COMPETENCIAS EN PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA EN ESPAÑA

www.apcae.org
secretaria@apcae.org

CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS Y LA JUSTIFICACIÓN DE LA PCA

A.1) Capacidad de hacer uso del conocimiento de los principios básicos y los fundamentos de la psicoterapia cognitivo analítica.

A.1.1) La capacidad de comprender que la PCA forma parte de los modelos integradores en psicoterapia.

A.1.2) La capacidad de comprender que la PCA es una psicoterapia integradora, breve y focal, con un marco teórico coherente que integra principalmente perspectivas cognitivas y analíticas, pero que también puede integrar técnicas y modelos derivados de otras corrientes.

A.1.3) La capacidad de comprender que la PCA es una terapia bio-psico-social y espiritual.

a) Es biológica porque tiene en cuenta la existencia de rasgos temperamentales y predisposiciones evolutivas a comportarnos de la misma manera ante determinadas situaciones de amenaza.
b) Es psicológica porque trabaja con procesos cognitivos, emociones y conducta.
c) Es social porque considera la influencia de aspectos como el género, la raza, la clase social o la cultura..., que, en ocasiones, pueden ser generadoras de malestar.
d) Es espiritual porque tiene en cuenta el componente de trascendencia y espiritualidad del paciente y favorece el desarrollo de un *self* compasivo.

A.1.4) La capacidad de comprender que la PCA es una psicoterapia interpersonal (o relacional) que se centra en los patrones repetitivos en que las personas piensan, actúan, sienten y se relacionan con ellos mismos y con los demás, y que estos patrones:

a) Se llaman "Procedimientos" e integran diferentes tipos de memorias, pudiendo ser más conscientes y reflexivos en unos casos, o más automáticos en otros.
b) Se aprenden a través de las experiencias del desarrollo y son desarrollados por todos, independientemente de la naturaleza de sus experiencias.
c) Son estrategias para hacer frente a las experiencias del desarrollo.
d) Son "estrategias de supervivencia" que se activan frente a experiencias adversas, y reflejan la forma en que la persona logró enfrentarlas.

e) Pueden causar problemas no deseados y limitar la consecución de metas actuales, ya sea porque no logran sus objetivos, los logran parcialmente o no cumplen una función adaptativa.
f) Se pueden trabajar en la relación terapéutica, en la relación con el otro o en la relación con uno mismo (ya sea modificando los patrones ya existentes o creando nuevos).

A.1.5) La capacidad de comprender que la PCA implica ayudar a la persona a desarrollar una mejor conciencia de estos patrones (procedimientos) y así poder realizar cambios en ellos.

A.1.6) La capacidad de comprender que la PCA es una psicoterapia estructurada de tiempo limitado que, después del cribado inicial, tiene tres fases superpuestas: reformulación, reconocimiento y revisión de procedimientos problemáticos.

A.1.7) La capacidad de comprender que la PCA requiere un estilo terapéutico explícitamente proactivo y colaborativo que enfatiza la participación activa tanto de la persona como del terapeuta.

A.1.8) La capacidad de comprender que la PCA no se puede reducir a una serie de competencias, técnicas o programa prefijado, debido a la necesidad de ajustar la intervención y objetivos momento a momento, dentro de una relación de colaboración compleja.

A.1.9) La capacidad de comprender que la característica esencial de la PCA es que es colaborativa, es decir, genera conversaciones abiertas y curiosas, explora y trata de dar sentido a las dificultades de la vida y a las dificultades en la relación con los otros.

A.2) Capacidad de comprender la teoría de la PCA del *self* y las experiencias que influyen en su desarrollo.

A.2.1) La capacidad de comprender que la PCA considera que el *self* se desarrolla a través de la experiencia social (tanto interpersonal como cultural) y que:

a) El *self* se moldea a través del diálogo con los demás.
b) El *self* se desarrolla a través de la interacción recíproca con los cuidadores dentro de una cultura, al internalizar estas interacciones recíprocas y sus "voces", que se denominan "roles recíprocos" (en adelante, RR).
c) Los roles recíprocos influyen en el auto-concepto y la auto-gestión, y se

ponen de manifiesto con otros a través de secuencias procedimentales.

d) El *self* continúa moldeándose a través de la vida como consecuencia de continuos diálogos externos (interpersonales) e internos (intrapersonales).

A.2.2) La capacidad de comprender que el *self* en desarrollo puede ser dañado por experiencias adversas y las consecuencias de éstas (traumas, ansiedad no contenida, inseguridad y falta de respuesta de un progenitor), y que:

a) Debido a que la necesidad de apego es innata, un niño se apegará a los adultos, incluso cuando estos adultos sean peligrosos, no confiables o inseguros.
b) El niño enfrenta las experiencias adversas y el consiguiente trauma emocional desarrollando patrones (procedimientos) que le permiten sobrevivir y preservar la esperanza y el significado frente a estas experiencias. Por ejemplo, ante el abandono y el abuso, la necesidad del niño de mantener el apego y preservar la fé en sus padres hará que interprete que este abuso/abandono es su culpa y que él es malo, pudiendo así absolver a los padres de la culpa y la responsabilidad.

A.2.3) La capacidad de comprender que la PCA tiene como objetivo vincular el impacto de las experiencias relacionales, clave en el desarrollo del sentido de *self*, tales como:

a) Lo que la persona aprendió sobre sí misma y los demás a través de sus relaciones con figuras importantes en la infancia.
b) Cuáles fueron las influencias sociales más generales en el niño (como la familia, la escuela) y cómo éstas mediaron y afectaron el desarrollo del *self*.
c) Cuál fue el impacto en el desarrollo del sentido del *self* de la persona, si existió algún trauma, pérdida, abuso o negligencia.

A.2.4) La capacidad de comprender que es probable que los patrones/procedimientos de la persona se representen en la relación terapéutica.

A.2.5) La capacidad de comprender que, para que la relación terapéutica sea un vehículo clave para el cambio, el terapeuta necesita identificar estos patrones para que:

a) Puedan ser nombrados, explorados y entendidos tanto por el paciente

como por el terapeuta.

b) Se puedan proponer, experimentar y poner a prueba nuevas formas de relacionarse.

A.2.6) La capacidad de comprender que la PCA asume que los roles recíprocos y los procedimientos de rol del terapeuta se producirán en la relación terapéutica e interactuarán con los de la persona, de modo que ambos necesitan:

a) Prestar atención a sus reacciones y respuestas (a través de la auto reflexión y la supervisión), evitando o reparando representaciones nocivas. Por ejemplo, un terapeuta con un procedimiento de cuidado compulsivo hacia los demás, puede sentirse frustrado por un paciente que evita la dependencia y rechaza los esfuerzos del terapeuta por ayudar.
b) Modelar este conocimiento y usarlo explícitamente. Por ejemplo, modelar la curiosidad sobre los patrones que se experimentan en la relación terapéutica y explorarlos cuidadosamente.

A.3) Capacidad para comprender que la PCA es integradora.

A.3.1) La capacidad para entender que el concepto del procedimiento permite a la PCA incorporar conocimientos y técnicas cognitivas, conductuales y analíticas, así como técnicas de otras corrientes en un marco integrado, y que incluyen:

a) Conceptos y técnicas cognitivas (por ejemplo, la auto-monitorización, identificación de pensamientos disfuncionales, uso de tareas, fijación de objetivos).
b) Conceptos y técnicas conductuales (por ejemplo, análisis funcional, activación conductual, exposición y resolución de problemas).
c) Conceptos y técnicas analíticas (por ejemplo, la representación inconsciente de patrones tempranos de relación interpersonal dentro de la relación (transferencia); comunicación inconsciente; identificación proyectiva).
d) Teorías de la formación social y dialógica del *self* (por ejemplo, el concepto de que el *self* está constituido por la forma en que internalizamos nuestras experiencias relacionales tempranas).
e) Teorías de la psicología del desarrollo y la teoría del apego (por ejemplo, los aspectos reparadores de la relación terapéutica, el desarrollo de la intersubjetividad entre el niño y el cuidador, así como entre el paciente y el terapeuta).

f) Ideas de la neurociencia contemporánea relacionadas con las vías neuronales, las emociones, el trauma, la memoria y la reprocesamiento emocional del trauma (trabajo con estados somáticos, estabilización y manejo de la activación en terapia, disociación, TEPT complejo y trastorno disociativo de la identidad).
g) Conceptos y técnicas sistémicas (por ejemplo, intervención paradójica o prescripción del procedimiento, externalización de estados mentales o técnicas de resolución de problemas).
h) Otras técnicas (por ejemplo, intervenciones de grounding, intervenciones basadas en mindfulness, EMDR…).

A.4) Capacidad para comprender que la PCA funciona dentro de la zona del desarrollo próximo de la persona.

A.4.1) La capacidad para comprender que la PCA tiene como objetivo trabajar dentro de la Zona del Desarrollo Próximo (ZDP) del paciente, lo que significa que:

a) La PCA funciona dentro del intervalo potencial que abarca todo aquello que el paciente es capaz de aprender/hacer, sólo si cuenta con la ayuda de una figura experta que le proporcione las ayudas o andamiajes necesarios (por ejemplo, con el apoyo de un terapeuta, la persona puede comenzar a reconocer más sus propios sentimientos negativos y encontrar formas de expresarlos).
b) La PCA identifica lo que la persona ya puede hacer por sí misma sin ayuda (por ejemplo, un paciente puede tener una gran capacidad de *insight* acerca de las cosas que hacen que se sienta ansioso, pero tiene una visión muy limitada de su propia ira).
c) La PCA tiene como objetivo ampliar la zona de comprensión y capacidad de la persona, para que se puedan posteriormente utilizar sin el apoyo del terapeuta en esta área de funcionamiento.

A.4.2) La capacidad para comprender el impacto adverso de las intervenciones del terapeuta que están fuera de la ZDP del paciente, por ejemplo:

a) Un comentario prematuro y desafiante que conduce a una vergüenza intensa en la persona, quien reacciona retirándose o activando RR críticos y vengativos.
b) No ajustarse a la ZDP a través de un comentario que no es lo

suficientemente desafiante, lo cual lleva a la persona a sentirse demasiado apoyado y dependiente del terapeuta, con la activación de RR de idealización y cuidados especiales.

A.4.3) La capacidad para comprender que la ZDP también es aplicable al terapeuta, y que éste debe conceptualizar, reformular e intervenir dentro de aquellas habilidades de las que se sienta capaz, y saber que debe contar con la asistencia de un supervisor para optimizar su funcionamiento.

A.5) Capacidad para comprender que la PCA tiene una duración limitada y comprender las implicaciones de esto para la psicoterapia.

A.5.1) La capacidad para comprender que la PCA es una terapia de tiempo limitado en la que se prioriza el "terminar bien" mediante el uso de límites de tiempo y el abordaje explícito de temas como la separación, el duelo y la dependencia/independencia del paciente.

A.5.2) La capacidad para comprender que la PCA aborda el final del tratamiento de una manera planificada, explícita y de forma contenida, (por ejemplo, incluyendo recordar regularmente al paciente el número de sesiones restantes, e invitándolo a expresar sus sentimientos en relación al final de la terapia.

A.5.3) La capacidad para comprender que el final de la terapia es un aspecto importante que debe ser abordado explícitamente, puesto que puede reactivar problemas previos tanto en el paciente como en el terapeuta (por ejemplo: apego ansioso no resuelto, sentimientos sobre la separación, duelo y limitaciones dentro de las relaciones).

A.5.4) La capacidad para entender que, durante la terapia, la persona tendrá sentimientos acerca del fin de la terapia, y que éstos pueden ser tanto positivos como negativos.

A.5.5) La capacidad para comprender que el final de la terapia es una oportunidad para ayudar a la persona a trabajar y comprender sus sentimientos sobre relaciones anteriores cuyo final no está resuelto, ayudándola a revisar los procedimientos problemáticos que se desarrollaron previamente, para practicar nuevas formas de afrontar tales situaciones.

FASE DE REFORMULACIÓN Y COMPROMISO

CONOCIMIENTO DE LA REFORMULACIÓN EN la PCA

B.1) Comprensión de la orientación de la PCA sobre el "problema diana" o *"target problem"*.

B.1.1) La capacidad para comprender que sobre la base de las dificultades y quejas que presenta la persona, la PCA identifica un conjunto de problemas "diana" que serán el foco de la terapia

B.1.2) La capacidad para comprender que estos problemas "diana" se identifican en colaboración con la persona al inicio de la terapia, y que replantean las quejas expuestas en términos de las relaciones interpersonales e intrapersonales que las sustentan.

B.1.3) La capacidad para comprender que los problemas "diana" pueden entenderse en el contexto de las experiencias vitales de la persona e incorporar una comprensión compasiva de las narrativas más amplias de su vida.

B.1.4) La capacidad para comprender que identificar y acordar estos problemas "diana" proporciona una forma de monitorizar el progreso e identificar si la psicoterapia ha sido exitosa o no.

B.2) Comprensión de los roles recíprocos y su internalización.

B.2.1) La capacidad para comprender que la PCA entiende que las personas desarrollan un repertorio de roles recíprocos característicos que reflejan su experiencia temprana del desarrollo, particularmente en relación con los cuidadores, y que:

a) Los roles recíprocos se caracterizan por dos polos que se definen mutuamente (por ejemplo: amoroso a amado o abusador a víctima), y que ambos polos se internalizan mediante la experiencia.
b) Los roles recíprocos generalmente comprenden, por un lado, un polo derivado de los progenitores (que refleja el comportamiento de un cuidador o la cultura hacia un niño); y por otro lado, un polo derivado del niño (que refleja la propia experiencia del niño) (por ejemplo: un polo parental de dar amor, validación y reafirmación con respecto a un polo filial de sentirse amado, validado y seguro).

c) En circunstancias óptimas, las personas internalizan una serie de roles recíprocos saludables y adaptativos, que les permiten evaluar y predecir con precisión el comportamiento de los demás y responder de manera adaptativa y prospectiva a los otros y a los desafíos de la vida.
d) Las personas aprenden implícitamente cómo representar ambos polos de la díada de rol recíproco. Aprenden el polo de rol que han experimentado de niños con sus progenitores, pero también aprenden el polo de rol que experimentaron los progenitores, ya sea por aprendizaje directo o por aprendizaje vicario. Por ejemplo, alguien que fue maltratado de niño podría experimentar en el presente el mismo rol de víctima de abuso que experimentó en el pasado, pero también podría adoptar el rol recíproco, es decir, el rol de abusador frente a otros, por ejemplo, abusando verbalmente del terapeuta.
e) Los roles recíprocos se pueden representar en relación con los demás (por ejemplo, se puede ser abusador tratando a los demás de manera abusiva) pero también en relación al *self* (por ejemplo, se puede ser abusador también tratándose a uno mismo de manera abusiva a través de la auto-negligencia o la autolesión).
f) Cuando un polo del rol recíproco es demasiado doloroso para experimentarlo, las personas pueden intentar constantemente ubicarse en el polo opuesto (por ejemplo, alguien que ha sido intimidado no puede soportar sentirse intimidado y humillado, por lo que adopta constantemente la posición de intimidar a otros).

B.2.2) La capacidad para comprender que la PCA está particularmente interesada en los roles recíprocos internalizados que rigen tanto las relaciones interpersonales como las relaciones intrapersonales y de automanejo, y supone que éstos:

a) Son patrones o formas de relacionarse que evidencian las expectativas de la persona, los sentimientos y comportamientos característicos en sus relaciones, así como las presiones que se ejercen sobre los demás para que se comporten de una manera predecible o para "reciprocar" con los propios roles.
b) Son pares de roles, cada polo de los cuales indica cómo una persona actúa hacia otra y los sentimientos asociados a esa relación (por ejemplo, un RR de abusivo/abusado puede estar asociado con sentimientos de enojo e inutilidad).

B.2.3) La capacidad para comprender que la naturaleza de los roles recíprocos de una persona reflejará ambos:

a) La internalización del comportamiento de otras personas significativas hacia la persona, especialmente cuando era niño.

b) El temperamento y la etapa de desarrollo de la persona (por ejemplo, un padre deprimido puede ser experimentado como "abandónico y no disponible" por un niño muy pequeño, mientras que un niño más mayor podría apreciar que el progenitor estaba "preocupado pero ausente emocionalmente").

B.2.4) La capacidad para comprender que, aunque el foco está en la experiencia internalizada de la persona (y en la validación empática de su experiencia), la PCA no asume que esta experiencia sea veraz, sino que debe ser contrastada con ejemplos reales.

B.3) Comprensión de Patrones Problemáticos (Secuencias Procedimentales).

B.3.1) La capacidad para comprender que la PCA se centra en los procedimientos problemáticos de rol recíproco del problema "diana" o "*target problem*".

B.3.2) La capacidad para comprender que este enfoque se debe a que las conductas problema se basan en procedimientos de rol recíproco.

B.3.3) La capacidad para comprender que el procedimiento de rol recíproco (PRR):

a) Se refiere a una secuencia cognitiva, emocional y conductual; y que, a su vez, está formado por evaluación, emoción, objetivo, acción, consecuencia y reevaluación.

b) Que el procedimiento es toda la secuencia completa e incluye acciones y consecuencias.

c) Que la secuencia es generalmente inconsciente.

d) Que los procedimientos de rol recíproco son omnipresentes en la experiencia humana y sólo son problemáticos cuando no alcanzan su objetivo y, en su lugar, refuerzan el repertorio original, lo que dificulta aprender de la experiencia. Por ejemplo:

- Sentir "agotamiento recurrente y dolor de cabeza" puede conducir a la conducta problema "me resulta difícil cuidarme y mantenerme bien". Esta conducta problema estaría a su vez respaldada por un procedimiento del tipo" me siento inadecuado, por lo que procuro

estar por encima de las críticas; para ello, me esfuerzo ansiosamente por lograrlo, lo que me lleva al agotamiento y al dolor de cabeza, y termino dejando de ir a trabajar, lo que confirma mi sensación de ser inadecuado".

B.3.4) La capacidad para comprender que una persona no puede ocupar un rol sin representarlo procedimentalmente, por ejemplo:

- Un rol recíproco del tipo "rechazante no disponible/ rechazado y solo" se representa y mantiene a través de la secuencia 'Sintiéndome solo y anticipando el rechazo, busco la seguridad y reconocimiento constante de una pareja, lo que lleva a que los demás se distancien, y esto termina confirmando que no me quieren'.

B.3.5) La capacidad para comprender que los roles recíprocos sólo pueden inferirse y que, para comprobarlos definitivamente, es necesario observar toda la secuencia. Esta secuencia se discute con el paciente y, en caso necesario, se modifica.

B.3.6) La capacidad para comprender que los PRR problemáticos a menudo se desarrollan como un medio para hacer frente o responder a sentimientos inmanejables o necesidades insatisfechas asociadas a los RR, por ejemplo:

- Una persona que tiene un RR subyacente de "crítico/criticado e inútil", podría desarrollar un procedimiento de "esfuerzo y perfeccionismo para obtener aprobación", pero esto podría convertirse en un procedimiento problemático si lo lleva a una incapacidad para tolerar errores o limitaciones en sí mismo.

B.3.7) La capacidad para comprender que los procedimientos son difíciles de cambiar porque son autónomos, habituales y se refuerzan a sí mismos. Además, la revisión de estos procedimientos requiere el reconocimiento del patrón, así como la práctica activa y sostenida de alternativas.

B.3.8) La capacidad para comprender que la PCA identifica tres tipos principales de "Procedimientos Problemáticos"

a) Dilemas: en los que la persona se siente obligado a elegir una acción o modo de ser que está polarizado artificialmente entre dos alternativas (por ejemplo, "o soy un agresor o una víctima").
b) Trampas: en las que la persona cree que la acción que realice conducirá a resultados negativos y, por lo tanto, actúa de manera que refuerza sus expectativas negativas, confirmando sus creencias (por ejemplo, alguien que se siente pesimista sobre sus posibilidades de formar relaciones, reaccionará siendo hostil frente a los otros, quienes reaccionarán de

manera negativa, confirmando sus expectativas de fracaso).

c) Pegas: cuando la persona abandona un objetivo o meta legítima porque cree que conseguirlo le traerá consecuencias negativas a él o a los demás (por ejemplo, "no voy a intentarlo, porque si lo consigo, los demás me envidiarán").

B.4) Capacidad de comprensión del "Modelo de los Múltiples Estados del *self*".

b.4.1) Conocimiento del Modelo de los Múltiples Estados del *self*, entendiendo que las manifestaciones de la multiplicidad del *self* se organizan dentro de un contínuum que comprende desde las manifestaciones plurales del *self* presentes en población normal que forman parte de su clínica cotidiana y que se encuentran adecuadamente integradas; hasta manifestaciones extremas de desconexión, disociación o amnesia en la vivencia de estos estados del *self*.

B.4.1) Capacidad para comprender que, en aquellos casos extremos de disociación en la vivencia de los estados del *self*, es frecuente que:

a) Algunos pacientes no se experimentan a sí mismos y a los demás a través de un conjunto consistente o integrado de RR (aunque sean problemáticos), sino como estados del *self* cambiantes y parcialmente disociados, a menudo acompañados de emociones muy intensas.

b) La disociación se produce habitualmente debido a experiencias tempranas de abandono, negligencia, abuso o trauma, que impiden que los roles recíprocos puedan ser integrados de manera coherente, continua y conformen un sentido positivo del *self*.

c) Puede haber roles recíprocos extremos caracterizados por experiencias problemáticas y expectativas negativas de los otros (por ejemplo, roles recíprocos relacionados con abuso, negligencia, abandono o rechazo).

-La persona puede experimentar cambios abruptos de experiencia (denominados "cambios de estado"). Por ejemplo, partiendo de un estado idealizado en el que se siente querido y comprendido, podría cambiar a otro estado en el que se sienta atacado y aniquilado.

-Es frecuente que estos pacientes se sientan abrumados por la experiencia inmediata. Por ejemplo, podían cambiar desde un estado en el que se sienten "cuidados" a sentirse "atacados" a consecuencia de comentario pasajero; pero luego ser incapaces de recordar haberse sentido cuidados alguna por el otro, porque la experiencia

inmediata es tan abrumadora que desplaza a las anteriores experiencias.

-Los cambios de estado de estos pacientes suelen ser abruptos y confusos y la persona tiene una sensación limitada de continuidad personal sin conciencia completa de qué le ha producido el cambio, ni de cuáles han sido sus respuestas internas ni las consecuencias de los diferentes estados, sin poder conectar la información para comprenderlos.

B.4.2) Capacidad para comprender que el Modelo de los Múltiples Estados del *Self* debe incluirse desde el principio en la reformulación en el caso de intervenir con pacientes graves o con dificultades en su función reflexiva

B.4.3) Capacidad para comprender que el diagnóstico de trastorno de personalidad es considerado desde la PCA como una descripción de dificultades específicas (por ejemplo, estado de ánimo inestable, afecto negativo intenso, comportamientos suicidas) más que como una etiqueta diagnóstica, y que dichas dificultades surgen de procedimientos que la persona ha desarrollado para hacer frente a sus experiencias, incluyendo su dificultad para integrar múltiples estados del *self*.

B.4.4) Capacidad para comprender que, en aquellas personas con estados del *self* parcialmente disociados, el objetivo de la terapia debe ser el de mejorar su función reflexiva y su "meta-mente", y que:

a) Para conectar con la persona, se suele empezar comprendiendo y validando su historia e identificando estados mentales característicos que aparecen de manera repetida.
b) Mapear estados del *self* de la persona y potenciar su capacidad para reconocerlos, lo que permite que ésta desarrolle una meta-perspectiva y capacidad de pensar sobre sí misma.

B.4.5) La capacidad de ayudar a la persona a reflexionar acerca de sus experiencias cambiantes con el terapeuta desde diferentes estados mentales, a través de la relación terapéutica, como un ejemplo de relación vivo y en directo en la que emergen percepciones del *self* y de los otros que acompañan los cambios de estado.

IMPLICANDO A LA PERSONA EN LA CREACIÓN DE UNA REFORMULACIÓN COMPARTIDA.

C.1) Capacidad para diseñar, planificar y acordar con la persona un contrato relativo a la terapia.

C.1.1) La capacidad para asegurarse de que la motivación de la persona hacia la terapia se basa en el consentimiento informado, en lugar de asumir el mismo (por ejemplo, explorando expectativas irreales, o decisiones basadas en procedimientos problemáticos, como esforzarse para complacer).

C.1.2) La capacidad para asegurarse de que la persona recibe la suficiente información para comprender el proceso y tomar decisiones respecto a si se quiere comprometer con la terapia (Incluyendo hablar sobre los posibles efectos negativos de la terapia).

C.1.3) La capacidad para desarrollar un contrato de acuerdo con la persona, que incluya el consentimiento explícito acerca de la estructura de la terapia (como la frecuencia y duración de las sesiones, la localización, y los límites en la relación), todo ello para:

a) Ajustar la duración de la terapia a las necesidades de la persona y negociar la duración de la terapia con la persona. Habitualmente se plantean 16 sesiones, con un seguimiento a los 3 meses, pero, para pacientes con historia de abuso, trauma o abandono y con estados del *self* disociados, se plantean 24 sesiones con seguimientos espaciados durante un año entero. En casos menos complejos, se suelen ofrecer 8 sesiones.
b) Identificar posibles desafíos en relación al establecimiento y mantenimiento de los límites, por ejemplo, si la persona siente que el número de sesiones ofrecido podría no ser suficiente.
c) Ayudar a los pacientes a hablar de los procedimientos de roles que pueden ser reactivos a los límites puestos en la relación terapéutica.

C.2) Capacidad para comprometer a la persona en el proceso de reformulación.

C.2.1) Capacidad para tener en cuenta durante cada sesión cuál de las 3 fases (reformulación, identificación y revisión) predomina.

C.2.2) Capacidad para adoptar una postura a la vez empática y con límites, que favorezca el desarrollo de una relación colaboradora, promoviendo la participación activa de paciente y terapeuta.

C.2.3) Capacidad para trabajar con la narrativa de la persona, escuchando temas relacionales recurrentes, representados o experimentados en relación con diferentes personas significativas (por ejemplo, temas recurrentes en los que se haya sentido controlado o rechazado en la relación con los demás).

C.2.4) Capacidad para explorar el impacto de experiencias relacionales clave en el desarrollo del sentido del *self* de la persona, por ejemplo:

a) Sus experiencias con otros durante la infancia.
b) Lo que aprendieron acerca de sí mismos y de los demás en las relaciones que establecieron con figuras importantes durante la niñez.
c) El impacto de traumas infantiles de pérdida, abuso o negligencia en el desarrollo de su sentido del *self*.
d) Las influencias sociales y culturales más generales en el desarrollo de su *self,* mediadas, por ejemplo, por la familia o la escuela.

C.2.5) Capacidad para emplear empáticamente herramientas que son específicas de PCA como el Cuestionario de Psicoterapia (que plantea una lista de las trampas, pegas y dilemas más frecuentes), el Cuestionario Biográfico Autoaplicado (que permite explorar relaciones de apego en la infancia, hitos biográficos o satisfacción en las relaciones, entre otras), la elaboración de un árbol genealógico o una línea de vida para explorar las experiencias de la persona.

C.2.6) Capacidad para identificar en la narrativa procedimientos, por ejemplo, identificando temas, patrones o roles representados por la persona repetidamente (como trampas, pegas y dilemas)

C.2.7) Capacidad para motivar a la persona y animarla a trabajar de manera colaborativa en:

a) Explorar temas, hablando de ellos y representándolos en mapas.
b) Percatarse de cómo cuenta la historia y de aspectos olvidados o confusos.
c) Adquirir conciencia de cómo la persona establece la relación con el

terapeuta y las tareas.

C.2.8) La capacidad de ayudar a la persona a desarrollar un conocimiento sobre su repertorio de procedimientos de rol recíproco, tomando conciencia de los sentimientos que la persona y su narrativa evocan en el propio terapeuta.

C.2.9) La capacidad de realizar una reformulación narrativa que

a) Esté específicamente redactada para producir esperanza y expectativa de cambio.
b) Sea compartida con la persona durante el inicio de la terapia (por ejemplo en la cuarta sesión) e invite a la persona a colaborar mediante la corrección o modificación de la formulación.
c) Sea un medio para generar un entendimiento compartido y de formalizar los esfuerzos de reconocimiento y modificación de patrones repetitivos.
d) Otorgue a la persona una experiencia de lo que el trabajo terapéutico puede implicar.

C.2.10) La capacidad para reconocer la presencia de estados disociados, si los hubiera, y de trabajar de manera colaborativa para describirlos:

a) Entendiendo que la capacidad de trabajo con estos estados disociados dependerá de la función reflexiva y la capacidad de autoobservación de la persona, lo que significa que sólo se podrá trabajar en aquellos casos en que esta función esté mínimamente conservada.
b) Preguntando a la persona qué sabe sobre las fluctuaciones en sus experiencias emocionales para identificar distintos estados diferenciados.
c) Acordando un nombre o metáfora para cada estado.
d) Aclarando los sentimientos, el estado de ánimo dominante o los comportamientos asociados que acompañan a cada estado.
e) Reconociendo los patrones recíprocos de cada estado, la percepción del *self* y de los demás.
f) Generando curiosidad sobre los cambios entre los estados.
g) Fomentando el proceso de reconocimiento de los estados y rastreando los cambios entre ellos, normalmente con la ayuda de un mapa o diagrama.

C.2.11) La capacidad de mostrar empatía y una comprensión emergente de las experiencias de la persona y los sentimientos inmanejables que subyacen a sus estados.

C.2.12) La capacidad de modelar y fomentar una postura compasiva y curiosa para ayudar al paciente a desarrollar un nuevo rol recíproco que sea 'comprendiendo compasivamente/ comprendido compasivamente'.

C.3) Capacidad de reconocer y contener sentimientos inmanejables.

C.3.1) Capacidad para monitorizar el estado mental de la persona en busca de signos de desregulación (sobreexcitación o hipoactivación), y responder a éstos ayudando a la persona a controlar su nivel de activación.

C.3.2) Capacidad de mostrarse disponible para hablar y contener sesiones que aborden contenidos traumáticos, al tiempo que se respeta la aprensión, la falta de voluntad o la incapacidad del paciente para discutirlos porque le preocupe terminar emocionalmente abrumado.

C.3.3) Capacidad para identificar áreas donde el paciente pueda experimentar una disociación relacionada con el trauma y, por lo tanto, no sea capaz de recordar el afecto o los detalles relacionados.

C.3.4) Capacidad para identificar, si los hubiese, estados disociados o estados inmanejables, y de utilizar técnicas para ayudar al paciente a reconocer, comprender, manejar e integrar estados extremos.

C.4) Capacidad para trabajar con la diversidad étnica, social, cultural.

C.4.1) Capacidad para comprender la influencia de factores sociales, culturales y políticos más amplios sobre el *self* y su impacto en la relación terapéutica.

C.4.2) Capacidad para comprender cómo las representaciones terapéuticas pueden basarse en diferencias sociales y ser influidas por factores políticos, socioeconómicos, raciales y de género, además de:

a) Trabajar con las diferencias e incluir factores culturales en la reformulación narrativa y en la Reformulación Diagramática Secuencial (RDS).
b) Ser consciente del poder que aporta el marco terapéutico (por ejemplo, el rol como terapeuta en la Seguridad Social, el contexto laboral, la experiencia personal o la naturaleza inconsciente de muchas actitudes como el racismo).

C.5) Capacidad para usar herramientas específicas de la PCA.

C.5.1) Capacidad para comprender las herramientas específicas de la PCA:

a) El Cuestionario de Psicoterapia (CP), que permite identificar procedimientos problemáticos, estados mentales inestables y distintos estados del *self* que se experimentan comúnmente.
b) El Cuestionario Biográfico Autoaplicado (CBA), que permite explorar relaciones tempranas de apego con figuras significativas, hitos biográficos importantes y significados atribuidos a éstos.
c) El Cuestionario de Estructura de Personalidad (PSQ, por sus siglas en inglés) y el Procedimiento para la Descripción de Estados (SDP, por sus siglas en inglés), que identifican la vivencia de estados mentales inestables y facilitan la descripción de los estados del *self* experimentados.
d) Hojas de registro de conductas problema y procedimientos problemáticos, que hacen un seguimiento formal de los esfuerzos de la persona para reconocerlos y revisarlos.

C.5.2) Capacidad para comprender que la razón por la que se usan estas herramientas se debe al supuesto de que las personas pueden no ser conscientes de sus propios procedimientos problemáticos o estados mentales, y es más probable que los reconozcan al verlos escritos.

C.5.3) Capacidad de utilizar estas herramientas para:

a) Comunicar a la persona que el foco del diálogo terapéutico estará en los patrones de afrontamiento repetitivos, creencias inamovibles y la vivencia de las fluctuaciones entre estados mentales, en lugar de sólo en los síntomas.
b) Implicar a la persona en un proceso de autorreflexión.
c) Actuar como un estímulo (al evocar recuerdos o asociaciones de la persona a través de los problemas descritos).
d) Identificar de manera preliminar los procedimientos de rol (dilemas, trampas y pegas) y estados del *self* con los que la persona se identifica claramente.
e) Alertar al paciente sobre la medida en que la persona se experimenta a sí misma y a los demás en términos de "estados inestables" y aprender más

sobre las fluctuaciones entre ellos.

f) Transmitir a la persona que sus problemas no son exclusivos de ella, sino que reflejan patrones y experiencias que son reconocibles y susceptibles de trabajar en terapia.

C.5.4) Capacidad de administrar estos instrumentos de evaluación específicos de la PCA de una manera que fomente una respuesta espontánea, activa e intuitiva de la persona, fomentando modificaciones y asociaciones entre los ítems en lugar de tratarlos como un cuestionario estandarizado.

C.5.5) Capacidad para fomentar en la persona la reflexión sobre sus propias respuestas a estos instrumentos y extraer respuestas individuales que conformarán la reformulación.

C.6) Capacidad para realizar una reformulación de caso en términos PCA: Conductas Problema y Procedimientos Problemáticos tanto de forma narrativa (carta en prosa) como de forma diagramática (mapa).

Reformulación.

C.6.1) Capacidad para comprender que la PCA conlleva el uso de una reformulación explícita, creada y compartida con la persona dentro de las primeras cinco sesiones de la terapia, y asume que:

a) Las personas acuden a la terapia con un marco de roles recíprocos y procedimientos que utilizan para comprender y gestionar las relaciones interpersonales y a ellos mismos, pero que no funciona de manera efectiva, por ejemplo:
   -Llevándolos a hacer suposiciones inexactas y, por lo general, excesivamente negativas sobre sí mismos y los demás.
   -Restringiéndolos a comportarse repetidamente de maneras que no permiten alcanzar los resultados deseados.
b) El trabajo inicial de la terapia implica generar una nueva comprensión en forma de reformulación que:
   -Valide la historia de la persona.
   -Describa cómo se han establecido sus roles y procedimientos de rol recíproco a lo largo de su vida e identifique su impacto.
   -Considere las posibilidades de cambio.

c) Cuando la función reflexiva y capacidad de autoobservación de la persona se encuentren gravemente limitadas, la reformulación no se orientará tanto a la reconstrucción histórica de su biografía, sino que se limitará y centrará en:

-identificar los estados mentales con sus componentes en el aquí y ahora.

-entender las transiciones entre dichos estados

-conocer las consecuencias de los estados mentales propios y del otro en el proceso de intercambio.

C.6.2) Capacidad para comprender que la reformulación incluye tres elementos:

a) Una lista de conductas problema basada en un acuerdo compartido entre la persona y el terapeuta, y procedimientos problemáticos relacionados (que serán identificados y supondrán el foco de la terapia), además de "salidas alternativas" impliquen un cambio en el modo de alcanzar los objetivos sin pasar por los antiguos procedimientos.
b) Una carta de reformulación en prosa escrita por el terapeuta y leída al paciente (que puede revisarse y modificarse en función de los comentarios de este último).
c) Una "Reformulación Diagramática Secuencial" (RDS) o "mapa" que establece de la manera más sencilla posible, los roles recíprocos clave y los procedimientos problemáticos que apuntalan las dificultades actuales de la persona.

Acordar conductas problema.

C.6.3) Capacidad de trabajar en colaboración con la persona para identificar conductas problema desde el principio de la terapia.

C.6.4) Capacidad de trabajar con la persona para traducir las quejas presentadas en conductas problema, traduciéndolas a objetivos que sean

a) alcanzables y manejables.
b) expresados en un lenguaje interpersonal.

C.6.5) Capacidad de garantizar que los problemas elegidos como objetivo de la terapia reflejan claramente de qué manera la calidad de vida de la persona se encuentra afectada y cuál es el origen de su angustia.

- Por ejemplo, si la queja actual es un 'dolor de cabeza crónico', el diálogo podría generar una conducta problema del tipo 'encuentro dificultades para cuidarme y mantenerme bien'.

Reformulación de los procedimientos problemáticos o "problemas diana" o *"target problems"*.

C.6.6) Capacidad de formular procedimientos problemáticos clave (normalmente entre uno y cuatro) que son exclusivos de la persona, usando sus propias palabras o frases para:

a) Describir estrategias que pueden haber representado originalmente intentos de hacer frente o responder a roles recíprocos (RR) y estados mentales dolorosos, pero que se han vuelto problemáticos. Por ejemplo:
   - Sintiéndome inútil/sin valor (polo filial de un RR de abusivo/abusado, inútil, sin valor), me lanzo hacia relaciones con la esperanza de que la nueva relación me haga sentir amado, pero soy descuidado a la hora de decidir con quién me involucro y, a menudo, termino lastimado y maltratado, lo que aumenta mi sensación de que no valgo nada y no merezco nada mejor.

b) Reflejar los problemas que la persona respalda firmemente en el Cuestionario de Psicoterapia. Por ejemplo:
   - "O soy un bruto o una víctima, podría expresarse como un procedimiento problemático del tipo "o soy el acosador, me salgo con la mía, pero me siento culpable; o me sacrifico ante las demandas de los demás, mantengo mi terreno moral, pero ardo de resentimiento".

c) Describir la forma en que la persona se mueve entre RR o estados discretos del *self* esbozados en la reformulación diagramática de la secuencia. Por ejemplo:
   - Una transición de un rol recíproco de 'crítico/criticado' a 'abusador/ abusado' podría describirse como "sintiéndome criticado e inútil, me vuelvo terco y decido no hacer nada para ayudarme a mí mismo, imaginando que estoy castigando a la otra persona; pero de ese modo me estoy privando de oportunidades y, en última instancia, dañándome o abusándome".

Reformulación narrativa (carta en prosa).

C.6.7) Capacidad de comprender que la carta de reformulación narrativa en prosa tiene varios objetivos:

a) Demostrar que el terapeuta ha escuchado, entendido y dado sentido a la historia de la persona.
b) Identificar los aspectos de la historia que han tenido una particular influencia en la formación del problema (incluyendo traumas o dificultades que se experimentaron repetidamente en la infancia) y, por lo tanto, documentar los orígenes aparentes de los RR o procedimientos clave, y sus consecuencias.
c) Esbozar cómo estas experiencias siguen influyendo en la forma en que la persona siente, percibe y responde a sí mismo y a los demás en el presente y apuntalan sus dificultades actuales.
d) Incluir las conclusiones que la persona ha sacado de estas experiencias sobre sí misma y la evaluación, sobre las relaciones, sobre cómo manejar los sentimientos, etc.
e) Reconocer aquellas áreas en las que la persona (cualesquiera que sean sus sentimientos) no es responsable (como la experiencia de abuso durante la infancia).
f) Reconocer las fortalezas y logros positivos del paciente, a pesar de las historias adversas que ha experimentado.
g) Anticipar las formas en que las dificultades de la persona pueden impactar en la terapia (por ejemplo, el riesgo de tratar de calmar al terapeuta o de querer irse prematuramente si se siente incomprendido)
h) Señalar posibles objetivos o salidas de los RR y procedimientos problemáticos, o reconocer las formas en que la persona ya ha comenzado a encontrar nuevas formas de responder o gestionar sus dificultades.
i) Identificar el número de sesiones acordadas que quedan para que se entienda y se acuerde el plazo en que se hará el trabajo.

C.6.8) La capacidad para llegar a una reformulación escrita (narrativa) al principio de la terapia (generalmente entre las sesiones 3-5) que puede ser modificada o ampliada posteriormente, pero que proporciona el enfoque inicial para la terapia de tiempo limitado, y que:

a) Utiliza un lenguaje simple y accesible y un estilo de escritura apropiado para la persona, donde no hay jerga psicológica.

b) Ofrece una comprensión compasiva de las experiencias de la persona y de sus dificultades actuales.
c) Resume los temas que ya han sido discutidos en la terapia de forma breve y clara. Es emocionalmente resonante para el paciente, usando frases clave que ha utilizado sobre sí mismo o sobre los demás (por ejemplo, "Me dijiste que eras un niño invisible").
d) No culpa a los demás, sino que busca entender por qué podrían haberse comportado como lo hicieron, reconociendo cómo lo experimentó la persona (por ejemplo, "experimentaste a tu madre como no disponible y te sentiste muy rechazado por ella, aunque ahora puedes ver que ella estaba muy ocupada cuidando a tus abuelos").
e) Se lleva a un nivel de comprensión e intensidad emocional que la persona puede tolerar, y por lo tanto, será útil.
f) Establece claramente las conductas problema y los procedimientos problemáticos que conformarán el foco de la terapia.
g) Anticipa que es probable que surjan procedimientos de rol recíproco dentro de la relación terapéutica, explicando que esto es algo normal y supone una oportunidad para aprender a reconocerlos y revisarlos.

C.6.9) La capacidad de leer la carta a la persona, estando atento a su reacción inmediata y respondiendo a cualquier señal que indique que, de alguna forma, la carta le parece abrumadora, intolerable o inapropiada.

C.6.10) La capacidad de invitar a la reflexión y discusión sobre la carta de formulación, fomentando la "apropiación" de la misma por parte del paciente, invitándolo a corregir o modificar cualquier aspecto o frase de la misma.

C.6.11) La capacidad de responder en las sesiones posteriores a las comunicaciones implícitas sobre cómo la persona experimentó la carta (por ejemplo, como crítica, abrumadora o inesperadamente solícita), tanto inmediatamente como en sesiones posteriores.

C.6.12) La capacidad para desarrollar, escribir y compartir la carta de manera que:

a) Tenga en cuenta la disposición y capacidad de la persona para reflexionar sobre temas difíciles o aspectos de su historia.
b) Tenga como objetivo reconocer, validar y dar sentido a la historia de la persona y su presentación, reconociendo al mismo tiempo que esto puede despertarle emociones fuertes y angustiosas que necesitarán ser

contenidas, pero cuyo procesamiento puede representar un aspecto importante de la terapia.

c) Reconozca que algunos aspectos de la historia pueden ser demasiado dolorosos para discutir en ese punto de la terapia.

d) Se centre en las experiencias con las que la persona está subjetivamente en contacto en ese momento (por ejemplo: reconociendo su culpabilidad por el daño causado a otros, pero sólo aludiendo al daño causado a ellos, o viceversa).

Construcción de la Reformulación Diagramática Secuencial (RDS) (o Mapa).

C.6.13) La capacidad para construir una "reformulación diagramática secuencial" (RDS) si es apropiado, dentro de las primeras cinco sesiones de la terapia, estableciendo, de la manera más simple posible, los roles recíprocos clave y los procedimientos problemáticos clave en los que se basan las dificultades actuales. En los casos en que los cambios o la inestabilidad de los estados del *self* sean una característica central de la persona, la capacidad de reformular utilizando el Modelo de Múltiples Estados del *Self* y la capacidad de generar un diagrama secuencial de estados del *self*.

C.6.14) La capacidad de colaborar con la persona en el dibujo del diagrama, por ejemplo, con mapeos parciales de algunas secuencias durante las primeras sesiones, comprobando su utilidad e invitando a su uso, antes de que se elabore el mapa definitivo.

C.6.15) La capacidad para trabajar en colaboración con la persona para trazar un mapa de los principales roles recíprocos, procedimientos de rol, síntomas y estados del *self*, reflejando la interrelación entre éstos, y:

a) Asegurar que la persona pueda reconocer las ocasiones en las que se encuentra en cada posición en el mapa, y confirmar la secuencia de emociones, cogniciones o comportamientos que siguen a cada posición.

b) Garantizar que el lenguaje y las imágenes utilizadas para describir las posiciones y los procedimientos en el mapa son adecuados y resonantes para la persona.

c) Identificar los factores que desencadenan las transiciones de un estado a otro (por ejemplo, un desencadenante externo de "sentirse criticado" podría provocar un cambio en el que la persona pase de sentirse "perfectamente cuidado" a sentirse "bajo ataque, furioso, asustado y fuera de control").

d) Desarrollar el mapa de manera que incluya ambas: respuestas sintomáticas a los estados emocionales (por ejemplo, comer compulsivamente como respuesta a sentirse privado de algo y desatendido, así como al sentirse rabioso y fuera de control), así como las estrategias adaptativas ya desarrolladas (por ejemplo, "llamar a un amigo" cuando se siente "solo en el mundo").
e) Incluir aspectos positivos y de buen funcionamiento de la persona, o identificar una posición desde la cual paciente y terapeuta puedan detenerse y, con perspectiva, observar lo que está sucediendo en sus relaciones.
f) Aprovechar los roles recíprocos identificados en la relación terapéutica vinculándolos al mapa, atendiendo a las posiciones de transferencia y contratransferencia recurrentes (por ejemplo, el rol recíproco que se activa en la persona de "dominador/ sumiso" cuando acepta las sugerencias del terapeuta sin cuestionarlas).

C.616) La capacidad de animar a la persona a usar el mapa como una herramienta de reflexión durante y entre sesiones para ayudarle a entender los patrones e identificar cambios.

FASE DE RECONOCIMIENTO Y REVISIÓN: CONOCIMIENTO DEL TRABAJO PARA EL CAMBIO EN PCA.

FACILITANDO EL CAMBIO EN PCA

D.a) La capacidad para comprender que la PCA implica el ayudar a la persona a desarrollar la conciencia de sus procedimientos, tanto a través de la auto-observación estructurada entre las sesiones de terapia, como a través del reconocimiento de los procedimientos que se activan en la relación terapéutica, y así ayudar a la persona a:

a) Reconocer y predecir patrones problemáticos.
b) Identificar las "salidas alternativas" a los patrones problemáticos.
c) Hacer cambios en los patrones problemáticos.

D.b) La capacidad para comprender que la PCA implica trabajar en colaboración con la persona para ayudarle a revisar sus procedimientos problemáticos (identificando las "salidas alternativas"), de las siguientes maneras:

a) Adoptando una postura alternativa (por ejemplo, responder a la ansiedad dando pequeños pasos hacia la situación temida, en lugar de evitar).
b) Estableciendo PRR más constructivos en situaciones específicas (por ejemplo, aceptar la ayuda que se le ofrece, en lugar de creer que uno debe arreglárselas solo).
c) Encontrando maneras diferentes de abordar las necesidades insatisfechas y sentimientos inmanejables asociados con polos específicos de los RR (por ejemplo, utilizando estrategias de auto cuidado para abordar sentimientos de privación o abandono, en lugar de recurrir al autocontrol excesivo).

D.1) El reconocimiento y el "yo observador".

D.1.1) La capacidad de utilizar los métodos de PCA en la fase de post-reformulación de la terapia para ayudar a la persona a reconocer los estados mentales, las transiciones entre los mismos y sus implicaciones en el baile relacional en el aquí y ahora, así como los PRR que no son útiles para él, trabajando en colaboración para desarrollar un "yo observador", ayudándolo a reconocer los procedimientos y roles recíprocos que contribuyen a sus dificultades:

a) Utilizando herramientas para fomentar la auto-monitorización entre las sesiones (por ejemplo, el diario de auto observación, el diario de sesiones o las hojas de registro específicas de PCA).
b) Mediante el seguimiento formal de los esfuerzos en el reconocimiento y revisión de la persona en cada sesión.

D.2) Revisión.

D.2.1) La capacidad de considerar cómo se pueden revisar los procedimientos problemáticos de rol, experimentando con alternativas más constructivas ,por ejemplo:

a) Trabajando con la persona en acordar la mejor manera de apoyar la auto-monitorización (incluyendo el uso de la reformulación diagramática secuencial, las hojas de seguimiento o un diario).
b) Animando a la persona a trabajar activamente en las tareas de la terapia entre (y durante) las sesiones (por ejemplo, perseguir cualquier meta acordada).

D.2.2) La capacidad de ayudar a la persona a probar formas alternativas de

relacionarse consigo mismo y con los otros en diferentes situaciones, con el objetivo de desarrollar salidas alternativas a sus patrones que conduzcan a nuevos aprendizajes y cambios positivos. Por ejemplo, trabajando con ellos para:

a) Desarrollar y describir RR más deseables y reparadores (como por ejemplo, "cuidando, escuchando y reafirmando/ cuidado, escuchado y reafirmado") que contrarrestarían los RR que no ayudan, e identificar las formas en que se podría acceder a estos RR en situaciones difíciles.
b) Desarrollar salidas de las secuencias de procedimiento a través de nuevos objetivos o acciones (por ejemplo, una persona puede necesitar ser consciente de que no es lo suficientemente asertivo para poder planear y practicar formas específicas de interacción que le hagan sentir mayor confianza a la hora de expresar su punto de vista).
c) Prestar atención a las reacciones de los demás ante el uso de los diferentes procedimientos y RR (ya que éstos pueden confirmar los beneficios de tal cambio).

D.3) Capacidad para formular salidas alternativas.

D.3.1) La capacidad de trabajar en colaboración con la persona para formular "salidas alternativas" a los procedimientos problemáticos:

a) Que a menudo no están en el mismo espectro que la experiencia problemática, pero representan una forma diferente de ser o hacer, por ejemplo:
   -no "ser menos matón" sino "usar técnicas de asertividad para expresarme claramente sin intimidar a la otra persona".
   -no "estar menos inhibido" sino" arriesgarme a decir una cosa que quiero decir, y ver cómo responden los demás".

b) Buscar soluciones a las dificultades que la persona ya puede haber empezado a descubrir, validando así sus capacidades y fortaleciendo la autoría de sus nuevas alternativas.
c) Cuando la persona tiene dificultades para prever las salidas, ofrecerle un abanico de posibilidades y ayudarle a seleccionar las que le parezcan más realistas y adecuadas para ella.
d) Ofrecer formas manejables y realistas de avanzar (por ejemplo, no "tratar de ser feliz" sino "reflexionar sobre la gestión de hacer algo diferente")

e) Ayudar a la persona a desarrollar nuevos roles o procedimientos, impulsándolo para convertirse en un agente activo o autor de su propia experiencia.

D.3.2) La capacidad de ayudar a la persona a tener en cuenta las nuevas salidas, dibujándolas en la RDS o construiyendo un "diagrama de salida" (un mapa que muestra los procedimientos revisados y no problemáticos que crean un "círculo virtuoso" en lugar de un círculo vicioso).

D.3.3) La capacidad de utilizar el concepto "empujar donde se mueve", para asegurar la preparación de la persona e incrementar las oportunidades de progreso.

D.4) Capacidad para utilizar un rango de técnicas psicológicas dentro del marco de reformulación de la PCA.

D.4.1) La capacidad de utilizar la PCA como un marco dentro del cual poder integrar diversos enfoques psicológicos y estrategias terapéuticas que ayuden a la persona a experimentar e integrar nuevos aprendizajes para conseguir un cambio positivo (por ejemplo, entrenándolo en la exposición gradual a situaciones temidas, utilizando la técnica de silla vacía para dar voz a sentimientos que se considerar inexplicables, inefables o inenarrables.

D.4.2) La capacidad de trabajar en el contexto de la reformulación y de tener en mente el uso procedimental para el que se utiliza una técnica (por ejemplo, el ensayar un comportamiento asertivo puede utilizarse para fomentar una “salida alternativa” de una secuencia de procedimiento en el que se aplaca a los demás).

D.4.3) La capacidad de que los terapeutas se basen en su formación previa para utilizar estrategias terapéuticas que son adecuadas para los temas identificados en las reformulaciones narrativas y diagramáticas.

D.4.4) La capacidad de recurrir a métodos analíticos:

a) Ofreciendo un espacio seguro para que la persona tome la iniciativa de sacar a relucir temas que le preocupan y utilizar la terapia de forma proactiva.
b) Prestando atención a la comunicación inconsciente y a la identificación proyectiva como indicadores para entender lo que está sucediendo dentro de la relación terapéutica.

c) Observando la forma en que los procedimientos de rol recíproco identificados que no ayudan en la reformulación son activados dentro de la relación terapéutica, señalándolos de una manera no crítica, fomentando la autoconciencia y la reflexión y permitiendo la revisión de dichos procedimientos.

d) Reflexionando sobre la propia respuesta del terapeuta hacia el paciente, y considerándolo como una fuente útil de información sobre los procedimientos que pueden ser destacados en este paciente en particular.

e) Atendiendo a la conexión entre las dificultades actuales y la experiencia pasada y permitiendo a la persona reflexionar sobre ello entre sesiones (empirismo colaborativo) para promover el reconocimiento de los procedimientos.

D.4.5) La capacidad de recurrir a métodos cognitivos y conductuales:

a) Sugiriendo ejercicios estructurados de auto-seguimiento/auto-monitorización.

b) Usando un diario con observaciones de las experiencias emocionales problemáticas.

c) Utilizando experimentos conductuales para ensayar, conjuntamente, las nuevas "salidas".

D.4.6) La capacidad de recurrir a técnicas experienciales para:

a) Abordar las experiencias de abuso o pérdida de la infancia.

b) Confrontar las "voces" o comentarios internos negativos. Por ejemplo, ayudar a la persona a considerar la posibilidad de escribir cartas para "no enviar", es decir, cartas en las que el paciente se sincera con una persona con la que tiene asuntos pendientes, pero que no le va a leer en la vida real (por ejemplo, dirigidas a una figura abusadora, a un padre fallecido...).

D.4.7) La capacidad de recurrir a técnicas para trabajar con los recuerdos basados en el trauma, para:

a) Ayudar a la persona a identificar y monitorizar los factores desencadenantes de la re-experimentación del trauma, basados en

recuerdos, imágenes y "voces" internas (como, por ejemplo, una autocrítica severa).

b) Ayudar a la persona a entender de dónde surgieron en su historia biográfica y a reflexionar y entender tales experiencias y voces.

c) Facilitar el reprocesamiento emocional de los recuerdos traumáticos.

d) Reconocer y trabajar con el trauma y la contra-transferencia corporeizadas.

e) Favorecer la capacidad de reconocer y buscar apoyo para el trauma vicario en el terapeuta.

D.5) Capacidad de utilizar la relación terapéutica para trabajar con las representaciones.

D.5.1) La capacidad de estar alerta a temas dentro de la relación terapéutica a los que pueda ser particularmente sensible (como la crítica o el abandono), y las formas en que éstos pueden ser movilizados, estimulados y actuados, tanto en la fase de compromiso como durante el transcurso de la terapia.

D.5.2) La capacidad de ser consciente del riesgo de verse involucrado y de actuar los roles recíprocos de la persona.

a) En la fase de compromiso (por ejemplo, cuando el terapeuta se siente empujado a "rechazar" a la persona o a ofrecerle un 'cuidado especial', siendo imprudente reciprocar con cualquiera de estas dos opciones, en lugar de tomar decisiones que sean adecuadas para la persona).

b) A lo largo del curso de la terapia (por ejemplo, no tener en cuenta el impacto un parón o del final de la terapia en una persona con miedo al abandono).

c) Cuando un rol recíproco que no es útil se ha activado en la relación terapéutica, el terapeuta debe tener la capacidad para reconocer lo sucedido y aceptar su parte en la actuación, señalándola como una oportunidad útil de aprendizaje.

D.5.3.1) La capacidad del terapeuta de identificar y reconocer su responsabilidad cuando se ha actuado un rol recíproco inoportuno dentro de la relación terapéutica, aprovechando esta situación como una oportunidad útil para el aprendizaje

D.5.3.2) La capacidad del terapeuta de presentarse a sí mismo como alguien auténtico, mientras permanece con seguridad dentro de los límites de la relación terapéutica.

a) Reconociendo de manera específica su propio papel en el proceso al explorar y trabajar para resolver las amenazas de ruptura de la alianza.
b) No adherirse a los aspectos técnicos de la PCA (por ejemplo, el uso de las herramientas propias) en detrimento de la alianza terapéutica.

D.5.4) La capacidad de reconocer que la dificultad de una persona para confiar en los otros puede manifestarse en forma de incapacidad de hablar honestamente sobre sus experiencias por miedo al rechazo y /o por esconder sus vulnerabilidades.

D.5.5) La capacidad de reconocer que la zona de desarrollo próximo (ZDP) de un paciente varía en diferentes estados del *self* e identificar aquellos estados donde su capacidad reflexiva está disminuida, con implicaciones para la alianza terapéutica.

D.5.6) Capacidad para reconocer y explorar las representaciones de RR de tal forma que la relación terapéutica sea una oportunidad para un nuevo aprendizaje sobre la autogestión en las relaciones. Esto se podrá trabajar sólo si la persona tiene preservada la función reflexiva y si los contenidos abordados se encuentran dentro de su zona de desarrollo próximo y ventana de tolerancia emocional. Para ello, será necesario:

a) Establecer vínculos entre las representaciones de los RR y la reformulación PCA.
b) Negociar la comprensión de las representaciones de los RR en la terapia, para alcanzar un consenso sobre la experiencia de ambos (del terapeuta y la persona) en los procesos relacionales.
c) Ayudar a la persona a identificar las formas en que su reacción a la terapia y/o al terapeuta pueden ser moldeados por sus experiencias previas y sus expectativas de los demás en las relaciones.
d) Explorar con la persona si puede haber formas alternativas de responder en tales situaciones.

D.6) Capacidad de reconocer y resolver las amenazas a la alianza terapéutica y reparar las rupturas en la alianza.

D.6.1) La capacidad de identificar una amenaza inminente o ruptura de la alianza terapéutica y de cambiar el foco para identificar los procedimientos problemáticos que se están actuando durante la sesión y trabajar con la persona para resolverlos:

a) Reenfocando la atención en la alianza terapéutica:

-Reconociendo la experiencia de la persona y ayudándola a expresar sus pensamientos y sentimientos sobre lo que está sucediendo en la sesión.
-Explorando cuidadosamente la experiencia de la persona sobre lo que está sucediendo.
-Vinculándolo con la reformulación (o, si ésta no se ha desarrollado aún, vincularlo a un patrón u otra comprensión compartida).
-Ofreciendo una explicación de por qué puede haber ocurrido esto (por ejemplo, que los patrones de relación pueden repetirse en todas las relaciones, incluida la relación terapéutica).
-Invitando a la persona a opinar sobre si este vínculo y explicación provisional tiene sentido para él y da cuenta de lo que ha sucedido en la sesión.
-Negociando una comprensión compartida de la experiencia, con el objetivo de alcanzar un consenso.
-Facilitando cualquier reacción emocional a esta experiencia e identificando cómo ha sido entendida.

b) Manteniendo el foco en este proceso hasta que la amenaza a la alianza se haya resuelto.

D.7) Capacidad para sostener y consolidar el cambio positivo.

D.7.1) Capacidad para abordar los PRR que pueden ser actuados a medida que la persona comienza a experimentar un cambio positivo, y que pueden socavar o negar lo que se ha logrado (patrones de auto-sabotaje, pegas, en términos de PCA).

D.7.2) La capacidad de ayudar a la persona a mantener y generalizar los cambios positivos, incluyendo los observados en la sesión. Por ejemplo:

a) Identificando los PRR que tienen un impacto negativo en su capacidad de mantener un cambio positivo (por ejemplo, el "auto sabotaje").
b) Ayudando a la persona a reconocer y revisar las relaciones "*self to self*" que tiene consigo misma (por ejemplo, los patrones relacionados con la autocrítica interna, el abuso y la auto-negligencia).
c) Ayudando a la persona a desarrollar una capacidad de autocompasión y autocuidado a través de la adquisición de nuevas habilidades y procedimientos, y a través de la internalización gradual de RR más benignos actuados en la relación terapéutica.

d) Llamando la atención sobre las "salidas alternativas" que se están produciendo (por ejemplo, formas de mejor auto-cuidado).
e) Al darse cuenta de las "salidas" que surgen dentro de la relación terapéutica (por ejemplo, validar cada vez que un paciente complaciente muestra desacuerdo con el terapeuta, demostrando con ello una nueva habilidad).

D.8) Capacidad de monitorizar el cambio (reconocimiento y revisión).

D.8.1) La capacidad de ayudar a la persona a evaluar su progreso en el reconocimiento y la revisión de los problemas y procedimientos centrales, así como:

a) Usar hojas de autorregistro de PCA (u otros métodos acordados conjuntamente por la persona y el terapeuta) para anotar y explorar las variaciones en el progreso e identificar si el reconocimiento y la revisión de los procedimientos problemáticos han tenido éxito o no).
b) Utilizar el Cuestionario de Estructura de la Personalidad (PSQ) como herramienta para ayudar a la persona a identificar su experiencia de "cambio de estado" y como medida de cambio.
c) Ayudar a la persona a identificar y reflexionar sobre su experiencia de estados específicos (estados mentales o estados de *self*), usando el Procedimiento de Descripción de Estados (SDP).
d) Utilizar medidas adecuadas para registrar resultados, además de la supervisión de cambios específicos de la PCA.

TRABAJAR CON LA NATURALEZA DE TIEMPO LIMITADO DE LA PCA.

E.1) Capacidad de utilizar las habilidades de PCA para manejar la finalización de la terapia.

E.1.1) La capacidad, a lo largo de la terapia, de anticipar y abordar los sentimientos de la persona, a cerca de la finalización de la terapia, y su significado para ellos.

E.1.2) La capacidad de facilitar un final deliberado, consciente y mutuamente acordado, para ayudar a la persona a aprender a manejar la decepción y la pérdida, a través de:

a) La Psicoeducación sobre el valor de terminar, como una cuenta atrás hacia el final.

b) La discusión en terapia sobre experiencias previas de finales.
c) La transmisión de confianza en la capacidad de gestión de la persona.
d) Permitir tiempo y espacio para que la persona explore sus sentimientos sobre el final.
e) Explicar y dar valor a la fase de seguimiento.

E.1.3) La capacidad para anticipar y reconocer cuándo es probable que un final sea difícil, por ejemplo:

a) En reacciones de duelo no resueltas, donde ha habido múltiples experiencias de abandono o rechazo.
b) Cuando una persona tiene un estilo de apego muy ansioso.
c) Cuando ha habido poca evidencia de cambio durante la terapia

E.1.4) La capacidad del terapeuta de ser consciente y capaz de manejar sus propios sentimientos acerca de los finales, separaciones, pérdidas (que surgen de su propia historia y en la actualidad) y de transmitir a la persona que pueden manejar estos sentimientos.

E.2) Capacidad de producir y utilizar cartas de despedida y seguimiento.

E.2.1) La capacidad de utilizar cartas de despedida con la persona, que incluye:

a) Escribir una carta a la persona en la que el terapeuta se muestra empático y constructivo:
-Resumiendo el cambio de los roles y procedimientos recíprocos, indicando lo que se ha logrado y lo que no se ha logrado en el curso de la terapia.
-Poniendo de relieve la posibilidad de auto sabotaje, anticipándose a los problemas que la persona puede tener en respuesta al final y en el futuro.
-Planificando la prevención de recaídas, señalando cómo se puede mantener el progreso y la importancia de la práctica continua de las salidas y los procedimientos revisados.
-Comunicando algo de sus propios sentimientos sobre el final de la relación terapéutica.

b) Comprometer a la persona para escribir una carta de despedida hacia el terapeuta, transmitiendo de forma honesta su experiencia con la terapia, el final y el futuro.
c) Manejar el intercambio de cartas en la última o penúltima sesión,

atendiendo a las respuestas emocionales de la persona (y del terapeuta), y reconocer cualquier sentimiento mixto sobre el final (por ejemplo, la decepción y el enojo, así como sentimientos positivos como el aprecio y la gratitud).

d) Señalar las áreas de convergencia entre las cartas del terapeuta y de la persona, así como los puntos de diferencia, y el significado de éstos.
e) Asegurarse que la persona tenga copia de ambas cartas para llevarse consigo (como recuerdo del trabajo realizado en conjunto y los avances que se han logrado).
f) Cuando la persona tenga dificultades particulares al final de la terapia en relación con la pérdida o el abandono (lo que significa que la finalización de la terapia tendrá un significado particular para ella), tener la capacidad de reconocerlo.
g) Cuando sea necesario, intercambiando cartas de despedida antes de la penúltima sesión (para permitir que se trabaje más tiempo hasta el final).

E.2.2) La capacidad de planificar cualquier sesión de seguimiento según sea apropiada para la persona y el contexto del servicio, por ejemplo:

a) Trabajar con los equipos o servicios pertinentes para ofrecer paquetes de cuidados adicionales.
b) Ofrecer sesiones adicionales (espaciadas en varios meses) dependiendo de la necesidad.
c) Usar sesiones de seguimiento para fomentar el progreso de la persona, identificando lo que ha ido bien, lo que le ha supuesto dificultades y las áreas que necesitan más trabajo.

E.3) Capacidad para trabajar con otras organizaciones y sistemas involucrados en el cuidado de la persona.

Esta sección se refiere al enlace del terapeuta con otras personas involucradas en el cuidado de un paciente con el que están haciendo terapia PCA. Pero no se refiere a las competencias necesarias para consultar con los equipos, sino que se refiere, por ejemplo, a la utilización de la reformulación contextual para favorecer la participación de equipos de trabajo o de consultoría organizativa que se relacionan con el paciente sin estar necesariamente involucrados como terapeutas de éste).

E.3.1) La capacidad de trabajar en colaboración y con respeto con sistemas más amplios involucrados en la persona (por ejemplo, servicios de salud mental, servicios

sociales, servicios de protección, policía, miembros de la familia, pareja, etc.), y:

a) Cuando se identifique que existe un riesgo significativo e inmediato de daño a sí mismo o a otros, comunicando esto de manera clara y efectiva a las partes relevantes (con el consentimiento y acuerdo de la persona cuando sea posible).

b) Identificar el potencial de estos sistemas para apoyar la realización de la terapia, por ejemplo, animando y apoyando a la persona para que asista a las sesiones y trabaje en las tareas de auto-monitorización entre las sesiones.

c) Identificar la posible influencia adversa de estos sistemas en la terapia y utilizar el modelo de PCA para:

-Reformular las representaciones y las perspectivas de aquellos que trabajan dentro de estos sistemas y las formas en las que se relacionan entre sí mediante el desarrollo de una "reformulación contextual".

-Identificar y trabajar con los propios roles del terapeuta "en" y "con relación a" los sistemas más amplios.

-Mejorar la comprensión por parte de los miembros del sistema más amplio.

-Identificar formas alternativas de respuesta que aborden los patrones de relación poco útiles.

METACOMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LA PCA

F.1) Capacidad para decidir la idoneidad de la PCA para un paciente referido.

F.1.1) La capacidad para decidir si la PCA puede ser una terapia segura y efectiva para una persona que busca ayuda.

Tener en cuenta para esta decisión que, aunque la PCA es altamente inclusiva y ofrecida a muchos pacientes considerados inadecuados en otros modelos, algunas personas pueden seguir siendo inadecuadas para la psicoterapia, al menos en el momento de la evaluación.

F.1.2) La capacidad de prever contraindicaciones para la práctica de PCA en determinados casos, incluidos los trastornos psicóticos agudos, el abuso activo y continuo de sustancias, la poli-medicación, trastornos físicos agudos graves o un riesgo activo de

violencia.

F.1.3) La capacidad para decidir si la persona se encuentra en condiciones de dar un consentimiento informado para el tratamiento, habiendo recibido una explicación clara de los posibles riesgos, expectativas realistas del beneficio y valorar si dispone de suficiente tiempo para tomar dicha decisión.

F.1.4) La capacidad para identificar los límites personales de las competencias del propio terapeuta y tenerlos en cuenta al hacer una oferta de terapia.

F.2) Capacidad para integrar las tareas y el proceso para mantener la alianza terapéutica.

F.2.1) Capacidad para decidir cuándo es apropiado trabajar en las tareas de la terapia (como el desarrollo de la reformulación) o cambiar la atención al proceso relacional (como las representaciones de los RR, rupturas de la alianza terapéutica, o la respuesta de la persona a determinadas tareas de la terapia). Un ejemplo de ello sería evitar completar el Cuestionario de Psicoterapia).

F.2.2) La capacidad de reconocer cuándo surge un problema de proceso o de la representación de los RR y decidir si es útil reflexionar sobre esto con la persona en ese preciso momento.

F.2.3) La capacidad de identificar cuándo el abordaje de ciertas tareas puede provocar reacciones en la persona que son características de sus RR particulares (por ejemplo, el cumplimiento con resentimiento, el desprecio, o la idealización).

F.3) Capacidad para identificar la zona de desarrollo próximo de la persona (ZPD).

F.3.1) La capacidad de fomentar aprendizajes que la persona es capaz de hacer con la ayuda del terapeuta, que de otra manera estaría más allá de su capacidad.

F.3.2) Capacidad para determinar cuán por delante de la persona se debe de estar, estimulando y desafiando a la persona, pero no tan lejos como para que no pueda mantener su motivación o beneficiarse de la intervención.

F.4) Capacidad de controlar el riesgo de que la terapia cause daño.

F.4.1) La capacidad para identificar el riesgo de daño a medida que avanza la terapia. Por ejemplo, detectar la tolerancia a la angustia de un paciente cuando se trabaja en el marco de la PCA.

F.4.2) La capacidad para identificar cuándo las emociones desagradables experimentadas en la terapia son una parte útil del proceso terapéutico (acceder a recuerdos angustiosos, experimentar sentimientos protegidos antes de reprocesarlos y asimilarlos) y son consentidos por la persona.

F.4.3) La capacidad para identificar cuándo las emociones desagradables experimentadas en la terapia no son terapéuticas, y son un signo de que la terapia se está desviando del camino y es probable que lleve a un resultado negativo.

F.4.4) En estas circunstancias, la capacidad para decidir qué estrategias se pueden emplear para proteger la seguridad y la autonomía personal de la persona, por ejemplo, para determinar:

a) Cuándo plantear a la persona la posibilidad de que esta terapia no le está ayudando y revisar si debe continuar.
b) Cuándo buscar apoyo externo, por ejemplo, sugiriendo que la persona y el terapeuta consulten a un colega con experiencia para ayudarlos.
c) Cuándo organizar una consulta con un terapeuta alternativo apropiado, si se ha roto la alianza y ésta se ha vuelto intratable.

A fin de reflejar las incorporaciones de España y Chile al documento de competencias, que reflejan un matices en la concepción teórica y práctica de la PCA en estos países, se han mantenido dichas incorporaciones en el texto marcadas de color verde.

Listado de abreviaturas:

- PCA: Psicoterapia Cognitivo Analítica
- RR: Roles recíprocos
- PRR: Procedimiento de rol recíproco
- SDP: Procedimiento para la descripción de estados.
- SPQ: Cuestionario de Estructura de la Personalidad.
- RDS (o SDR en inglés): Reformulación Diagramática de la secuencia
-

Traducido y adaptado al castellano por los siguientes miembros de la Asociación de Psicoterapia Cognitivo Analítica de España:

- *Esther Gimeno Castro*
- *Gabriele Stabler*
- *Mavi Gómez de Ramón*
- *Araceli Lubroth Galiano*
- *Carlos Mirapeix Costas*
- *Barbara Patrizi*
- *Pau Rodríguez Mayor*
- *David Harvey (revisor)*

Versión inglesa disponible online en:
https://www.ucl.ac.uk/pals/sites/pals/files/2_cat_competences_framework_-_full_1.pdf