

INTERVENCIONES Y ACCIONES TERAPÉUTICAS

Autores: Marina Stordeur; M. Pía Vernengo

Cómo pensamos la psicoterapia hoy

El psicoanálisis contemporáneo ha virado en las últimas décadas hacia un pluralismo que se extiende a las teorías de la acción terapéutica.

En la actualidad, se concibe que el proceso de cambio se pone en movimiento no simplemente por la habilidad técnica del terapeuta, sino por el hecho de que el terapeuta se vuelva disponible para el desarrollo de una nueva 'relación de objeto' (Winnicott, 1965, Bowlby, 1988; Avila Espada, 2008).

Independientemente de las técnicas o marco teórico empleado muchos investigadores han señalado aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, entendidos como factores que son comunes a cualquier psicoterapia, (Wampold, 2001). Diversas investigaciones permiten hoy afirmar que la evidencia más sólida que relaciona proceso y resultado, es la alianza terapéutica (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

Estos hallazgos seguramente han contribuido a que en los debates psicoanalíticos actuales predomine una tendencia a concebir los procesos y acciones terapéuticas atravesados por estas cuestiones: el declive del debate "interpretación versus relación", hacia una concepción sobre el reconocimiento de múltiples modos de acción terapéutica; el cambio del énfasis de la reconstrucción hacia las interacciones en el aquí y ahora entre paciente y analista; y la importancia del registro y construcción del clima terapéutico.

Se ha comenzado a dejar atrás la polarización y exclusión entre el insight mediante la interpretación (asociado con las patologías de conflicto), versus el cambio mediante la experiencia de un nuevo tipo de relación (asociado a las patologías de déficit), dando lugar al reconocimiento de que estos dos mecanismos de cambio operan sinérgicamente en la mayoría de los casos, con un mayor énfasis de uno u otro componente para ciertos pacientes (Cooper, 1989; Killingmo, 1989; Gabbard, 2000). Es decir, no se considera una demarcación clara entre los aspectos interpretativos y relacionales de la acción terapéutica.

Un modo importante de la acción terapéutica implica la búsqueda para facilitar en el paciente, la creciente habilidad para percibirse en la mente del analista, al tiempo que desarrolla simultáneamente un mayor sentido de la subjetividad como separada del analista (reconocimiento del self propio y el de los otros). Este modelo vincula lo interpersonal con lo intrapsíquico y está íntimamente relacionado con los aportes del psicoanálisis relacional, con la noción de Benjamin (1995) de la intersubjetividad como un logro del desarrollo en el cual la relación objetal se concibe como la relación con otros sujetos que tienen un mundo interno distinto del de uno mismo.

Desde esta perspectiva, las intervenciones del terapeuta pueden ser conceptualizadas como variaciones en la formulación del pensamiento interpretante, que busca sentido y significación, y también como formando parte del diálogo analítico que se despliega entre paciente y terapeuta (Irigoyen 2017). Las intervenciones se entienden, de alguna manera, como parte de ese espacio potencial, transicional compartido con el paciente.

Toda intervención guarda cierta relación con la teoría del terapeuta, ya que desde ésta, busca comprender la subjetividad y las problemáticas del paciente, pero se formulan en términos de la clínica que va desplegándose y a través del canal de comunicación.

Es decir, teoría y práctica se entrelazan constantemente en el trabajo con el paciente, y por lo tanto también en las intervenciones, las cuales son pensadas actualmente, no como algo que brinda o da el terapeuta, sino como construcciones surgidas dentro de la relación terapéutica. Esto no excluye tener en cuenta la asimetría de la relación paciente - terapeuta, en la que este último es quien sostiene la responsabilidad de lograr comprender los procesos psíquicos y afectivos del paciente, y de buscar los caminos para lograrlo.

Resulta relevante estudiar las características y modalidades que asumen estos intercambios y en especial, los modos, estilos y características que se utilizan en el proceso terapéutico para favorecer los cambios en los pacientes.

QUÉ ES INTERVENIR

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. Ocupan desde hace varios años un lugar relevante en los trabajos psicodinámicos (Sandler 1993; Orlinsky 1984; Gabbard, 1994; Jiménez, 2005). Son así instrumentos esenciales del proceso terapéutico, herramientas que se constituyen en agentes de cambio.

Ha formado parte de los estudios psicoanalíticos el interés y estudio de qué formas de intervención pueden resultar más apropiadas para producir el cambio terapéutico, dadas determinadas condiciones del paciente y de la relación que éste establece con el terapeuta. Los aportes de diferentes autores, la actual permeabilidad a los hallazgos interdisciplinarios en neurociencias, y la investigación en proceso y resultados en psicoterapia, han permitido enriquecer el estudio sobre las intervenciones.

LAS INTERVENCIONES EN EL PROCESO TERAPEUTICO

El estudio de las intervenciones en las psicoterapias de alguna forma, nos remite a la consideración sobre proceso terapéutico.

El proceso terapéutico puede definirse como el devenir temporal de sucesos que se encadenan, incluyendo las acciones que se realizan para lograr cambios. Las representaciones que se tengan sobre el proceso influyen en las metas del tratamiento y en las intervenciones que se desprenderán de éstas. Thoma y Kachele han señalado que para que un modelo de proceso sea útil, debe ser flexible, individual y tener regularidad (o sea que estructure la función terapéutica). Este modelo de proceso se basa en los siguientes axiomas: el terapeuta selecciona según sus metas tácticas a corto plazo y estrategias a largo plazo, distintas intervenciones (Thoma y Kachele 1989).

Las metas terapéuticas o logros, remiten a las concepciones referidas a la cura y a los modelos de proceso terapéutico (Leibovich de Duarte et al. 2004).

Uno de los objetivos de la psicoterapia psicodinámica, es modificar la relación del paciente con sus propios afectos; favorecer el despliegue de la afectividad mentalizada y potenciar las funciones integradoras.

Muchos investigadores, y clínicos suponen que las acciones del terapeuta se relacionan con los cambios en la terapia (Foa & Kozak, 1986; Greenberg, 2002; Linehan, 1987, Luborsky, 1984; Strupp & Binder, 1984; Weissman, Markowitz y Klerman, 2000).

Tradicionalmente, el concepto de técnica terapéutica se reducía sólo a las intervenciones específicas. En la actualidad, se tiende más bien hacia una concepción amplia de la técnica, entendida como el conjunto de reglas que permite la maximización de los factores curativos. Se toman en cuenta los aportes del paciente y sus respuestas a las acciones o intervenciones del terapeuta (Jiménez 2005).

Sandler (1993) se ocupó del estudio del diálogo paciente – terapeuta, ocupándose de los factores que facilitan o dificultan el flujo de estos intercambios, para él las intervenciones del analista están dirigidas a producir cambios duraderos en el paciente. Con respecto a la “interpretación”, considera que ha tendido a ser usado luego de Freud en un sentido general para hacer referencia a las intervenciones del terapeuta.

El término interpretación se usa tanto como sinónimo de todas las intervenciones verbales del analista, cuanto como una variedad especial de intervención verbal.

En la bibliografía psicoanalítica ha sido usado para significar: 1) Las inferencias y conclusiones del analista en relación con el significado y sentido de las comunicaciones y conducta del paciente, 2) Las comunicaciones del analista al paciente de sus deducciones y conclusiones, 3) Todos los comentarios hechos por el analista (uso común y corriente del tema) y 4) dirigidas específicamente a producir “un cambio dinámico” a través de la comprensión.

Ninguna interpretación puede ser completa y tal vez el uso más práctico del concepto sería el de incluir en él todos los comentarios e intervenciones verbales q tienen como fin hacer q el paciente se dé cuenta de algún aspecto de su funcionamiento psicológico del cual no era conciente.

La interpretación debería verse como el punto de vista de la intención del analista de proveer la comprensión (insight).

También se han señalado la interpretación de contenido, las cuales hacen referencia solo al significado de lo que se pensaba estaba olvidado, que en el conflicto llevaba a que los recuerdos permanecieran en el inconsciente; la interpretación de defensa, destinadas a mostrar al paciente los mecanismos y las maniobras q usa para tratar con los sentimientos dolorosos. Éstas últimas funcionan como complemento de las interpretaciones de contenido.

Greenson (1967) propuso diferenciar:

-intervenciones analíticas (aquéllas que promueven el insight)

-intervenciones no analíticas (aquéllas preparatorias o favorecedoras del insight)

-intervenciones anti-analíticas (aquéllas que obturan el insight)

Esta diferenciación se centraba en el papel de la intervención en relación a favorecer los procesos que llevan hacia el cambio.

La intervención y la inferencia de los terapeutas son parte del proceso psicoterapéutico. Las intervenciones se refieren a las acciones concretas del psicoterapeuta dirigidas intencionalmente hacia el paciente, y las inferencias aluden a los juicios o las hipótesis que el psicoterapeuta elabora y propone sobre su paciente. Éstas estarán interrelacionadas (Duarte y ot. 2001)..

En general, toda intervención persigue un objetivo o propósito, tanto si el mismo es explícito o no para paciente y terapeuta. Existen modelos de clasificación que intentan englobar todas las intervenciones (Fiorini 1989; Hill 1992; Cooper y Bond, 1992; Valdés y ot. 2005).

Por otro lado el estudio de las intervenciones se puede dar en diversos niveles: la intervención en sí (tipos), objetivos (el para qué de una intervención).

En esta ficha, en consonancia con lo planteado por diversos autores (Bleichmar 1997; Gabbard 2004, Fiorini, 1989), nos referiremos a las intervenciones del terapeuta, considerando a la interpretación como un tipo de intervención.

Por lo general las distintas orientaciones psicoterapéuticas tienen marcado con diferente nivel de sistematización las intervenciones y de acciones esperables por parte del terapeuta para llevar adelante los distintos tratamientos psicoterapéuticos, en consonancia los modelos teóricos que las sustentan.

En el campo de las psicoterapias se ha estudiado las características y tipos de intervenciones. Las terapias altamente estructuradas, como la terapia conductual o la terapia cognitiva, tienen intervenciones bien definidas, como la exposición o la búsqueda de explicaciones alternativas para un evento. Las terapias menos directivas, como las de orientación psicoanalíticas,, consisten en acciones de facilitación del terapeuta, como la reflexión o la exploración.

FACTORES COMUNES. FACTORES ESPECIFICOS

Así como se puede caracterizar a los factores psicoterapéuticos como comunes, específicos y no específicos, se puede clasificar las intervenciones según su especificidad o inespecificidad respecto a los marcos teóricos en psicoterapia (Frank, 1960, Orlinsky y Howard, 1986; Lambert, 1992 y Wampold, 2001).

Las intervenciones comunes son aquellas compartidas por más de un marco teórico. A su vez, pueden ser entendidas como específicas o no específicas, en relación al hecho de que los marcos teóricos posean o no una conceptualización sobre las acciones a llevar a cabo por parte los terapeutas.

Las intervenciones específicas, son las que se encuentran teorizadas o definidas por un modelo teórico en particular.

Se ha señalado el papel central de los factores comunes o inespecíficos en las intervenciones en psicoterapias, tales actuar de manera consistente o demostrar confianza en que el tratamiento ayudará al paciente (Frank, 1973; Wampold, 2001).

Los estudios muestran la importancia de la alianza terapéutica como factor positivo en los resultados de los tratamientos, más allá de las orientaciones teóricas (Etchevers, y ot. 2017). Diversas investigaciones sobre la participación de los factores comunes y específicos en los resultados de la psicoterapia, han mostrado que los marcos teóricos explican en un muy bajo porcentaje (menos del 12%), los resultados psicoterapéuticos positivos (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Wampold, 2001; Lambert & Barley, 2001; Wampold & Brown, 2005).

Boswell y colegas (2010) encontraron que las técnicas de "factores comunes" se usaban con mayor frecuencia que las técnicas basadas en la teoría. Ablon & Jones (1998) han mostrado que, aún en psicoterapias manualizadas, es posible detectar elementos "prestados" de otras

orientaciones terapéuticas y que estas técnicas comunes pueden incluso ser los ingredientes activos responsables de promover el cambio positivo en el paciente.

Más recientemente, Solomonov, McCarthy, Barber y otros (2017) informaron una relación bidireccional entre el uso de técnicas de factores comunes y el desarrollo de la alianza de trabajo en la terapia psicodinámica expresiva de apoyo (SET) para la depresión. Según se informa, el uso elevado de técnicas de factores comunes predijo una mejoría posterior en la alianza. Además, los terapeutas tendieron a utilizar técnicas de factores más comunes con pacientes con quienes establecieron una alianza más alta desde el principio..

Otras investigaciones también han demostrado que las condiciones de facilitación tienen la calificación más alta en una serie de psicoterapias diferentes (Hill y ot., 1992; Trijsburg y ot., 2002). Estos hallazgos resaltan el lugar central que los factores de relación tienen en todas las diferentes orientaciones psicoterapéuticas.

La investigación futura también podría analizar hasta qué punto los niveles relativos de factores comunes y las intervenciones específicas de diferentes orientaciones predicen el proceso y el resultado en la psicoterapia.

Así, podemos decir que la disposición del paciente y la persona del terapeuta constituyen factores curativos comunes a toda forma de psicoterapia. Ambos factores se suman al establecimiento de la alianza terapéutica que aparece entonces como el factor central y genérico de cambio.

INTERVENCIONES Y VÍNCULO. ALIANZA TERAPÉUTICA

Uno de los hallazgos más sólidos de las investigaciones en psicoterapia como se mencionó previamente, ha sido el que arrojó que la alianza terapéutica positiva es un predictor de buena respuesta a la psicoterapia, y la importancia del establecimiento de la misma al inicio de la terapia (Horvath y Luborsky, 1993).

Es así importante prestar atención a la construcción del vínculo entre paciente y terapeuta. Una de las vías para el estudio de estas cuestiones, está en poner el foco en las intervenciones de los terapeutas durante el proceso terapéutico. Esto llevó a cobrar interés al estudio de las relaciones entre las intervenciones del terapeuta y la evolución de los pacientes a lo largo del proceso terapéutico.

En las últimas décadas, desde la perspectiva de la psicoterapia psicodinámica se ha buscado ampliar el enfoque para ayudar a los pacientes a cambiar (Mitchell & Black, 1996; Summers & Barber, 2009).

Tradicionalmente a las psicoterapias psicoanalíticamente (PP) se las ha dividido entre la modalidad expresiva y la de apoyo (PA).

La revalorización del apoyo en el proceso terapéutico ha provenido a partir de los estudios sobre psiquismo temprano (Winnicott 1958; Kohut, 1971; Bowlby, 1980) y también de los aportes de la investigación empírica. Los resultados del proyecto Menninger (Wallerstein 1986) de investigación en psicoanálisis y psicoterapia, mostraron que los cambios producidos por las

terapias de insight y aquellos producidos por las terapias de apoyo, tendieron a converger, y no a ser divergentes. Jiménez (2005) plantea, que es posible sostener entonces, que una buena intervención terapéutica puede apuntar simultáneamente a ambos aspectos del trabajo terapéutico: a los aspectos específicos (estratégicos y focales) y a los inespecíficos (promoción de la alianza). Es decir, es necesario considerar la pertinencia de una técnica y sus intervenciones, adaptada a la situación singular del paciente y del proceso.

El contacto comunicativo entre paciente y terapeuta, incluye variables tales como la expresividad del paciente (capacidad de comunicación eficaz sobre lo que le ocurre), la empatía del terapeuta y los procesos recíprocos de expresividad del terapeuta y empatía del paciente. La calidad de la empatía del terapeuta y de la sintonía afectiva recíproca son aspectos que pueden resultar centrales en la construcción del vínculo (Bordin, 1979, Etchevers y ot. 2017).

En el intento de ordenar las intervenciones de los terapeutas se han realizado diversas clasificaciones. Las intervenciones pueden clasificarse según los objetivos o estrategias.

Intervenciones de apoyo – intervenciones exploratorias

Una manera de clasificarlas es la que divide en intervenciones de apoyo e intervenciones exploratorias o interpretativas.

Las intervenciones de apoyo: la reflexión, la clarificación y el ofrecimiento de apoyo emocional, aliento y consejos o directivas. De esta manea refuerzan las respuestas adaptativas (defensas del yo) en el paciente.

Las intervenciones exploratorias o interpretativas: incluyen la exploración e interpretación de las defensas, de los patrones de relación con los otros, y de la transferencia, (Bond y ot. 1998). Las técnicas expresivas exploran y descubren (expresan) el conflicto inconsciente detrás de los síntomas del paciente (Luborsky, 1984). Estas intervenciones incluyen la exploración del afecto y los temas interpersonales y hacer conexiones entre las diferentes relaciones en la vida del paciente (interpretaciones de transferencia). En la mayoría de los casos, se supone que es probable que un mayor uso de estas técnicas conduzca a una mejoría para el paciente

Gabbard (2002) propone siete categorías de intervenciones del terapeuta a lo largo de un continuo entre la modalidad expresiva / exploratoria y la modalidad de apoyo:

Expresivo:

Interpretación – Observación - Confrontación - Clarificación - Estímulo a la elaboración –

Apoyo:

Validación empática - Intervención psicoeducacional - Consejo

Gabbard incluye la confrontación también como un tipo de intervención exploratoria. Durante el tratamiento hay intervenciones cuyo objetivo es reforzar los recursos el paciente para enfrentar las situaciones de stress y conflicto.

Wallerstein (1989) ha señalado que estos dos tipos de intervenciones suelen combinarse, y que ambas pueden dar lugar a cambios profundos (estructurales) de la personalidad. Las intervenciones de apoyo, generadoras de vínculo son especialmente importantes en las primeras etapas de tratamiento (Wallerstein, 1986; Adler, 1979; Gunderson, 1996). En la parte del continuum hacia las intervenciones de apoyo, el estímulo a la elaboración y la validación empática, se pueden usar para recabar información, así como para mejorar la alianza terapéutica.

La validación empática cobra gran importancia en los tratamientos con personas que sufrieron abusos traumáticos, ya que durante los cuales sus sentimientos no fueron tenidos en cuenta.

La psicoeducación como el consejo son más comunes en las terapias de apoyo, aunque muchos de los pacientes en terapia dinámica lo requieren.

A su vez, numerosas intervenciones no pueden ser observadas como acciones aisladas, como por ejemplo los silencios, ya que los mismos rara vez pueden adjudicarse a uno de los participantes del tratamiento, dado que se construyen en común. Es por ello que sólo pueden ser evaluados en términos de la interacción paciente - terapeuta, tal como lo realizan en su estudio Cassab, Yeomans y Clarkin (2005).

Ligadas a las intervenciones de apoyo, podemos señalar las intervenciones vinculares.

Varios autores las señalan como aquéllas que permitirían al paciente fomentar los procesos de regulación afectiva y mentalización. Incluyen una amplia gama de intervenciones que promueven crear activamente el vínculo.

Esta perspectiva incluye brindar la posibilidad de crear el “espacio del nosotros” a través de la resonancia empática. En las intervenciones vinculares el acento está puesto muchas veces, en los aspectos preverbales, como el tono de voz, más que en el contenido (Winnicott 1965; Kohut, 1977; Fiorini 1993; Killingmo 2005).

Estas intervenciones ayudan a generar condiciones en el proceso terapéutico que colaboren con la confianza en el vínculo y la expresión de los afectos. Así favorecen en los pacientes los procesos que promueven la regulación afectiva. A partir de estas intervenciones el paciente puede considerar el espacio de la psicoterapia como un ámbito seguro en donde se experimentar la expresión de los afectos, al sentirse contenido (Fonagy 2000; Marrone 2005).

Killingmo (1989; 2005) sostiene que en las patologías por déficit en la constitución del self, éste déficit se relaciona con fallas en la capacidad de feedback emocional del cuidador en la historia del sujeto. Estos pacientes presentan dificultades en: 1. Representar en forma significativa a través de símbolos y palabras los estados emocionales. 2. Experimentar los afectos como propios. 3. Relacionarse consigo mismo como agente.

El objetivo de las intervenciones es entonces, contrarrestar estos estados para fortalecer el sentimiento del self. Basados en estos conceptos, se promueve la Intervención Afirmativa, con el fin de favorecer la capacidad de mentalizar. La intervención Afirmativa permitiría recrear en el proceso terapéutico las condiciones postuladas por Stern cuando denomina la función de los cuidadores en el “espejamiento de la afectividad” del infante. Realizar intervenciones que posibiliten no sólo reflejar el estado emocional del paciente, sino también devolverlo de forma metabolizada, elaborada, para que sea tolerable e integrable a su experiencia (Vernengo, Stordeur, 2017).

Ornstein (1986), desde una perspectiva kohutiana, plantea que las interpretaciones empáticas tienen tres aspectos: aceptación del paciente como éste es, comprensión de su situación y ofrecimiento de explicaciones para ayudarlo a ganar insight sobre los orígenes de sus dificultades. En este sentido, Ornstein combina una intervención predominantemente apoyadora (validación empática) con una intervención altamente expresiva (interpretación).

En las intervenciones vinculares el acento está puesto muchas veces en los aspectos preverbales, como el tono de voz, más que en el contenido.

Intervenciones afirmativas tienen como objetivo, promover la experiencia de: ser visto – ser entendido – ser escuchado – afirmar el sí mismo.

INTERVENCIONES Y ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Uno de los objetivos del proceso terapéutico es el cambio, pensado éste en diversos niveles. A partir de la relación entre insight y relación, **Gabbard** (2004) señala tres grupos de estrategias, técnicas que colaboran con el cambio terapéutico.

Se relacionan con tres clases de intervenciones:

- a) las dirigidas a fomentar el insight,
- b) las que derivan de aspectos de la relación terapéutica
- c) las “estrategias secundarias”.

- Intervenciones que fomentan el insight: son la *asociación libre*, la *interpretación*, y la *observación desde una perspectiva externa*, (deriva de la teoría de la mentalización desarrollada por Fonagy).

La asociación libre, pedirle al paciente que hable de lo que venga a su mente, permite seguir los circuitos asociativos y defensivos del paciente, y en segundo lugar, permite al paciente y al terapeuta explorar y trazar un mapa de las redes de asociación implícitas.

- Intervenciones derivadas de la relación terapéutica:

Como venimos señalando, hoy se da relevancia y amplia aceptación al papel de la relación terapéutica en la acción terapéutica. Es importante especificar, sin embargo, qué aspectos de la relación influyen en qué objetivos del cambio terapéutico.

En primer lugar, las perspectivas relacionales contemporáneas resaltan como agente de cambio la oportunidad de vivir un tipo diferente de relación como un factor importante para el cambio terapéutico, emparentado con la noción, de experiencia emocional correctiva de Alexander.

También, la relación puede contribuir al cambio mediante la internalización de su función, por parte del paciente, lo cual le permiten desarrollar las funciones de autosostén y reflexión.

Otro modo en que la relación puede ser terapéutica es cuando el paciente internaliza actitudes afectivas del terapeuta. Para muchos pacientes, esto implica suavizar un superyó hipercrítico.

Otro aspecto, es mediante la internalización de estrategias conscientes para la autorreflexión, en el sentido de favorecer la mentalización.

Todos estos aspectos de la internalización se basan en el desarrollo de una relación terapéutica en la cual el paciente se sienta lo suficientemente seguro como para explorar su mente en presencia de otro (Bateman y Fonagy, 1996; 2017).

Es decir la relación terapéutica es agente de cambio por la experiencia de una forma diferente de relación, por la internalización de la función terapéutica, por la internalización de la actitud emocional de terapeuta, como su forma de autorreflexión.

- Intervenciones o estrategias secundarias:

Incluye intervenciones ligadas a favorecer los procesos de pensamiento del paciente, favorecen el desarrollo del preconsciente.

Son: sugestión explícita o implícita, confrontación de creencias erróneas, empleando el método de resolución de problemas, exposición, explicitación de la contratransferencia de manera juiciosa, afirmación y técnicas facilitativas que van desde el uso del humor a la explicación del funcionamiento mental.

El primero de este *tipo de intervenciones* implica varias *formas de confrontación* que conllevan sugerencias implícitas o explícitas para el cambio.

Una segunda *forma de intervención* es la *confrontación de creencias disfuncionales* (Weiss, 1990).

Una tercera clase de estrategias *secundarias* implica los efectos de encarar la forma consciente de solucionar problemas y tomar decisiones por parte del paciente. Se asocia con las *intervenciones "directivas"*. Éstas no son sólo útiles para pacientes graves, con trastornos severos de la personalidad que tienen dificultad para mentalizar. Sino, que incluso los pacientes con muy buen funcionamiento pueden beneficiarse de las mismas.

Una cuarta estrategia, *la exposición*, es el mecanismo de cambio más robusto en los tratamientos conductuales, especialmente para tratar los estados de ansiedad. La exposición significa enfrentar al paciente a los estímulos o la situación que le provoca temor e inducirlo a afrontarla y a seguir haciéndolo hasta que deje de estar ansioso -rompiendo así, disminuyendo, la fuerza de vínculos asociativos que de otro modo lo alteraban.

Gabbard ubica la afirmación, dentro de las intervenciones "secundarias". Como ha señalado Killingmo (1989) los pacientes que han experimentado un trauma severo durante la infancia pueden sentir que las observaciones del terapeuta invalidan su experiencia subjetiva al igual que lo hicieron sus padres. Las nociones de aceptación y validación han sido centrales durante mucho tiempo en las teorías de la acción terapéutica ajenas al psicoanálisis (Rogers, 1959) y han comenzado a tener más "aceptación" en la literatura psicoanalítica tras ser introducidas por Kohut (1984). La validación empática es una demostración en cierta forma de la sintonización empática del terapeuta con el estado interno del paciente. La validación de la perspectiva del paciente, debe ser complementada en último lugar por una perspectiva "externa" por parte del terapeuta, presentando una perspectiva diferente (Gabbard, 1997; Goldberg, 1999).

Por último otra de las estrategias secundarias incluye las llamadas *estrategias facilitadoras*: intervenciones que ayudan al paciente a sentirse más cómodo colaborando con el analista o terapeuta para llegar a comprender su mundo interno. Estas pueden ir desde las sutilezas sociales normales que hacen que alguien se sienta cómodo en una conversación, el uso del humor, los comentarios educacionales.

APORTES DE LAS INVESTIGACIONES AL ESTUDIO DE LAS INTERVENCIONES.

Las intervenciones en psicoterapia pueden ser entendidas, en un sentido acotado, como una acción específica, o en un sentido más amplio como aludiendo al proceso terapéutico, y a las direcciones del mismo (Arlow, 1987).

En tanto acción específica, las intervenciones verbales, son maneras en que el terapeuta realiza su intercambio con el paciente.

Como se señaló previamente, toda intervención tiene un objetivo, el cual puede ser explícito o no.

En las investigaciones en psicoterapia, se han utilizado dos tipos de métodos para explorar y estudiar las operaciones terapéuticas, que hacen a cuestiones de la técnica del terapeuta.

Los métodos macroanalíticos: analizan las intervenciones dentro del contexto de la sesión; tienden a ser útiles en estudios sobre las sesiones clínicas y el nivel de cambio en los

procesos terapéuticos. Los métodos microanalíticos: analizan las intervenciones por separado, en su forma de enunciación o frase; permitirían poner el foco en el detalle del diálogo terapéutico y sus efectos (Milbrath et al., 1999).

Desde el ámbito de las investigaciones encontramos un interés creciente en el estudio de las intervenciones. Encontramos estudios sobre cómo se pueden estudiar las intervenciones terapéuticas y sus características.

Muchos estudios examinan si los tratamientos que usan varias orientaciones teóricas difieren en las intervenciones que usan los terapeutas (Barber, Foltz, Crits-Christoph, y Chittams, 2004; Dimidjian, et al., 2006; Greenberg y Watson, 1998; Hill, O'Grady, Y Elkin, 1992) y si las acciones específicas del terapeuta se relacionan con el cambio en el proceso y el resultado de la terapia (Barber y ot., 2006; Feeley, De Rubeis y Gelfand, 1999; Paivio & Greenberg, 1995).

La mayor parte de las medidas desarrolladas en el contexto de las investigaciones evalúan la presencia o ausencia de intervenciones específicas en las transcripciones de las sesiones, analizadas con observadores externos (Orlinsky y Howard, 1966; Barber & Crits Christoph, 1996; Ablon & Jones, 2002; Trijsburg et al, 2002; Barber et al, 2004; Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge, y Blais, 2005; Hollon, Evans, Elkin, y Lowery, 1984; Ogrodniczuk, Piper, Joyce, y McCallum, 1999; Watson y Greenberg, 2001)

En otros casos, los terapeutas reportan directamente las intervenciones utilizadas (McNeilly y Howard, 1991; Beck & Butler, 2000; Bogwald, 2001; Hilsenroth et al, 2005).

En la literatura podemos encontrar varios modelos de clasificación de las intervenciones.

William Stiles (1992) clasificó las intervenciones en psicoterapia según los modos de respuesta verbal del terapeuta, como por ejemplo, la pregunta, el silencio, la afirmación.

Stiles y sus colegas (1989, 1994, 1996, 1998) han sugerido que la capacidad de respuesta del terapeuta a las necesidades actuales del paciente es lo que podría facilitar el cambio.

Entre los sistemas existentes en la actualidad que permiten clasificar tanto las acciones del terapeuta como las del paciente, se encuentra el Sistema Q-Set (Psychotherapy Process Q-Set, PQS) desarrollado por Jones y colaboradores (1991).

Clara Hill (1992) propuso un modelo de clasificación de intervenciones llamado "modelo de proceso" (process model). Esta clasificación se centra en la estructura gramatical de la respuesta verbal, más allá del tema y/o el contenido del discurso, buscando poner de relieve lo que subyace a la intervención misma, las intenciones u objetivos. Este modelo estudia, a través de los distintos modos de respuesta verbal (en el sentido de Stiles), las intenciones terapéuticas. Éstas son entendidas como los propósitos subyacentes, objetivos y estrategias del terapeuta en sus intervenciones. Hill propone una clasificación para las intenciones terapéuticas, los modos de respuestas verbales del terapeuta, y las conductas y respuestas del paciente.

Mariane Krause y colaboradores, basándose en estos estudios, utilizan para la clasificación de intervenciones el concepto de intención comunicacional. Estudian las intenciones comunicacionales, a través de la indagación de las secuencias de intervenciones en distintos episodios, identificados como momentos de cambio psicoterapéutico.

Tomando en consideración esta doble perspectiva de la comunicación, es decir, la realización de acciones y la vehiculización de contenidos, construyeron un sistema (Sistema de

Codificación de la Actividad Terapéutica SCAT-1.0)), para analizar la conversación terapéutica, identificando acciones verbales a través de las cuales ambos actores logran influirse mutuamente. Suponen que ambas dimensiones están involucradas en la construcción del cambio psicológico.

Desde el punto de vista teórico de la comunicación, subyace a este sistema de codificación, una noción preformativa del lenguaje, asumiéndose que “decir algo es hacer algo”. De acuerdo con este planteamiento conceptual, las verbalizaciones son llamadas Acciones Comunicacionales ya que cumplen con el doble propósito de transportar información (Contenidos) y ejercer influencia sobre el otro y la realidad (Acción) (Valdés, Krause, Vilches, Dagnino, Echavarri, Ben-Dov, Aristegui y de la Parra; 2005).

Trijsburg y otros (2002) propusieron La escala completa de Evaluación de Intervenciones Psicoterapéuticas (Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale). Esta clasificación consta de una lista de intervenciones, derivadas de las principales líneas psicoterapéuticas (terapia psicodinámica, terapia conductual, terapia cognitiva, terapia centrada en el cliente, terapia psicodinámica de grupo y terapia sistémica).

Además de las intervenciones específicas a estos marcos teóricos, la escala incluye intervenciones relacionadas con los factores comunes (common factors) de distintas líneas psicoterapéuticas (Trijsburg, Frederiks, Gorlee, den Hollander, y Duivenvoorden, 2002).

McCarthy y Barber (2009) han desarrollado La Lista Multiteórica de Intervenciones Terapéuticas (MULTI-60, McCarthy y Barber, 2009)) que resulta de sumo interés porque se aplica tanto a pacientes, terapeutas y observadores. Es un listado de intervenciones psicoterapéuticas, multi-teórico, para que sea completado por el paciente y por el terapeuta. Consta de 60 ítems de intervenciones claves, de una amplia gama de orientaciones terapéuticas (conductuales, cognitivas, dialéctico-conductuales, interpersonales, centradas en la persona, psicodinámicas, y terapias de proceso experiencial, más las intervenciones entendidas como factores comunes). Se ha desarrollado específicamente para registrar las percepciones de los pacientes, terapeutas y observadores acerca de las intervenciones ocurridas en la sesión.

Las descripciones de las intervenciones están libres de jerga técnica y centrarse en el comportamiento del terapeuta (y no en la meta o intención) utilizando un lenguaje que busca ser lo más cercano posible a la experiencia.

Recientemente se ha desarrollado una versión abreviada, la MULTI-30 (Solomonov; McCarthy; Gorman; Barber, 2018).

La MULTI constituye un instrumento interesante para relevar la percepción de pacientes, terapeutas y observadores de las intervenciones utilizadas en una misma sesión, y para relevar intervenciones de diferentes orientaciones teóricas.

Roussos, Waizmann y Etchebarne (2003) han realizado un estudio sobre las intervenciones terapéuticas, y diseñaron los siguientes niveles de análisis para el estudio de las intervenciones terapéuticas: nivel estratégico, nivel descriptivo, nivel de contenido, y nivel de contenido témporo - espacial.

Toman en cuenta para la construcción de dicha clasificación, el propósito del terapeuta al momento de intervenir (el “para qué” de la intervención), la intervención en sí misma (su estructura y morfología), el contenido de la intervención (el tema incluido en la misma) y el lugar y momento en el que se da la intervención.

El nivel estratégico de análisis se relaciona con el objetivo que puede tener una intervención, como por ej., hacer consciente un aspecto inconsciente de la conflictiva del paciente, etc.

El nivel de análisis descriptivo de las intervenciones alude a la consideración de éstas como acciones concretas por parte del terapeuta y dirigidas hacia el paciente. Este nivel de análisis se relaciona con las clasificaciones de tipos de intervenciones, ej la confrontación, el señalamiento.

En el nivel de análisis de contenido de las intervenciones, se analiza la temática de las intervenciones. Ejemplos de contenidos son la temática interpersonal, sexualidad.

Con respecto al nivel de análisis de contenido témporo - espacial de las intervenciones, éste describe el momento (pasado, presente o futuro) y el lugar físico (espacio terapéutico, lugar de trabajo, etc.) al que hace referencia la intervención. De acuerdo a Goldfried, Castonguay, Hayes y Shapiro (1997; 1998), el marco teórico psicoanalítico y el cognitivo muestran diferencias con respecto a la orientación espacio-temporal de las intervenciones. Las intervenciones de tratamientos psicoanalíticos están dirigidas, en su mayoría, al pasado infantil y adulto del paciente y a lo que ocurre durante la sesión. En cambio, sostienen que las intervenciones de tratamientos cognitivos suelen estar dirigidas hacia eventos futuros, o el foco suele estar en las circunstancias situacionales de la vida del paciente.

Los niveles de análisis presentan interacciones entre sí. Este tipo de clasificación resulta de interés, ya que nos permite realizar un análisis de la intervención y su contexto.

TIPOS DE INTERVENCIONES

Fiorini (1976; 2002) destaca en el abordaje del paciente la autoobservación y autoafirmación, así como la experiencia emocional. Esto permite en el trabajo terapéutico que el paciente comience por observarse, escucharse, lo que posibilita discriminar aspectos propios que suponen una dificultad y aquellos saludables que operan como recursos, y que por lo tanto conducen a fortalecer la autoestima. El proceso terapéutico se da en el marco de una relación interpersonal, por lo cual se agrega el valor de experiencia.

Las intervenciones son entonces instrumentos, recursos técnicos, utilizados por el terapeuta en el encuentro con el paciente. No considera que haya una jerarquía dentro de éstas.

Fiorini busca definir algunas de las intervenciones verbales utilizadas en los procesos terapéuticos para analizar sus objetivos y alcances dentro de la sesión y a lo largo del proceso. Estas son:

Interrogar: ampliar el campo perceptivo. Transmitir estilo interrogativo.

Consiste en pedir al paciente datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato. Constituye uno de los recursos esenciales.

Subyace a la interrogación, la consulta a la conciencia del paciente y sondear las limitaciones y distorsiones de esa conciencia. Supone en el terapeuta una actitud investigadora, una posición

no omnipotente, respeto por el carácter singular de la experiencia del paciente (no generalizaciones); busca indagar la perspectiva que el paciente se hace de su situación (cosmovisión singular de la situación).

Favorece la construcción de la alianza terapéutica, en el sentido de un vínculo de colaboración, positivo y con el paciente en un lugar activo.

Muchas veces la indagación misma contiene estímulos terapéuticos. Cada detalle aportado puede ser útil para confirmar o rectificar las hipótesis que el terapeuta va construyendo.

Al preguntar, el terapeuta pone en acción estímulos que promueven el cambio: la percepción y reflexión del paciente, y el comprender las diferentes perspectivas (favorecedor de la mentalización).

Informar: crear perspectiva psicosocial.

El terapeuta cumple un rol como agente de salud. Puede así, proporcionar o facilitar la información que se enmarca en la problemática del paciente. Cumple un rol terapéutico específico, crea una perspectiva desde la cual los problemas del paciente, con toda su singularidad, dejan de ser vistos como algo estrictamente individual que sólo a él le pasan.. No informar puede constituir un falseamiento de la óptica psicosocial, necesaria para comprender los dinamismos individuales y grupales.

Confirmar: consolidar confianza en los recursos

La confirmación contribuye a consolidar en el paciente una confianza en sus propios recursos. Refuerza los logros positivos. Se relaciona con la creación de un clima de ecuanimidad, propio de una relación madura.

Es de valor terapéutico también prestar atención a las respuestas del paciente a las confirmaciones. Si logra trabajar con éstas de forma activa, aportando asociaciones propias, o se trata más bien de una respuesta infantil, que busca complacer al terapeuta.

Rectificar enunciados del paciente: mostrar escotomas

La rectificación permite poner de relieve el papel de las defensas, los escotomas del discurso y las limitaciones del campo de la conciencia. Observar cómo el paciente manipula el aporte rectificador del terapeuta. Si sólo se le marcan los errores y defectos, se promueve una estructura de vínculo infantil dependiente, tendiente más a la inercia que al crecimiento, acentuando "lo enfermo".

Así como con la confirmación, las respuestas nos permiten continuar el trabajo en pos de la elaboración y la discriminación de las conflictivas del paciente.

Clarificaciones: aclarar relato confuso.

Este tipo de intervenciones, apunta a despejar el relato del paciente a fin de recortar los elementos significativos del mismo. A menudo se clarifica mediante una reformulación del relato. La clarificación busca darle claridad a temas que aparecen vagos, difusos o desconectados.

Preparan el campo para realizar señalamientos e interpretaciones.

Favorecen en el paciente el ejercicio de mirar selectivamente, de recorrer los acontecimientos, con el fin de incorporar un método de discriminar para comprenderse.

Recapitulaciones: estimula capacidad de síntesis

Como la clarificación, estimulan el desarrollo de una capacidad de síntesis. Las recapitulaciones permiten una mirada panorámica sobre lo que se ha venido trabajando, o sobre los acontecimientos que ha vivido el paciente. Sirven a modo de mojones el camino recorrido, y en este sentido permiten la producción de recortes y “cierres” provisionarios. Soporte provisional en el cual se apoyan, para ejercitarse, los recursos del paciente.

Señalamientos: relaciona datos, elementos. Favorece el insight.

Esta intervención busca recortar los eslabones de una secuencia, llamando la atención sobre componentes significativos de la experiencia que han sido pasados por alto; muestra relaciones entre sucesos. Es un estímulo en el paciente del desarrollo de una nueva manera de percibir la propia experiencia. También es en general, un trabajo preliminar que sienta las bases para interpretar el sentido de las conductas del paciente. Se tiende a proponer en psicoterapias, señalar siempre antes de interpretar. Estimula al paciente a interpretarse a partir de los elementos recortados, es un llamado a su capacidad de autocomprensión.

Las respuestas del paciente a los señalamientos, pueden revelar la capacidad de insight del paciente, sus recursos cognitivos, sus mecanismos defensivos y la situación transferencial.

Interpretaciones: hipótesis.

Introduce una racionalidad posible en donde había datos sueltos, inconexos, ilógicos o contradictorios. Supone un pasaje del nivel de los hechos al de las significaciones y el manejo singular que hace el sujeto de esas significaciones. La interpretación es una hipótesis., por lo tanto su verificación es un proceso siempre abierto.

Constituye desde la teoría psicoanalítica, un instrumento primordial como agente de cambio. Por ej., hacer consciente lo inconsciente.

Las interpretaciones pueden cubririr una amplia gama de cuestiones:

- Proporcionar hipótesis sobre conflictos actuales en la vida del paciente, es decir, motivaciones y defensas.
- Reconstruir determinadas constelaciones históricas significativas de la vida del paciente.
- Explicitar situaciones transferenciales en el proceso.
- Rescatar capacidades del paciente negadas o no cultivadas.
- Hacer comprensible la conducta de otros en función de nuevos comportamientos del paciente
- Destacar las consecuencias de encontrar el paciente alternativas capaces de sustituir estereotipos personales o grupales.

Cada paciente, y cada momento singular del proceso terapéutico puede requerir un tipo diferente de interpretación.

Sugerencias: promover insight desde otras áreas

Proponer conductas alternativas, puede orientar al paciente hacia ensayos originales. El objetivo es favorecer insights desde nuevos ángulos, desde el ensayo de conductas. Cuando

el paciente puede tomar estas intervenciones en consideración, pueden funcionar a modo de confrontaciones con las expectativas previas respecto a esas experiencias.

A su vez, posibilitan el aporte de nuevos datos de la problemática. Una variedad de sugerencias, puede ser el uso de dramatizaciones imaginarias.

La sugerencia apela, así como la dramatización, al papel revelador del acto, de la riqueza de la vivencia.

Intervenciones directivas: prevenir. Cuando el paciente no cuenta con recursos

Este tipo de intervenciones surge en relación a condiciones del proceso mismo, o actitudes que se consideran relevantes a evitar o ensayar fuera del ámbito terapéutico.

Pueden tener un rol preventivo, buscar propiciar una situación que se incorpore como experiencia, trasladable posteriormente a otros contextos. Insight que puede lograrse después de la acción.

Las intervenciones directivas se utilizan ante situaciones en las que se considera que el paciente no cuenta con los recursos emocionales o psíquicos para afrontar determinada situación, o ante situaciones de riesgo. Hasta que el paciente recupera o adquiere los recursos propios para lograr autonomía y capacidad de elaboración.

Algunas líneas psicoanalíticas podrían objetar que el terapeuta no se muestra neutral. Es importante diferenciar la noción de neutralidad valorativa frente a los procesos y afectos del paciente, de la noción y diagnóstico de riesgo del paciente.

Operaciones de encuadre: reajustar la tarea

Especificaciones relativas a la modalidad espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica. Trabajo de elaboración en conjunto del encuadre. Se propone un reajuste y elaboración juntamente con el paciente. Esto permite arrojar datos sobre la problemática del paciente. Muchos de esos datos quedan oscurecidos en el caso de someterlo a un encuadre impuesto.

Meta- Intervenciones: mostrar relación de reciprocidad. Fortalecer alianza terapéutica

Intervenciones cuyo objeto son las propias intervenciones del terapeuta. Pueden dirigirse a aclarar el significado de una intervención en un momento de la sesión. Busca precisar los fundamentos de la intervención para que el paciente pueda trabajar psíquica y emocionalmente con la misma y no quede atrapado en el impacto. También una forma de meta intervención podría ser producir un cuestionamiento de la propia intervención, señalando el carácter parcial e hipotético de sus premisas.

Cooper y Bond (1992) desarrollaron La Escala de Calificación de Intervención Psicodinámica (PIRS) para codificar las declaraciones del terapeuta.

Dividen las intervenciones en interpretativas y no interpretativas

1) Intervenciones interpretativas: podemos agregar sobre los tipos de interpretación:

- interpretaciones de defensa: observaciones del terapeuta que intentan señalar, referir o explicar los motivos de los procesamientos que mitigan o disminuyen el afecto en el paciente, o procesos que reflejan cambios en el contenido de los tópicos o representaciones. Estas intervenciones pueden abordar cualquier aspecto de un conflicto dinámico.

-Interpretaciones de transferencia: observaciones del terapeuta que señalan, se refieren, preguntan o explican la experiencia del paciente acerca de la relación terapéutica.

2) Intervenciones no interpretativas: refieren las siguientes (algunas ya mencionadas en el listado de intervenciones de Fiorini)

-Aceptación /feedback: observaciones del terapeuta destinadas a transmitir que se ha recibido la comunicación del paciente.

-Clarificación: observaciones del terapeuta que resumen lo que el paciente ha dicho sin interpretar, y con la intención de asegurar que el terapeuta ha entendido la comunicación del paciente.

-Preguntas: consultas sobre afectos o detalles de la vida del paciente, relaciones u otras personas significativas.

-Asociaciones: observaciones del terapeuta que remarcan algo que el paciente ha dicho en otro momento, pero sin hacer una interpretación, o que impliquen reflexiones del terapeuta. Estos pueden incluir respuestas a preguntas o explicaciones..

-Reflexiones: observaciones del terapeuta en las que la intención es expresar brevemente la experiencia del paciente. Normalmente esto implica la afirmación de un afecto.

-Estrategias para favorecer el trabajo terapéutico: comentarios del terapeuta que explican el valor y la lógica de la terapia y alientan al paciente a decir lo que se le ocurra, sin importar lo que parezca sin importancia u oscuro.

-Convenios sobre el contrato: observaciones del terapeuta que se relacionan con los "cuándo", "por cuánto tiempo" y "cuánto cuesta" el tratamiento.

Estas últimas parecen asociarse a lo mencionado previamente como las intervenciones características de las terapias de apoyo, a que apuntan al afianzamiento del vínculo terapéutico.

Leibovich de Duarte en nuestro contexto ha aportado al estudio de las intervenciones de los terapeutas, a partir de sus estudios sobre las inferencias psicoterapéuticas en diferentes marcos teóricos (Leibovich de Duarte et al., 2002; Leibovich de Duarte, Duhalde, Huerin, Rutzstein, y Torricelli, 2001).

Intervenciones no interpretativas y los procesos conscientes.

Sus objetivos en la acción terapéutica

Las intervenciones no interpretativas de la mayoría de las clasificaciones aportadas, apuntan al trabajo sobre los procesos conscientes y preconscientes.

Hay varios tipos de procesos conscientes que merecen atención terapéutica.

Primero, el tratamiento puede dirigirse a los procesos de pensamiento consciente, así como los estados afectivos conscientes. Centrarse en los estados afectivos conscientes puede suponer esfuerzos por alterar la frecuencia o intensidad de sentimientos, ayudar al paciente a reconocer y tolerar estados de sentimientos contradictorios.

En relación a esto, un objetivo puede ser ayudar a tolerar afectos como la ansiedad, para que puedan utilizarlos como señales (Siegel y Rosen, 1962).

Otro objetivo de la acción terapéutica pueden ser las estrategias conscientes para regular los afectos, tales como las estrategias de afrontamiento.

INTERVENCIONES Y MENTALIZACION

La mentalización se refiere a la capacidad de comprender las acciones tanto de los demás como de uno mismo en términos de pensamientos, sentimientos, deseos y anhelos; se trata de una capacidad humana que sustenta nuestras interacciones cotidianas (Fonagy y ot. 1998).

En la Terapia Basada en la Mentalización – MBT (Bateman y Fonagy, 2002; 2016) el terapeuta reconoce implícitamente el sentido agente del paciente a través de la transmisión de conocimientos y habilidades que se consideran importantes y útiles para el paciente. Busca también transmitir la impresión de que el terapeuta trata de entender la perspectiva del paciente. Es importante que, en este proceso, tanto paciente como terapeuta lleguen a verse mutuamente con más claridad como agentes de su experiencia.

El trabajo con los pacientes busca promover los tres tipos de procesos inherentes a la mentalización de los afectos: identificación, modulación y expresión de los afectos.

El objetivo de la Terapia Basada en la Mentalización es hacer foco sobre el proceso emocional y crear conexiones robustas entre los actos, las emociones y los sentimientos.

Tareas que se ocupan de favorecer durante el proceso:

- la Identificación y expresión de los afectos

-detectar diferencias en las perspectivas, legitimar y aceptar las perspectivas diferentes.

Esto se realiza a través de preguntar activamente al paciente por sus experiencias.

Uno de los objetivos es detectar los estados de prementalización en el paciente y favorecer el equilibrio y flexibilidad en las diferentes dimensiones de la mentalización.

Las intervenciones son presentadas de forma simple, clara y con preguntas y afirmaciones inequívocas.

Se destacan:

- **Apoyo y validación:**

Las intervenciones de apoyo respetan y validan los relatos del paciente además de manifestar el deseo del terapeuta de comprender el impacto emocional de la situación actual asociada a una mayor angustia y al fallo en la mentalización.

- **Aclaración y elaboración:**

Esfuerzo activo para tejer una imagen detallada de la secuencia conductual e interpersonal que llevó a la ruptura de la mentalización.

Supone un esfuerzo activo para ordenar o reconstruir el contexto emocional e interpersonal que condujo a la ruptura de la mentalización.

- **Confrontación y desafío:**

El alcanzar un nivel más elevado de mentalización le permite al terapeuta desafiar y confrontar al paciente para que éste intente cambios en su vida cotidiana.

El propósito de la confrontación y el desafío es estimular en el paciente un interés en asumir el riesgo de aprender a autocontrolarse y ser más efectivo en las relaciones, a través de ejercitar

la capacidad de entender y representarse los estados mentales propios y de los demás, de una forma más compleja y acertada.

Los terapeutas intentan despertar el interés en los pacientes sobre sus propias motivaciones y que se den cuenta que los estados mentales y las motivaciones se pueden por un lado ocultar, ignorar o rechazar, y por el otro, tratar de entender.

- La mentalización de la transferencia:

Mentalizar la transferencia sería el paso final en el abanico de intervenciones. Ésta se vuelve posible cuando los pacientes demuestran la capacidad para comprometerse con una mentalización más compleja, a pesar de los incrementos en la excitación y de la cercanía emocional.

CONCLUSIONES

Como se ha señalado, las intervenciones forman una parte importante de los tratamientos ya que son las formas de abordar y accionar en la terapia.

También dan cuenta del diagnóstico y de la estrategia que va pensando el terapeuta.

El análisis de las intervenciones utilizadas en diferentes momentos del proceso, resulta de interés para precisar nuestro conocimiento de lo que ocurre entre pacientes y terapeutas. Vamos viendo que hay diferentes modos de aproximarse a la construcción de la experiencia que los pacientes pueden tener.

Es probable que en las sesiones al inicio del tratamiento encontremos intervenciones más centradas en la persona para establecer un buen vínculo y explorar el sentido de los eventos personales, mientras que intervenciones de una fase más avanzada apuntarían probablemente a conflictos o a aspectos problemáticos de la personalidad del paciente

La variedad de objetivos del tratamiento y estrategias de intervención interactúan en modos complejos que pueden hacerse más claros si los distinguimos más cuidadosamente y evitamos las teorías de causa única de la acción terapéutica. Por ejemplo, cuando el insight da lugar a que un paciente se vuelva menos limitado emocionalmente en las relaciones, es probable que los demás respondan de forma diferente, es decir, se favorecen los diversos dinamismos de cambio.

El cambio conductual también conduce a cambios en la disponibilidad de las asociaciones, lo que puede ser útil para el trabajo analítico posterior.

Fonagy & Target (2003) por su parte, han propuesto la promoción de la “afectividad mentalizada” como una estrategia básica en terapia psicoanalítica con pacientes graves.

En los últimos tiempos como señalamos, tiende a haber una coincidencia en la importancia de la construcción de un vínculo confiable entre paciente y terapeuta.

Históricamente, la interpretación se centró en la dinámica intrapsíquica representada en el nivel simbólico, más que en las reglas implícitas que gobiernan los intercambios con los otros, situación que ha ido cambiando. En la relación terapéutica se dan momentos de encuentro

intersubjetivo entre paciente y terapeuta capaces de crear organizaciones nuevas en esa relación y así reorganizar el conocimiento implícito del paciente sobre la manera como se relaciona con los demás. Este conocimiento no es consciente, está inscrito en la memoria procesal de largo plazo e incluye los modelos de apego. Los distintos momentos de interacción entre paciente y terapeuta toman entonces forma en un proceso secuencial dirigido por el intercambio verbal que puede incluir variadas intervenciones (Lyon-Ruths, 1998; Tronick, 1989; Jiménez, 2005).

Coincidimos con H. Bleichmar (2005) en la importancia de profundizar en el desarrollo de una técnica activa, estratégica y flexible en sus múltiples formas de intervención y que, junto al papel fundamental de hacer consciente lo inconsciente, enfatice la importancia de la experiencia vincular, la memoria procesal, el fortalecimiento de los recursos del paciente, el cambio en la acción y la exposición a nuevas experiencias.

Es por esto, que resulta relevante para un fortalecimiento de las psicoterapias seguir profundizando sobre la temática de las intervenciones.

REFERENCIAS

- . Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783.
- . Antony, M. M. & Swinson, R. P. (2000). *Phobic Disorders and Panic in Adults: A Guide to Assessment and Treatment*. American Psychological Association: Washington, DC. [Links
- . Arlow, J. (1987). The genesis of the interpretation. *Psychoanalytic Quarterly* (56), 68-87.
- . Ávila Espada, A. (2008). La segunda oportunidad para el desarrollo, metáfora del proceso terapéutico en Winnicott. En A. Liberman y A. Abello (Comps.), *Winnicott hoy: su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.
- . Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Gibbons, M. B. C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.
- . Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Barrett, M. S., Klostermann, S., McCarthy, K. S., & Sharpless, B. (2008). The role of the alliance and techniques in predicting outcome of supportive-expressive dynamic therapy for cocaine dependence. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 461-482.
- . Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). Qué es mentalizar. En *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una Guía Práctica* (pp. 27-74). Bilbao, ES: Desclée De Brouwer.
- . Benjamin J (1995). Like subjects, love objects: Essays on recognition and sexual difference. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
- . Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227-306). New York: Wiley.

- . Bleichmar, H. (1997) Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Barcelona: Paidós.
- . Bogwald, 2001; Bøgwald, K. P. (2001). Do patients and their therapists agree on the content of treatments? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 830-837.
- . Bowlby, J. (1989). El papel del apego en el desarrollo de la personalidad. En Una base segura (pp. 140-158). Buenos Aires: Paidós.
- . Cassab, J.E. Yeomans, F. y Clarkin, J. (2005). Therapist-Patient Interaction Rating Scale (Tpirs): Instrument Development And Preliminary Reliability. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. poster abstract.V53 (4).1311-1315. [Links]
- . Cooper, A. M. (1987). Changes in Psychoanalytic Ideas: Transference Interpretation. *JAPA*, 35(1), 77-98]
- . Cooper y Bond (1992). Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS (unpublished manuscript), in Milbrath et. Al ,1999.
- . Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- . Etchevers, M., Giusti, S. & Helmich, N. (2017). Revisión de las nociones de la Alianza Terapéutica, sus antecedentes conceptuales y aportes a la investigación. Facultad de Psicología 12/18 - 22/02/2019. *Revista Universitaria de Psicoanálisis* , 17 , 57-67.
- . Etchevers M.; Helmich, N.; Giusti, S.; Putrino, N. I. (2017). “Alianza terapéutica, sus estudios actuales, y desarrollos”. En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*
- . Fiorini, H. (1973) *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Nueva Visión. Buenos Aires 1989.
- . Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- . Frank, J. D. (1960). Breaking the thought barrier: psychological challenges of the nuclear age. *Psychiatry*. 23,245-266.
- . Frank, K. (2001). Ampliar el campo del cambio psicoanalítico: la motivación exploratoria-assertiva, la autoeficacia y el nuevo rol analítico para la acción. *Aperturas psicoanalíticas* , 11 .
- . Gabbard, G.O (2004). *Psicoterapia psicodinámica de largo plazo. Un texto básico*. N° 019 2005. *Revista Internacional de Psicoanálisis*. *Aperturas psicoanalíticas*.
- . Gabbard, Glenn; Westen, Drew *Repensando la acción terapéutica* . *aperturas psicoanalíticas*. Publicado originalmente en *International Journal of Psychoanalysis*, 2003; 84: 823-841. Traducido y publicado en *Aperturas Psicoanalíticas* con autorización de *International Journal of Psychoanalysis*.
- . Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, et al. (1994). Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon. *Harvard Rev Psychiatry*; 4:59–69
- . Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F., y Shapiro, D. A. (1997). A Comparative Analysis of the Therapeutic Focus in Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 740-748.

- . Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224.
- . Greenson, Ralph R. (1976) *Técnica y Práctica del Psicoanálisis*. Siglo Veintiuno Eds., Cuarta edición, 1980, Bogotá.
- . Hill CE: An overview of the Hill counselor and client verbal response modes category systems, in *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, edited by Greenberg LS, Pinsof WM. New York, Guilford, 1986, pp 131–159.
- . Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive behavioral therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 73-79.
- . Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 340-356.
- . Hollon, S. D., Evans, M., Elkin, I., & Lowery, H. A. (1984, May). System for rating therapies of depression. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Los Angeles, CA.
- . Horvath, A. (2005) The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research* 15(1-2): 3-7.
- . ———, Gaston, L., & Luborsky, L. (1993) The therapeutic alliance and its measures. In NE Miller, Luborsky L, JP Barber, & JP Docherty (eds.) *Psychodynamic treatment research. A Handbook for clinical practice* (pp.247-273). New York: Basic Books.
- . Irigoyen, R. (2017). Psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis contemporáneo. Ediciones del Boulevard.
- . Jiménez, Juan Pablo, (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. En Aperturas psicoanalíticas N° 20. Juan, S.; Etchebarne, I.; Waizmann, V.; Leibovich de Duarte, A.; Roussos, A.. El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. Anuario de investigaciones. Volumen XVI.
- . Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit - Implicancias para la técnica. International Journal of Psychoanalysis, 70, 111-126.
- Killingmo, B. (2005). Una defensa de la afirmación en relación con los estados de afectos no mentalizados. En A. Maladesky, M. B. López, Z. López Ozores (Comps.), *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI* (pp. 169-185). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- . Krause, M. (2011). The clinical inferential process, the psychotherapist's prognosis and interventions. Rev. colomb. psicol., Volumen 20, Número 1, p. 89-98, 2011. ISSN electrónico 2344-8644. ISSN impreso 0121-5469.
- . Krause, M. La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? *Psychotherapy: Practice without Science or Science without Practice?* Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago
- . Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (pp. 94-129). New York: Basic.

- . Lambert, M. J. (Ed.), Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 307-389). New York: Wiley.
- . Leibovich de Duarte, A., Duhalde, C., Huerin, V., Rutzstein, G., y Torricelli, F. (2001). Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. Vertex, Revista de Psiquiatría, 7(45), 194-203.
- . Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.
- . Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual of supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.
- .----- (1998). Therapist interventions in early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy for depression. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7, 290-300.
- . McCarthy, K. S. & Barber, J. P. (2009). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19, 96-113.
- . McNeilly y Howard, 1991; *McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). The Therapeutic Procedures Inventory: Psychometric properties and relationship to phase of treatment. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 223-234.
- . Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J., y Perry, J. C. (1999). Sequential Consequences of Therapists' Interventions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(1), 40-54.
- . Ogradniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1999). Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 571-578.
- . Orlinsky, D. E., y Howard, K. I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (4 ed.). New York: J. Wiley and sons.
- .----- (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy* 6:6-27.
- . Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: Wiley.
- . Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (Eds). (2005). How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington, DC: American Psychological Association.
- . Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425.
- . Perry, J. C. & Bond, M. (2002). Estudios empíricos sobre psicoterapia en los trastornos de la personalidad. En J. Gunderson y G. O. Gabbard (Eds.), *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad* (pp. 1-27). Barcelona, ES: Ars Medica.
- . Piper WE, Debbane EG, de Carufel F, et al: (1987). A system for differentiating therapist interpretations from other interventions. *Bull Menninger Clin.*; 6:532-550.
- . Roussos, A., Etchebarne, I., y Waizmann, V. (2006). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en Psicoterapia. Anuario de Investigaciones, vol. XIII, 2006, pp. 51-61 Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

- . Sandler, J., Dare, C., y Holder, A. (1993). El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.
- . Solomonov, N., McCarthy, K. S., Gorman, B. S., & Barber, J. P. (2018). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions–30 items (MULTI-30). *Psychotherapy Research*, 1-16.16. 21.
- . Solomonov, N., Kuprian, N., Zilcha-Mano, S., Gorman, B. S. & Barber, J. P. (2016). What do psychotherapy experts actually do in their sessions? An analysis of psychotherapy integration in prototypical demonstrations. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26, 202–216.
- . Stiles WB. (1988) Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy*; 25:27–35
- . Stiles (1992). (Modos de Respuesta Verbal -Verbal Response Modes, VRM_
- . Strupp, H. S., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- . Thomä, H. & Kächele, H. (1989). El proceso psicoanalítico. En *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- . Trijsburg, R. W., Frederiks, G. C. F. J., Gorlee, M., E., K., den Hollander, A. M., y Duivenvoorden, H. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scales (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12(3), 287-317.
- . Trijsburg, R. W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R. M., Joosten, S., y Duivenvoorden, H. J. (2004). Construct Validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research*, 14(3), 346-366.
- . Valdés, N.; Tomicic, A.; Pérez, J.C.; Krause, M. Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas.
- . Vernengo, M. P. & Stordeur, M. (2017). Regulación afectiva, estrategia e intervenciones en psicoterapias. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 9, 226-229.
- . Waizmann, V., Etchebarne, I., y Roussos, A. (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XII(3), 233-244.
- . Wallerstein R (1986) *Forty-two lives in treatment: A study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford.
- . Wallerstein, R., y DeWitt, K. (2000). Modos de interpretación en psicoanálisis y en psicoterapias psicoanalíticas: una clasificación revisada. In J. Ahumada y J. Olagay y A. Kramer Richards y A. David Richards (Eds.), *Las tareas del Psicoanálisis. Ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen* (pp. 114-143). Buenos Aires: Polemos.
- . Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate, Models, Methods and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- (2002) *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.
- . Watson, J., & Greenberg, L. (2001). Adherence criteria for cognitive behavioural therapy and for process experiential therapy (PET). Unpublished scale.
- . Wiser, S., & Goldfried, M. R. (1996). Verbal Interventions in Significant Psychodynamic- Interpersonal and Cognitive- Behavioral Therapy Sessions. *Psychotherapy Research*, 6(4), 309-319.