perfil de déficits de cada paciente. Este último Principio es el que agrupa la mayor cantidad de Directrices e Intervenciones Terapéuticas, configurando el cuerpo central de herramientas psicoterapéuticas, distinguiendo aquellas más transversales a todo paciente con bajo nivel de integración de funcionamiento y aquellas dirigidas a los déficits específicos. En esta categoría también se pueden diferenciar, en el nivel de Directrices asociadas, ámbitos de aplicación según etapas del proceso. Las Directrices asociadas a este Principio son siete y las Intervenciones son 34, como se muestra en la Tabla 4. De éstas, se describirán dos, relativas a las orientaciones de proceso general de foco en estructura (F4) y a las orientaciones de trabajo de foco en déficits específicos según el perfil diagnóstico.

Tabla 4. Listado de directrices e intervenciones asociadas al principio F *El trabajo psicoterapéutico es focal y se centra en los déficits estructurales*

Principio Terapéutico	Directriz terapéutica	Intervención Terapéutica
F El trabajo psicoterapéutico es focal y se centra en los déficits estructurales.	F1 Evalúe los déficits y establezca el motivo de consulta conjuntamente con su paciente	F1.1 Explorar junto al paciente el problema que motiva la consulta (S*)
		F1.2 Explorar junto al paciente la situación actual y su trasfondo biográfico
		F1.3 Explorar junto al paciente las limitaciones estructurales del paciente (cognitivas, afectivas, regulatorias, de vínculo)
		F1.4 Explorar junto al paciente estrategias de afrontamiento utilizadas frente a experiencias negativas (síntomas y conductas de riesgo)
		F1.5 Explorar junto al paciente, a partir de la conducta sintomática, los patrones relacionales maladaptativos desarrollados por el paciente
		F1.6 Identificar junto al paciente estancamientos en el desarrollo (pareja, familia, profesional, salud, independencia) y los déficits estructurales asociados
	F2 Establezca los focos de la psicoterapia junto a su paciente	F2.1 Evaluar expectativas del paciente sobre la psicoterapia (S*)
		F2.2 Proponer y acordar con el paciente un tema para trabajar
		F2.3 Destacar recursos del paciente en el marco de la focalización (S*)
	F3 Establezca un encuadre terapéutico claro	F3.1. Explicitar responsabilidades de paciente y terapeuta
		F3.2 Psicoeducar sobre el proceso terapéutico (S*)
		F3.3 Acordar y establecer protocolos frente a posibles conductas de riesgo



F4 Realice trabajo de proceso general de foco en la estructura	F4.1 Identificar y visibilizar patrones junto al paciente
	F4.2 Realizar intervenciones de reflejo
	F4.3 Buscar y destacar recursos
	F4.4 Prestar atención a la aparición de signos de memoria implícita
F5 Trabaje focalmente sobre los déficits específicos según el perfil de su paciente	F5.1 Significar las limitaciones estructurales en el contexto biográfico
	F5.2 Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits de percepción
	F5.3 Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits de regulación
	F5.4 Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits afectivos
	F5.5 Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits de vínculo
	F5.6 Intervenir sobre el patrón relacional disfuncional determinado por los déficits
	F5.7 Ejercitar funciones en la relación terapéutica
F6 Monitoree el proceso terapéutico (S*)	F6.1 Retomar aspectos relativos al encuadre durante el proceso terapéutico (S*)
	F6.2 Relevar avances, logros y cambios terapéuticos durante el proceso (S*)
	F6.3 Evaluar junto al paciente el proceso psicoterapéutico y ajustar focos y/o duración del proceso para continuar (S*)
F7 Prepare el cierre del proceso	F7.1 Tematizar las posibilidades de cierre del proceso (S*)
	F7.2 Abordar afectos asociados al cierre del proceso (S*)
	F7.3 Explorar junto al paciente la experiencia de trabajo psicoterapéutico realizado (S*)
	F7.4 Explorar junto al paciente cambios y mejoría en relación a los focos propuestos y complementarios a ellos (S*)
	F7.5 Explorar junto al paciente estrategias para abordar las dificultades asociadas al fin del proceso psicoterapéutico (S*)

(S*)= Directriz o Intervención creada a partir de la observación de sesiones

Realice trabajo de proceso general de foco en la estructura (F4).

Una parte del trabajo de proceso terapéutico con foco en la estructura se orienta al funcionamiento deficitario estructural global, más allá del perfil idiosincrático de déficits del paciente. Este funcionamiento se caracteriza por la falta de espacio psíquico interior para que los conflictos puedan desplegarse y reflexionarse, por lo que la psicodinámica es más interpersonal que intrapsíquica. Lo central de la vivencia dolorosa en el paciente se relaciona con las angustias, tensiones y frustraciones que se activan en el mundo de sus relaciones interpersonales y, al intentar retirarse, el encuentro con un mundo interno intensamente problemático, con

sentimientos de vacío no tolerables que llevan a conductas de daño hacia sí mismo. Esta es la razón por la que el terapeuta no debe priorizar el interpretar un conflicto no resuelto, sino dirigirse principalmente a la resolución de las situaciones interpersonales y al desarrollo de una estructura psíquica que permita al paciente entender lo que le sucede, regularse, calmarse, desarrollar mecanismos de enfrentamiento más adaptativos, para retomar la responsabilidad adulta para su vida, su comportamiento y la superación de sus dificultades. La Directriz aquí es parentalizar, pero no en el sentido de un apoyo que solo provee ayuda y afecto permanentes, sino en el sentido de fomentar la comprensión de sí mismo



y sus competencias, básicamente mediante la identificación de patrones e intervenciones de reflejo. El trabajo incorpora la elaboración de la biografía y la aceptación de las fallas de los cuidadores como proceso de duelo. A continuación, se presentan las Intervenciones a realizar por el terapeuta asociadas a la Directriz F4 (*Realice trabajo de proceso general de foco en la estructura*).

Identificar y visibilizar patrones junto al paciente (F4.1). Parte importante del trabajo terapéutico se centra en que terapeuta y paciente puedan identificar los patrones de funcionamiento relacionados a los déficits estructurales. Se trata de una aproximación por etapas:

- a) El terapeuta pone a disposición del paciente su percepción sobre un comportamiento o sobre una experiencia para que el paciente aprenda a ver su comportamiento y vivencia como patrón.
- b) El terapeuta pone a disposición del paciente su percepción y su vivencia emocional y refleja al paciente una imagen de su situación emocional para que éste aprenda a ver el patrón de comportamiento como respuesta emocional a determinada situación interna o externa.
- c) El terapeuta esboza cómo se desarrollan los acontecimientos internos y externos del paciente para elaborar junto al paciente un modelo de funcionamiento.
- d) El terapeuta ofrece sus reflexiones o entrega información acerca de lo que los niños pequeños/grandes, adolescentes o adultos pueden tolerar en situaciones de vida adversas, o lo que hubieran necesitado en la situación abordada, para que el paciente comprenda y acepte que el modelo de funcionamiento ha sido mediado biográficamente, y que, por lo tanto, contiene intentos de adaptación y superación.
- e) El terapeuta incentiva a hacer un balance de lo que, en el mejor de los casos, se logra con este patrón (¿para qué sirve?) versus los aspectos dañinos hacia sí mismo y/o las convicciones patógenas que éste contiene (¿en qué lo perjudica?), de modo de explorar conjuntamente la funcionalidad/

disfuncionalidad actual del patrón de comportamiento.

- f) El terapeuta ofrece intervenciones aliviadoras respecto a autoexigencias exageradas evitables para ayudar al paciente a aceptar el patrón como propio; complementariamente, el terapeuta menciona las demandas inevitables de la realidad, como las tareas del desarrollo pendientes, para ayudar al paciente a hacerse responsable de su patrón.
- g) El terapeuta apoya activamente al paciente en la búsqueda y ensayo de nuevas posibilidades para que el paciente ensaye posibilidades alternativas; y se pone a su disposición como un mentor, reconociendo los intentos realizados, alentándolo en los intentos fallidos, alegrándose con sus éxitos para que el paciente ensaye posibilidades alternativas, tanto dentro como fuera de la situación terapéutica.

Realizar Intervenciones de reflejo (F4.2). Reflejar es la principal intervención psicoterapéutica verbal en el trabajo con pacientes con problemas de funcionamiento estructural. Las intervenciones reflejantes son propias de la posición relacional “frente al paciente” (Intervención Terapéutica D4.3). El primer paso que realiza el terapeuta para una intervención reflejante es aclarar la imagen que se tiene del paciente a través de comentarios o preguntas concretas. El reflejo incluye intervenciones simples, como la repetición de frases o palabras dichas por el paciente (paráfrasis), que tienen la función de destacar lo dicho por éste, al tiempo que refuerza la relación terapéutica, al indicar que el terapeuta tiene una escucha activa. Otras intervenciones reflejantes son más elaboradas e incluyen intervenciones donde el terapeuta pone a disposición del paciente su propia percepción: devuelve al paciente la imagen que tiene de él, describiendo y resumiendo (recapitulando) su experiencia consciente y su comportamiento. Puede tratarse también de declaraciones del terapeuta que incluyen, de un modo cuidadoso, un elemento nuevo, implícito, respecto de algún aspecto del funcionamiento del paciente, especialmente afectivo, o de una reacción afectiva del propio terapeuta. En este último caso, el afecto compartido más



frecuente es el de preocupación por los comportamientos en los que el paciente se pone en peligro o se hace daño. También se incluyen en esta categoría los reflejos de aspectos de la realidad externa, ya que el interés del terapeuta no se limita a la exploración del mundo interno, y por lo tanto se explora también permanentemente el funcionamiento del paciente fuera de la sesión.

Buscar y destacar recursos (F4.3). El terapeuta se mantiene permanentemente atento para identificar y destacar capacidades, talentos e intereses que han sido poco expresados por el paciente, y poco reconocidos en su ambiente. La importancia de esta actividad del terapeuta radica en que el desarrollo de nuevos patrones de funcionamiento, más adaptativos, requiere activar recursos existentes y disponibles.

Prestar atención a la aparición de signos de memoria implícita (F4.4). El terapeuta no busca elaborar aspectos intencionales de la experiencia propios de la memoria “explícita” constituida por huellas de experiencias narrables. La memoria implícita tiene como contenido percepciones sensoriales de atmósfera, manipulaciones corporales o experiencias adversas sufridas tempranamente y no ligadas a palabras. Estos contenidos se manifiestan en las respuestas emocionales del paciente, a través de posturas, actitudes, convicciones y comportamientos, a los cuales el terapeuta debe estar atento. La mayor parte de estas expresiones de memoria implícita no son conscientes, pero no porque exista un esfuerzo de un yo defensivo, sino porque durante el desarrollo no existieron las condiciones para la posibilidad de una atención reflexiva, que posibilitara mentalizar las experiencias, hacerlas objeto de observación y valoración interna y encontrar palabras para ellas.

Trabaje focalmente sobre los déficits específicos según el perfil de su paciente (F5). Esta Directriz indica que según el perfil de funcionamiento estructural definido en la evaluación de los déficits/vulnerabilidades, el terapeuta ayudará a reforzar, recuperar o crear determinadas capacidades psíquicas, adaptando la propuesta terapéutica, en la línea de las intervenciones

modulares, según sus preferencias personales y teóricas, las características del paciente y el momento del proceso. El terapeuta se focalizará de manera sistemática en este trabajo en las funciones psíquicas y auxiliará provisionalmente al paciente con funciones estructurales eficientes, significando los déficits como mecanismos de afrontamiento desarrollados en contexto biográfico adverso y relacionándolos al patrón relacional maladaptativo. A continuación, se presentan las Intervenciones Terapéuticas asociadas a esta Directriz.

Significar las limitaciones estructurales en el contexto biográfico (F5.1). Independientemente del perfil específico de déficits, el terapeuta utiliza lo que ha conocido en la fase de evaluación sobre la situación biográfica del paciente, para darle sentido a ellos durante todo el proceso terapéutico. Esto permite ir complejizando y profundizando su comprensión y la función que cumplieron los mecanismos de afrontamiento en un entorno que no generó las condiciones para un desarrollo distinto, así como las dificultades para abordar tareas de la vida adulta. La experiencia de ser reconocido y validado en esta realidad biográfica colabora en su aceptación y en las posibilidades de hacerse responsable de ella con la ayuda del terapeuta.

Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits de percepción (F5.2). Generalmente los déficits de percepción están presentes transversalmente en los pacientes con niveles de funcionamiento global medios a bajos, y por lo tanto, se trabajan en las intervenciones generales (Directriz F4). Sin embargo, en algunos pacientes éstos constituyen además un foco específico, por lo que las intervenciones del terapeuta deben estar especialmente orientadas a apoyar al paciente en la percepción realista de sí mismo y en la comprensión de su situación, así como en el delineamiento de su identidad. De esta manera, el paciente tiene la oportunidad de desarrollar una familiaridad con sus procesos mentales internos y un lenguaje para ellos. Complementariamente el terapeuta apoya al paciente a desarrollar una percepción realista de su mundo externo y a distinguir con seguridad lo propio de lo de otros, sin



deformar el mundo externo (mundo de los objetos) con su vivencia. El trabajo sobre los déficits de percepción se realiza usando señalamientos, preguntas clarificadoras, reflejos, diferenciaciones y confrontaciones. Estas acciones se utilizan combinadamente para realizar las siguientes intervenciones:

- -Interesarse por el *self* del paciente y reflejar la imagen que percibe: el terapeuta hace notar al paciente que su mundo interno es importante y único; reúne junto a él información (episodios narrativos actuales, sueños, producciones creativas) y comparte la imagen que de él se va formando. En este ejercicio el terapeuta es activo: pregunta para obtener relatos detallados de las interacciones de las situaciones narradas, en una forma de observación “microanalítica” donde se mira y se escucha lo más exactamente posible; estimula a hacer descripciones detalladas de las personas significativas; interviene para dar continuidad a los aspectos narrados en distintos momentos del proceso, reuniendo episodios de la experiencia biográfica del paciente, como un cronista (un “buen oyente” que conserva recuerdos y los pone a disposición del otro). La práctica de observación de la vivencia del paciente se realiza principalmente en la “posición del tercero” donde lo tercero es la conducta y la vivencia vistas desde fuera (corresponde a *D4.2 Utilizar la posición relacional junto al paciente*) y el foco es fomentar narrativas que tengan un orden y coherencia, y no buscar comprensiones sobre ellas.
- -Reflejar diferenciadamente los afectos que percibe en el paciente: el terapeuta investiga las posibles significaciones afectivas de situaciones externas relatadas por el paciente en sesión; si es necesario sugiere opciones de afectos posibles usando ejemplos de otras personas, o de él mismo, en situaciones similares; comparte con el paciente los afectos que percibe en él; valida y contextualiza los afectos identificados y expresados por el paciente, y los compara con los otros posibles. De esta manera apoya al paciente en el ejercicio de poder observarse en el sentir y así diferenciar las cualidades emocionales de su mundo interno. El mensaje implícito para el paciente es que existen afectos muy diferentes, que es posible dirigir la atención sobre ellos y dejar que se perciban nítidamente dentro de uno; mientras uno mejor los percibe, de mejor manera se sabe en qué está uno.
- -Buscar junto al paciente esbozos de identidad para estructurar un *self* más continuo y coherente: el terapeuta busca aspectos de identidad de acuerdo a la edad, el género, contexto cultural, laboral, familiar y los aspectos biográficos para construir identidad (y no *develar* una identidad oculta ya existente): ¿quién o qué podría ser el paciente?, ¿tiene un sentimiento de dirección y orientación en el mundo?, ¿qué tipo de personalidad le es cercana y podría seguirse desarrollando?, ¿qué capacidades, recursos e intereses tiene disponibles?, ¿qué mundos de vida, profesional, social o en pareja podría él imaginarse?, ¿es de interés para él la corporalidad, el movimiento, el deporte?, ¿hay temas científicos, filosóficos o religiosos a los que se sienta apelado?, ¿tiene él contacto con animales, niños pequeños, personas mayores emocionalmente aliviadores o momentos interesantes?, ¿suscitan su interés los temas políticos?
- -Verificar junto al paciente qué es propio de su *self* y qué es más bien una atribución de intención a un otro: el terapeuta pregunta sobre aquello que el paciente desea, piensa, teme, aspira, contrastando con las intenciones que presuntamente tienen los otros (proyección) y comprueba qué aspectos de los propios sentimientos e intenciones pertenecen más bien a otros y el paciente los vivencia como propios (identificación). Son especialmente importantes aquellas descripciones que parecen un *pensar desde un otro* o *sentir desde un otro*, es decir atribuciones confusas donde no se distingue bien a quién corresponden los sentimientos e intenciones.
- -Contrastar las percepciones idealizadas y devaluadas del paciente respecto de situaciones y personas: el terapeuta estimula al paciente a esforzarse para ver al otro como



realmente es y para aceptar que se trata de alguien distinto, cuyas experiencias, intereses y convicciones pueden en parte coincidir con los propios, pero en otros ser diferentes e, incluso, ir en contra. Esto puede trabajarse también en la relación terapéutica, contrastando las percepciones del paciente respecto al terapeuta con las propias vivencias de éste, y viceversa.

- -Clarificar situaciones concretas y chequear el ajuste de la percepción a realidades compartidas: el terapeuta se mantiene atento al ajuste a la realidad de los relatos del paciente. Interviene realizando preguntas sobre contradicciones, inconsistencias, descripciones poco creíbles o difusas. Si es necesario, y con el consentimiento del paciente, confirma las situaciones abordadas en sesión con personas cercanas de la vida cotidiana, como familiares, amigos o compañeros de trabajo.

Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits de regulación (F5.3). Cuando los déficits de regulación se convierten en el foco principal, el terapeuta deberá mostrar al paciente la importancia de renunciar a la satisfacción inmediata de sus necesidades y ayudarlo a desarrollar estrategias para tomar distancia interna de impulsos, afectos y autovaloración en las situaciones que normalmente le generan desregulación. El logro de una posición interna distanciada permite orientarse, delimitarse y tomar decisiones. Complementariamente, el trabajo debe orientarse al logro de una regulación efectiva en la relación con los otros, es decir poder tomar distancia de situaciones absorbentes o fusionadas. Se trata aquí de que el paciente pueda proteger sus relaciones, sosteniendo sus propios intereses, pero considerando también los de otros. Para este trabajo terapéutico se realizan las siguientes intervenciones:

- -Incentivar activamente el ejercicio de estrategias en el manejo de los impulsos. El terapeuta se pone temporalmente a disposición del paciente para apoyarlo en el manejo de la regulación hasta que éste pueda hacerse cargo por sí mismo, y pueda aprender a no insistir en la satisfacción inmediata de sus

necesidades. El terapeuta ayuda al paciente a percibir sus propias intenciones, a aceptar contradicciones internas y externas, a juzgar situaciones y a tomar decisiones, compromisos y soluciones con flexibilidad. De esta manera el paciente puede incorporar progresivamente la responsabilidad propia, valores y normas. Cuando aparecen impulsos agresivos (hacia sí mismo o hacia otros) el terapeuta los aborda realizando confrontaciones acompañadas de propuestas de alternativas de regulación, buscando una mejor integración de ellos.

- -Promover la capacidad de hacerse cargo de afectos displacenteros intensos. Esto significa por una parte aprender a tolerar afectos displacenteros cuando éstos aparecen en la experiencia, y regular su expresión de un modo relacional adaptativo, y, por otra, desincentivar la evitación permanente del displacer. El terapeuta acompaña al paciente en los esfuerzos de regulación con intervenciones reflexivas (*top-down*): aprender a identificar el afecto y el nivel de intensidad que le impiden la reflexión, y encontrar una explicación para la intensidad de ese afecto vivenciado; reevaluar y ponderar las situaciones que generaron desbordes afectivos; promover la cautela y la inhibición de afectos en situaciones específicas, especialmente sociales, advirtiendo sobre los riesgos de dejarse llevar por emociones intensas, como la ira. Además de estas intervenciones cognitivas, el terapeuta enseña técnicas de regulación (*bottom-up*) para afectos desbordantes: relajación, respiración, meditación; e imaginación para abordar los momentos de representaciones negativas con inundación afectiva (*flashbacks*) y disociaciones. Cuando la inundación afectiva sucede durante la sesión, el terapeuta primero contiene la excitación afectiva (*arousal*) y una vez que el paciente se ha recuperado utiliza las intervenciones cognitivas.
- -Apoyar al paciente a tolerar la inseguridad y la vergüenza. El terapeuta trabaja con la alta sensibilidad a los sentimientos de humillación y la alta autoexigencia, promoviendo una percepción realista del *self*, de modo



que el paciente pueda liberarse de expectativas de sí mismo exageradas e idealizadas.

- -Establecer estrategias para proteger las relaciones de los impulsos perjudiciales y del desbalance de los intereses. Se trata aquí de encontrar junto al paciente formas, al modo de un plan, de minimizar el riesgo de reacciones por impulsividad o por inundación emocional, que pudieran dañar de modo irreparable las relaciones interpersonales. Complementariamente el terapeuta aborda las situaciones interpersonales donde se ponen en juego los intereses del paciente y los de los otros. El terapeuta incentiva al paciente a considerar equilibradamente los intereses de ambas partes y alerta al paciente sobre las consecuencias de soluciones relacionales extremas de egoísmo o altruismo.
- -Incentivar el ejercicio de prever las posibles reacciones de los otros frente al propio actuar. El terapeuta ayuda al paciente a visibilizar el efecto que pueden tener sus conductas y reacciones en los otros y anticipar los posibles escenarios interpersonales que ellas pudieran generar. Este trabajo se enlaza con el desarrollo de la capacidad empática (F5.4.6).

Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits afectivos (F5.4). El terapeuta promueve en el paciente la capacidad para experimentarse a sí mismo emocionalmente, incluida su corporalidad, de modo que sus vivencias se vitalicen y se dinamicen. Para esto, alienta la comunicación afectiva, es decir, la experiencia de dejarse tocar por las emociones y tolerar la inquietud que este contacto genera. Complementariamente, estimula la revitalización en la relación con los otros promoviendo el acercamiento e involucramiento emocional. Se trata de un trabajo de cierta manera contrapuesto al realizado en los déficits de percepción y de regulación con el objeto, el cual se centra en el distanciamiento. Aquí el terapeuta enfatiza las necesidades básicas de cercanía e intercambio emocional y señala los contenidos emocionales problemáticos percibidos en esta área, también puede usar su contratransferencia para fomentar el contacto del paciente. A continuación, se muestran algunas de las

Intervenciones Terapéuticas sugeridas para el trabajo en estos déficits.

- -Estimular la vivencia y el relato contactado con los afectos.
- -Animar y guiar al paciente en el uso de su imaginación y en la elaboración de sus propias fantasías. El terapeuta ofrece imágenes, descripciones y estimula el diálogo interno. También dirige la atención a los sueños para observar junto al paciente las imágenes como potenciales representaciones de vivencias.
- -Estimular la atención hacia la vivencia del *self* corporal. Las situaciones con contenido emocional son oportunidades para señalar alternativas básicas sobre las vivencias corporales: sobrecarga, relajación, necesidad de tranquilidad, estar exhausto, vivencia del placer en las actividades, alegría del movimiento, alegría del juego corporal, alegría del erotismo y la sexualidad, el placer de la entrega corporal del otro.
- -Incentivar al paciente a dejarse contactar emocionalmente en las relaciones. El terapeuta ayuda al paciente a contactarse afectivamente en sus relaciones, buscando los obstáculos para el contacto e intentar eliminarlos (miedo a quedar a merced del otro, a la vergüenza, a reconocer la necesidad, a la desaprobación, a la crítica).
- -Estimular la expresión afectiva en las relaciones. El terapeuta apoya al paciente a identificar sus afectos respecto a los demás, a leer y entender los afectos de los otros y a quedarse en las relaciones aunque puedan aparecer afectos incómodos. La relación terapéutica puede servir para ejercitar estas capacidades. El terapeuta puede también percibir afectos negativos subyacentes que el paciente no menciona (como la rabia, la desilusión, etc.) y verbalizarlos.
- -Estimular al paciente a ponerse en el lugar del otro. El terapeuta ayuda al paciente a ponerse en el lugar del otro, a tolerar los temores a la cercanía que esto implica. Cuando esta capacidad de empatizar está poco disponible, es necesario que el paciente primero tenga la experiencia del comportamiento empático del terapeuta. Las



reflexiones sobre vivencias infantiles, y aspectos biográficos comunes ayudan a desarrollar la capacidad de entender a los otros.

Intervenir dirigida e intencionalmente en los déficits de vínculo (F5.5). Dado que, en general, no es suficiente esperar a que el paciente pueda internalizar las experiencias positivas de la psicoterapia, el terapeuta activamente promueve en el paciente la capacidad de internalizar objetos buenos. Las intervenciones se dirigen a reconocer en la biografía, en la situación presente externa o en posibilidades futuras, experiencias y relaciones positivas y usarlas para acompañarse, tranquilizarse, consolarse, protegerse, defenderse y responsabilizarse de sí mismo. Además ayuda a elaborar las vivencias biográficas con objetos negativos. Complementariamente apoya al paciente a relacionarse con otros: pedir y aceptar ayuda, incluida la de la propia situación terapéutica, y poder desprenderse de los vínculos, apoyándolo en la experiencia de separación y pérdida cuando surja, incluida aquí también la experiencia terapéutica. Algunas de las Intervenciones Terapéuticas sugeridas para el desarrollo de estas capacidades son:

- Explorar imágenes de experiencias infantiles y adolescentes positivas para asignarles una función autocontenedora (introyectos). El terapeuta busca junto al paciente vivencias de distinto tipo que tengan una carga positiva y lo invita a ensayar su uso para calmarse. Para eso recurre a memorias de la familia, de la escuela, la naturaleza o bien de la fantasía, literatura, religión, entre otros.
- -Incentivar activamente al paciente a usar los introyectos positivos para tranquilizarse y protegerse a sí mismo. El terapeuta ayuda al paciente a recurrir a experiencias contenedoras (padre/madre/hermano/amigo que puso límites/contuvo/alentó) y ejercitarlas consigo mismo para ayudarse/tranquilizarse, protegerse. Complementariamente ejercita el control cognitivo de los introyectos negativos.
- -Ayudar a desarrollar la capacidad de establecer vínculos variados. Es necesario apoyar la variedad y cualidades de estos objetos

internos, sin que entren en disonancia o contraposición.

- -Incentivar el interés y la capacidad de formar vínculos significativos. También se debe ayudar al paciente a desarrollar la capacidad de aceptar la imagen positiva que tenga de una persona, que logre convertirse en alguien significativo para él, pueda así vincularse emocionalmente, experimentar cuidado, agradecimiento.
- -Resignificar positivamente la necesidad de pedir y aceptar ayuda. Esto requerirá que el terapeuta estimule permanentemente la capacidad del paciente para aceptar ayuda. El terapeuta invita al paciente a reflexionar sobre la naturaleza relacional de los seres humanos, y busca que el paciente resignifique la necesidad de vínculos y ayuda como una debilidad.
- -Apoyar al paciente a aceptar pérdidas y tolerar el duelo. El terapeuta en la vivencia de estas experiencias que son propias de la vida. La fase de término de la terapia se convierte en una oportunidad para el ejercicio de separarse y desprenderse de un vínculo significativo.

Intervenir sobre el patrón relacional disfuncional determinado por los déficits (F5.6). El terapeuta muestra el patrón relacional disfuncional, aprovechando la oferta relacional disfuncional determinada estructuralmente para buscar nuevas conductas relacionales más adaptativas.

Ejercitar funciones en la relación terapéutica (F5.7). El terapeuta se focaliza en la relación terapéutica cuando los temas interpersonales se empiezan a ver tan claros como en las otras relaciones, y realiza descripciones de las situaciones terapéuticas que pueden ayudar a visibilizar patrones y a ejercitar capacidades faltantes.

Conclusiones

Tomados en conjunto, los resultados abordados muestran que las características del sistema operacional de herramientas clínicas de este estudio configuran un abordaje terapéutico de relevancia clínica dado que se alinea con los



factores de cambio de psicoterapia en términos genéricos (modelo de factores comunes, MFC), con la psicoterapia de apoyo (TA) que mejora el funcionamiento del paciente, y con un enfoque de trabajo generalista que ha mostrado efectividad en pacientes con psicopatología de la personalidad (General Psychiatric Management).

Desde el punto de vista del abordaje en psicopatología de la personalidad, esta sistematización de herramientas clínicas contiene los componentes que han sido descritos como característicos de los tratamientos efectivos en TLP: ser un tratamiento realizado por un clínico que desarrolle el plan y los objetivos del tratamiento, supervise el riesgo suicida y controle el progreso del paciente; ser un tratamiento con objetivos identificables, donde se especifiquen las funciones de paciente y terapeuta, se establezcan los límites de la disponibilidad del tratante y se establezcan directrices para el manejo de las conductas de riesgo; ser un trabajo colaborativo donde el terapeuta incentive la participación del paciente al establecer objetivos y durante las sesiones; contar con un terapeuta activo y receptivo que asegure al paciente sentirse escuchado y contenido; y contar con grupos de colegas que ayuden al terapeuta con los riesgos de reacciones que puedan ser dañinas para el paciente (Gunderson, Herpertz et al., 2018).

Además, la sistematización de esta propuesta de herramientas terapéuticas destaca por aportar a los componentes ya descritos un *set* de herramientas terapéuticas que permiten centrarse en los déficits específicos de funcionamiento como foco de la psicoterapia para fortalecerlos o desarrollarlos y generar cambios estructurales (OPD Task Force, 2008). Se propone aquí considerar el foco en el perfil de déficits como un componente de ingredientes específicos, que buscan el desarrollo y fortalecimiento del funcionamiento estructural, en una perspectiva dimensional y adaptada a los requerimientos de cada paciente según su perfil de déficits estructurales. La necesidad de enfocar los tratamientos a los rasgos de personalidad que causan más dificultades de funcionamiento más allá del diagnóstico psicopatológico y los déficits asociados en diferentes niveles de gravedad ha cobrado creciente relevancia (Newton-Howes, 2015) y es

muy probable que el giro hacia diagnósticos dimensionales de los problemas de personalidad acentúe esta tendencia. En el caso del sistema de herramientas terapéuticas de este estudio, estos componentes se encuentran definidos en el Principio F (*El trabajo psicoterapéutico es focal y se centra en los déficits estructurales*). Las Directrices de este Principio abarcan diferentes ámbitos del proceso y de abordaje de los déficits para facilitar la delimitación de problemas y focalizar, lo que además posibilita abreviar la psicoterapia en pacientes difíciles.

Los resultados de la categorización y observación de sesiones muestran que las herramientas terapéuticas contienen componentes consistentes con la evidencia disponible respecto de una psicoterapia efectiva en términos genéricos (Frank & Frank, 1993; Wampold, 2001), y también de especialidad en psicopatología de la personalidad (Garland & Miller, 2020). Además, contiene componentes de apoyo (Luborsky, 1984; Pinsker, 1997; Rockland, 1989), permite abarcar un amplio rango de pacientes, al considerar la gravedad desde un punto dimensional y focalizarse en el perfil específico de déficits estructurales (OPD Task Force, 2008).

Otra característica relevante es que tiene el potencial de permitir abreviar los tratamientos por su condición de ser una terapia focal. Los resultados muestran también que esta es una propuesta que reúne variadas condiciones de desarrollo como un sistema modular (Livesley, 2015) y es susceptible de ser implementada como abordaje de entrada en un esquema escalonado de sistemas de atención (Choi-Kain et al., 2016; Paris, 2017).

En términos del potencial de entrenamiento, es relevante destacar que, dado que estos Principios, Directrices e Intervenciones fueron susceptibles de observar e identificar durante las sesiones de psicoterapia, tienen el potencial de ser entrenados para mejorar las competencias clínicas de psicoterapeutas.

Todas estas características permitan pensar que se trata de un modelo de herramientas que puede ser bien recibido por profesionales de diferente formación clínica y ser aplicado en diferentes contextos de práctica clínica de alta presión asistencial, donde es particularmente



importante maximizar la eficiencia de los procedimientos psicoterapéuticos (Behn, 2022; De la Parra et al., 2018, 2019).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition-Revised*. American Psychiatric Publishing.
- Balint, M., Ornstein, P., & Balint, A. (1972). *Focal Psychotherapy; an example of Applied Psychoanalysis*. Tavistock Publications Limited.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization Based Treatment for Personality Disorders A Practical Guide* (Second Edition ed.). Oxford University Press.
- Bateman, A., Gunderson, J. & Mulder, R. (2015), Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385, 735-743.
- Behn, A. (2022) Trastorno Límite de la Personalidad: herencia psicodinámica y estado actual del conocimiento. *Revista APSAN2*(3), 110-147.
- Blukacz, A., Cabieses, B. & Markkula, N. Inequities in mental health and mental healthcare between international immigrants and locals in Chile: a narrative review. *Int J Equity Health* 19, 197 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01312-2>
- Braier, E. (2009). La psicoterapia focal y breve, Rasgos distintivos. *Trabajo presentado en el Simposio Bianual de la Sección de Psicoterapia Psicoanalítica de la FEAP, «Nuevos abordajes en psicoterapia psicoanalítica»*. Barcelona.
- Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF, Yeomans FE. (2018). *Psychodynamic Therapy for Personality Pathology: Treating Self and Interpersonal Functioning*. American Psychiatric Press.
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: Implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356.
- Cierpka, M., Stasch, M., Grande, T., Schauenburg, H. D., De la Parra, G., & Rost, R. (2010). La evaluación primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD2). *Clin Invest Relac*, 4, 221-35.
- Dagnino, P. (2012). Focus in psychotherapy: : Characteristics and trajectories through the therapeutic process. En D. Thesis. Pontificia Universidad Católica de Chile, Faculty of Social Sciences School of Psychology; Universidad de Chile, Faculty of Social Sciences Department of Psychology.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. (H. Davanloo, Ed.). Jason Aronson.
- De la Parra, G., Gomez-Barris, E., & Dagnino, P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 6, 1-20.
- De la Parra, G., Gomez-Barris, E., Zuñiga, A.K., Dagnino, P. & Valdés, C. (2018). Del diván al policlínico: un modelo de psicoterapia para instituciones. Aprendiendo de la experiencia (empírica). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 27(2), 182-202.
- De la Parra, G., Errazuriz, P., Gomez-Barris, E. & Zuñiga, A.K. (2019). Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Temas de la Agenda Pública*, 14(113), 1-20. ISSN 0718-9745
- Fiorini, H. (2000). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión Ediciones.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy (3rd ed.)*. Johns Hopkins University Press
- Garland, J., & Miller, S. (2020). Borderline Personality Disorder: Part 1–Assessment and Diagnosis. *BJPsych Advances*, 26(3), 159-172. doi: 10.1192/bja.2019.76
- Gomez-Barris, E. (2022). *Psychotherapeutic work focused on structural personality functioning deficits: systematization of tools for clinical practice. Thesis to apply for the degree of PhD in Psychotherapy*. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica



- Gunderson, J., Masland, S., & Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management: a review. *Current Opinion in Psychology*, 21, 127-131.
- Koelen, J., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, L., Diguier, L., Vermote, R., Lowyck, B., y otros. (2012). The impact of level of personality organization on treatment response: A systematic review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75(4), 355-374.
- Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldivia, S. & Vicente, B. (2018). *Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. doi:10.26633/rpsp.2018.165
- Lanza-Castelli, G. (2015). La Terapia Basada En La Estructura: Teoría Y Clínica. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5.
- Linehan, M. (2014). *DBT Skills Training Manual, Second Edition*. Guilford Press.
- Livesley, W. J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2016). Why integrated treatment? General principles of therapeutic change. In W. J. Livesley, G. Dimaggio, & J. F. Clarkin (Eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (pp. 3-18). The Guilford Press.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. . En N. Freedman, & S. Grand (Edits.), *Communicative structures and psychic structures* (págs. 367-395). Springer US.
- Luborsky, L. (1984). *Principles Of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual For Supportive-expressive Treatment*. Basic Books, Inc.
- Malan, D. (1976). *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. Plenum Medical Book Co.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T., Mulder, R., Kool, S., Dekker, J., et al. (2014). Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *Journal of personality disorders*, 28 (4), 577-593.
- OPD Task-Force (Ed.) (2001). *Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD). Foundations and manual*. Hogrefe & Huber.
- OPD Task-Force (Ed.) (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe Publishing.
- Paris, J. (2017). *Stepped care for borderline personality disorder: making treatment brief, effective, and accessible*. Academic Press.
- Pinsker, H. (1997). *A primer of Supportive Psychotherapy*. The Analytic Press.
- Rockland, L. (1989). *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*. Basic Books.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Schattauer.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie* (3ª ed.). Schattauer.
- Sifneos, P. (1979). *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique* (2nd ed.). Plenum Publishing Corporation.
- Strupp, H., & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time limited dynamic psychotherapy*. Basic Books.
- Vernengo, M. P., & Stordeur, M. (2019). Acerca de las intervenciones y las acciones terapéuticas en psicoterapias psicoanalíticas. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Erlbaum.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
- Werman, D. S. (2014). *Practice of supportive psychotherapy*. Routledge.
- Zanarini, M. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 120, 373-377. 10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x

