

Parte IV:

Hacia un Modelo de Indicación de las Técnicas Operativas, Procedurales e Intervenciones Clínicas en Psicoterapia Constructivista Cognitiva

Ps. Mg. José Luis Rossi Mery¹

Resumen

La presente investigación, de carácter teórico, aborda la evolución de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva en cuanto a sus fundamentos epistemológicos, teóricos y clínicos. En esta cuarta parte y final, se formulan los lineamientos de un modelo de indicación en Psicoterapia Constructivista Cognitiva, basado principalmente en la condición clínica y características idiosincráticas del paciente. Se propone de esta manera, la delimitación conceptual de un "Continuo Operativo-Procedural", que organiza las técnicas e intervenciones en niveles crecientes de complejidad, generando criterios de indicación en base a consideraciones clínicas, que permiten la flexibilidad de su aplicación, a través de la *Bidireccionalidad* de los procesos de cambio. Finalmente, se exponen algunas conclusiones y se genera una discusión con respecto a los beneficios y limitaciones de este modelo.

Palabras clave: Psicoterapia Constructivista Cognitiva, técnicas operativas, técnicas procedurales, bidireccionalidad del cambio.

Part IV. Towards a Model Indication of Technical Operational, Procedural and Clinical Interventions in Cognitive Constructivist Psychotherapy Summary

This research, theoretical, addresses the evolution of Cognitive Constructivist Psychotherapy in their epistemological, theoretical and clinical basis. In this fourth and final part, the guidelines of a model indication in Psychotherapy Cognitive Constructivist are formulated, based primarily on the clinical condition and idiosyncrasies of the patient. In this way it is proposed the conceptual definition of an "Operating-Procedural Continuous" which organizes techniques and interventions at increasing levels of complexity, generating indication criteria based on clinical considerations, that allow flexibility of application, through

bidirectionality of the change processes. Finally, some conclusions are presented and a discussion is generated regarding the benefits and limitations of this model.

Keywords: Cognitive constructivist psychotherapy, operational and procedural psychotherapeutic techniques, bidirectionality of change.

Criterios para orientar la indicación en Psicoterapia Constructivista Cognitiva

A continuación se delimitarán las bases de una propuesta teórica que pretende orientar la indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones clínicas en la psicoterapia constructivista cognitiva, en base a los antecedentes teóricos planteados y otras consideraciones anexas.

"La metateoría tiene que ver con los aspectos aplicados de la práctica clínica, permitiendo que el uso de las técnicas y metodologías psicoterapéuticas se flexibilice y adecúe de acuerdo a las necesidades particulares de cada paciente y su sintomatología. Esto se aprecia con claridad cuando se hace uso de las técnicas operativas, las que se caracterizan por exhibir una metodología y estructuración rigurosas en las indicaciones y procedimientos para su uso, pero que al momento de aplicarlas, requieren de los ajustes y modulaciones necesarios para un caso particular, de modo que favorezcan las condiciones de cambio personalizado. La sabiduría con que el terapeuta se ajuste a las demandas particulares de cada sujeto, proviene en parte del conocimiento que éste tiene del paciente y sus circunstancias, y en otra parte, de los dispositivos metateóricos con que cuenta, que le facilitan una perspectiva comprensiva global, considerando los múltiples aspectos en su análisis del caso. Esta mirada global, que es una opción técnicamente orientada del terapeuta, le permite el ir y venir del relato a la interpretación, y proviene precisamente del marco conceptual, en este caso cognitivo, que provee la metateoría..." (Yáñez, 2005, pp. 89-90)

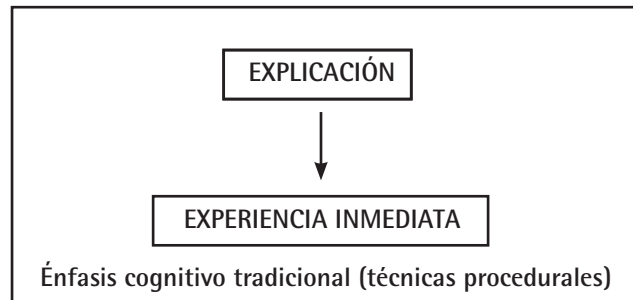
1. Académico Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez. Académico Departamento de Psicología, Universidad de Chile | E-mail: jose.rossi@uai.cl
Dirección para correspondencia: Av. Presidente Errázuriz 3328, Las Condes, Santiago de Chile.

Síntesis de la Propuesta

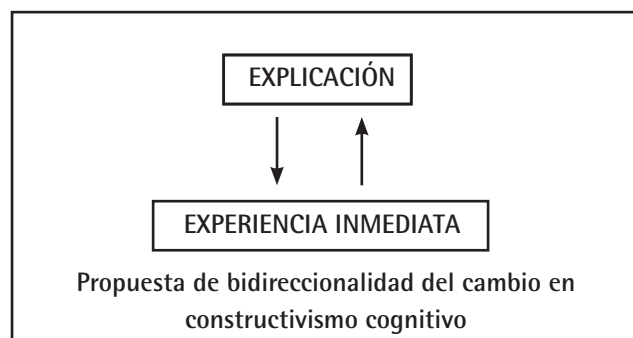
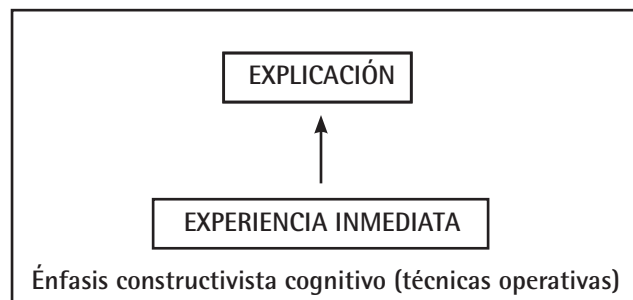
1. No existe sólo una vía para el cambio terapéutico: No sólo el *insight* promueve el cambio, a veces tareas conductuales específicas, la validación de la propia experiencia que es promovida por el terapeuta, o la relación misma podrían ser herramientas relevantes para promover el cambio.
2. Debemos dilucidar entonces qué tipo de pacientes se beneficiarán de qué estrategias terapéuticas específicas. Reducir el cambio al insight sería simplificar la experiencia subjetiva (Gabbard, en Riquelme & Thumala, 2005). En algunos pacientes el *insight* puede promover una nueva experiencia relacional, mientras que en otros podría no tener el efecto deseado, incluso ser iatrogénico. Por otra parte, reducir los

procesos de cambio a las estrategias conscientes de afrontamiento es no hacerse cargo de un vasto terreno de la experiencia humana, que da cuenta de muchas dinámicas de funcionamiento que contribuyen a la génesis y mantenimiento de los problemas de nuestros pacientes.

3. En este sentido, se propone una *bidireccionalidad* del cambio en psicoterapia constructivista cognitiva: La explicitación de los procesos implícitos, puede aumentar la complejidad del sí mismo, generando una apertura hacia nuevos y más inclusivos modos de operar; sin embargo el abordaje de los procesos de pensamiento consciente y explícito también puede fomentar el ordenamiento de los procesos subjetivos y emocionales, de modo tal que se facilita el cambio en un nivel implícito.



(Adaptado de Kühne, 2004)



Desde esta propuesta, se proponen los siguientes tipos de cambio en relación a las técnicas e intervenciones:

- a. Técnicas operativas e intervenciones de escucha: Probablemente actúan de manera predominante (y no de manera exclusiva) sobre los procesos conscientes de la experiencia subjetiva, modificando secundariamente los procesos implícitos. Por una parte, tenemos las técnicas conductuales basadas en los principios del condicionamiento clásico, operante y modelado. Las técnicas basadas en el condicionamiento clásico implican la adquisición de un nuevo aprendizaje de carácter asociativo, que implica el establecimiento de una nueva relación entre estímulos del medio externo y procesos subjetivos; o bien implican la extinción de una asociación entre estímulos externos y procesos subjetivos. De esta manera, mediante acciones conscientes y explícitas (técnicas conductuales) se genera un cambio a nivel de la memoria implícita asociativa, que puede ser perdurable en el tiempo, pues se generan nuevas redes sinápticas, se fortalecen redes preexistentes, o bien se debilitan circuitos neuronales que sustentaban asociaciones disfuncionales vinculadas a la sintomatología del paciente.

Las técnicas basadas en el condicionamiento operante implican también un aprendizaje de tipo asociativo, donde se adquieren nuevos repertorios conductuales (que resultan más adaptativos) y se extinguen otros repertorios (desadaptativos). La aplicación exitosa de estas técnicas podría, inicialmente mediante mecanismos explícitos, reestructurar progresivamente la memoria implícita asociativa y procedural. De manera hipotética y en concordancia con el marco teórico expuesto, se podría plantear que probablemente los circuitos neuronales involucrados en estos procesos serán probablemente de predominio subcortical, involucrando estructuras como el sistema límbico, los ganglios basales y el cerebelo. Para dilucidar los mecanismos neurobiológicos de este tipo de cambio, serían de utilidad los estudios de neuroimágenes funcionales.

Tomando como ejemplo el caso de la *exposición en vivo* (Wolpe, 1977; Labrador, 2008), es posible plantear que podría ser una técnica que no sólo promueve el cambio superficial, sino que también favorece el despliegue del cambio profundo en el mediano y largo plazo. Por ejemplo: un paciente con un cuadro agorafóbico, con severas conductas de evitación que no salía de su casa hace más de cinco años. Tras un procedimiento de exposición en vivo de una duración de 10 sesiones, logra extinguir las conductas de evitación e incluso emprender largos viajes, saliendo del país. En este caso, la terapia de exposición no sólo promueve el cambio conductual e inhibe la activación autonómica (cambio conductual – fisiológico), sino que también

podría implicar un cambio en las creencias profundas de este sujeto. ¿No será que esta experiencia es promotora de un proceso de construcción de nuevos significados del sí mismo, con límites que incluso van mucho más allá de los que históricamente se ha autoimpuesto este paciente? Esta propuesta teórica se centra entonces en considerar a las técnicas operativas como herramientas que incluso, bajo ciertas circunstancias y en ciertos pacientes, pueden ser promotoras de cambios profundos en la estructura de significados del Sí Mismo. Ahora, el cambio profundo requiere de un proceso y es probable que en algunos pacientes el uso de estas técnicas sea sólo el punto de partida para "habilitar" un proceso de cambio, que requiere de un trabajo personal. Probablemente y dependiendo de los recursos del paciente las técnicas generan un cambio diferencial.

Por otra parte, están las técnicas del Cognitivismo Clásico (Beck, 2000), que ponen el foco principalmente en la reestructuración de las interpretaciones racionales que el sujeto hace acerca de la realidad. Mediante el "empirismo colaborativo" el terapeuta irá desafiando las interpretaciones "distorsionadas" del paciente (Beck, 2005). Probablemente este cambio se vincula a la modificación de procesos atencionales de sistemas de memoria explícita y de la función reflexiva, fomentando el desarrollo de una mayor capacidad de observación de los procesos psicológicos conscientes, identificando precozmente patrones disfuncionales de procesamiento de la información que favorecen la experimentación recurrente de estados emocionales que generan sufrimiento y patrones conductuales disfuncionales. Siguiendo los postulados de las neurociencias modernas expuestos, se podría hipotetizar que este mecanismo de cambio se sustenta neuralmente en estructuras cerebrales de predominio cortical, como la corteza frontal dorso-lateral y sus conexiones con estructuras subcorticales. Por ejemplo, Paquette et. al. (2002) encontraron normalización del metabolismo frontal luego de un tratamiento exitoso en pacientes con fobia social y fobia específica, mediante psicoterapia cognitivo conductual. Goldapple et. al. (2004), demuestran como la TCC induce cambios en la modulación de la actividad de la corteza medial frontal y cingulada, en pacientes con trastorno depresivo mayor. Jensen et. Al (2012), mediante un análisis de fMRI concluyen que la TCC aumenta la activación de la corteza prefrontal ventrolateral y orbitofrontal, en pacientes con fibromialgia, lo que conduce a un mayor acceso a las regiones de control ejecutivo, permitiendo una reevaluación de la experiencia de dolor, y la disminución de su intensidad.

¿Quiere decir esto que las técnicas operativas generarían cambios "de superficie" y no duraderos? No. La evidencia empírica nos ha mostrado ampliamente que las técnicas

operativas son efectivas y capaces de generar cambios duraderos en el sujeto. En este sentido es importante señalar la importancia de la *bidireccionalidad del cambio*, donde no sólo es relevante abordar los procesos implícitos, sino que también la reestructuración de los procesos explícitos será capaz de modificar las emociones recurrentes que experimenta un sujeto, mediante el desarrollo de habilidades que van a generar una tendencia al equilibrio en el funcionamiento de las dimensiones operativas. Si este proceso es recurrente en el tiempo, ¿será posible generar cambios más profundos en la organización del sí mismo? Probablemente en algunos pacientes se genera un proceso de habilitación para una psicoterapia orientada a la modificación de estructuras profundas, mientras que en otros pacientes será el punto de partida para comenzar a comportarse de otra manera, y por lo tanto a ir adquiriendo novedosas representaciones de sí mismo que aumenten la complejidad y generatividad del sujeto.

En principio, se postula que las técnicas operativas deben ser utilizadas, en primera instancia, como un dispositivo que busca la restitución de una homeostasis en el operar del sujeto, para fomentar la reducción sintomática y promover la restitución de la continuidad del Si Mismo en el tiempo, pero sus efectos pueden trascender a los objetivos esperados, fomentando no sólo la habilitación del cambio profundo, sino que también pueden tener un efecto sinérgico al ser utilizadas junto a las técnicas procedurales, en diferentes momentos del proceso terapéutico, de acuerdo a las necesidades del paciente

- b. Técnicas procedurales e intervenciones de acción:** En el caso de la exploración experiencial, el ir centrando el foco de análisis en la experiencia inmediata, la experiencia reflexiva y su convergencia con elementos ambientales y situacionales, nos provee de una herramienta terapéutica que facilita la reconstrucción de la experiencia, para disminuir la discrepancia entre sus dos niveles (Zagmutter, 2004). De esta manera, el paciente adquiere nuevas formas de experimentar a sí mismo y a la realidad, lo que fomenta el cambio profundo.

En cuanto a la metacomunicación (Safran & Segal, 1994), es una técnica que promueve la identificación y explicitación de patrones relacionales implícitos, que son conceptualizados como ciclos cognitivos interpersonales disfuncionales que se activan ante la emergencia de esquemas prototípicos que obstruyen las relaciones y generan sufrimiento. Es decir, es una técnica que permite que ciertos elementos tácitos de la experiencia del paciente se vuelvan explícitos, lo que apunta hacia procesos de cambio profundo y modifica al mismo tiempo un cambio de superficie, que se traduce en

un cambio en la dinámica de las dimensiones operativas. El terapeuta hace "explícito lo implícito", aumentando la conciencia del paciente acerca de sus propios patrones de comportamiento y su vinculación con experiencias profundas. Es decir, se empieza a construir un significado, ahí donde sólo había un "automatismo mental", un síntoma que no tenía relación y que ahora se inserta en la subjetividad del paciente, tanto en el eje sincrónico como diacrónico, adquiriendo sentido e inserción biográfica.

Se genera un cambio, no sólo a nivel del surgimiento de nuevas significaciones, sino que además, es posible que se genere un cambio (predominantemente) en la memoria procedural del paciente, que de acuerdo al marco teórico expuesto, tiene su asidero en estructuras neuroanatómicas subcorticales, como la amígdala, el cerebelo y los ganglios basales. Un nuevo aprendizaje, emocionalmente significativo, que emerge en un contexto protegido, en una relación estructurada de un modo estratégico, de tal manera que se repliquen las condiciones de un apego seguro y se promueva un cambio duradero en la experiencia.

Estas técnicas por tanto, pueden ser una herramienta de cambio fundamental, que deben ser indicadas en pacientes que tengan una motivación al cambio profundo, que tengan los recursos suficientes y que no estén cursando síntomas psicopatológicos severos. La evidencia expuesta plantea que las autorrevelaciones y las interpretaciones transferenciales deben ser utilizadas con precaución, ya que si bien son muy eficientes en algunos pacientes, en otros correlacionan negativamente con el cambio terapéutico (Roth & Fonagy, 1996; Hoglend, 2004)

Sin embargo, hay que tener precaución con tomar de manera literal la consideración psicopatológica del paciente, en el sentido del diagnóstico sindromático, pues éste describe un operar del sujeto, pero no representa sus características, habilidades y recursos idiosincráticos. Al mismo tiempo, hay que hacer consideraciones evolutivas, en torno al estado actual del paciente, curso y pronóstico, en función de la multiplicidad de variables involucradas en el análisis clínico del "caso a caso". En términos simples, ¿podemos incluir técnicas procedurales e intervenciones de acción en la psicoterapia de un paciente con un trastorno del espectro psicótico o con un diagnóstico de trastorno de personalidad grave? De acuerdo a esta propuesta, la respuesta es sí. Incluso en algunas ocasiones no sólo es un elemento que podría potenciar la psicoterapia, sino que además resulta necesario. En el caso de los pacientes psicóticos, una vez transcurrida la crisis, el paciente se ve enfrentado a la necesidad de dar sentido a la experiencia psicótica y seguir construyendo una biografía. En el caso de los pacientes con trastornos de la

personalidad, especialmente la metacomunicación puede ser de gran utilidad, pues estos pacientes tienen un predominio de síntomas relacionales, y muchas veces requieren aumentar la conciencia del impacto que su conducta puede tener sobre los otros, y generar nuevos patrones relacionales más flexibles e inclusivos, en el contexto de una nueva relación. Por otra parte, las intervenciones de acción tales como la bisociación, confrontación e interpretación (Cormier & Cormier, 2000), promueven el cambio profundo, pues establecen novedosas asociaciones entre elementos tácitos y explícitos, previamente no conscientes para el paciente y que amplían el espectro de significaciones posibles. La utili-

zación de estas técnicas e intervenciones deben considerar entonces en qué momento, con qué paciente en particular, y en que "dosis" pueden ser utilizadas.

Se propone, de esta manera un *modelo incipiente* de indicación en psicoterapia constructivista cognitiva que pondere diferentes variables al momento de la elección de las técnicas e intervenciones terapéuticas, que permita una adecuada movilidad dentro de un continuo "operativo-procedural", con el fin de ofrecer un modelo de atención que responda a diversas necesidades clínicas, optimizando los recursos terapéuticos y del paciente.

Un Continuo "Operativo-Procedural" (Adaptado de Gabbard, 2002)



(Reducción sintomática)

(Énfasis en el proceso y cambio profundo)

INDICACIONES PARA EL ÉNFASIS OPERATIVO O PROCEDURAL EN LA PSICOTERAPIA	
Técnicas Procedurales e Intervenciones de acción (terapeuta con un rol predominantemente "perturbador")	Técnicas Operativas e intervenciones de escucha (terapeuta que promueve la restitución de un equilibrio)
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología y sufrimiento de menor Intensidad • *Tendencia a la Abstracción • Tendencia a la Flexibilidad • *Tendencia a la Inclusión • Tendencia a la Proactividad • Alianza Terapéutica Sólida • Expectativas del paciente orientadas a la comprensión de sí mismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de Sintomatología Aguda con sufrimiento significativo • Tendencia a la Concreción • Tendencia a la Rigidez • Tendencia a la Exclusión • Tendencia a la Reactividad • Alianza Terapéutica Frágil o no Constituida • Expectativas orientadas a la reducción sintomática y/o desarrollo de habilidades

**Las consideraciones en torno a la abstracción y la inclusión son relativas en función de la realidad clínica particular. De la misma manera, la tendencia hacia el polo "positivo" de las dimensiones operativas es de carácter orientativo, pues el análisis debe centrarse también en la movilidad dentro de las polaridades antitéticas*

Consideraciones finales

Lejos de plantear un modelo consolidado, se propone un punto de partida para comenzar la investigación en torno a este tema, pues se requiere de un mayor sustento teórico y una aproximación metodológica, que permita dilucidar de manera más precisa, los criterios vinculados a la indicación en Psicoterapia Constructivista Cognitiva. Al respecto, Zagsmutt sintetiza de manera clara esta inquietud: "... algunos autores han propuesto un enfoque pragmático en el sentido de evaluar qué tipo de terapia sirve para qué tipo de paciente. Ante esta situación mi propuesta es cambiar el foco hacia evaluar cuál es el nivel de complejidad de la intervención requerida para cada paciente específico. No es lo mismo una intervención en alguien que tenga un problema que pertenezca a los niveles de superficie que otro que corresponda a un nivel de alta complejidad en el sistema personal de conocimiento. Esta actitud permitiría aplicar intervenciones diferenciales aumentando el nivel de eficacia terapéutica" (Zagsmutt, 2008).

Sin embargo como psicoterapeutas cognitivos debemos tener en mente que el problema de la indicación no se resuelve con la declaración de criterios explícitos, que sean utilizados desde una perspectiva categorial de la realidad clínica, pues nuestros pacientes operan de un modo dinámico, que nos obliga a una continua evaluación y redefinición del estado actual de las dimensiones operativas del paciente: Un mismo paciente puede requerir en un momento determinado de la terapia una orientación operativa, mientras que el mismo paciente, en otro momento puede requerir una orientación procedural. Incluso el foco y metas de la psicoterapia, pueden plantear el requerimiento permanente de una "doble orientación". En términos clínicos: un paciente que consulta por la reciente ruptura de su relación de pareja, tras descubrir una infidelidad en el matrimonio. Es el mismo paciente quien, al sintetizar sus expectativas frente a la psicoterapia, plantea el desafío de adoptar una integración de la técnica: "Me gustaría que me orientara en dos aspectos: Primero que me ayude a hacer una "administración" de esta crisis, y segundo, que si mi relación no se recompone, me ayude a pensar en lo que se viene de aquí en adelante... Me siento como a la deriva y debo volver a ordenarme para poder proyectarme hacia el futuro..." (Anónimo, 2013). Probablemente para poder abordar el requerimiento de este paciente será necesario apelar a las técnicas operativas e intervenciones de escucha que permitan restituir parcialmente el equilibrio perdido (ej: disminuir las distorsiones cognitivas, las estrategias metacognitivas de rumiación que perpetúan el sufrimiento, utilizar entrenamiento en relajación para reducir sintomatología ansiosa, programación de actividades, etc.). Sin embargo, para su segundo requerimiento, ¿podemos hacer un manejo conductual que permita orientarlo a nuevas formas de integrar esta experiencia de un modo coherente en su sistema

de significados? ¿Abordaremos la infidelidad de su pareja desde una tendencia del paciente a las "distorsiones cognitivas"? Probablemente, al centrarnos desde una perspectiva no directiva, sino que desde la postura de un *perturbador emocional estratégicamente orientado* (Guidano, 1994), podremos facilitar el proceso de resignificación de esta experiencia, manteniendo una continuidad biográfica que permita el cambio profundo y que acerque a este sujeto a nuevas formas de estar en el mundo y de concebirse a sí mismo, más allá de un procesamiento racional de la experiencia en curso. El comprender por ejemplo su rol en la relación y los efectos interpersonales generados, serán tareas que podrán ser abordadas desde un marco teórico y técnico que nos otorga el constructivismo, las intervenciones de acción y las técnicas procedurales.

Conclusiones y discusión

La Psicoterapia Constructivista Cognitiva cuenta con un gran bagaje de técnicas e intervenciones, provenientes de diferentes etapas de evolución del modelo y es posible realizar una distinción entre las técnicas e intervenciones orientadas al *insight* y al cambio profundo, o bien hacia la mantención de una homeostasis de la experiencia del sujeto, cuyo objetivo será la reducción de la sintomatología actual y el restablecimiento de un nivel previo de funcionamiento. En este trabajo se sistematizaron algunos criterios clínicos que orientan la indicación en psicoterapia, dependiendo de la situación actual y de las características individuales de paciente, a través de un modelo que no restringe el quehacer clínico, sino que aporta la flexibilidad necesaria para redefinir continuamente el proceso terapéutico en función de las necesidades y recursos del paciente. Este aspecto se considera un aporte, desde una aproximación teórica- exploratoria, al problema de la indicación en este modelo psicoterapéutico.

Por otra parte se revisaron los aportes clínicos que se desprenden de la teoría constructivista cognitiva, que en la actualidad se constituye como un modelo que integra los aportes teóricos de los diferentes estadios evolutivos del modelo cognitivo y que define una teoría clínica integrada que permite dar respuesta a diversos problemas clínicos. Se destaca como aporte central de su teoría clínica y de la psicoterapia, la inclusión de nuevas técnicas e intervenciones clínicas. Si bien intervenciones clínicas tienen una amplia documentación en la literatura de la psicoterapia, no habían sido explicitadas en otros momentos de la evolución del modelo cognitivo. Además se proponen intervenciones novedosas, lo que permite ampliar el espectro de acciones terapéuticas posibles.

Por otra parte, en este trabajo se sistematizaron algunas técnicas e intervenciones, desde una definición conceptual elemental, ejercicio teórico que puede aportar al psicoterapeuta

en formación una visión general del espectro de herramientas clínicas con las que cuenta el modelo cognitivo en la actualidad. En este sentido, este trabajo podría servir como un "glosario" inicial que aporta una definición conceptual y algunos elementos generales que guían la aplicación, lo que orienta la investigación bibliográfica para profundizar en los procedimientos específicos de implementación de las técnicas, en base a las referencias.

En términos explícitos este modelo adscribe a las orientaciones actuales de la investigación en psicoterapia basada en la evidencia, y en la lógica de los modelos de eficacia y eficiencia. De esta manera, se abren diversas líneas de investigación en función de las características particulares de los terapeutas y pacientes, tanto en la línea de los factores específicos como inespecíficos involucrados en el ejercicio de la psicoterapia constructivista cognitiva. Al respecto, sólo algunas consideraciones:

1. Esta propuesta teórica toma como punto de partida la evidencia de otras fuentes de investigación, extrapolando los hallazgos, por lo que esta se constituye sólo como un modelo incipiente que debe ser contrastado en base a la investigación. En este punto es posible plantear una línea de investigación empírica centrada en la eficacia comparativa de una psicoterapia constructivista cognitiva basada en criterios de indicación de las técnicas e intervenciones, versus la no aplicación de los criterios, para confirmar o refutar el modelo y realizar mediciones posteriores de los indicadores de cambio, en base a mediciones pre y post, que registren el impacto en la reducción sintomática o en la percepción subjetiva del paciente, mediante una metodología cuantitativa o cualitativa.
2. El modelo teórico es limitado en la medida que considera sólo algunas variables implicadas en la indicación. Incluso al establecer la relación entre los trastornos psicopatológicos y las dimensiones operativas, se toman en consideración ciertos cuadros clínicos y no otros. Otras investigaciones teóricas podrían continuar desarrollando la relación entre diversas condiciones clínicas, su relación con el funcionamiento de las dimensiones operativas y la orientación de la indicación y además incluir no sólo el marco teórico de la psicoterapia psicodinámica, la psicopatología, la investigación en psicoterapia y neurociencias, sino que ampliar el referente teórico utilizando otros modelos de indicación en psicología clínica y psicoterapia.
3. En cuanto a la propuesta de los fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia, los conceptos utilizados se extraen directamente de investigaciones que establecen los correlatos neurobiológicos asociados a intervenciones cognitivas conductuales y psicodinámicas efectivas, por lo que tienen un sustento empírico. Sin embargo, otras asociaciones establecidas constituyen sólo una reflexión preliminar, en base a

la evidencia en neurociencias. Cobra especial relevancia generar nuevas líneas de investigación que permitan dilucidar el efecto neurobiológico de las intervenciones y técnicas, desde un marco teórico y metodológico de la terapia constructivista cognitiva.

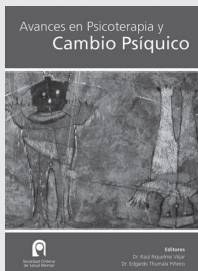
4. Por otra parte, pese a las limitaciones expuestas, fue posible establecer una relación entre la condición clínica del paciente, el funcionamiento actual de sus dimensiones operativas y la indicación de las técnicas en psicoterapia. En este aspecto se destacan dos puntos centrales: el rol del diagnóstico psicopatológico, como un punto de partida que permite dar cuenta no sólo de un conjunto de signos y síntomas, sino que permite además una conceptualización que describe una dinámica de relación entre elementos conductuales, afectivos y cognitivos, que constituyen un sistema que se retroalimenta a sí mismo, y que incluso se independiza de los factores etiológicos. En este sentido las técnicas operativas permiten dar respuestas atinentes que permiten interrumpir estas dinámicas disfuncionales, mejorando la calidad de vida y adaptación del sujeto, y otorgando un terreno fértil para el cambio profundo. En términos clínicos: Si asumimos que un paciente con un T.O.C. puede ser tratado en principio con una terapia de exposición y prevención de respuesta, estamos asumiendo por una parte que los principios del condicionamiento operante (refuerzo negativo) han contribuido al origen y mantenimiento de la sintomatología obsesiva compulsiva, y por tanto como terapeutas desplegaremos los recursos técnicos necesarios para facilitar la interrupción de este mecanismo disfuncional. ¿Quiere decir esto que el síntoma no tiene una inserción biográfica, que no se relaciona con experiencias patogenéticas tempranas y escenas prototípicas que determinan la organización de sus reglas de funcionamiento actual? Es muy probable que estos factores sean centrales en la génesis y comprensión de los síntomas, por lo que el terapeuta constructivista cognitivo debe realizar una conceptualización de manera paralela en este nivel, anticipándose también a este foco de trabajo. Pero será el paciente, su idiosincrasia y experiencia personal quien guiará nuestra conceptualización y el curso de la psicoterapia, orientando el foco hacia los aspectos profundos, a los aspectos del operar, o a ambas dimensiones de manera simultánea. Esta propuesta plantea entonces que los niveles anteriormente descritos contribuyen de igual manera a la etiología y la mantención de los síntomas psicopatológicos, y que el terapeuta, en un minucioso trabajo, deberá hacerse cargo de estos dos niveles, abordando el problema de acuerdo a las particularidades de cada caso.

Un modelo de esta naturaleza, contrastado empíricamente, permitiría optimizar los recursos y aumentar la eficacia y eficiencia del modelo, lo que se traducirá en un beneficio para nuestros pacientes, quienes serán receptores de una terapia diseñada en función de sus propios requerimientos.

Bibliografía

1. Beck, A. & Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Argentina, Ed. Paidós.
2. Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva*. Ed. Gedisa.
3. Cormier, W.; Cormier, L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Ed. Descleé.
4. Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Ed. Paidós.
5. Goldapple, K.; Segal, Z.; Garson, C.; et. al (2004) *Modulation of cortical limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy*. Arch. Gen. Psychiatry, vol. 61, pps. 34-41.
6. Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. España, Ed. Paidós.
7. Hoglend, P. (2004). *Analysis of transference in psychodynamic psychotherapy: a review of empirical research*. Can J Psychoanal 2004; 12:279-300
8. Jensen, K., Kosek, E., Wicksell, R., Kemani, M., Olsson, G., Merle, J., Kadetoff, D., Ingvar, M., (2012) *Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia*. Pain; 153(7):1495-503.
9. Kühne, W. (2004). *Integración del modelo psicoterapéutico cognitivo*. Revista de Psicología de la Universidad Bolivariana, 1-2.
10. Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Ed. Pirámide.
11. V. Paquette, J. Levesque, B. Mensour, J.M. Leroux, G. Beaudoin, P. Bourgooin, M. Beaugard (2003) *Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia*, *Neuroimage* 18, 401-409
12. Riquelme, R. & Thumala, E. (2005). *Avances en Psicoterapia y Cambio Psíquico*. Ed. Soc. Chilena de Salud Mental.
13. Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York. Ed. The Guilford Press.
14. Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España. Ed. Paidós.
15. Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de la conducta*. (ed. 1979) México. Ed. Trillas.
16. Yáñez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al Grado de Doctor, Escuela de Postgrado, Universidad de Chile.
17. Zagmutt, A. (2004). *La Técnica de la Moviola; La Metodología Auto-observacional en el Constructivismo Posracionalista*. En, C. Nabuco de Abreu y H.J. Guilhardi (Eds.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental, Prácticas Clínicas*. SãoPaulo: Roca.
18. Zagmutt, A. (2008). *Psicoterapia y Procesos Empáticos*. Conferencia plenaria ofrecida en el VII° Congreso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas y II° Congreso Uruguayo de Psicoterapia Cognitivo Conductual, Montevideo, Uruguay.

“AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO”



Este libro reúne a destacados especialistas chilenos y extranjeros en el intento de dilucidar los mecanismos y factores que promueven el cambio en las personas.

Los Editores son psiquiatras, iniciaron juntos sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, en 1969. Se han interesado especialmente en el trabajo en Salud Mental. El Dr. Riquelme primero como director del Hospital Psiquiátrico de Putaendo y posteriormente como Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", mientras el Dr. Thumala formó y coordinó los tres primeros centros de salud mental comunitarios intersectoriales en el SSMO en la década de los 80. Paralelamente, ambos han ejercido como psicoterapeutas. El Dr. Riquelme formándose como psicoanalista y el Dr. Thumala como terapeuta familiar y luego como terapeuta grupal psicoanalítico.

Número de páginas: 464