

*Capítulo 11: Psicoterapia cognitivo-analítica en el trastorno límite de la personalidad*  
*Autor: Carlos Mirapeix Costas*

# ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

JAVIER VÁZQUEZ-BOURGON

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

JESÚS ARTAL SIMÓN

# ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

## EDITORES

### CARLOS MIRAPEIX COSTAS

Fundación para la investigación en psicoterapia y personalidad (FUNDIPP), Santander.  
Co-director del curso de especialista universitario en psicoterapia integrada de los trastornos  
de la personalidad, Universidad de Deusto.

### JAVIER VÁZQUEZ BOURGON

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.  
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

### ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.  
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

### JESÚS ARTAL SIMÓN

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.  
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria.

# 11

## PSICOTERAPIA COGNITIVO-ANALÍTICA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

---

Carlos Mirapeix Costas

### 1. INTRODUCCIÓN AL MODELO DE PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA

---

La Psicoterapia Cognitivo Analítica (PCA) es un modelo de psicoterapia breve integrada, limitada a 16 sesiones, desarrollada en la década de los 80 en Inglaterra por Anthony Ryle (Ryle, 1985; Ryle y Kerr, 2006) e introducida en España a principio de la década de los 90 por el autor de este capítulo (Mirapeix, 2003; Mirapeix, 2004). En los últimos años, en este siglo XXI, se han producido innovaciones en el campo de la psicoterapia que han generado ampliaciones del modelo clásico y recientemente se han incorporado modificaciones en relación a la duración y otros elementos, tanto teóricos como técnicos (Darongkamas et al., 2016; Leiman, 2004; McCormick, 2008; Mirapeix, 2014), que se expondrán mas adelante.

En este capítulo se va a presentar el modelo clásico que considero necesario conocer y un modelo extenso, en el que la función reflexiva es un marcador estratégico y que queda enmarcado en lo que denominamos los modelos multifásicos y politécnicos que se expondrán más adelante en el capítulo.

#### 1.1. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL MODELO

Los orígenes de la psicoterapia cognitivo analítica se producen en un contexto histórico en el que existe la mayor proliferación de los modelos integradores en psicoterapia más importantes del mundo. Fue en las décadas de

los 70 y 80 del pasado siglo, cuando se consolidó a nivel internacional la importancia de las concepciones integradoras en Psicoterapia (Beitman et al., 1989). Es en este contexto al que se remonta el desarrollo del modelo y fue con la utilización de la técnica de la rejilla (Ryle y Lunghi, 1969; Ryle, 1979) en el estudio de las características psicológicas y del sistema de constructos personales, que tenían los pacientes que seguían un tratamiento psicoterapéutico de características psicoanalíticas como se sentaron las bases del modelo. La necesidad de desarrollar un lenguaje común para poder entenderse las diferentes escuelas psicoterapéuticas (Ryle, 1978), fue una aportación importante de aquella época, en la que se abogaba por una utilización de terminología cognitiva y la transformación de la jerga psicoanalítica en un lenguaje mucho más cercano al paciente.

En torno a esa misma época, Ryle describe una serie de patrones cognitivos disfuncionales, que son observados de manera sistemática en los pacientes neuróticos investigados que estaban siguiendo tratamiento psicoterapéutico. Estos son los que denominó: trampas, dilemas y pegas (Ryle, 1979). Años después desarrolló un Cuestionario de Psicoterapia dirigido a la detección en las primeras sesiones de psicoterapia de estas distorsiones cognitivas (disponible online en [fundipp.org](http://fundipp.org) zona profesional y en cuestionarios). Estas distorsiones cognitivas (trampas, dilemas y pegas) necesitaban de un marco teórico de referencia que las integrase en un modelo de procesamiento de información que denominó el modelo de procedimiento secuenciado (Ryle, 1991) y que se pudieran ensamblar con los postulados psi-

codinámicos centrados en la introyección de los patrones de relación interpersonal que configuran la personalidad del sujeto y que fueron denominados roles recíprocos.

## 1.2. SU LUGAR ENTRE LAS TERAPIAS COGNITIVAS ACTUALES

La comparación entre la psicoterapia cognitiva y la psicoterapia cognitiva analítica (Allison y Denman, 2001; Marzillier y Butler, 1990) la podemos sintetizar de la siguiente forma:

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

El patrón de relación terapéutica que se establece en el tratamiento de pacientes con este modelo de terapia, es colaborador, centrado en la auto observación y con la utilización de auto registros en el que el terapeuta es activo y entrena al sujeto a pensar correctamente. En términos generales, en este modelo de psicoterapia habitualmente no se realizan intervenciones centradas en la relación terapéutica. Por último, desde el punto de vista de las técnicas utilizadas en los modelos de psicoterapia cognitiva clásica, el diálogo socrático, que sustenta la reestructuración cognitiva, es el paradigma de intervención en este tipo de terapias.

2. La Psicoterapia cognitivo analítica, desde el punto de vista epistemológico se sitúa dentro de lo que algunos autores denominan constructivismo moderado (Opazo, 1997), complementariedad paradigmática (Vasco, 1996) o epistemología ecléctica (Mirapeix, 1994), basándose en un modelo de flexibilidad de integración

de los opuestos (Alexander y Langer, 1990). El modelo Cognitivo Analítico podemos redefinirlo como una psicoterapia cognitivo conductual relacional, en la que los síntomas del sujeto se comprenden sistemáticamente en el contexto relacional en el que se producen, de tal forma que el foco de intervención en este tipo de psicoterapia es sobre los esquemas interpersonales vinculados a los síntomas, buscando fundamentalmente no solo la disminución o eliminación de los mismos, sino su vinculación, descripción y revisión de los patrones interpersonales disfuncionales, así como la movilización de la carga afectiva que impide la reestructuración de los esquemas significativos y la modificación del comportamiento del sujeto en su vida cotidiana.

Desde el punto de vista de la relación terapéutica, el terapeuta utiliza tanto la actividad y la dirección, (como un maestro ante un niño que tiene que aprender nuevos comportamientos que antes no tenía) cómo la utilización del silencio para provocar una mayor activación emocional en el paciente. De manera sistemática, en este modelo de psicoterapia, se interviene en la relación terapéutica para poder producir la movilización de los afectos que ayuden a desbloquear los esquemas disfuncionales y a modificar los patrones interpersonales mal aprendidos a lo largo de la biografía del sujeto y mantenidos en la vida actual. Las reconstrucciones históricas pueden realizarse en aquellos pacientes con Función Reflexiva conservada, pero como luego tendremos ocasión de explicar con detalle, no son indicadas en la fase 2 de tratamiento en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) grave con baja Función Reflexiva (FR). Las técnicas que se utilizan son muy eclécticas, pero manteniendo siempre la referencia a la reformulación que se realizó del caso. Desde el punto de vista técnico hay una regla básica que se sigue en la Psicoterapia Cognitivo Analítica y que puede hacerse extensiva también a otros modelos de Psicoterapia, el terapeuta siempre va a realizar intervenciones dentro de lo que denominamos la zona de desarrollo proximal, un concepto sustentado en los desarrollos de psicopedagogía de Vygotsky y mantendrá una actitud constructivista, de colaboración y búsqueda conjunta de los significados y conexiones relevantes para él paciente.

## 2. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA CLÁSICA

### 2.1. PRINCIPALES CONCEPTOS

La integración de elementos derivados de la psicología cognitiva y de las relaciones objétales psicoanalíticas, llevaron a desarrollar un modelo teórico sustentado en el procesamiento de información y que fue denominado: el Modelo del Procedimiento Secuenciado (Procedural Sequence Model –PSM-) (Ryle, 1991). El **PSM (Modelo de procedimiento secuenciado)** se denomina así porque **la unidad de estudio es la secuenciación de un procedimiento** o el análisis del procedimiento en sí, muy influenciado por el ciclo de la experiencia (Kelly, 1955) y el modelo de resolución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971). Un procedimiento describe la forma en que se despliega una serie normal de actos mentales y conductuales encaminados a la consecución de un fin determinado. Esta secuencia cognitiva implica procesos mentales, acción, así como sucesos y consecuencias ambientales. La secuencia que siguen estos procedimientos encaminados a la acción (motivada y finalista), pueden ser vistos como bucles cognitivos repetitivos y que son realizados por secuencias de operaciones más simples, que están subordinadas a la consecución de objetivos más complejos.

Según este modelo, la secuencia básica de un procedimiento se puede describir en las siete etapas siguientes (Ryle y Kerr, 2006):

1. Formación de un objetivo en relación con un estímulo, interno o externo.
2. Evaluación del significado personal del objetivo dentro de este contexto. Esto implica un “procesamiento afectivo” inconsciente, vinculado a los significados personales implicados. Procesos cognitivos que tienen relación con la memoria y con la evaluación de la congruencia del objetivo con otros objetivos y valores.
3. Predicción de a) la propia capacidad para conseguir el objetivo y b) las consecuencias probables de su logro.
4. Evaluación de los medios posibles (subprocedimientos).
5. Actuación.
6. Se valora la efectividad de la acción y se somete a consideración las consecuencias.
7. Se mantiene el objetivo, o bien este es modificado o abandonado y los medios confirmados o revisados.

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

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

Por lo tanto, es una terapia dirigida a la eliminación de síntomas, al auto conocimiento y a la acción. Es una psicoterapia auténticamente bio-psico-social y puede ser concebida desde una perspectiva de una psicoterapia guiada por el “self”, donde se produce la intersección de la integración longitudinal y transversal (Mirapeix, 1997). Es una psicoterapia dirigida por la personalidad y guiada a la modificación de la misma.

### 2.2. PRINCIPALES CAMPOS DE APLICACIÓN

Este modelo de psicoterapia fue desarrollado específicamente para ser aplicado en contextos públicos y su estructuración y brevedad resultan idóneos para resolver la mayor parte de problemas atendidos en estos primeros

niveles asistenciales (Brockman et al., 1987). Inicialmente cualquier tipo de queja psicológica puede considerarse como indicada para ser tratada con este modelo de psicoterapia, a excepción de: trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores con síntomas psicóticos, utilización activa de drogas, sintomatología secundaria a patología orgánica, y conductas abiertamente psicopáticas y con falta de colaboración; estas son las contraindicaciones formales. La mejor indicación es la presencia de patología de eje I asociada a rasgos disfuncionales de personalidad o a un diagnóstico formal de trastorno de la personalidad comórbido. La indicación principal son los trastornos de la personalidad, a excepción de los del Cluster A en los que la eficacia de la psicoterapia está escasamente probada. Actualmente y a tenor de las investigaciones realizadas con diseños aleatorizados, la Psicoterapia Cognitivo Analítica ha demostrado su eficacia en trastornos de personalidad en general (Clarke et al., 2013), en intervenciones precoces en adolescentes y jóvenes con trastorno Límite de personalidad (Chanen et al., 2008).

La psicoterapia cognitivo analítica actualmente está siendo aplicada en diferentes settings: en unidades de agudos para tratar a patologías autoagresivas, habiéndose descrito recientemente un modelo ultra breve de psicoterapia cognitivo analítica, limitada a 3 sesiones para aplicar en estos contextos protegidos para el tratamiento de pacientes con patología autodestructiva (Sheard et al., 2000). En el tratamiento de los trastornos alimentarios (Denman, 1995). En el manejo psicológico de patología médica específica como el asma (Walsh et al., 2000) y la diabetes tipo I (Fosbury et al., 1997). En psiquiatría forense para el tratamiento de pacientes graves que han sufrido abusos sexuales (Clarke y Pearson, 2000), en la prevención de recaídas en ofensores sexuales (Worthington, 2016) y recientemente se han desarrollado modelos con intervenciones más estructuradas y simplificadas que pueden aplicarse a personas con CI bajo (Lloyd, 2014). Un área especialmente relevante es la aplicación del modelo para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Mirapeix, 2004; Mirapeix, 2008; Mirapeix, 2014; Mirapeix et al., 2006; Ryle, 1997; Ryle y Beard, 1993; Ryle, 1997; Ryle, 2004).

Por otro lado la psicoterapia cognitivo analítica también está ampliando sus indicaciones más allá de su formato individual, y está siendo utilizada en formatos de pareja así como en psicoterapia grupal (Hepple, 2012).

En los últimos años, desde 2008, disponemos de estudios de eficacia demostrada de la PCA en los Trastornos de la Personalidad (TP's) (Chanen et al., 2008; Clarke et al., 2013). También ha demostrado su eficacia en trastornos concretos como el trastorno paranoide (Kellett y Hardy, 2014), trastornos disociativos (Kellett, 2005), personalidad histriónica (Kellett, 2007), TLP ambulatorio en práctica clínica estándar (Kellett et al., 2013), hipersexualidad (Kellett et al., 2016) y conductas sexuales de alto riesgo (Sacks et al., 2016).

Actualmente, se está utilizando el modelo Cognitivo Analítico para el entrenamiento de equipos de Salud Mental o de trabajo con relacionales interpersonales, incluidas las intervenciones en empresas, y dirigido a la identificación precoz de patrones relacionales disfuncionales, al entrenamiento en su manejo y desarrollo de nuevas formas relacionales (Caruso et al., 2013; Kerr et al., 2007).

### 2.3. APLICACIÓN PRÁCTICA

La Psicoterapia cognitivo analítica, al ser un modelo de psicoterapia breve, limitado a 16 sesiones (en el modelo clásico de Ryle) es un tratamiento muy estructurado y las fases del tratamiento y su contenido están bastante estandarizadas. La interrelación de las fases de la terapia individual junto con la estructura específica de la terapia viene sintetizada a continuación en la tabla 1.

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

La adherencia a la aplicación del modelo ha sido realizada a través del desarrollo del CCAT, que tiene una finalidad fundamentalmente dirigida a la investigación y garantizar la fiabilidad y competencia en la aplicación del modelo (Bennett y Parry, 2004).

### 2.4. PSICOPEDAGOGÍA DEL MODELO

Una vez realizada la indicación de psicoterapia y antes de que comience ésta formalmente, se le entrega al paciente una guía de la Psicoterapia Cognitivo Analítica (disponible en: <http://fundipp.org/biblioteca/>) con vistas

*Tabla 1. Contenidos terapéuticos de las distintas fases del modelo*

Fases	Compromiso	Búsqueda de patrones			Cambio
Sesiones	1	2	3	4	5 a 14
Historia	√	√	√		
Cuestionarios específicos		√	√		
Reformulación			√	√	
Autorregistros Objetivos	√	√	√	√	√
Intervenciones Transferenciales	√	√	√	√	√
Otras técnicas					√
Terminación		√	√	√	√

a preparar al paciente para la psicoterapia. Las dudas que tenga sobre la terapia lo comentará con su terapeuta en la primera sesión.

Una vez que la indicación de psicoterapia ha sido aceptada por el paciente, se le remite a un terapeuta específico para su primera sesión (en nuestra Fundación, el equipo de evaluación es diferente del que realiza la psicoterapia). Para entonces, el terapeuta que se va a hacer responsable del caso y antes de ver al paciente dispone de los siguientes datos: historia clínica general, datos psicométricos, informe de derivación a psicoterapia y con eso tiene una primera sesión donde los objetivos fundamentalmente son: fomentar una alianza terapéutica positiva, aclarar las dudas que haya con respecto a la psicoterapia cognitivo analítica, dudas referentes a la estructura de la misma, a las técnicas que se van a utilizar y al papel que se espera que jueguen tanto el paciente como el terapeuta. La importancia de una sólida alianza terapéutica inicial, se ha visto reforzada por el concepto de la confianza epistémica, que contribuye a comprender en mayor profundidad el desarrollo de una confianza en el otro desde el inicio del tratamiento, sustentada en la voluntad del individuo en confiar en la autenticidad, relevancia personal y generalización de la información transmitida interpersonalmente (Fonagy y Allison, 2014). En psicoterapia cognitivo analítica, desde el primer momento de la primera sesión, se presta atención a la actuación del paciente en la diada relacional terapeuta-paciente. La identificación

precoz de cuál es el patrón de relación interpersonal, entendido en términos de roles recíprocos que son activados y que deben de ser detectados en los primeros momentos. Esto no quiere decir que el terapeuta vaya a trabajar desde el inicio con intervenciones transferenciales en pacientes con función reflexiva disminuida, pero sí que el estar atento a la estructura relacional implícita desde los primeros compases del baile relacional, le va a permitir al terapeuta identificar dónde se sitúa el paciente y donde le sitúa a él y poder tener en mente las preguntas (para responderlas en el momento adecuado): ¿porqué establece esta forma de relación? y ¿qué pretende con ella?. Este es uno de los elementos fundamentales del entrenamiento de un buen psicoterapeuta en general y de un terapeuta cognitivo analítico en particular.

En esta primera sesión se le entregan al paciente los cuestionarios de evaluación.

## 2.5. LOS CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE EVALUACIÓN

En la primera sesión se le entregan al paciente los cuestionarios específicos de evaluación cualitativa, el Cuestionario Biográfico Autoaplicado (CBA) y el Cuestionario de Psicoterapia (ambos disponibles en: <http://fundipp.org/biblioteca/>). Se le solicita al paciente que rellene los cuestionarios con antelación a la siguiente cita y que cuando acuda se los entregue al terapeuta para poder leerlos antes de verle en la próxima sesión. Los cuestiona-

rios son muy densos, extensos y profundos y exige que el terapeuta haya trabajado con ellos antes de ver al paciente para poder realizar una devolución al paciente de los contenidos vertidos en los mismos. Algo que se recomienda realizar de manera sistemática, es agradecer al paciente la confianza de rellenar los cuestionarios y volcar información tan íntima y profunda en los mismos y la confianza depositada en el terapeuta.

## 2.6. CONSTRUYENDO EL PRIMER BORRADOR DE REFORMULACIÓN

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

Recomendamos comenzar con el análisis del cuestionario biográfico autoaplicado, con un análisis tanto de la forma como de los contenidos y continuar con el cuestionario de psicoterapia. Los datos biográficos nos van a permitir dar a las trampas, dilemas y pegas detectados en el cuestionario de psicoterapia, una descripción mucho más ajustada a la historia del paciente.

## 2.7. EVALUACIÓN ORIENTADA A LA REFORMULACIÓN

El hecho de considerar la reformulación como un eje central en el proceso terapéutico, condiciona el contenido y la metodología del proceso evaluador de las tres primeras sesiones y la información previa disponible, ya señalada.

Todo lo que sucede a lo largo de las tres primeras sesiones, debe de ser el material utilizado por el terapeuta dirigido a ayudarle a él y al paciente a reformular el motivo de la demanda inicial. La limitación temporal ésta presente desde el inicio y condiciona la presión del trabajo y debe de manejarse para convertirla en un estímulo para el trabajo conjunto. El trabajo en la sesión 2 y 3 es donde se realizan micro reformulaciones, muchas de ellas en la mente del terapeuta, y otras compartidas con el paciente, de tal forma que, progresivamente, se va construyendo una reformulación compartida sobre lo que le trajo al paciente

a consulta, qué otros datos van encontrándose durante la exploración y qué conexiones se van estableciendo.

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

## 2.8. LA REFORMULACIÓN

Lo que describo a continuación es la modalidad de reformulación utilizada en el modelo clásico, dirigida a pacientes con una función reflexiva conservada, que tienen algunas diferencias con respecto al modelo de reformulación de la fase 2 dirigida al incremento de la FR, de la que se diferencia en varios aspectos.

### ¿Qué es?

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

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

### ¿Que componentes tiene?

#### **TODA REFORMULACIÓN DEBE DE INCLUIR:**

- Las dificultades por las que consulta el paciente.
- Mencionar los hitos biográficos significativos para el sujeto (experiencias nucleares de una alta carga afectiva que conforman las estructuras centrales de significación).
- Establecer puentes de unión entre esas experiencias pasadas y los problemas actuales.

- d) Establecer las que se considerarán conductas problema.
- e) Cuales son los precipitantes y consecuentes actuales referidos por el paciente.
- f) Describir los procedimientos desadaptativos y re-iterativos que utiliza el paciente para manejar su vida (conviene incluir también los procedimientos adaptativos y sanos que utiliza).
- g) Describir las metas de la terapia, repitiendo a modo de resumen al final de la carta los procedimientos problemáticos.
- h) Trasladar de manera abreviada las conductas problema y los procedimientos problemáticos, a las hojas de autorregistro para el trabajo psicoterapéutico posterior.
- i) Se deben de incluir cuales son los obstáculos que se prevén en el tratamiento a la luz de la reformulación.
- j) Los datos presentes en la reformulación deben permitir comprender cuál es el modelo de relación que se va a establecer entre el paciente y el terapeuta.

### ¿Como se genera?

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

La consulta a los cuestionarios nos da datos sobre las experiencias significativas a nivel biográfico (CBA), así como las trampas, dilemas y pegas, detectadas en el cuestionario de psicoterapia. Introduciremos nuevos matices en nuestras primeras hipótesis y comenzaremos a establecer nexos de unión que, a modo de micro-hipótesis, che-

quearemos con el paciente; vinculando los procedimientos cognitivo afectivos distorsionados (trampas, dilemas y pegas) con las experiencias biográficas y los síntomas. Poco a poco, iremos clarificando aquellos elementos que vamos a incluir en la Reformulación. Los antecedentes y consecuentes de la conducta desplegada por el paciente, analizada en términos de análisis funcional de la conducta, deben de ser incluidos de forma contextualizada en la “Reformulación”.

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

En ésta, el terapeuta debe de hacer un esfuerzo por utilizar las palabras del paciente, sus propias metáforas, las imágenes que él usa, los giros lingüísticos propios de él y en general el colorido de su forma de relatar sus experiencias. Me permito recordar que, este tipo de reformulación está dirigida a aquellos pacientes con Función Reflexiva conservada, pues en caso de FR baja, la reformulación tiene características específicas que luego comentare.

### Ha de ser útil

La reformulación ha sido el corazón de la PCA desde sus comienzos (Leiman, 1997; Ryle y Beard, 1993) y representa la descripción de los problemas del paciente en la forma que resulte *más útil* a la labor terapéutica. “*Más útil*” significa que esta descripción se centra sobre los procedimientos que subyacen a los problemas del paciente, entendiéndose que la modificación de dichos procedimientos resolverá los problemas del paciente. Por otro lado, “*más útil*” implica una visión pragmática de la reformulación. Esto no es un ejercicio teórico que tenga la finalidad de confirmar una metateoría, sino que la reformulación debe de ser siempre una guía para la fase activa de tratamiento. De tal forma que, el criterio de pragmatismo va a ser siempre la guía que debe de dirigir el proceso de construcción conjunta de la reformulación, pues de no ser útil ésta se quedaría en un mero ejercicio teórico. En definitiva, la cuestión de los criterios epistemológicos de

validación del conocimiento, **verdad vs utilidad** se reproduce y representa en el tema que nos ocupa de la reformulación en psicoterapia. Esta ha de ser “*verdadera*” para el paciente y como tal, la ha de vivir este último, pero para que esto sea así tiene que ser fundamentalmente **útil**. De nada servirá pues que el paciente dijese: “.....Qué cierto es lo que hemos planteado conjuntamente usted y yo, pero llevamos tres meses dándole vueltas a lo mismo y sigo igual que cuando vine...”

La “Reformulación” sería un artículo dogmático en caso de que tanto terapeuta como paciente no estuviesen prestos a testarlo a lo largo del tratamiento.

## 2.9. LAS REFORMULACIONES SECUENCIALES DIAGRAMÁTICAS

Las representaciones escritas como diagramas de flujo sobre papel o realizadas en la pantalla del ordenador, son muy utilizadas en PCA. En ellas se representan los vínculos entre las conductas problema, los patrones cognitivos disfuncionales, las emociones implicadas y los comportamientos observados; vinculado todo ello a una visión sustentada en la multiplicidad del self y la reciprocidad interpersonal (Roles Recíprocos). Es frecuente en Psicoterapia Cognitivo Analítica realizar breves descripciones diagramáticas desde la sesión número 1, van dibujándose pequeños diagramas de flujo, muy sencillos, que explican que patrones de comportamientos fundamentales que vinculan los síntomas con la problemática que se van encontrando a lo largo de la exploración, como se ve por ejemplo en la figura 1.

**Figura 1: cambios de estado mental y repercusiones interpersonales**



Estos diagramas son muy útiles para sintetizar información relevante, establecer vínculos entre procedimientos y poder ser utilizadas como elementos de la fase activa como tareas para casa en el reconocimiento de patrones y procedimientos disfuncionales.

## 2.10. LA FASE DE CAMBIO EN LA TERAPIA Y LOS NODOS DE DECISIÓN

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

En la fase de cambio de la terapia y hasta su terminación, el contenido de las sesiones será determinado conjuntamente por el paciente y por el terapeuta, que será el encargado de mantener la coherencia de las técnicas utilizadas en función de los objetivos que se señalaron en la reformulación, manteniendo el foco de atención limitado a los objetivos que se señalaron, como es propio de toda psicoterapia breve (Ryle, 1979). Las intervenciones del terapeuta van encaminadas a demostrar al paciente cómo se manifiestan repetitivamente en su vida cotidiana y en la relación terapéutica los procedimientos problemáticos y como se pueden modificar.

Una parte de cada sesión se dedica a elaborar “tareas para casa” adecuados al marco de referencia de la reformulación y los procedimientos de relación inter e intrapersonal detectados y a revisar el trabajo realizado por el paciente entre las sesiones. Cuando en Psicoterapia Cognitivo Analítica nos referimos a procedimiento, estamos haciendo referencia al modelo de procesamiento secuenciado, en el que ante cualquier estímulo sea interno o externo el paciente lo percibe y realiza un proceso atribucional en función de los roles que se activen internamente en el individuo. Desde un polo del rol activado, protector vs protegido, maltratador vs víctima, se genera un estado del “self” que contribuye a sesgar la percepción, la atribución, la conducta y la interpretación de los hechos que se derivan (feedback). Este procedimiento describe como se sustenta, mantiene y auto perpetúa un comportamiento y la secuencia subyacente.

Los nodos de decisión estratégica y técnica no están muy desarrollados en el modelo clásico de Ryle. Desde mi punto de vista, hoy son incuestionables algunos de los avances producidos desde la psicoterapia prescriptiva (Beutler et al., 2005) y el reto está en seguir esos algoritmos.

mos de decisión, contextualizándolos con el contenido de la reformulación y el proceso general de la psicoterapia, y no dejarlos en una aplicación meramente ecléctica.

### 2.11. OTRAS TÉCNICAS

La construcción conjunta de auto-registros específicos de evaluación de patrones relacionales disfuncionales, las hojas con diagramas vacíos, la prescripción de roles y procedimientos alternativos, el *role playing*, el uso de otras técnicas activas (silla vacía, soliloquios psicodramáticos, dibujos...etc) son algunas de las técnicas que es posible utilizar. Siempre con un eje que actúa de guía, la reformulación y el marco teórico de referencia. La realización de ejercicios de Mindfulness dirigidos a incrementar la metaobservación y favorecer el descentramiento, son de gran utilidad, más allá de su valor de control atencional y regulación emocional.

La asimilación de técnicas de otros modelos y su incorporación al propio que uno practica, siempre vienen contextualizadas desde nuestro marco teórico explicativo; se trata de un auténtico proceso asimilativo (Messer, 2001).

### 2.12. LA CARTA DE DESPEDIDA

Hay investigaciones que demuestran que la atribución de los resultados de la terapia es diferente cuando quien es preguntado sobre lo mismo es el terapeuta o el paciente (Arnkoff et al., 1993). Una de las técnicas que se utilizan en la Psicoterapia Cognitivo Analítica, es la carta de despedida. En ésta, el paciente hace un repaso y recoge por escrito los logros de la terapia así como lo que le queda por conseguir, sirviendo esto como recordatorio de lo realizado y a la vez como un buen instrumento para la fase de seguimiento.

## 3. UN MODELO MULTIFÁSICO Y POLITÉCNICO DE ORIENTACIÓN COGNITIVO ANALÍTICA EXTENSA

Como he descrito en el capítulo 1 de esta monografía, en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad grave, tal y como actualmente defienden la mayor parte de los especialistas, es necesario un abordaje integrador desde el punto de vista teórico y ecléctico desde el punto de vista técnico. El modelo cognitivo analítico que guía nuestro programa de intervención es integrador,

multifásico, multicomponente y politécnico, ajustándose a los requisitos que se plantean en el momento actual (Dimaggio y Livesley, 2012; Livesley, 2012).

Asimismo, en el capítulo uno hablaba de la importancia de los elementos nucleares que son especialmente valorados desde la psicoterapia cognitivo analítica: el *self* y las relaciones interpersonales.

En relación al *self*, tenemos aportaciones recientes que hablan de su complejidad (Kerr et al., 2015) planteando la necesidad de una aproximación biopsicosocial a la comprensión del mismo. Las estructuras neurobiológicas que sustentan al *self* en el proceso de adquisición de la identidad, deben de ser tomadas en consideración; de la misma forma que las experiencias de aprendizaje interpersonal y de construcción progresiva de la identidad en un contexto social. Esta visión sociogénica del modelado de la personalidad, es especialmente importante en la psicoterapia cognitivo analítica y es a través de la cultura y la utilización de símbolos y signos como se va a contribuir a conformar la identidad de lo que somos (Leiman, 1992).

Desde el punto de vista de las relaciones interpersonales, el concepto de la internalización de los patrones de relación interpersonal, aprendidos en términos de roles recíprocos es especialmente relevante. Desde este planteamiento, en una un momento dado puede estar activado un polo del rol, por ejemplo el polo de agresor versus víctima, mientras que en otro momento o puede activarse el polo de víctima versus el de agresor. En el aprendizaje interpersonal, la teoría de los roles recíprocos viene a explicitar algo muy sencillo: aprendemos desde la experiencia pasiva de ser receptores de un trato determinado por parte de otro, pero también aprendemos la ejecución de la conducta del otro. Podemos sentirnos queridos y aprender a amar, podemos sentirnos víctima por haber sido agredidos y también aprender a agredir. Esta concepción basada en la reciprocidad, ayuda a comprender el desarrollo de conductas aparentemente contradictorias. Esto es especialmente útil para comprender el funcionamiento del individuo en general y muchos de los comportamientos incomprensibles y contradictorios del trastorno límite de la personalidad.

Desde mi punto de vista, la planificación estratégica y técnica dependerá del manejo y evolución de la función reflexiva a lo largo del proceso terapéutico. Esto hace plantearse un modelo de intervención en fases, en las que

el déficit de la función reflexiva establece un marcador con una clara distinción en los procedimientos utilizados tanto a nivel de evaluación como de intervención (Luyten y Fonagy, 2015; Mirapeix, 2014).

Recientemente, en el Congreso Internacional de Psicoterapia Cognitivo Analítica celebrado en España, presentaba los marcadores estratégicos de cambio a tener en cuenta en el diseño de programas terapéuticos complejos, dirigidos a pacientes con trastornos de la personalidad: la motivación, la conciencia de problemática psicológica, la función reflexiva, la complejidad cognitiva y de aprendizaje, las dificultades para la integración de la discontinuidad de la memoria, los procedimientos específicos de trabajo emocional con el trauma complejo, la reconstrucción de la memoria, de la historia personal y la construcción de la narrativa final que dé cuenta de la historia diacrónica del sujeto. Todos ellos son pasos que se dan en psicoterapia cognitivo analítica y que cada uno de ellos puede considerarse en un marcador estratégico dentro del proceso de cambio en el tratamiento de casos complejos (Mirapeix, 2013).

La secuencia de intervenciones sigue estas fases (modificación de las señaladas por Livesley):

- Fase 1: Evaluación, seguridad, intervenciones preparatorias (entre las que se incluyen intervenciones motivacionales, psicoeducativas, de entrenamiento en *mindfulness* y de intervención en crisis).
- Fase 2: Intervenciones dirigidas al incremento de la FR.
- Fase 3: Psicoterapia Cognitivo Analítica en Trastorno Límite de la Personalidad con Función Reflexiva conservada, tratamiento del trauma.
- Fase 4: Integración, reinserción y alta si procede.

Abordaremos a continuación una descripción del modelo multifásico y politécnico de la Psicoterapia Cognitivo Analítica Extensa (PCA-E), especialmente dirigida a los pacientes con TLP (Kerr et al., 2012; Mirapeix, 2006; Mirapeix, 2014; Mirapeix, 2015).

## FASE 1: ESTABILIZACIÓN

Esta fase es una combinación de la fase 1 y 2 de Livesley y en ella se van a utilizar elementos técnicos procedentes de otros modelos terapéuticos como es el dialéctico conductual, pero con variaciones adaptadas a una concepción basada en estados mentales y en el concepto de función reflexiva. Si bien se mantiene el foco en la re-

solución de aquellas conductas que son de alto riesgo para el paciente, el entorno o la continuidad del tratamiento, cualquier intervención debe de tener el mediador de la reflexividad o mentalización. El foco no solo está en la regulación conductual, también lo está en la toma de conciencia de los estados mentales cambiantes vinculados a las conductas y emociones disreguladas.

El trabajo en esta fase, desde nuestra perspectiva, está vinculado a la utilización del cuestionario para la detección de estados mentales y los componentes educativos derivados de la utilización de este cuestionario (Mirapeix, 2006; Mirapeix, 2008). El análisis en cadena utilizado por ejemplo en la terapia dialéctica conductual, o el análisis funcional de la conducta de los modelos cognitivos conductuales es realizado de forma similar desde nuestra perspectiva, pero focalizando en la secuencia derivada de comportamientos vinculados a diferentes estados mentales y a su vez comprendidos desde el modelo de procesamiento de información en el que se sustenta la psicoterapia cognitivo analítica.

También en esta fase, se utiliza un entrenamiento específico en *mindfulness* que posteriormente es utilizado a lo largo de todo el proceso terapéutico y vinculado no solo al favorecimiento de la regulación emocional, sino también y fundamentalmente a la psicoeducación, fomento general de la conciencia reflexiva del *self* relacional y a la elaboración de un plan de crisis evolucionado y centrado en estados mentales y autorregulación (Mirapeix, 2015).

## FASE 2: INCREMENTO DE LA FUNCIÓN REFLEXIVA

Lo que describo a continuación es lo específico de la fase 2 y está dirigido a pacientes graves con FR disminuida. Este modelo es en el que me voy a centrar, donde he desarrollado una estructura de intervención, una planificación estratégica y una metodología de intervención técnica específica que van a constituir el centro de mi exposición. Los interesados en profundizar en esta fase, consultar un trabajo previo (Mirapeix, 2014).

Como comentaba en el apartado correspondiente a la reformulación, hay matices en la reformulación en función del nivel de la función reflexiva del paciente. En el caso de pacientes con trastorno límite de personalidad con baja función reflexiva, el procedimiento de evaluación utiliza el procedimiento para la detección de estados mentales (Mirapeix, 2008; Ryle, 2007) (SDP, *disponible*

en la web de FUNDIPP). La reformulación específica en esta fase, tiene en cuenta la deficiencia de la función reflexiva y esta focalizada en la identificación de los estados mentales con todos sus matices que vienen claramente descritos en el SDP y, en ningún caso, utilizamos en este momento componentes históricos relativos a experiencias traumáticas o a patrones de relación interpersonal de una alta implicación emocional. Este nivel más complejo y comprometido emocionalmente, solo se aborda cuando el paciente haya mejorado en su capacidad de reflexividad y regulación emocional, ya en la fase 3.

La secuencia de las intervenciones, avanza progresivamente de lo individual a lo relacional y de la identificación simple de los estados mentales propios a un análisis más complejo que está basado en una guía estratégica que denomino: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC).

Las intervenciones en la fase uno, permiten controlar conductas de alto riesgo para el paciente, para otros y para el tratamiento. Los contenidos de las intervenciones psicoeducativas y motivacionales, colocan al paciente en un estadio de cambio que permiten entrar en la fase dos del tratamiento que describiré a continuación.

En esta fase 2, el objetivo fundamental es el incremento de la FR, que supone una ampliación de la conciencia reflexiva. Así dicho es demasiado general y difícil de operativizar. En un intento por describir en qué consiste el trabajo desarrollado en esta fase, he recurrido a describirlo como un proceso que sirve de guía estratégica y técnica que denomino PAHORC. Hay dos niveles de intervención dirigidos al incremento de la función reflexiva, uno básico y otro avanzado, pudiendo ser utilizados tanto a nivel individual como grupal. Las peculiaridades específicas del trabajo en grupo, por cuestión de espacio, no las abordaré aquí.

Como no puede ser de otra forma, teniendo en cuenta que el objetivo es el incremento de la función reflexiva, hay algunas similitudes técnicas con el modelo basado en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2006), incluido la utilización de algunas intervenciones muy similares aunque éstas se realicen desde un marco teórico y técnico diferente.

Recientemente he tenido la ocasión de desarrollar en un artículo la utilización conjunta de intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva junto con el entrenamiento en Mindfulness (Mirapeix, 2015), entendiéndolo

que éste es una función metacognitiva que favorece e incrementa a la capacidad de auto y hetero observación relacional y contextual. Pero también, tiene diferencias teóricas el modelo presentado aquí dirigido en el incremento de la función reflexiva con el modelo de psicoterapia basado en la mentalización. Nuestra concepción no está vinculada exclusivamente al apego tal y como quedo expresado en el artículo al que me refero. Como he comentado antes hay intervenciones básicas y avanzadas y como ejemplo valga la descripción sintética que realizo a continuación.

#### *INTERVENCIONES BÁSICAS SOBRE LA FR: FOCALIZANDO EN LA MENTE DEL PACIENTE:*

1. Evaluación de los Estados Mentales con el State Description Procedure (SDP, versión Española en la web de FUNDIPP).
2. La representación ortogonal.
3. Microanálisis de la arquitectura intra-estado (los componentes somáticos).
4. Microanálisis de la transición inter-estados.
5. Descripción de reciprocidades.
6. Isomorfismo relacional.
7. Consolidación de lo aprendido.

#### *INTERVENCIONES AVANZADAS SOBRE LA FR: FOCALIZANDO EN LA MENTE DEL OTRO, EN LA RELACIÓN Y EN EL CONTEXTO:*

1. La lectura de la mente del otro y el lenguaje no verbal.
2. La circularidad interpersonal.
3. La multivocalidad del *self* dialógico.
4. Análisis contextual.
5. Las intervenciones diacrónicas: el eje tiempo.
6. La relación terapéutica
7. Las técnicas activas
8. El análisis de secuencias dialógicas.
9. Metaprocesamiento.

El incremento de la Conciencia Reflexiva, viene facilitada por la descripción operativa del trabajo secuencial siguiendo la guía estratégica mencionada: el PAHORC (Mirapeix, 2014; Mirapeix, 2015). Ésta puede ser utilizada de forma sincrónica, en el aquí y en el ahora, para analizar la micro estructura de los estados, los sutiles cambios de uno a otro, o la combinación de componentes de un estado y de otro nuevo que se genera, los disfraces de los estados, o estados negados o de bloqueo que apare-

cen como vacío y que esconden, tras el mismo, emociones traumáticas. Esta guía estratégica, tiene también una utilidad diacrónica a lo largo del eje tiempo, en función del rango de tiempo que es analizado.

Es sólo posteriormente a esta fase de trabajo focalizado en la FR, cuando se entra en la siguiente fase y se utilizan los cuestionarios específicos y toda la metodología técnica de la psicoterapia cognitivo analítica clásica. Sólo con este nivel de complejidad cognitiva, con la FR desarrollada, es posible comprender en su complejidad y sutileza los procedimientos recíprocos de rol. De no ser así, los complejos diagramas secuenciales de los múltiples estados del *self*, pueden ser artificios racionalizados de microprocesos cognitivo afectivos altamente complejos, que no son del todo comprendidos por el paciente.

### FASE 3: PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA EN TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD CON FUNCIÓN REFLEXIVA CONSERVADA, TRATAMIENTO DEL TRAUMA

Hay pacientes que no presentan un déficit de FR, por lo que el itinerario terapéutico varía, yendo directamente a la fase tres y habiendo sido limitadas las intervenciones en la fase 1, sobre todo para aquellos con un índice de gravedad menor, aquellos que denominamos TLP's de alto nivel de funcionamiento (Caligor et al., 2007).

El trabajo específico con el nivel emocional más traumático y de reconstrucción histórica vinculada al trauma, sólo será abordable cuando la fase 2 de reconocimiento de estados mentales propios y ajenos haya mejorado o en pacientes que entran directamente en este nivel de trabajo. La capacidad de reflexividad y el nivel de procesamiento cognitivo emocional del paciente, tienen que encontrarse en un nivel que permita abordar materiales de mayor complejidad, movilización emocional y necesidad de una capacidad de regulación emocional óptima. Un mal manejo de los contenidos movilizadores, pueden sacar al paciente de su ventana de tolerancia emocional (Ogden et al., 2006), ser poco útiles o decididamente iatrogénicos (Fonagy y Bateman, 2006).

El margen afectivo delimitado por la ventana de tolerancia emocional y el margen cognitivo delimitado a su vez por la capacidad de la Función Reflexiva, son dos límites que se comprenden perfectamente desde el planteamiento de la zona de desarrollo proximal (Vigotsky),

y establecen los límites en los que todo terapeuta debe moverse. Nada de lo que un terapeuta aporte en psicoterapia, va a ser utilizable si no se respetan los dos límites mencionados, tanto el emocional como el cognitivo.

Cuando hemos alcanzado un nivel de trabajo que permite abordar con toda complejidad y sutileza lo descrito hasta ahora, estamos en condiciones de poder pasar a la fase tres del tratamiento en el que el trabajo va dirigido a la reconstrucción histórica de la biografía del sujeto, al trabajo con el inconsciente, los roles recíprocos internalizados, el trabajo con el trauma psicológico grave. Aquí se aplica el modelo clásico descrito en el comienzo de este capítulo.

El trabajo específico con las experiencias traumáticas viene guiado por desarrollos vinculados al modelo cognitivo analítico (Pollock y Stowell-Smith, 2006), que combina una intervención de un trabajo descriptivo, secuencial y de características cognitivas, con el abordaje de patrones relacionales traumáticos abusador-abusado, explotador-explotado, maltratador-maltratado, vinculados habitualmente a las experiencias traumáticas. Por otro lado, el trabajo con el trauma, la multiplicidad del *self* y las experiencias disociativas, está muy cercana al modelo de disociación estructural (van der Hart et al., 2005).

### FASE 4: INTEGRACIÓN, REINSERCIÓN Y ALTA SI PROCEDE

En esta fase 4 de integración, reinserción y alta voy a matizar dos niveles diferenciados.

Hay algunos pacientes que evolucionan favorablemente y tras el trabajo realizado en las fases anteriores, permite una restructuración de la identidad y consolidación de una imagen de si mismo, junto con la construcción de patrones de relación interpersonal mas satisfactorios y el desarrollo de conductas pro sociales y adaptativas. Todo esto es el proceso de sanación de un *Self* que fue lesionado y a lo largo de este trabajo se ha visto favorecida su integración y coherencia. Esto debe de ir acompañado de una reconstrucción narrativa que le capacite para poder metaobservar su estructura de multiplicidad interna, junto con la estructura de multiplicidad interna de las personas con las que se relaciona, cobrando aquí pleno sentido el planteamiento del *Self* dialógico (Leiman, 2002) y aquel aserto que decía: ¿quién de ti habla a quien de mí?. Una Psicoterapia integrada de características Cognitivo Analítica, permite realizar un proceso de metaobservación

acerca de uno mismo, del otro y de los procesos relacionales en un contexto determinado. Esto es lo que permitirá dar respuesta a las preguntas: ¿quién de mí, habla a quien de ti?, ¿de qué?, ¿por qué? y ¿para qué? La construcción de esta narrativa dialógica compleja, es la que permite el proceso de integración, coherencia y restauración del *Self*, y el florecimiento de relaciones interpersonales más ricas y una adaptación social más satisfactoria para el sujeto. Aquí trabajamos en la dirección de articular las complejidades de la multivocalidad, y la progresiva construcción de una narrativa coherente que dé cuenta de la historia del sujeto y le permita el diseño de una nueva vida en la que poder vivir con mayor satisfacción y plenitud. Este sería el resultado óptimo; pero no siempre sucede así.

Hay otros pacientes que por su gravedad y larga evolución de la enfermedad, así como la presencia de múltiples diagnósticos y la comorbilidad de utilización de tóxicos a lo largo de su vida, presentan una evolución tendente a considerarles como trastorno mental grave, con una evolución crónica en la que debemos de pensar en objetivos terapéuticos vinculados a la reinserción y formación laboral, más que a un trabajo exclusivamente psicoterapéutico con el alta terapéutica en mente.

Por lo tanto me gustaría terminar diciendo que con el trastorno límite de personalidad grave, hay posibilidades de evolución natural hacia la curación y desaparición de síntomas perturbadores, por otro lado hay trabajos psicoterapéuticos que mejoran esta evolución, la facilitan y consiguen un proceso de integración de la personalidad, pero también hay casos en los que la evolución es tórpida y que requiere de una tutela a medio y largo plazo y de un proceso de rehabilitación, formación laboral, reinserción y trabajo tutelado en el mejor de los casos.

#### **4. LOS COMPONENTES TERAPÉUTICOS DE LAS DIFERENTES FASES: DE LOS TRATAMIENTOS DE BAJA INTENSIDAD A LOS TRATAMIENTOS INTENSIVOS MULTICOMPONENTES**

Ningún tratamiento simple puede abarcar la complejidad de las diferentes necesidades terapéuticas con los pacientes con trastornos de la personalidad. La organización de un programa terapéutico para Trastornos de Per-

sonalidad y específicamente para el TLP, implica tomar en consideración la propia estructura compleja de los TP's, su psico-socio-génesis, el proceso social de transformación de un genotipo hasta la adquisición de una identidad psicológica subjetivamente denominada *self* y sustanciada en un conglomerado individualizado de variables funcionales del individuo, que denominamos personalidad. Este fenotipo no puede ser modificado con una intervención simple, que va en contra de la propia estructura compleja mencionada.

Las fases que he descrito en el apartado anterior, hacen referencia a una progresión hacia la complejidad, que va de la resolución de problemas conductuales a intervenciones dirigidas a la integración de la personalidad y alta terapéutica. Cada fase tiene sus objetivos y sus intervenciones, pero en función de la gravedad del caso y del grado de disfunción a nivel identitario, interpersonal y social, los componentes terapéuticos de cada fase, van a ser unos u otros en función de la intensidad requerida (Gunderson, 2009).

El modelo cognitivo analítico, en los estudios aleatorizados en los que ha sido utilizado, ha sido puesto en práctica exclusivamente en formatos individuales con un protocolo de asistencia clínica estándar de calidad (Chanen et al., 2009), en el que se combinan otro tipo de intervenciones. Otros estudios existentes de intervención cognitivo analítica, son generalmente referidos a psicoterapia individual en un formato de 24 sesiones y con resultados favorables (Chanen et al., 2008; Clarke et al., 2013; Kellett et al., 2013).

Los componentes terapéuticos de los subprogramas en cada una de las fases, va a depender del grado de complejidad y del dispositivo en que estemos tratando al paciente. Hay diferentes criterios y componentes terapéuticos en dispositivos ambulatorios como puede ser un centro de salud mental, una unidad especializada de trastornos de personalidad, un hospital de día, un centro de rehabilitación psicosocial o una unidad de ingresos hospitalarios para tratamientos de descompensaciones agudas y estancias breves (Gunderson, 2009). Los componentes terapéuticos son muy variados y fueron expuestos en otro lugar (Mirapeix et al., 2006). A continuación recojo alguno de los componentes terapéuticos del programa multicomponente de nuestra Fundación: *Fase de acogida, Evaluación clínica y psicométrica, Psicopedagogía individual y*

familiar, Psicoterapia individual. Programas de psicoterapia grupal: Grupo PAHORC, Grupo relacional, Grupos multi-familiares y Psicoterapia familiar y de pareja si se precisa, Socioterapia y el programa de tratamiento psicofarmacológico.

Algunos estudios que se han realizado sobre la valoración que los pacientes hacen de los diferentes componentes terapéuticos de los programas de los hospitales de día Noruegos (Karterud y Wilberg, 2007) hablan de las preferencias de los pacientes y resulta curioso señalar como para muchos pacientes en hospitales de día, las terapias artísticas y de expresión de su creatividad y favorecimiento de las expresiones emocionales, son altamente valoradas por parte de los pacientes. Lamentablemente, en nuestro País, todavía nos queda mucho por desarrollar en la incorporación de intervenciones arte terapéuticas en los subprogramas de tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad, pero sin duda es una línea de desarrollo futuro.

## 5. CONCLUSIONES

La Psicoterapia Cognitivo Analítica, es un modelo de intervención breve que ha demostrado su eficacia en trastornos de personalidad en general y en intervenciones precoces en adolescentes con trastorno límite de personalidad. Esto hace que pueda ser considerado, como un primer modelo de intervención por su brevedad (no superior a 24 sesiones) que conlleva una relación coste-eficacia que debe de ser valorada como interesante para una política pública de abordaje eficaz y primera intervención en los trastornos mencionados. Por otro lado, no impide el hecho de que si el paciente no evoluciona bien, tras tres meses sin terapia para evaluar su evolución, pueda continuar esta terapia u otra.

El hecho de que la terapia cognitivo analítica esté sustentada en una concepción relacional de la Salud Mental, y que pueda ser considerada como soporte teórico y técnico de una psicoterapia guiada por la personalidad, hace que este modelo tenga un valor especial, en la medida que toma, como focos, el *Self* y las relaciones interpersonales.

En la medida que los componentes mencionados son transversales a cualquier trastorno y en la medida que el fundamento teórico del modelo cognitivo analítico esta sustentado en el procesamiento de información, hay también motivos sobrados para poder comprender la psicoterapia cognitivo analítica como un modelo transdiagnóstico.

Por otro lado, la utilización del modelo Cognitivo Analítico en tratamientos complejos multicomponente, tiene la ventaja de que permite mantener un eje teórico central que da coherencia a los diferentes componentes o subprogramas dentro de la complejidad de los programas terapéuticos multicomponente.

Por terminar, recordar la importancia de una aportación relevante de la psicoterapia cognitivo analítica: la reformulación contextual (Caruso et al., 2013). A través de ella vamos a poder comprender las dinámicas de los equipos, las relaciones entre cada uno de los miembros entre si y entre estos y los pacientes. La utilización de diagramas de nuevo servirá de ayuda para contribuir a aclarar las interacciones que se producen en los equipos terapéuticos en el proceso de tratamiento de pacientes complejos como es el Trastorno límite de la personalidad.

## 6. LECTURAS RECOMENDADAS

- Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica. Ryle, A. y Kerr, I. Ed: Desclee de Brouwer 2006. *En primer lugar recomendar este texto, que es la última versión publicada por el creador de la psicoterapia cognitivo analítica, Anthony Ryle. Traducida al castellano en 2006, este libro se utiliza en los programas de formación oficiales en psicoterapia cognitivo analítica tanto en España como en otros países. Es un libro denso, extenso y en él se puede profundizar sobre muchos de los conceptos vertidos en este capítulo.*
- Cognitive Analytic Therapy for People with Intellectual Disabilities and their Carers. Lloyd, J. C. P. Ed: Jessica Kingsley Publishers (2014). *Este texto es una de las últimas versiones de la psicoterapia cognitivo analítica, con modificaciones que la hacen más práctica y amigable para personas con discapacidad, utilizando algunos elementos pedagógicos y descriptivos que facilitan la comprensión de la aplicación del modelo. Es útil en todo tipo de poblaciones y especialmente en familiares de personas afectadas por discapacidad o por cualquier otro trastorno de salud mental.*
- ***Mindfulness Within The Structure Of Cognitive Analytic Therapy.*** McCormick, E. W. (2008). <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/McCormick%20Mindfulness%20within%20structure%20of%20CAT.pdf>. *Este artículo de Liz Wilde McCormick, disponible en internet, es una buena síntesis de la inte-*

*gración asimilativa del mindfulness y la psicoterapia cognitivo analítica. La autora es experta en ambas áreas de conocimiento y, aunque breve, resulta de lectura muy interesante.*

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Alexander, C. N. y Langer, E. J. (1990). *Higher stages of human development: Perspectives on adult growth*. Oxford University Press.
2. Allison, D. y Denman, C. (2001). Comparing models in cognitive therapy and cognitive analytic therapy. *Evidence in the Psychological Therapies: A Critical Guide for Practitioners*, 141.
3. Arnkoff, D. B., Victor, B. J., y Glass, C. R. (1993). Empirical research on factors in psychotherapeutic change. In *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 27-42). Springer.
4. Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder*. Oxford University Press.
5. Beitman, B. D., Goldfried, M. R., y Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. *Am.J Psychiatry*, 146, 138-147.
6. Bennett, D. y Parry, G. (2004). A measure of psychotherapeutic competence derived from cognitive analytic therapy. *Psychotherapy Research*, 14, 176-192.
7. Beutler, L. E., Consoli, A. J., y Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy: An integrative eclectic approach. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 121-143.
8. Brockman, B., Poynton, A., Ryle, A., y Watson, J. P. (1987). Effectiveness of time-limited therapy carried out by trainees. Comparison of two methods. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 151, p. 602-10.
9. Caligor, E., Kernberg, O. F., y Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Pub.
10. Caruso, R., Biancosino, B., Borghi, C., Marmai, L., Kerr, I. B., y Grassi, L. (2013). Working with the 'difficult' patient: the use of a contextual cognitive-analytic therapy based training in improving team function in a routine psychiatry service setting. *Community Ment. Health J*, 49, 722-727.
11. Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P. et al. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br.J.Psychiatry*, 193, 477-484.
12. Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P. et al. (2009). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Aust.N.Z.J.Psychiatry*, 43, 397-408.
13. Clarke, S., Thomas, P., y James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *Br.J.Psychiatry*, 202, 129-134.
14. Clarke, S. y Pearson, C. (2000). Personal constructs of male survivors of childhood sexual abuse receiving cognitive analytic therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 169-177.
15. D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78, 107.
16. Darongkamas, J., Kiely, B., y Walker, M. J. (2016). A CAT Envelope to Deliver EMDR: Cognitive Analytic Therapy Around Eye Movement Desensitization and Reprocessing.
17. Denman, C. (1995). Treating eating disorders using CAT: two case examples. *Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theory and Practice* (ed.A.Ryle). Chichester: John Wiley.
18. Dimaggio, G. y Livesley, J. (2012). Introduction to the special feature on the integrated treatment of personality disorder. *J.Pers.Disord.*, 26, 1-6.
19. Fonagy, P. y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (Chic.)*, 51, 372-380.
20. Fonagy, P. y Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br.J.Psychiatry*, 188, 1-3.
21. Fosbury, J. A., Bosley, C. M., Ryle, A., Sanksen, P. H., y Judd, S. L. (1997). A trial of cognitive analytic therapy in poorly controlled type I patients. *Diabetes Care*, 20, 959-964.
22. Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.

23. Hepple, J. (2012). Cognitive Analytic Therapy in a Group: Reflections on a Dialogic Approach. *British Journal of Psychotherapy*, 28, 474-495.
24. Karterud, S. y Wilberg, T. (2007). From general day hospital treatment to specialized treatment programmes. *Int.Rev.Psychiatry*, 19, 39-49.
25. Kellett, S. (2005). The treatment of dissociative identity disorder with cognitive analytic therapy: experimental evidence of sudden gains. *J Trauma Dissociation.*, 6, 55-81.
26. Kellett, S. (2007). A time series evaluation of the treatment of histrionic personality Disorder with cognitive analytic therapy. *Psychol Psychother*, 80, 389-405.
27. Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., y Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clin.Psychol Psychother*, 20, 216-225.
28. Kellett, S. y Hardy, G. (2014). Treatment of paranoid personality disorder with cognitive analytic therapy: a mixed methods single case experimental design. *Clin.Psychol Psychother*, 21, 452-464.
29. Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., y Totterdell, P. (2016). Testing the Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy for Hypersexuality Disorder: An Intensive Time-Series Evaluation. *J Sex Marital Ther.*, 1-16.
30. Kelly, G. A. (1955). The psychology of personal constructs. Vol. 1. A theory of personality. Vol. 2. Clinical diagnosis and psychotherapy.
31. Kerr, I. B., Bennett, D., Mirapeix, C., in: Sarkar, J., y Adshead, G. (2012). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorders. In: Clinical topics in personality disorders. RCPsych Publications.
32. Kerr, I. B., Dent-Brown, K., y Parry, G. D. (2007). Psychotherapy and mental health teams. *Int.Rev.Psychiatry*, 19, 63-80.
33. Kerr, I. B., Finlayson-Short, L., McCutcheon, L. K., Beard, H., y Chanen, A. M. (2015). The 'Self' and Borderline Personality Disorder: Conceptual and Clinical Considerations. *Psychopathology*, 48, 339-348.
34. Leiman, M. (1992). The concept of sign in the work of Vygotsky, Winnicott and Bakhtin: further integration of object relations theory and activity theory. *Br.J.Med.Psychol.*, 65 ( Pt 3), 209-221.
35. Leiman, M. (1997). Procedures as dialogical sequences: a revised version of the fundamental concept in cognitive analytic therapy. *Br.J.Med.Psychol.*, 70 ( Pt 2), 193-207.
36. Leiman, M. (2002). Toward Semiotic Dialogism The Role of Sign Mediation in the Dialogical Self. *Theory y Psychology*, 12, 221-235.
37. Leiman, M. (2004). Dialogical sequence analysis. *The dialogical self in psychotherapy*, 255-269.
38. Livesley, W. J. (2012). Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *J.Pers.Disord.*, 26, 17-42.
39. Lloyd, J. C. P. (2014). *Cognitive Analytic Therapy for People with Intellectual Disabilities and their Carers*. Jessica Kingsley Publishers.
40. Luyten, P. y Fonagy, P. (2015). Psychodynamic Treatment for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: A Mentalizing Perspective. In *Borderline Personality and Mood Disorders* (pp. 223-251). Springer.
41. Marzillier, J. y Butler, G. (1990). CAT in relation to cognitive therapy. *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change/Ryle A. (Ed.)*. Chichester: John Willey Sons Ltd, 121-139.
42. McCormick, E. W. (2008). Mindfulness Within The Structure Of Cognitive Analytic Therapy. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/McCormick%20Mindfulness%20within%20structure%20of%20CAT.pdf>.
43. Messer, S. B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 1-4.
44. Mirapeix, C. (1997). De la multicausalidad Biopsicosocial a una concepción integradora de la psicoterapia. *Editorial en: Arch de Neurobiología; vol 60 (1):1-3*.
45. Mirapeix, C. (2003). Psicoterapia Cognitivo Analítica. In I. Caro (Ed.), *Psicoterapias Cognitivas* Paidós.
46. Mirapeix, C. (2004). Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000310ya=Psicoterapia-cognitivo-analitica-Un-modelo-integrador-de-intervencion>.

47. Mirapeix, C. (2004). Tratamiento ambulatorio intensivo de los trastornos límite de la personalidad. V Congreso Nacional y VI Congreso Europeo de Trastornos de la Personalidad. 16 al 19 de Junio 2004. Zaragoza.
48. Mirapeix, C. (2006). Description and evaluation of a psycho-educational group in BPD. II International CAT Conference. 15-17 June 2006. National University of Ireland. Maynooth.
49. Mirapeix, C. (16-9-2006). Tools for increasing mentalization: the state description procedure. Basic common principles in psychotherapy of personality disorders. SPR European chapter. Varese. ITALY.
50. Mirapeix, C. (2008). Desarrollo del self, múltiples estados mentales y metodología de evaluación desde la psicoterapia cognitivo analítica. <http://www.revistadeapra.org.ar/mirapeix.htm>.
51. Mirapeix, C. (4-10-2013). Mechanism of change in cognitive analytic therapy. International Congress of Cognitiva Analytic Therapy. Malaga.
52. Mirapeix, C. (2014). Intervenciones dirigidas el incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. [http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones\\_dirigidas\\_al\\_incremento\\_de\\_la\\_fr.pdf](http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.pdf)
53. Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Norte de Salud Mental*, 13, 35-45.
54. Mirapeix, C., Urízar-Aldaca, M., Landin, S., y Nieto, A. (2006). Tratamiento multicomponente, de orientación cognitivo analítica del TLP. Revista electronica: Psiquiatria.com [On-line]. Available: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/26289/?++interactivo>
55. Mirapeix, C. (1994). Psicoterapia cognitivo analítica: un paradigma de integración en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, 20, 5-44.
56. Ogden, P., Minton, K., y Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. WW Norton y Company.
57. Opazo, R. (1997). In the hurricane's eye: A supraparadigmatic integrative model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 17.
58. Pollock, P. y Stowell-Smith, M. (2006). *Cognitive analytic therapy for offenders: A new approach to forensic psychotherapy*. Routledge.
59. Ryle, A. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder*. Wiley.
60. Ryle, A. (1978). A common language for the psychotherapies? *The British Journal of Psychiatry*, 132, 585-594.
61. Ryle, A. (1979). Defining goals and assessing change in brief psychotherapy: a pilot study using target ratings and the dyad grid. *Br.J Med.Psychol*, 52, 223-233.
62. Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 46-54.
63. Ryle, A. (1985). Cognitive theory, object relations and the self. *Br.J Med.Psychol*, 58 (Pt 1), 1-7.
64. Ryle, A. (1991). Object relations theory and activity theory: a proposed link by way of the procedural sequence model. *The British journal of medical psychology*, 64 (Pt 4), p. 307-16.
65. Ryle, A. (1997). The structure and development of borderline personality disorder: a proposed model. *Br.J.Psychiatry*, 170, 82-87.
66. Ryle, A. (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *J.Pers.Disord.*, 18, 3-35.
67. Ryle, A. (2007). Investigating the phenomenology of Borderline Personality Disorder with the States Description Procedure: clinical implications. *CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY*, 14, 329.
68. Ryle, A. y Beard, H. (1993). The integrative effect of reformulation: cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *Br.J.Med. Psychol.*, 66 (Pt 3), 249-258.
69. Ryle, A. y Kerr, I. (2006). *Introduccion a la Psicoterapia cognitivo analitica*. Desclee de Brouwer
70. Ryle, A. y Lunghi, M. E. (1969). The measurement of relevant change after psychotherapy: use of repertory grid testing. *Br.J Psychiatry*, 115, 1297-1304.
71. Sacks, M., Jagielska-Hall, D., y Jeffery, S. (2016). Cognitive analytic therapy for high-risk sexual behaviour. *Sexual and Relationship Therapy*, 31, 20-31.
72. Sheard, T., Evans, J., Cash, D., Hicks, J., King, A., Morgan, N. et al. (2000). A CAT-derived one to three session intervention for repeated deliberate self-harm: A description of the model and initial experience of trainee psychiatrists in using it. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 179-196.

73. Van der Hart, O., Bolt, H., y van der Kolk, B. A. (2005). Memory fragmentation in dissociative identity disorder. *J Trauma Dissociation.*, 6, 55-70.
74. Vasco, A. B. (1996). Del encapsulamiento a la complementariedad paradigmática: Estilos terapéuticos y epistémicos de los psicoterapeutas. *Rev. argentina de psicología clinica*, 5, 7-15.
75. Walsh, S., Hagan, T., y Gamsu, D. (2000). Rescuer and rescued: Applying a cognitive analytic perspective to explore the mis-management of asthma. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 151-168.
76. Worthington, R. (2016). Applying the concept of reciprocal roles to relapse prevention with offenders: a cognitive analytic therapy informed approach. *Journal of Criminological Research, Policy and Practice*, 2, 67-79.

# cibersam

Centro de Investigación Biomédica en Red  
Salud Mental



**UNIÓN EUROPEA**

Fondos Europeo de Desarrollo Regional

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN  
EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD

