



UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Magíster en Psicología Clínica de Adultos

Proyecto de Tesis para optar al Grado de

Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**“ADAPTACIÓN DE LA METODOLOGÍA TERAPÉUTICA CONSTRUCTIVISTA
COGNITIVA, UTILIZADA EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
(CAPs) DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD”**

ALUMNO: Javier Aguilera Jiménez

PROFESOR GUÍA: Dr. Juan Yáñez Montecinos

Enero, 2017. SANTIAGO, CHILE

**ADAPTACIÓN DE LA METODOLOGÍA TERAPÉUTICA CONSTRUCTIVISTA
COGNITIVA, UTILIZADA EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
(CAPs) DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD**

RESUMEN

Se presenta un estudio teórico, de tipo documental, cuyo objetivo es proponer un protocolo atención, el cual es una adaptación de la metodología terapéutica utilizada en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile, para ser aplicado en la Atención Primaria de Salud en pacientes adultos que presenten el diagnóstico de depresión. Para este efecto a lo largo de este trabajo se realizará una descripción de la Salud Pública en Chile y su recorrido histórico. Asimismo se realizará una descripción de los distintos niveles de atención que ofrece la Salud Pública, diferenciando los niveles de complejidad y pacientes a los que está dirigido. Posteriormente se describirá el Modelo de Salud Familiar que con su mirada biopsicosocial es la forma de trabajar que hoy ofrecen los Centros de Atención Primaria, para posteriormente describir la Metateoría Constructivista Cognitiva y la Teoría Clínica que la acompaña. Finalmente se propondrá, desde esta línea teórica un protocolo de atención, considerando las características administrativas y de recursos físicos que se encuentran en la Salud Pública.

Palabras Clave: Constructivismo Cognitivo, Atención Primaria de Salud, Salud Pública

ABSTRACT

A theoretical documentary study is presented, which aims to propose a care protocol, which is an adaptation of the therapeutic methodology used in the Clinical Psychological Care (CAPs) of the University of Chile, to be applied in Primary Care In adult patients with a diagnosis of depression. For this purpose throughout this work will be made a description of Public Health in Chile and its historical journey. Likewise, a description of the different levels of care offered by Public Health will be made, differentiating the levels of complexity and patients to which it is directed. Later, the Family Health Model will be described, which with its biopsychosocial perspective is the way of working that the Primary Care Centers offer today, and then describe the Cognitive Constructivist Metateor and the Clinical Theory that accompanies it. Finally, we will propose, from this theoretical line, a protocol of attention, considering the administrative characteristics and physical resources that are in Public Health.

Keywords: Cognitive Constructivism, Primary Health Care, Public Health

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo quiero dar gracias a mi profesor guía, Juan Yáñez, el cual con una gran generosidad académica me ha entregado conocimiento desde la humildad y desde el reconocimiento absoluto de la persona que tenemos en frente a la hora de realizar terapia, agradezco su dedicación y paciencia, así como sus críticas al momento de observarme en espejo, instancia indispensable para mi aprendizaje. Pero no sólo agradezco al profesor, sino también a la persona, que en más de alguna oportunidad me escuchó y aconsejó en ámbitos más allá de los académicos. Gracias por confiar en mí.

También agradezco a mi coterapeuta, colega y amiga Natalia Toro, su aparición en mi vida me llenó de fuerza para seguir adelante en los momentos más difíciles, reforzó todo el sentido que tenía la Psicología para mí y la potenció aún más. Las interminables discusiones clínicas y la admiración por ella fue pilar fundamental durante todo el Magister, instancia en donde nos conocimos, pero eso sólo fue el comienzo...

Agradezco igualmente a mi colega y amiga Ana Karina Zúñiga, la cual me ha enseñado desde distintos lugares, como supervisora, como coterapeuta y como amiga, agradezco su amistad infinitamente y me siento orgulloso de conocerla y haber compartido sesiones y conversaciones que me enriquecieron enormemente e inundaron de esperanza.

Agradezco también a todos mis compañeros de trabajo del CESFAM Rosita Renard, Psicólogos, administrativos, los choferes de las ambulancias, mi amiga Carmen Gloria que siempre me apoyo durante todo el Magister, médicos, enfermeras, etc. De todos aprendo día a día y con todos ellos vamos construyendo un mundo cada vez mejor, desde el humilde lugar de la Atención Primaria.

También agradezco a mis compañeras y colegas de la Unidad de Psiquiatría del C.R.S. Cordillera, lugar donde llegué sin saber nada y hoy, siete años después, me retiro triste por dejarlas pero agradecido de todo lo que cada una me enseñó, gracias Zové por tu amistad infinita y por tu apoyo y motivación durante todo el Magister.

Gracias por la paciencia de mis amigos del alma, Stefan y Nicolás, los que constantemente me reclamaban por no compartir tiempo con ellos por estar haciendo algo para el Magister, siempre han sido un apoyo indispensable en mi vida.

Gracias a mi hermana y sobrino que me han apoyado en todo momento con su amor incondicional.

Pero principalmente y por sobre todos quiero agradecer a la persona que ha hecho todo esto posible, la persona que me introdujo en el mundo de las Ciencias Sociales, la persona que me enseñó a amar el trabajo en el ámbito público, que me enseñó que la Salud Pública no puede morir, todo lo contrario, debe mejorar y que eso depende de cada uno de nosotros, con nuestra dedicación, profesionalismo y amor al trabajo. Desde pequeño recuerdo las interminables conversaciones de los casos que ella atendía, que siempre provocaron algo en mí, a veces alegría, a veces rechazo, nunca me dejaron indiferente. Admiré siempre como sus pacientes agradecían su ayuda y hasta el día de hoy, ya jubilada, en los pasillos del CESFAM me encuentro con algún paciente que me pregunta por ella y le manda muchos saludos. Muchas gracias por ser la mejor Asistente Social que jamás he conocido, agradezco la oportunidad de haber trabajado durante aproximadamente tres años contigo, años en los que pude aprender y observar todo eso que me contabas cuando pequeño. Muchas gracias Javiera Jiménez por todo lo que me has enseñado, y principalmente te agradezco y me siento tremendamente orgulloso de que seas mi madre.

Este trabajo está dedicado a todos y cada uno de los pacientes que he atendido durante los 10 años que llevo trabajando como Psicólogo.

Sin ellos esto no sería posible

Mortal

Conozco a un hombre, que no es hombre

Es juez, es verdugo... es un salvador

A veces no recuerdo su nombre

Pero sí sus palabras

Son como dagas, son como flores

Son como el viento...

Van y vienen

Tiene una caja negra, muy secreta

La guarda en un lugar oscuro

En las tardes de otoño abre la caja

Medita en silencio...

Piensa que dejó de ser hombre...

...se asusta y la cierra

Siente miedo, siente tristeza

No llora, porque lo olvidó

Guarda silencio y escribe

De pronto sonrío

Porque recuerda que es mortal...

(Regalo de un paciente al finalizar su proceso terapéutico, Julio 2016)

INDICE

I.INTRODUCCIÓN	1
II.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
III. RELEVANCIA	10
IV.OBJETIVOS	10
V.METODOLOGÍA	11
VI.MARCO TEÓRICO	12
i) Salud Pública en Chile	13
i.i. Período de Servicios locales de Salud (1552 a 1917)	13
i.ii. Periodo de maduración social y del Sistema de Salud (1917 a 1952)	14
i.iii Período del Servicio Nacional de Salud (1952 a 1973)	15
i.iv Período de reformas Neoliberales (1973 a 1990)	15
i.v Período de Gobiernos de la Concertación (1990 a 2010)	17
i.vi. Período desde marzo de 2010 hasta marzo del 2014	17
i.vii Período desde 2015 a la fecha.	18
ii) Atención Primaria, Secundaria y Terciaria de Salud	18
ii.i Atención Primaria de Salud	19
ii.ii Atención Secundaria de Salud	20
ii.iii Atención Terciaria de Salud	21
iii) Modelo de Salud Familiar	21
iv) GES y Depresión en Chile	23

v) Metateoría Constructivista Cognitiva	26
vi) Teoría Clínica del Modelo Constructivista Cognitivo	30
vi.i Psicoterapia y el quehacer Psicoterapéutico	31
vi.ii Cambio en Psicoterapia	33
vi.iii Encuadre Clínico	35
vi.iv Relación Terapéutica	35
vi.v Terapeuta	36
vi.vi Paciente	38
vi.vii Técnicas Psicoterapéuticas y procedimientos de intervención	38
vii.viii Dimensiones Operativas	49
vii) Modelo Psicoterapéutico Constructivista Cognitivo	52
vii.i Duración y Frecuencia de la Terapia	52
vii.ii Procedimiento Psicoterapéutico	52
VII.ADAPTACIÓN DE METODOLOGÍA TERAPÉUTICA COSTRUCTIVISTA	58
COGNITIVA PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	
vii.i Caracterización del paciente	59
vii.ii Duración y frecuencia de la terapia	60
vii.iii Procedimiento terapéutico	61
vii.iv Medición de cambio	74
vii.v Seguimiento	75
VIII.CONCLUSIONES	76
IX.BIBLIOGRAFIA	80
X.ANEXOS	86

I.- INTRODUCCIÓN

El programa de Salud Mental Nacional, que opera desde los años 90, ha favorecido la inclusión de los profesionales Psicólogos al área de la Salud Pública, principalmente en la Atención Primaria de Salud (APS), que es la puerta de entrada de la comunidad a la Salud Pública Chilena.

Tal como señala Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon (2012) “La salud mental integrada en APS ha llegado a ser parte oficial de las políticas de salud pública en Chile. Es así como la recientemente formulada Estrategia Nacional de Salud 2011–2020 ha incorporado como una de las metas la disminución de discapacidad en personas con enfermedad mental y la utilización de la estrategia de la detección temprana y el tratamiento oportuno en APS”

A partir de ello y en virtud de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), emerge el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) basado en la idea de una red con servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios, donde se ha ido evolucionando desde un modelo biomédico a uno biopsicosocial, es aquí en donde profesionales de Salud Mental, como Psicólogos y Trabajadores Sociales tienen mayor protagonismo y preponderancia.

En la intervención en salud mental en APS donde psicólogos/as participan, podemos nombrar intervenciones en Trastornos Depresivos, Trastornos de hiperactividad, trastornos psiquiátricos más relevantes (EZQ), trastornos asociados a Alzheimer, pero también involucra roles que implican trabajo con

redes más amplias como el sistema jurídico en la intervención de la salud mental asociado a violencia (maltrato infantil, abuso sexual, violencia, política etc.) y una importante labor en el ámbito comunitario y social comunitario como son las acciones de promoción y prevención en salud mental.

Las actividades que realizan los psicólogos, en su quehacer diario en la Atención Primaria de Salud, ha sido definido en gran medida por las guías clínicas que el Ministerio de Salud ha entregado, que van directamente relacionados con el PNSMP, en las que se orienta a que las acciones de los Psicólogos vayan dirigidas principalmente a intervenciones comunitarias, que incluyen procesos psicoterapéuticos grupales, psicoeducaciones y consejerías, y con un énfasis transversal en el trabajo de redes.

Sin embargo los Psicólogos de Atención Primaria también atienden pacientes en psicoterapia individual, con diversas patologías y de distintos grupos etarios. Esto al parecer responde a la conceptualización que se tiene del Psicólogo Clínico por parte del equipo multidisciplinario de Atención Primaria (Médicos, Enfermeras, Matronas, Nutricionistas, etc.) en donde se relaciona directamente a la psicología con la atención individual, y que es la principal fuente de derivación de pacientes hacia el Programa de Salud Mental, más precisamente hacia los Psicólogos; esto también fomentado por una necesidad vocacional y una consecuencia de la formación académica que los Psicólogos llevan a los Centros de Salud, más que a una indicación formal desde los referentes técnicos acreditados.

En la investigación realizada por Judith Scharager Goldenberg y María Loreto Molina Aguayo (2007), titulada “El trabajo de los Psicólogos en los Centros de Atención Primaria del Sistema Público de Salud en Chile” señalan: “El tipo de psicoterapia que los psicólogos realizaron con mayor frecuencia en la APS fue la individual. En general, 155 (93,4%) de los 166 psicólogos que respondieron a esta pregunta desempeñaban esta actividad en el nivel primario varias veces por semana y 123 (74,1%) lo hacían diariamente”

Al parecer la atención individual forma parte de la actividad diaria del Psicólogo en Atención Primaria, sobre todo con el ingreso de la Depresión al Programa de Garantía Explícita de Salud (GES), lo que ha aumentado el número de diagnósticos de Depresión en Atención Primaria y que a su vez provoca que la mayoría de las intervenciones terapéuticas se realicen con personas que están diagnosticadas dentro de esta patología.

La indicación de la “Guía Clínica: Depresión en personas de 15 años y más”, elaborada por el Ministerio de Salud en el 2013, y que tiene como criterio diagnóstico la clasificación CIE-10, indica que las depresiones leve y moderada deben recibir intervenciones grupales, y solamente en la Depresión Grave está indicado sesiones individuales, siempre que no cumpla con los criterios diagnósticos para ser derivado a la Atención Secundaria de Salud (Centros especializados). Estas condiciones de derivación son: depresión grave más: consumo de alcohol o drogas, o ideación suicida activa, o episodio psicótico agudo, o tratamiento refractario al uso de medicamentos.

Sin embargo, en la mayoría de los Centros de Atención Primaria los Psicólogos atienden individualmente a pacientes con Depresión, ya sea leve, moderada o grave, pero no existen estudios basados en la evidencia respecto a la efectividad de estas intervenciones, ni existe un registro del enfoque teórico y metodología terapéutica que se utiliza. Sólo existen registros estadísticos del número de atenciones realizadas, de cuantos pacientes ingresan y cuantos son dados de alta, pero no dan cuenta de la evolución del proceso terapéutico.

Es por eso que la presente investigación pretende realizar una propuesta de intervención, a partir de un protocolo, de la implementación de la Terapia Constructivista-Cognitiva Breve, utilizada en el CAPs (Clínica de Atención Psicológica) de la Universidad de Chile, propuesto por el Doctor en Psicología Juan Yáñez Montecinos, en la Atención Primaria de Salud.

II.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El proceso de integración de la Salud Mental en la Salud Pública de Chile no ha estado exento de dificultades. Los profesionales de Salud Mental han tenido que invertir un tiempo considerable en abogacía, tratando de convencer a autoridades de salud de las bondades de esta integración, especialmente por el predominio biomédico y curativo en el sistema de salud chileno.

Para comprender mejor este fenómeno, y la contextualización del problema, es importante tener en cuenta algunos hitos dentro del desarrollo de la Salud Pública en Chile, y en especial en el desarrollo de la Salud Mental.

En el desarrollo de la Salud Mental en Chile, según Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010), es posible identificar tres grandes etapas: una primera que se extiende por aproximadamente 140 años, denominada “modelo manicomial”, que abarca el periodo comprendido entre 1810 hasta la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952. La segunda etapa, denominada “modelo hospitalocéntrico”, abarca el periodo comprendido entre 1952 y el retorno a la democracia, en 1990. La tercera etapa, marcada por el énfasis de un modelo ambulatorio / comunitario, se extiende desde 1990 hasta la actualidad, y es entendida por los autores como “...la que ha logrado la mayor voluntad política y financiera para su implementación”.

Durante el periodo militar los Centros de Atención Primaria Chilenos estuvieron subordinados al Ministerio de Salud, pero a mediados de los noventa ocurrió un

cambio en la administración, y esta pasó a los municipios, recibiendo sólo la supervisión técnica del Ministerio de Salud.

Esto significó un cambio en cuanto a distribución de recursos, que en el periodo militar estaba regido por un espíritu neoliberal, dando mayor énfasis en la atención privada, y también significó un cambio en el enfoque. Se cambió el tradicional enfoque biomédico por el biopsicosocial.

Si bien ese cambio conceptual en el modelo de trabajo se produjo en los noventa, hasta el día de hoy ha sido resistido por la comunidad médica. Sin embargo la inclusión de los profesionales de Salud Mental a la Salud Pública ha favorecido este cambio paulatino, y hoy ya se puede encontrar Centros con tradición en el trabajo Biopsicosocial.

Igualmente las reformas relacionadas con la salud mental culminaron en el año 2000 con la publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, (PNSMP). Este plan, que forma parte del Plan Nacional de Salud y también tiene un enfoque biopsicosocial, se basa en la organización en redes de salud mental, con servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios. (Goldenberg y Molina Aguayo, 2007)

En el PNSMP se hace hincapié en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental y se especifican las prioridades, estrategias y actividades que deben tener en cuenta todos los profesionales relacionados con la Salud Mental, incluidos los Psicólogos.

Dentro de las actividades y prioridades que se mencionan en dicho Plan, está la intervención y tratamiento a personas que sean diagnosticadas con Depresión.

Los trastornos del estado de ánimo se manifiestan a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica. (MINSAL, Guía Clínica Depresión, 2013)

En Chile, según el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, la depresión unipolar es la segunda causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad en población general chilena y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años. (MINSAL, Guía Clínica Depresión, 2013)

Las indicaciones desde el MINSAL para el tratamiento de la Depresión están orientadas principalmente al formato de intervenciones grupales. Las intervenciones individuales solo están indicadas para la Depresión Grave, pero sin embargo en muchos Centros de Atención Primaria se realizan intervenciones individuales para la Depresión Leve y Moderada.

Estas intervenciones individuales no cuentan con la frecuencia necesaria para realizar un óptimo trabajo terapéutico. Con sesiones cada dos o tres semanas e incluso cada un mes. Esto ocurre a partir de falencias administrativas y de

recursos (horas de psicólogos), lo que provoca discontinuidad en el proceso y una alta deserción de pacientes.

Igualmente estas intervenciones no cuentan con supervisiones clínicas, por lo que muchas veces se trata de una “terapia del sentido común”, producto de la escasa especialización de los Psicólogos y la falta en ofertas de capacitaciones en esta área que ofrece el Servicio de Salud.

Por otro lado, el énfasis desmedido del Sistema Público en evaluar programas por el número de personas atendidas y/o prestaciones entregadas, sumado a la inclusión de esta patología en el Programa de Garantía Explícita en Salud (GES), ha provocado, por parte de Médicos Generales de Atención Primaria, un aumento en el diagnóstico de Depresión.

Esto, consecuentemente, ha provocado un aumento en la cantidad de pacientes que solicitan atención con Psicólogos, con escasas de horas de atención, lo que definitivamente atenta contra la efectividad de las intervenciones entregadas por parte de los profesionales de la salud, y así mismo, contra los procesos terapéuticos que se pretenden realizar.

Este es el escenario en el que se encuentra hoy el ejercicio de los Psicólogos en la Atención Primaria de Salud, con dificultades en los recursos, infraestructura y diseño de atención en Salud Mental, con horas restringidas para realizar intervenciones terapéuticas, con un alto ausentismo de pacientes que conlleva a

muchos tratamientos inconclusos, o que provoca que el paciente asista durante años al Psicólogo, en ocasiones con frecuencia mensual.

Cabe mencionar que muchos de los usuarios de Atención Primaria, la mayoría de acotados recursos económicos, no asisten, y probablemente, nunca asistirán a un centro especializado en Psicología Clínica, para tratarse problemas relacionados con su Salud Mental, por lo que toma mayor importancia el poder entregar una buena calidad de los Psicólogos en la Atención Primaria de Salud.

A partir de esto es que la intención de esta investigación es proponer un protocolo de intervención para pacientes adultos (18 años o más) con diagnóstico de Depresión, desde el modelo psicoterapéutico Constructivista Cognitivo Breve, adaptado para Atención Primaria de Salud.

Esto surge desde la necesidad de poder otorgar a nuestros pacientes una mejor calidad en la atención, y de contar con un modelo terapéutico que ha demostrado buenos resultados, tal como lo muestra la investigación realizada por Ps. Mg. Ana Karina Zúñiga, (2015) en el 2014; los pacientes de la línea Constructivista-Cognitiva fueron los que presentaron una mayor adherencia al tratamiento en el CAPs de la U. de Chile.

III.- RELEVANCIA DEL PROBLEMA

La relevancia de la investigación es Clínica y Social.

No se han realizado hasta el momento investigaciones que den cuenta de la adaptación de un modelo terapéutico específico en la Salud Pública, por lo que esta investigación pretende, postular una alternativa terapéutica para el tratamiento de las personas con Depresión, y protocolizar las intervenciones, con la finalidad de que el modelo sea una alternativa a la hora de realizar intervenciones individuales por parte de los Psicólogos de Atención Primaria. De esto se depende el aporte referido a mejorar la práctica **clínica** de los Psicólogos en la Atención Primaria

Finalmente el aporte **social** que tendrá esta investigación será el poder dar una alternativa de respuesta, más efectiva y rápida, a las demandas de la comunidad respecto a los problemas de salud mental que presenten.

IV.- OBJETIVOS

Objetivo General:

Proponer un protocolo de intervención terapéutica breve, desde la metodología Psicoterapéutica Constructivista Cognitiva, utilizada en el CAPs de la Universidad de Chile, para la Atención Primaria de Salud, para pacientes que presenten el diagnóstico de Depresión Leve o Moderada.

Objetivos específicos:

1. Describir el estado de la Salud Pública Chilena Actual y sus distintos Niveles de atención.
2. Identificar las dificultades administrativas y de recursos en el quehacer actual del Psicólogo en la Atención Primaria de Salud
3. Proponer lineamientos Psicoterapéuticos, desde el Constructivismo Cognitivo, para el Psicólogo en Atención Primaria.

V.- METODOLOGÍA

El presente trabajo Constituye una investigación teórica, que busca proponer una adaptación del Modelo Psicoterapéutico Breve, utilizado en el CAPs de la Universidad de Chile, para la Atención Primaria de Salud.

Este estudio será de carácter documental, debido a que la información se obtendrá principalmente a partir de la revisión de diversos documentos los cuales darán cuenta tanto del escenario de la Salud Pública de Chile como de la Metateoría y Teoría Clínica Constructivista Cognitiva.

Esta investigación constará de las siguientes metas, para los cuales están estipulados pasos y actividades para cada una de ellas.

La primera meta es conocer el escenario de la Salud Pública Chilena, para esto los pasos serán: a) Realizar un recorrido histórico de la Salud Pública en Chile, a

partir de una revisión bibliográfica; b) Conocer cómo se articula actualmente la Salud Pública con los distintos Niveles de Atención (primaria, Secundaria y terciaria) y para esto se recurrirá a las fuentes de información que entrega el ministerio de Salud, documentos y guías Clínicas.

La segunda meta será describir la Metateoría Constructivista Cognitiva y Su consecuente Teoría Clínica, para esto los pasos a seguir serán a) Describir la Metateoría Constructivista Cognitiva a partir de la revisión bibliográfica de autores de la línea y de la revisión de otras Tesis; b) Describir la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva, para esto se utilizará como marco referencial la tesis de Doctorado del Doctor en Psicología Juan Yáñez Montecinos.

Finalmente, describiendo ambos escenarios, se realizará la propuesta de la adaptación del modelo para la Atención Primaria de Salud.

VI.- MARCO TEÓRICO

La propuesta de esta investigación tiene como sustento teórico la Teoría Constructivista Cognitiva, de la cual se desprende la práctica clínica con la metodología correspondiente, pero antes de profundizar en la Metateoría Constructivista Cognitiva, se describirá el desarrollo y estado actual de la Salud Pública en Chile, así como los conceptos de Salud mental y Salud familiar en nuestro país, para luego realizar la propuesta de la adaptación de la metodología

terapéutica en el contexto real en el cual se pretende llevar a cabo la práctica Clínica.

i. Salud Pública en Chile

El desarrollo del sistema de salud en Chile data desde tiempos de la Colonia (mediados del siglo XVI); desde entonces, se ha expandido y consolidado paulatinamente, hasta llegar a configurar una compleja estructura actual, constituida por múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado, que en su conjunto alcanzan una alta cobertura nacional en el ámbito financiero, previsional y asistencial. Según el Observatorio Chileno de Salud Pública, se pueden identificar cinco periodos en su evolución, aunque se agregarán dos períodos más los cuales corresponden a los últimos años hasta la fecha:

i.i. Período de Servicios locales de Salud (1552 a 1917)

La creación y crecimiento de ciudades y poblados a través del país, se acompañó del desarrollo de hospitales y otros servicios de la medicina que inicialmente estaban bajo responsabilidad local, especialmente con instituciones de tipo filantrópico, caritativo o de beneficencia. Como hitos del período, destaca la creación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (1886), que ordena las organizaciones y hospitales locales; la Junta Nacional de Salubridad (1887) para asesorar al gobierno en materias de salubridad y organización nacional del sistema; y el Consejo de Higiene Pública (1892) que asume funciones de gestión nacional del incipiente sistema.

i.ii. Periodo de maduración social y del Sistema de Salud (1917 a 1952)

En la primera mitad del siglo XX, se logró estructurar e integrar más formalmente las entidades de asistencia, protección y seguridad sanitaria de la población. En este período surge una serie de leyes de protección social y laboral, con diversos beneficios sociales a la población y que incluyen aspectos de salud; ello fue favorecido por la formación del Estado de Bienestar y la influencia de las organizaciones de trabajadores. La orientación del progreso social proviene de los avances logrados en Europa, tanto en la protección y seguridad social como en la organización nacional de servicios de salud. Entre los hitos del período destaca que en 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales, que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054); esta última fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. Posteriormente surgieron varias leyes relacionadas con salud y trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

i.iii Período del Servicio Nacional de Salud (1952 a 1973)

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952 (basado en el modelo británico) y utilizó la integración de los diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud. Durante su existencia, llegó a ser la principal institución nacional de salud, con 120 mil funcionarios distribuidos en una red que alcanzó una importante cobertura geográfica y de población. Su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas. Con bastante menor cobertura, existían otras entidades previsionales y asistenciales dependientes de universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. Este período termina abruptamente en 1973 luego de una crisis política y económica global en la cual el Estado estaba excedido en su capacidad de respuesta a las demandas sociales de la población, a los cambios radicales realizados en propiedad y producción, y a la diversidad de intereses contrapuestos y conflictos secundarios en la población.

i.iv Período de reformas Neoliberales (1973 a 1990)

La reforma radical del sistema de salud que se llevó a cabo en este período fue coherente con la reforma política y económica global adoptada bajo el régimen militar. Sus principios y el modelo adoptado se basan en la línea de postulados neoliberales internacionales promovidos por la Universidad de Chicago (donde se educaron los economistas gubernamentales más influyentes del período) y el Banco Mundial. La reforma cambió y redujo drásticamente el rol y la importancia

del Estado, que se enfoca en un rol subsidiario. Al igual que en otros sectores, ello llevó a una reducción de financiamiento y personal del sistema público de salud, descentralización con atención primaria delegada a la administración municipal y una privatización directa o indirecta de parte de sus funciones. El hito principal ocurrió en 1979, cuando en virtud del Decreto Ley 2.763/1979 se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público. Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades. El modelo estructurado bajo esta base normativa ha recibido reformas específicas posteriores; sin embargo aún mantiene una vigencia y organización global que es bastante similar a su concepción y estructura original, para todo el sistema previsional y asistencial (en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios).

i.v Período de Gobiernos de la Concertación (1990 a 2010)

Desde 1990, los gobiernos consecutivos de una Concertación de centro izquierda (opositora al régimen militar) se concentraron en recuperar paulatinamente la protección social en salud, recuperar parcialmente la crisis financiera, de otros recursos y de gestión del SNSS. En ese período, se logró realizar inversiones y establecer o fortalecer programas basados en los derechos y necesidades principales de la población, con énfasis en los más desfavorecidos, vulnerables y necesitados en materias relativas a salud, como la parte de salud de Chile crece Contigo y la ley de Garantías Explícitas en Salud. Desde 1990 se han realizado una serie de reformas específicas en el Sistema de Salud.

i.vi. Período desde marzo de 2010 hasta marzo del 2014

En este período recién pasado el manejo sectorial de Salud estuvo bajo la responsabilidad de un gobierno de coalición de centroderecha. El sistema de salud fue administrado bajo las mismas condiciones originales de estructura y funcionamiento establecidas en la década de 1980, con énfasis del rol subsidiario del Estado y en la privatización directa o indirecta, lo que incluye los convenios de inversión y la gestión de centros asistenciales más complejos. El marco normativo y político imperante desde la década de 1980 no permite que se produzcan cambios o reformas sustanciales que le permitan mejorar financiamiento, distribución del recurso, fortalecer el desempeño, o adaptarse de modo más

dinámico a responder en forma adecuada a las nuevas y diversas necesidades de salud de la población (desde 1980, se ha producido un gran cambio demográfico y epidemiológico en la población).

i.vii Último periodo desde 2015 a la fecha.

El Plan de Salud Nacional desde el 2015 hasta la fecha ha puesto principal énfasis en las brechas identificadas a partir de las evaluaciones del periodo anterior, por lo que se ha promovido el desarrollo de distintos ámbitos: desarrollo de equipos comunitarios, al apoyo social para la vida en comunidad; programas para la atención de niños y adolescentes; programas para poblaciones especiales y programas intersectoriales de apoyo a las personas con discapacidad.

Igualmente en este último período se ha puesto énfasis en la Salud Mental, rediseñando el plan nacional de salud mental y psiquiatría, propuesto en el 2010, a partir de la escasa legislación que apoye este plan, y la falta de recursos para dar sustento a las actividades programadas.

ii. Atención Primaria, Secundaria y Terciaria.

Es importante señalar que el Sistema de Salud Público en Chile se diferencia en tres niveles de atención, los cuales son atención Primaria de Salud, Atención Secundaria de Salud y Atención Terciaria de Salud. Estos poseen distinto nivel de especialización por parte de los miembros de sus equipos y distintos niveles de intervención para los pacientes que asisten a estos Centros de Salud.

A continuación se definirán los distintos Niveles de Atención.

ii.i Atención Primaria de Salud

Según el MINSAL y su página web del servicio de Salud Metropolitano Norte, la Atención Primaria de Salud representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando una atención ambulatoria, a través de:

- Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- Centros Comunitarios de Salud Familiar (CESCOF)
- Postas de Salud Rurales (PSR)
- SAPU (Servicios de Atención Primaria de Urgencia)

El objetivo de la Atención Primaria es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, que es un modelo de atención centrado en las personas, su familias y la comunidad, con un equipo de salud de cabecera que brinda atención continua a lo largo de todo el ciclo vital.

Entonces, la Atención Primaria es la puerta de entrada de cualquier Chileno con el sistema de Salud Pública. Cualquier persona que padezca alguna enfermedad y que está inscrita en FONASA, se puede inscribir en el Centro de Atención Primaria, que le corresponda demográficamente, para ser atendido, En

este Centro los profesionales que la atiendan decidirán a partir de la evaluación integral, si la patología que se presenta puede ser resuelta en este mismo Centro de Salud o, de tratarse de una patología de mayor complejidad, se derivará los siguientes niveles de atención.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Atención Primaria es considerada como la asistencia sanitaria esencial y el eje articulador de la toda la Salud Pública.

ii.ii Atención Secundaria de Salud

La Atención Secundaria de Salud es entregada por Hospitales, Institutos y Centro de Diagnóstico y Tratamiento. En caso que una persona haya sido atendida en el nivel primario y el o la profesional de la salud que lo ha evaluado determina que requiere de una atención de mayor complejidad, ese paciente es derivado a un Hospital o Consultorio de Especialidad.

Ningún usuario puede por su propia cuenta solicitar atención a nivel secundario a menos que haya sido derivado desde el nivel primario o en caso de consulta en las Unidades de Emergencia.

Por ejemplo, si una persona asiste a un Centro de Atención Primaria de Salud por un Episodio Psicótico Agudo, una vez evaluado en ese Centro debe ser derivado a un COSAM (Centro de Salud Mental) el cual tiene como objetivo dar respuesta especializada a esta patología.

ii.iii Atención Terciaria de Salud

Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de sus niveles precedentes, debiendo actuar como Centro de Referencia no sólo para la derivación de pacientes de su propia área de procedencia, si no que tal derivación con frecuencia tiene carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional. Le corresponde realizar atenciones ambulatorias como también servicios de hospitalización. Los profesionales que trabajan en estos Centros son los de más alta especialización y los elementos de apoyo clínico, diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

iii. Modelo de Salud Familiar en Chile

El MINSAL, a través del documento “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria” del año 2012, define el Modelo de Salud Familiar como: “Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutoria, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población,

ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer, incluido el intersector, y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”

Este modelo, que tiene una mirada multidisciplinaria e integral, orienta el rol del psicólogo (a partir de las guías clínicas) a ser un protagonista activo en las actividades comunitarias y enlaces de redes. En cuanto a las intervenciones terapéuticas propiamente tal, están sugeridas que se tomen como referencia las orientaciones Cognitivo Conductuales o Humanistas/Interpersonales.

El modelo de Salud Familiar funciona en los CESFAM de la siguiente forma. Cada CESFAM abarca un territorio determinado geográficamente dentro de su comuna, por ejemplo, en Ñuñoa existen dos CESFAM, Salvador Bustos y Rosita Renard, entonces la comuna se ha dividido en dos y cada CESFAM atiende a la mitad designada por su ubicación. Desde av. José Pedro Alessandri hacia el poniente corresponde al territorio del CESFAM Rosita Renard, y desde la misma calle hacia el Oriente le corresponde al CESFAM Salvador Bustos. Dentro de este territorio se subdivide en tres sectores, entonces dentro de cada CESFAM se forman tres grandes equipos de trabajo que se llaman “sectores” y se denominan con números o colores para diferenciarlos de los otros, es así donde en cada CESFAM encontramos por ejemplo al “Sector 1” al “Sector 2” y al “Sector 3”. Cada uno de estos sectores está conformado por un equipo multidisciplinario

conformado por médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, técnicos paramédicos, nutricionistas, kinesiólogos, asistente social y administrativos. Este equipo se encarga de atender a esta determinada subdivisión que le corresponde, entonces al momento de atender a pacientes usualmente alguien del equipo ha atendido a alguien de esa misma familia, de esta forma se tiene una visión más amplia con respecto a la situación de esta persona y sus familiares. En las llamadas “Reuniones de Sector” que se realizan una vez a la semana se presentan estudios de caso o estudios de familia, en donde se realiza una mirada biopsicosocial del caso presentado. Como esta reunión existen varias instancias en donde se discuten los casos desde este mismo enfoque, lo que provoca mayor comprensión de ciertos fenómenos que ocurren en una familia determinada y de esta forma las intervenciones tienen más efectividad y son más certeras.

iv. GES y Depresión

Como se mencionó anteriormente, hoy en día en el sistema de salud chileno coexisten dos subsistemas de salud, uno público y otro privado. El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención a su población beneficiaria, la que alcanzó en 2011 aproximadamente al 81% de la población del país. El sistema privado está en manos de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) cuya población beneficiaria alcanzó el 17% de la población (Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050)

Con el objetivo de garantizar un acceso libre e igualitario de la población a la salud, en 2002 se enviaron al Congreso Nacional cinco proyectos de ley que conformaron la Reforma de la Salud, orientados a garantizar igualdad de derechos a todos los chilenos a través de la implementación de políticas públicas basadas en equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales.

Estas leyes fueron:

- Ley N°19.895 o Ley Corta de las Instituciones de Salud Previsional de 2003.
- Ley N°19.937 o Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión de 2004.
- Ley N°19.966 o Ley GES de 2004.
- Ley N°20.015 o Ley Larga de las Instituciones de Salud Previsional de 2005.
- Proyecto de ley que establece los derechos y deberes de los pacientes.

De las anteriores, la Ley N°19.966 de 2004, que establece el Régimen GES (Garantía Explícita de Salud), es la más relevante debido a que crea un plan de salud obligatorio tanto para Fonasa como para las Isapres, garantizando el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con las que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en las garantías. Dentro de estas prestaciones, están aquellas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fonasa deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención institucional

conforme a lo establecido en la Ley N°18.469 de 1985. Bajo este nuevo marco legislativo, se busca mejorar la eficiencia del subsistema público, disminuyendo la brecha de oportunidad existente con el subsistema privado.

Depresión

Para esta propuesta teórica utilizaré la definición de Depresión entregada por la Serie de Guías Clínicas MINSAL, 2013: “Depresión en personas de 15 años y más”, la cual caracteriza esta patología como: “... trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica. Es definida operacionalmente por el Ministerio de Salud de Chile como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos dos semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios. En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen alteraciones en el estado de ánimo, depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas

de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida.

v. Metateoría Constructivista Cognitiva

Una metateoría corresponde a una propuesta de orden epistemológico que da cuenta del conocimiento desde una perspectiva, que permite entenderlo como un contenido factible de ser vehiculado a través de una estructura simbólica tal como el lenguaje, las matemáticas o cualquier otro sistema de codificación que facilita la consensualidad de las categorías con las que nos referimos a la realidad (Yáñez, J., 2005).

Siguiendo con lo anterior, Mahoney (1997, Pág. 132 en Yáñez 2005), señala: "...una metateoría no es una única teoría o un sistema conceptual monolítico, sino una familia de teorías relacionadas entre sí, que comparten una serie de afirmaciones y presupuestos. Es, si se quiere, un campo de abstracciones que reconoce una infinita diversidad de teorías individuales, dentro de los límites impuestos por las características conceptuales que definen esa metateoría.

El enfoque constructivista cognitivo tiene su origen en los aportes de Mahoney (1998) y en una vertiente más radical, en las contribuciones de V. Guidano (1983, 1987, 1991, 1994 y 1995) y recientemente de G. Arciero (2002, 2005 y 2009), cuyo fundamento epistemológico se nutre, por una parte, en los postulados provenientes de diversas disciplinas y autores como la biología de Maturana y Varela (1995 y 1998), la cibernética de Von Foerster (1994), la filosofía

de la ciencia de Popper (1992) y la fenomenología de Heidegger (2000), quienes concuerdan en que la realidad no se revela directamente sino a través de un complejo proceso de construcción de la misma. (Chacón , 2010)

Podemos afirmar entonces que la metateoría Constructivista Cognitiva es una propuesta teórica que pretende enfatizar que el sujeto humano, a través de estructuras cognitivas a priori, instaladas como resultado de su particular ontogenia y filogenia, establece una relación con la realidad, cuyo resultado son sistemas de conocimiento organizados a partir del lenguaje, que convertido en vehículo simbólico abstracto, le posibilita la coordinación de experiencias internas con la comunidad de relaciones interpersonales en que está sustentado (Yáñez et al. 2001)

La referencia a lo *constructivista* pretende hacer énfasis en la naturaleza activa y proactiva del conocimiento. El aspecto *cognitivo* hace hincapié en que estos procesos de conocimiento “son el resultado del emparejamiento continuo entre la información que llega y los esquemas contextuales que resultan del nivel tácito y explícito del conocimiento” (Guidano y Liotti en Mahoney, 1998 en Yáñez & Cols., 2001).

Cabe señalar que en el Constructivismo cognitivo se considera que la experiencia humana está siendo vivenciada constantemente a través de dos niveles distintos, simultáneos e interactuantes de procesamiento de la información. Un nivel emocional, inmediato y principalmente inconsciente, y un nivel semántico

y analítico principalmente consciente que se refiere a la experiencia inmediata y la reordena en función de mantener la coherencia del sí mismo. (Curivil, 2007)

Yáñez (2005) postula que el observador es parte integrante de lo que observa, y que todo conocimiento, en consecuencia, es en cada circunstancia una actividad autorreferencial. Esto significa que el conocimiento siempre está reflejando las estructuras del organismo que está conociendo, más que la estructura de la realidad externa o la realidad en sí. En palabras de Guidano (1994), cualquier observación, lejos de ser externa y objetiva, es “autorreferencial”, ya que “siempre se refleja a sí misma, es decir, al orden perceptivo en que se basa, más que a las cualidades intrínsecas del objeto percibido.

Bajo esta mirada se descarta la idea de objetividad y de un mundo independiente del observador, y se reconoce que el conocimiento surge en las diferenciaciones que el observador realiza a medida que trae a la mano lo distinguido a partir del lenguaje (Maturana y Varela, 1998).

De esta forma las personas continuamente van construyendo su única y exclusiva realidad, esto significa que únicamente tienen acceso a su propia vivencia y no a otra, dado que cada sujeto configura esta de acuerdo a su propio orden perceptivo (Guidano, 1991).

Según Mahoney (2005) las personas comparten muchos aspectos en común, pero cada uno la vive desde realidades personales exclusivas. Según esta

mirada se puede entender que existe un mundo, ahí, para todos, pero cada uno lo observa percibe y vive de distinta forma.

Lo anterior supone que la manera en que se conoce el mundo depende de las estructuras previas del sujeto. Estas serían maneras de operar respecto de la realidad. No son biológicas, ni innatas, ni adquiridas, sino que son ontogenéticas, construidas por el individuo, fruto de una psicogénesis (Piaget, 1969, en Chacón 2010).

Entonces, si un organismo vivo es un sistema que se auto-organiza, es decir, que actúa en el medio en el cual interactúa, el orden experiencial, la experiencia del sistema vivo no es algo que le es dado desde el exterior, sino que será producto de la interacción del sistema con el medio en el cual está. No podemos tomar la experiencia, ni la manera de ordenarla o vivirla, como algo dado desde afuera, sino que debemos empezar a investigar cómo se llega a la experiencia humana, cuál es la particular manera de llegar a ser quiénes somos, para empezar a comprender nuestra manera de ver el mundo, de percibir la realidad y de percibirnos a nosotros mismos (Guidano, V. 1987).

Por tanto, las consecuencias de esta manera de comprender la forma cómo se conoce, caracteriza el conocimiento como un proceso activo y proactivo; donde los aspectos tácitos y apriorísticos del conocimiento limitan el contenido de nuestra experiencia consciente; pues, se trata de un proceso auto organizado, donde la realidad personal es independiente del mundo externo y, al mismo tiempo, se

encuentra subordinada a mantener la continuidad del sujeto. (Arciero, G. 2005, en H. Chacón 2010).

Teoría Clínica del Modelo Constructivista Cognitivo.

La descripción de la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva se basa totalmente en el trabajo realizado por Juan Yáñez y su tesis para optar al grado de Doctor en Psicología llamada: “Constructivismo Cognitivo: Bases Conceptuales para una Psicoterapia Breve Basada en la Evidencia” (2005) por lo que se utilizarán los conceptos, metodología y afirmaciones utilizados en dicho trabajo para posteriormente, en el capítulo IV de la presente investigación, realizar la adaptación de esta metodología para la Atención Primaria de Salud.

Entonces, según Yáñez (2005) la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva ha ido evolucionando como consecuencia de los cambios y avances que ha tenido la teoría y metateoría del mismo enfoque. Las bases metateóricas, nos permiten delimitar, desde el punto de vista paradigmático, un objeto y un método de estudio que van a conformar una teoría clínica Constructivista Cognitiva, que permita distinguir las categorías técnicas necesarias para un adecuado procedimiento psicoterapéutico.

De este modo, la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva será aquella propuesta conceptual que se desprende de la teoría general y metateoría del mismo modelo, y que delimita un campo específico de actividad psicoterapéutica,

permitiendo abordar los aspectos teóricos y aplicados de la evaluación, diagnóstico y procedimiento psicoterapéutico. (Cayupe, R., 2013)

La forma particular de trabajo que postula el Grupo Constructivista Cognitivo, tiene una metodología que se estructura en torno a un particular setting, encuadre y proceso psicoterapéutico determinado. Además, presenta otros elementos distintivos, como su concepción de psicoterapia, psicopatología, diagnóstico, cambio psicoterapéutico, técnicas, intervenciones y herramientas de trabajo clínico. (Yáñez et al., 2001, en Curivil y Carretero, 2007).

La relación específica entre una metateoría cognitiva y la teoría clínica cognitiva está sustentada por la propia concepción de psicología clínica en términos de un conjunto de efectos de sentido sistemáticos, organizados, que facilitan la descripción, explicación y predicción de los fenómenos clínicos, a través de la construcción de objetos modelos teóricos, que se constituyen en dispositivos cognitivos del terapeuta, para facilitar la reorganización de la experiencia del sujeto, objeto de un procedimiento Psicoterapéutico. (Yáñez, 2005)

vi.i Psicoterapia y el quehacer Psicoterapéutico

Psicoterapia

Según Yáñez (2005) la psicoterapia puede ser entendida como aquel proceso interpersonal cuya secreta intención es cuidar o sostener el alma, o sea, aquello

que es consustancial al sujeto, su centro, el eje de su existencia. Este es el contexto de trabajo diario de los psicoterapeutas. Bastaría tenerlo siempre presente para que se entienda la trascendencia que cada acto clínico tiene para el paciente.

Se puede entender la psicoterapia como un proceso interpersonal de encuentro humano complejo, genérico y con múltiples características; por lo tanto resulta difícil de aprender a través de categorizaciones que intenten obtener sus elementos esenciales. (Yáñez, 2005)

El quehacer Psicoterapéutico

Según Yáñez (2005) la identidad del terapeuta se sostiene en la prestación de servicios y sus efectos. En otras palabras, el trabajo psicoterapéutico tiene como consecuencia el reconocimiento material (honorarios), y el reconocimiento social e interpersonal (valores asociados). Estos dos aspectos le dan significado o sentido a quien ejerce la psicoterapia. Por tanto, este quehacer suele relacionarse con procesos psíquicos de identidad personal, autorreconocimiento, estima personal, autoimagen y autoconciencia; todos estos elementos, son parte de una dinámica compleja, resultan indispensables como reconocimiento y consideración de los demás respecto del quehacer del terapeuta.

Yáñez (2005) plantea que existen dos factores que interfieren en la relación entre reconocimiento material y reconocimiento social:

El primero es que el paciente debe ser el principal agente de su propio cambio. Está permanente y profundamente involucrado en su propio proceso de reorganización y de proyección personal; técnicamente es recomendable y muy importante que el paciente lo evalúe como un cambio autogestionado, de modo de favorecer la autonomía del paciente respecto de la terapia y del terapeuta.

Un segundo factor es el carácter de intangible de la prestación de servicios. La psicoterapia discurre principalmente en el dominio simbólico del lenguaje, donde las intervenciones del terapeuta, se sustentan en la pertinencia contextual del contenido desplegado por el paciente, y en la dinámica de la alianza psicoterapéutica. (Yáñez, 2005)

vi.ii Cambio en Psicoterapia

La Psicoterapia Constructivista Cognitiva propone dos niveles de cambio terapéutico:

- Cambios superficiales: Los que implican abordar aspectos operativos del vivir, que se ven alterados o perturbados, y que constituyen los llamados síntomas, los cuales son la clave principal por la cual el paciente puede evaluar su remisión, y por lo tanto, su mejoría. Es decir, el paciente, desde el punto de vista de la experiencia, puede reportar que se siente mejor, está más tranquilo, piensa mejor, disfruta más, etc., que son categorías genéricas que apuntan a describir sus estados interiores en relación con sus circunstancias. Desde el punto de vista

clínico dichos cambios se evidencian en la experiencia del paciente, en los ejes antitéticos de las Dimensiones Operativas (Yáñez, 2005)

Algunos indicadores de cambios superficiales son:

- a) Obtención de una actitud diferente hacia el propio trastorno
 - b) Actitud de enfrentamiento e intento de resolución del problema
 - c) Modulación de las descompensaciones emotivas
 - d) Remisión concreta y sensible de la sintomatología
 - e) Evaluación de las modalidades de resolución de los problemas
 - f) Creación de las condiciones para evaluar la posibilidad de un cambio profundo
 - g) Entrega de índices de la resistencia de una organización al cambio profundo
- Cambios Profundos: El que supone aumentar los niveles de autoconciencia del paciente, en otras palabras, mantener el proceso de construcción ontológica, a través de desarrollar actitudes de abstracción lingüística (simbolización), que permitan atribuir significado a la experiencia en curso, consistentes con la mantención estable de la coherencia del sí mismo. (Yáñez, 2005)

Para efectos de esta investigación se pretende trabajar a nivel de cambios superficiales, considerando el contexto de Atención Primaria en donde se desarrollará la Psicoterapia, aunque se enunciará, si corresponde, la necesidad de profundizar en algunos aspectos vistos en sesión que el terapeuta considere necesarios para trabajar a un nivel más profundo. Esto una vez terminado el

número inicial de sesiones planificadas, y se trataría de un trabajo terapéutico posterior al alcance de esta investigación.

vi.iii Encuadre Clínico

El encuadre riguroso es un sello de la terapia Constructivista Cognitiva, se considera fundamental la importancia de regular el papel del terapeuta en los procesos de cambio del paciente, así como de la modulación de sus repertorios que interfieren en terapia.

Según Yáñez (2005) se va a entender como Encuadre Constructivista Cognitivo a las reglas interpersonales que regulan la relación terapéutica y cuya función es la de proveer un contexto relacional estable, seguro y proyectado en un tiempo suficiente que permita alcanzar las metas psicoterapéuticas. Es decir, la operación de estas reglas facilita las condiciones para que paciente y terapeuta creen una base de relación que incorpore componentes técnicos y personales de modo que se desarrolle la alianza terapéutica.”

vii.iv Relación Terapéutica

La relación terapéutica es definida por Yáñez (2005) como el encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la

organización de uno o más de los sujetos participantes en esta interacción, lo que se expresa en lo que llamamos alianza terapéutica, o sea, es el resultado del proceso de relación interpersonal psicoterapéutico entre paciente y terapeuta, que se constituye en una base de apego segura conformada por características técnicas y características personales de los sujetos involucrados.

vi.v El Terapeuta

Según Yáñez (2005) el lugar del terapeuta en la dinámica de la relación con el paciente, es de ser el sujeto responsable de crear las condiciones adecuadas para el cambio de los sistemas de conocimiento y la remisión de los síntomas que aquejan al paciente.

Estas condiciones se generan principalmente en las interacciones simbólicas basadas en el lenguaje, a partir del despliegue de los contenidos de vida del paciente; en otras palabras, el relato acerca de lo que a él le acontece y en cuyo texto y subtexto se revela la dinámica constitutiva de identidad de sí mismo. La particular responsabilidad de ser quien crea las condiciones para el cambio, se dejar ver a través de la aplicación de aquellas acciones o procedimientos que permiten definirlo como un perturbador estratégico. Esto quiere decir que la función preferente de un terapeuta cognitivo constructivista es la perturbación constante de los procesos de construcción y deconstrucción personal de conocimiento, que se expresan en el relato que de sí mismo hacen los pacientes. Los referentes que permiten dicha función sea además considerada estratégica

son dos: el referente emocional, que supone la sincronía emocional entre terapeuta y paciente, la adecuación contextual, tanto ambiental como interpersonal y la inmersión emocional plena del paciente en su relato. El otro es el referente cognitivo que implica la consideración permanente de la dinámica entre funcionamiento superficial y profundo, el conocimiento y dominio que el terapeuta tiene de los contenidos de vida del paciente para intervenir en propiedad y, finalmente la complementariedad de intenciones y de comunicación entre paciente y terapeuta. La condición básica de la perturbación estratégica es la perplejidad, incertidumbre y la aventura con que el terapeuta sumerge en la vida del paciente y su mundo.

Yáñez (2005) postula que un adecuado entrenamiento en psicoterapia Constructivista Cognitiva, debiera considerar el desarrollo de las cuatro variables que conforman el concepto de competencia:

- Conocimiento: Formación previa general como psicólogo, manejo conceptual de la teoría Constructivista, dominio conceptual de las variables psíquicas del sujeto, manejo de concepto de normalidad – anormalidad y gama de propuestas psicoterapéuticas.
- Habilidades: Repertorio de acción adquiridos en la formación como Psicólogo y los que son resultados de su historia de vida.
- Actitud: Valor que el terapeuta le atribuye al ejercicio de la profesión, sus resultados y el reconocimiento social. Está ligado con las expectativas y el nivel de motivación para desempeñar la profesión.

- Autoconcepto: Resultado del desempeño del terapeuta en las otras categorías de las competencias, y tiene que ver con el nivel de reconocimiento e identificación que le produce su formación, sus conocimientos, sus habilidades y la actitud ante la profesión.

vii.vi El Paciente

Paciente, según la definición de Yáñez, 2005, es aquel que se padece a sí mismo, producto de la dificultad para reconciliar su orden interno o responder a las demandas ambientales, frente a esto emergen estrategias disfuncionales que son la base de la sintomatología, y que se manifiesta a dos niveles, a) superficial, en donde se altera su operatividad, su funcionalidad, su cotidianeidad, y b) profundo, donde existe un mayor predominio de los procesos de mantenimiento de los esquemas cognitivos subyacentes o esquemas cognitivos interpersonales, dado que estos tienen una raigambre histórica remota en el sujeto y cuyos cambios, para efectuarse, requieren de perturbaciones intensas o masivas a nivel del funcionamiento superficial del sujeto.

vi.vii Técnicas Psicoterapéuticas y procedimientos de intervención

Técnicas psicoterapéuticas

Las técnicas psicoterapéuticas son parte de los factores específicos de la psicoterapia y están destinadas a crear todas las condiciones posibles para que ocurran los cambios en la dirección que señala un marco teórico y las necesidades del paciente. (Yáñez, 2005)

En este modelo las Técnicas Psicoterapéuticas son de dos tipos, las Operativas y las Procedurales.

- **Las técnicas operativas** provienen de teorías específicas y son procedimientos validados experimental y clínicamente, suelen estar secuenciadas, con fases y objetivos específicos y su indicación está referida a aspectos concretos de las dificultades de los pacientes, por lo que un resultado positivo incide en la motivación y confianza del paciente en el proceso terapéutico.

Algunas de estas técnicas son la desensibilización sistemática, exposición, ensayo conductual, modelling, reestructuración cognitiva, etc. (Yáñez 2005)

- **Las técnicas procedurales** son aquellas estrategias psicoterapéuticas que provienen de la metateoría y teoría clínica del modelo Constructivista Cognitivo y que le dan el carácter propio al estilo de psicoterapia que representa.

Una característica central de estas técnicas consiste en ser un proceso metódico de deconstrucción y reorganización de la experiencia del paciente, y de las explicaciones mediante las cuales atribuye un significado coherente desde su propio sentido de identidad. (Yáñez, 2005)

Esta característica, que define los propósitos de la psicoterapia Constructivista Cognitiva, va también a especificar la metodología y la marcha del proceso psicoterapéutico. Dicho de otro modo, le dan el sello al estilo de trabajo en terapia, tanto respecto del trabajo del terapeuta, como el conducirse del paciente durante el curso de un proceso de psicoterapia. La operación de estas técnicas está ajustada al marco teórico de referencia y al encuadre psicoterapéutico regulador del contexto y de la relación. De este modo, la dinámica entre técnicas y encuadre es una dinámica necesaria y suficiente para el despliegue de la psicoterapia. Se debe tener en consideración que esta preeminencia de las técnicas y del encuadre, es una característica propia del modelo que propongo y muy ligado a su esencia. (Yáñez, 2005)

Una segunda característica es que estas técnicas representan la síntesis del desarrollo del modelo, desde sus orígenes conductuales hasta sus actuales desarrollos constructivistas, dado que en su aplicación y operación pueden reconocerse una serie de mecanismos y principios que representan a las distintas etapas del desarrollo del modelo Cognitivo. (Yáñez, 2005)

Una tercera cuestión, respecto de estas técnicas, es que abordan con mucha eficiencia, los distintos niveles de integración del sujeto, desde algunos procesos de tipo biológico, tales como la consideración de variables constitucionales, el apego, aprendizaje, nivel intersubjetivo, hasta el emocional y mental en el sentido de fenómenos como la dinámica de la mismidad, la autoconciencia, el inconsciente, la identidad, etc.; de tal manera que al utilizarlas, el terapeuta pueda

distinguir las distintas ópticas con las cuales el paciente se maneja para generar las condiciones que le permitan desarticular y rearticular comprensivamente la complejidad de la subjetividad y del sujeto, como individuo inmerso en la compleja dinámica con su realidad. (Yáñez, 2005)

Para efectos de esta investigación enunciaré ambas técnicas Procedurales resumidamente:

- Técnica Procedural de Exploración Experiencial

Esta técnica es representativa del quehacer más frecuente realizado por los terapeutas de diversas orientaciones, dado que, los contenidos a los cuales se aplica, son aquellos que forman parte del relato histórico del paciente, o sea, aquellos contenidos traídos por éste a la sesión, tanto de su historia como de sus experiencias recientes, siempre y cuando su ocurrencia no forme parte ni de la relación ni de la sesión terapéutica.

El mecanismo emocional y cognitivo, que está a la base de esta técnica, corresponde a una activación de los recuerdos cargados de contenidos relevantes para la identidad del sujeto.

El vehículo de estos contenidos es siempre el relato espontáneo o inducido del paciente acerca de su vida. En este relato se pueden distinguir distintos niveles de análisis posible: El primer nivel correspondería a los hechos propiamente tales o lo anecdótico, donde se mezclan personajes, situaciones, contextos, historias, y suele ser el más abundante en cuanto a producción del paciente. Un segundo

nivel de análisis, corresponde a lo que serían las interpretaciones que el paciente hace de los acontecimientos que le acaecen, y en éste se inscribe la ideología idiosincrásica, o sea, la manera de procesar la información de acuerdo a sus propios parámetros internos. Un tercer aspecto tiene que ver con la forma de lo dicho y revela aquellos aspectos de los acontecimientos sobre los cuales el paciente no tiene una clara conciencia, por un lado, o bien no operan con una simbolización factible de ser puesta en la palabra; por lo tanto, este nivel revelaría aquellos aspectos inconscientes a los cuales el paciente no tiene acceso directo, que son de vital importancia para la terapia, y que exigen sean registrados por el terapeuta, quien va a constituirse en el material de alguno de los niveles de intervención. Más aún, se puede describir un cuarto nivel de análisis, que es externo al sujeto y que se refiere al impacto cognitivo y emocional que el despliegue de contenidos produce en el terapeuta; en otras palabras, se trata de los elementos transferenciales desde la perspectiva psicodinámica. La consideración de estos cuatro niveles de análisis, que son parte integral de la técnica de exploración experiencial, debiera conducir a alcanzar el objetivo central de la técnica: la reorganización de la dinámica de la mismidad del paciente.

- Técnica Procedural de Metacomunicación

Esta es una técnica procedural cuya característica es hacer referencia a las transacciones interpersonales y sus efectos, que ocurren durante la relación terapéutica. Se lleva a cabo en el eje sincrónico de la psicoterapia, o sea trabaja

con el material que surge durante la sesión. Su función es hacer que el paciente tome conciencia de la participación y los efectos que provoca su conducta en relación con los demás. Más específicamente, esta función se puede desglosar en tres aspectos: uno, suministra al paciente un desmentido experiencial acerca de su estructura cognitivo-afectiva disfuncional; en segundo lugar, permite que el paciente se de cuenta de su participación en las interacciones en que está involucrado; y tercero, activa un proceso de descentramiento natural en el paciente, que le permitirá distinguir entre “la realidad y su interpretación de la realidad”

Procedimientos de Intervención

Según Yáñez, (2005), las **Intervenciones** corresponden a acciones del terapeuta equivalentes a la noción de actos de habla, propuesta por la lingüística pragmática, cuya función es mantener el dinamismo de la actividad productiva del paciente, en términos de experiencias dentro de la sesión y relatos externos a ella para crear constantemente las condiciones necesarias para el cambio psicoterapéutico.

Las intervenciones pueden ser:

Escucha terapéutica: Se refiere al acto de prestar atención al despliegue del paciente en sus tres niveles de respuesta: conductual, emocional y cognitivo

Exploración: La actitud exploratoria del terapeuta es permanente durante todo el proceso terapéutico, sin embargo, cuando se habla de la intervención de exploración, se está pensando en una intervención que, producto de la escucha terapéutica, requiere encauzar el relato del paciente hacia algún área no tratada espontáneamente por este y de la cual es necesario extraer información relevante para ordenar y completar, los referentes del pacientes. Entonces, el objetivo principal de esta intervención es abrir material que informa sobre el paciente.

Aclaración: Esta intervención puede ser usada en cualquier momento del proceso terapéutico, dado que debe ser una actitud constante del terapeuta de ordenar y aclarar, con la intención de establecer una consensualidad entre lo dicho por el paciente y lo escuchado por el terapeuta. En ese sentido, esta intervención esta orientada a precisar el uso de categorías conceptuales o las descripciones de situaciones o acontecimientos.

Reflejo Locutivo: Es un tipo de reflejo que se apoya en el nivel de lo locutivo de un acto de habla expresado por el paciente. El material reflejado son los contenidos morfosintácticos o proposicionales que utiliza el paciente. El propósito de esta intervención es doble: en primer lugar, pretende establecer una consensualidad acerca del uso de una categoría conceptual entre el terapeuta y el paciente, de modo que haya un entendimiento recíproco en torno a lo que se está diciendo; y segundo, intenta instigar o mostrar al paciente si la categoría que está empleando para referirse a algún acontecimiento significativo es concordante con su intención y con la experiencia vivida.

Relejo ilocutivo: Este es un segundo tipo de reflejo cuya condición central es que lo reflejado es la intención de lo dicho por el sujeto, o sea, que lo que se refleja es la categoría ilocutiva de un acto de habla, de modo tal que la expresión que vehicula el reflejo ilocutivo, pone especial énfasis en los verbos y la acción del verbo, más que en la categoría conceptual empleada.

Señalamiento: Esta intervención demanda fuertemente al terapeuta, especialmente en el interjuego de la dinámica de la escucha entre lo analítico y lo global, dado que implica poner en sintonía algunos aspectos de lo dicho por el paciente, respecto de una impresión global que se va construyendo de éste. Por lo tanto, esta intervención opera sobre el contenido de lo dicho por el paciente en aquellas temáticas insuficientemente tratadas, o reprimidas, o no incorporadas al relato, pero que el terapeuta tiene claros indicios de su existencia en el subtexto de lo dicho.

Metacomunicación: La intervención de metacomunicación comparte con la técnica de metacomunicación, el hecho central de que se basa en un efecto que el paciente produce, con su relato, en el terapeuta. La diferencia entre ambas es que, la técnica siempre surge de un marcador interpersonal, que es una clave discriminativa de que puede estar operando un esquema cognitivo interpersonal prototípico del paciente, en cambio, como intervención, es nada más que una expresión que revela un estado del terapeuta, producido por el curso del relato del paciente y que más bien está relacionado con la necesidad de exploración, de aclaración, de profundización, de revelación del contenido, y donde se utiliza la

metacomunicación para darle mayor poder a la petición hecha por el paciente; en otras palabras el despliegue metacomunicativo del terapeuta está al servicio de producir más material y no tiene necesariamente una intención de reorganizar la experiencia del paciente, aun cuando si esto sucede, bienvenido sea. Se propone la metacomunicación frente a aquellos contenidos que el paciente se siente complicado, pudoroso o le moviliza algún nivel de ansiedad o inseguridad, y su función es dar una señal interpersonal de que la alianza terapéutica está respaldando esta petición y que el terapeuta está disponible, atento y empático con lo que ocurre.

Adlaterización: La adlaterización corresponde a una exageración o amplificación, e incluso en algunas ocasiones caricaturización, que se realiza con lo dicho por el paciente. Adlátere viene de “colocarse al lado de”, y esta es la esencia de esta intervención, es sumarse a lo dicho por el paciente, pero exagerando especialmente sus interpretaciones y los efectos de éstas. Las condiciones para que un contenido sea adlaterizado es su excesiva racionalización; o su alcance explicativo generalizado, o sea, algo que es usado sistemáticamente para categorizar diversas situaciones; o cuando en su relato, el paciente incluye dispositivos defensivos muy primitivos, tales como resistencia, negación o proyección.

Rotulación: En la intervención de rotulación, es el terapeuta quien utiliza o propone una categoría conceptual como atributo del paciente o algún otro personaje significativo que este incluya en el curso de su relato. Implica para el

terapeuta, aventurar el uso de una categoría que pudiera haber venido madurando en el curso de la terapia y que, en el despliegue de situaciones o contenidos del paciente, frecuentemente aparece como representativa de ciertas conductas acerca de él mismo o los integrantes de su red de relaciones significativas. El contexto que tiene que darse para utilizar esta intervención, son: contenidos difusos o ambiguos, ideas o atribuciones inestables, o disgregantes, u oscilantes acerca de algún sujeto incluido en el relato, siempre que estas sean reiteradamente una condición de lo dicho por el paciente.

Confrontación: Es anteponer una hipótesis alternativa, que se expresa en una categoría conceptual distinta a la interpretación que el paciente tiene acerca de un acontecimiento. El terapeuta despliega una hipótesis propia, que compite con la explicación que el paciente le otorga a alguna de sus experiencias y sus interpretaciones, en el consabido que la hipótesis alternativa del terapeuta es acerca del paciente y sus circunstancias, y lo que se juega es desplegar un punto de vista alternativo para intervenir el punto de vista tradicional o reiterado del paciente acerca de ese contenido. Las condiciones necesarias para una confrontación son las siguientes:

a) Explicaciones e interpretaciones rígidas y recurrentes en torno a acontecimientos, b) contenidos autodestructivos, c) explicaciones distorsionadas o muy sesgadas ideológicamente, d) fantasías explicativas, e) o cualquier contenido

o explicación que interfiera su integración al sí mismo, sean estos remotos o recientes en su origen. Su función es estimular la construcción de interpretaciones alternativas que faciliten la integración de nuevos contenidos al sí mismo, mediante la dinamización del desplazamiento en los ejes de las dimensiones operativas.

Bisociación: Es una intervención que demanda un muy buen manejo de la relación, en términos de la focalización, y de un alto nivel de manejo de contenido y procesos acerca del paciente, de modo que es una intervención que se hace avanzado en el proceso terapéutico. Consiste en que, a la luz de una expresión hecha por el paciente, ya sea ésta una descripción de un acontecimiento, o una explicación de éste, el terapeuta lo asocia con otro contenido que no está mencionado en el relato presente pero que ha surgido en otro momento de la psicoterapia. Por lo tanto, es una asociación entre contenidos o explicaciones significativas que originalmente no estaban conectados de ninguna manera en el aparato psíquico del paciente. El efecto que suele producir es de sorpresa y de un alto compromiso emocional, lo cual es una señal del éxito de la intervención. Las condiciones para realizar una bisociación son una alianza fuerte y estable, la existencia de contenidos significativos disgregados en el discurso del paciente y un alto compromiso emocional con cada uno de los contenidos asociados.

Su función es integrar contenidos parcialmente incorporados a la coherencia sistémica, a través de asociarlos con contenidos que forman parte estructural de ella.

Interpretación: Se puede decir de la interpretación, que la prevención acerca de ella es mejor menos que más, y mejor aún si es el paciente antes que el terapeuta. Esto dado que las interpretaciones deben ser muy oportunas y justificadas para utilizarlas en el proceso terapéutico. En otras palabras, las interpretaciones son una herramienta altamente eficiente y perturbadora, pero que como intervención, es primero preferible crear las condiciones para que el paciente realice sus propias interpretaciones, más que el terapeuta intervenga con algunas de ellas. La intervención de interpretación consiste en que el terapeuta plantea una relación entre una hipótesis general del funcionamiento del paciente y un contenido contingente, su interpretación ó el vínculo que esté fluyendo en ese momento durante el proceso terapéutico entre ambos; en otras palabras, la interpretación del terapeuta puede hacerse sobre el contenido desplegado por el paciente, dado que no existe una significación de éste, o bien, sobre su interpretación, si es que la hay, en cuyo caso el terapeuta reinterpretaría la interpretación original; o finalmente, sobre el estado transferencial de la relación.

vi.ix Dimensiones operativas

Las Dimensiones Operativas corresponden al nivel de funcionamiento superficial, concretamente al funcionamiento cotidiano, dentro de los límites de la mismidad del sistema y de los procesos de mantenimiento. Esto significa que la tendencia central del nivel operativo, es a mantener la estabilidad del sistema aún

al costo de levantar mecanismos de defensas, llamados sistemas de conocimiento de control descentralizado, porque instalan una significación parcial o transitoria a los contenidos de la experiencia, o bien, desarrollando complejos sintomáticos o constelaciones de síntomas. (Yáñez, 2005)

Conceptualmente, las dimensiones operativas pueden ser definidas como polaridades antitéticas que expresan el funcionamiento operativo del proceso de mismidad de un sujeto, como respuesta a las presiones del medio. Consisten en opciones preferentes de desplazamiento, entre dos extremos polares de modos de funcionamiento proactivo, que permiten resolver las demandas de cambio o mantenimiento de la coherencia del sistema. La dinámica de estas categorías no es lineal o de un eje, sino que es el resultado de una circularidad dialéctica determinada por las condiciones contextuales, interpersonales e intrapersonales en las cuales un sujeto es requerido. (Yáñez, 2005)

Según Yáñez (2005) las Dimensiones Operativas son:

Concreción – Abstracción: Se refiere a los niveles de simbolización en categorías conceptuales explicativas, de los contenidos de la experiencia real. Es a través del lenguaje y la abstracción como la vivencia en curso es simbolizada. Lo psicopatológico, en esta categoría, correspondería a la interferencia del proceso de simbolización, producto de las demandas que exceden las posibilidades de explicación dentro de los márgenes de la coherencia del sistema.

Flexibilidad – Rigidez: Esta dimensión refiere a la operación de las estructuras de procesamiento y conocimiento proactivo ante las demandas de la experiencia en curso. En otras palabras, la flexibilidad o la rigidez de la operación, le permite al sistema contar con una mayor o menor gama de posibles explicaciones de los acontecimientos de la experiencia y, en esa medida también, tener más opciones para seleccionar aquella que resulta armónica a la coherencia sistémica.

Inclusión – Exclusión: esta dimensión operativa tiene que ver con la capacidad del sistema de conocimiento para integrar nuevos contenidos, a partir de las presiones que ejerce la experiencia en curso (el Yo, que experimenta y actúa), y para simbolizar el material perturbador (el Mi, que observa y evalúa).

Proactividad – Reactividad: esta dimensión depende de las características innatas e ideográficas del sujeto, que inciden en un estilo de enfrentamiento ante las demandas que ejerce la relación con el mundo. Se refiere al grado de persistencia y permanencia de los niveles de respuesta motor, emotivo y cognitivo, ante los desafíos o amenazas.

Exposición – Evitación: Esta dimensión se refiere a la actitud del sujeto frente a las perturbaciones que generan las demandas desbordantes con dificultades de procesamiento. Por ser una amenaza para el sistema, presionan por una actividad de enfrentamiento o de escape, lo que amplía o limita las posibilidades de crecimiento del sistema. Con el estilo de resolución decidido, el sujeto también hace una opción de desarrollo propio.

viii) Modelo Psicoterapéutico Constructivista Cognitivo

vii.i Duración y Frecuencia de la Terapia

Según la propuesta Psicoterapéutica que plantea Yáñez (2005) la duración de un proceso terapéutico es un factor relativo. Sin embargo, se estima que el número de sesiones que permite alcanzar los objetivos y las metas, debiera ser entre 16 y 20 sesiones, con una frecuencia ideal de dos sesiones por semana, la que va a depender del tipo de problema, la disponibilidad del paciente y las condiciones económicas. Dicha frecuencia permite mantener permanentemente la dinámica psicoterapéutica inserta en la experiencia vital cotidiana del paciente, al mismo tiempo que favorece el monitoreo por parte del terapeuta de los progresos o retrocesos del curso de la terapia, sin dejar de considerar espacios adecuados para que el paciente procese internamente sus efectos y pueda ponerlos en juego en su medio ambiente natural. Este contraste entre las reformulaciones simbólicas o experienciales dentro de la sesión y el encuentro con su realidad cotidiana, es un motor importante que dinamiza el proceso psicoterapéutico.

vii.ii Procedimiento Psicoterapéutico

El procedimiento psicoterapéutico propuesto por Yáñez (2005) sugiere tres fases; la primera fase de evaluación, la segunda fase de operación de psicoterapia

y la tercera fase de Cierre de Psicoterapia. En estas se pretende desplegar todas las técnicas y procedimientos de intervención señaladas anteriormente.

A continuación se realizará una breve descripción de las tres fases, con las actividades y objetivos a conseguir en cada una de ellas.

Fase 1: Evaluación (3 a 4 sesiones)

Esta fase tiene una importancia crucial para la psicoterapia porque, aun cuando se está evaluando si es posible una psicoterapia y si las características del paciente permiten un resultado auspicioso de la psicoterapia, también son los primeros encuentros entre paciente y terapeuta, que van a crear las condiciones interpersonales asociadas al proceso terapéutico y sus resultados. De modo tal que, aún cuando tiene un carácter evaluativo, establece las bases de lo que va a ser la futura alianza si se indica psicoterapia. Otra condición que la hace compleja es que hay muchos objetivos importantes que cumplir en un período breve, por lo tanto, la demanda sobre la conducción y la productividad de esta fase, es alta.

Los objetivos a cumplir durante esta Fase son los siguientes:

- Evaluar la pertinencia de la psicoterapia breve para el paciente
- Evaluar las derivaciones a otras especialidades de salud mental y médicas
- Evaluar la potencialidad de la alianza.
- Evaluar la motivación por la psicoterapia
- Evaluar las dimensiones operativas.
- Evaluar el motivo de consulta.
- Evaluar la historia de vida (áreas vitales) y el relato del paciente
- Apreciación preliminar de la dinámica del sí mismo
- Evaluar los recursos para la psicoterapia
- Instalar el encuadre de trabajo

Durante esta primera fase se deben cumplir las siguientes actividades:

- Desplegar el encuadre de evaluación y general
- Recepcionar el motivo de consulta
- Recabar información de áreas vitales
- Organizar un genograma y una línea de vida³⁵
- Operar con intervenciones del nivel de escucha, exploración, aclaración, paráfrasis y reflejo
- Construir e informar una devolución clínica para el paciente, que incluya la pertinencia de la psicoterapia, las derivaciones, los recursos y una proposición de tareas y metas de la psicoterapia. Se evalúa directamente con el paciente su interés y motivación por la psicoterapia y las características concretas del estilo del terapeuta y del modelo psicoterapéutico

Fase 2: Operación de la psicoterapia (4 a 13 sesiones).

Esta fase concurre una vez que se ha obtenido la certeza de que una psicoterapia de este tipo es pertinente para el paciente, y el profesional es la persona indicada para llevarla a cabo. Es en esta fase donde se despliega el procedimiento psicoterapéutico propiamente tal. En ella deben operar tanto los factores específicos, como los factores inespecíficos, principalmente asociados al tipo de relación o alianza terapéutica, las características personales del terapeuta y las condiciones generales del paciente.

Los objetivos a cumplir durante esta Fase son los siguientes:

- Definir en las primeras sesiones de esta fase, las metas que se pretende alcanzar en cooperación con el paciente

- Evaluar la pertinencia de un diagnóstico psicopatológico que organice la sintomatología del paciente con el fin de tomar decisiones acerca de medicación, aplicación de técnicas operativas u otra herramienta psicoterapéutica
- Definir, de acuerdo con la marcha del proceso, las siguientes categorías secundarias de organización: Objetivo terapéutico, Tarea Terapéutica, Foco Psicoterapéutico, Hipótesis Clínica
- Instalar la alianza terapéutica:
 - Crear las condiciones interpersonales y técnicas para el cambio terapéutico.
 - Abordar la sintomatología del paciente
 - Comprender el sistema de funcionamiento del paciente.
 - Reorganizar o deconstruir los sistemas de significación y funcionamiento del Paciente

Durante esta segunda fase se deben cumplir las siguientes actividades:

- Mantener la marcha del proceso psicoterapéutico en forma regular y persistente de acuerdo a las reglas establecidas por el encuadre y los principios de cambio. Esto implica la consideración de los aspectos formales establecidos en el contrato, tales como: número de sesiones semanales, número de sesiones estimadas en el proceso terapéutico, cumplimiento del horario y el tiempo de sesión y aspectos clínicos como las metas, los objetivos terapéuticos y el alivio sintomático.
- Especificar, en términos de contenidos concretos del paciente, las metas, los objetivos, las hipótesis, las tareas y los focos psicoterapéuticos.
- Mantener y fortalecer la alianza terapéutica como resultado del trabajo constante, sistemático y del involucramiento técnico y personal en la perspectiva de la generatividad interpersonal.
- Aplicar técnicas e intervenciones.
- Monitorear la marcha del proceso terapéutico.

Fase 3: Cierre de la psicoterapia (2 a 3 sesiones).

La fase de cierre de una psicoterapia breve es menos compleja que en una psicoterapia de tiempo ilimitado, dado que hay un acuerdo previo a su encuadre, expresado en la fase de devolución, que dispone, tanto al paciente como al terapeuta, para ir concluyendo en un plazo flexible pero estipulado. El cierre se asocia naturalmente a la devolución, y durante éste se debe tener en consideración las cuestiones que tienen que ver con los compromisos y las metas del proceso terapéutico. Habría dos criterios que deben concurrir para ser destacados durante estas últimas sesiones: el primero tiene que ver con el logro parcial o total de las metas terapéuticas previamente señaladas; el segundo tiene que ver con la evaluación que el paciente realiza de su experiencia en un proceso de relación interpersonal, en términos de éxito – no éxito, y el acopiar esta experiencia dentro de su ámbito vital. El disponerse a una experiencia como la psicoterapia, llena de amenazas, ideas y resistencias, y lograrlo efectivamente, puede ser un acicate para que en su vida natural opere con el principio general de que vale la pena intentar experiencias potencialmente productivas para el sí mismo. La valorización de este segundo aspecto, y su incorporación como una experiencia válida, depende de la habilidad del terapeuta para transferirle al paciente la responsabilidad de las metas alcanzadas durante el proceso de terapia.

Los objetivos a cumplir durante esta Fase son los siguientes:

- Revisar los logros de las metas terapéuticas.
- Evaluar la participación y los beneficios para el paciente de haber estado sometido a una experiencia psicoterapéutica.
- Evaluar la disposición del paciente al cierre
- Decidir el cierre o la continuidad de la terapia.

Durante esta tercera fase se deben cumplir las siguientes actividades:

- Aumento de la frecuencia de utilización de categorías conceptuales referidas a las metas terapéuticas y a los aspectos reorganizados del funcionamiento profundo del paciente.

De esta forma se ha realizado una revisión del contexto de salud Pública en Chile, de la metateoría constructivista, de la teoría clínica asociada y del modelo Psicoterapéutico propuesto por el Doctor en Psicología Juan Yáñez, con estos elementos se realizará la propuesta de Adaptación de este Modelo terapéutico para la Atención Primaria de Salud,

VII.- ADAPTACIÓN DE METODOLOGÍA TERAPÉUTICA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A partir de lo mencionado anteriormente es necesario especificar algunas condiciones para que este modelo opere lo más efectivamente posible dentro del contexto de Atención Primaria.

Las condiciones propuestas son las siguientes:

1. Coordinación administrativa con el SOME (Servicio de orientación médica y estadística) el cual está encargado de recibir al público y agendar las horas de Psicología en la Atención Primaria de Salud:

Esto implica una mayor autonomía en cuanto a la asignación de horas de Psicólogo, para así lograr que las sesiones tengan una frecuencia semanal. Para esto se propone la entrega de un “*carnet de atención de psicología*” en donde el terapeuta consignaría las fechas y horas de las sesiones semanales. El paciente llevaría este carnet al SOME en donde se agendarían las horas designadas en el sistema electrónico. Cabe mencionar que en algunos Centros el profesional mismo es capaz de asignar las horas en el sistema, por lo que en estos casos no sería necesario esta coordinación.

2. Establecimiento de un Encuadre Clínico para el proceso terapéutico:

A partir de la diversidad de los Centros de Atención Primaria y sus distintas características en cuanto a la infraestructura, se hace imprescindible contar con un encuadre fijo y estable a lo largo del proceso terapéutico. Un encuadre definido se viene a constituir como una herramienta fundamental del cambio del paciente.

Uno de los factores centrales asociados con el cambio personal en el modelo constructivista cognitivo, es precisamente el encuadre riguroso y estricto que se debe respetar para el ejercicio de los procedimientos psicoterapéuticos (Yáñez, 2005)

3. Identificación de estilos personales del paciente y focos terapéuticos acotados:

Al tratarse de un modelo de atención breve, toma particular relevancia la necesidad de identificar en las primeras sesiones los estilos personales del paciente, así como las dimensiones operativas en las cuales se desenvuelve y una idea de la organización de significados personales del consultante, de esta forma y estableciendo el motivo de consulta, se deben proponer y trabajar focos terapéuticos acotados, realizables en el tiempo planificado para el proceso terapéutico.

4. Procedimiento estructurado y sistemático en cada sesión y en el proceso general, basado en la Metateoría y teoría clínica Constructivista Cognitiva:

La base de ordenamiento de un proceso psicoterapéutico proviene de la conceptualización general del sujeto, esto nos permitirá establecer un marco de principios que servirán de base para desarrollar las temáticas relevantes para la psicoterapia.

Los conceptos que se desprenden de la teoría clínica nos ayudarán a definir los conceptos más cotidianos utilizados en la práctica de la psicoterapia y a la vez estarán al servicio de la estructuración y organización del proceso completo, desde la sesión de ingreso hasta el alta.

vii.i Caracterización del paciente

Se propone este modelo para ser aplicado en pacientes de ambos sexos, en el rango etario entre 24 y 64 años, diagnosticados con depresión leve/moderada y sin comorbilidades de salud mental (Trastornos de personalidad, ideación suicida activa, consumo de alcohol o drogas, trastornos psiquiátricos graves), en un contexto de vulnerabilidad psicosocial, cuyos elementos son integrados en su experiencia e identificados como elementos constituyentes (y complementarios) de la problemática presentada.

vii.ii Duración y frecuencia de la terapia

En esta propuesta el proceso terapéutico tiene una duración de ocho sesiones, de frecuencia semanal, lo que correspondería a dos meses de duración. Período durante el cual se pretende enfatizar en la sintomatología del paciente, abordando las características individuales y formas de operar en el mundo. A partir de esto se desprende que esta propuesta, si bien es acotada, pretende dar respuesta personalizada a los distintos consultantes, considerando elementos ya mencionados, tales como antecedentes previos y su relación con el estilo personal y el mundo fenoménico del paciente.

vii.iii Procedimiento terapéutico

El procedimiento terapéutico propuesto consta de tres fases, en la que transcurre la Psicoterapia. Previo a eso se realiza un tamizaje y posteriormente seguimiento.

A continuación se realiza una descripción detallada de las distintas fases:

Tamizaje

Esta fase la realizará el equipo multidisciplinario de salud, en donde mediante el screening que se utilizan en Atención Primaria: "Cuestionario de Salud General de Goldberg" (Anexo 1), se evalúa la sintomatología y se deriva al psicólogo a partir de la hipótesis diagnóstica de depresión leve/moderada. Cabe mencionar que el equipo multidisciplinario de salud está constituido por Médicos de Salud Familiar,

Enfermeras, Matronas, Nutricionistas, Trabajadores Sociales, Kinesiólogos y Técnicos Paramédicos.

Estos miembros del equipo de salud, en sus prestaciones diarias y en sus atenciones individuales, pueden visualizar una alteración en el ánimo del paciente, ya sea por su propia observación o por el relato del paciente o de algún familiar que lo acompañe.

El equipo multidisciplinario, que trabaja en los distintos Centros de Salud Familiar, está bastante sensibilizado en cuanto a detectar este tipo de fenómenos, producto de estar en permanente contacto con el resto del equipo multidisciplinario en instancias de discusión y análisis de casos, los que les permite poseer una mirada más amplia respecto al consultante. Esto tiene como consecuencia la aplicación de los screening antes mencionados. Al ser de fácil y rápida aplicación, no significa mayor alteración en su ejercicio profesional, por lo que en general existe una buena disposición para aplicarlo.

Igualmente cabe mencionar que muchos miembros del equipo de salud no presentan mayor conocimiento respecto a las características fenomenológicas que presenta un paciente con sintomatología depresiva, y si bien pueden aplicar los instrumentos, es en la primera sesión con el Psicólogo en donde se evalúa la permanencia del paciente a sesión individual o es derivado a otras prestaciones que realiza el Psicólogo de Atención Primaria (Consejerías, Psicoeducación, Talleres Grupales, etc.).

Una vez que el equipo detecta sintomatología depresiva en un paciente se realiza la coordinación con el SOME, en donde se le asigna una hora de ingreso con el Psicólogo.

Fase 1: Evaluación (1 a 2 sesiones)

Esta Fase se constituye como una de las más importantes dentro del proceso, ya que al tratarse de un modelo acotado de intervención, es aquí donde el terapeuta debe desplegar las habilidades y herramientas clínicas a su disposición para intentar hacerse una idea general del consultante y la relación con el motivo de consulta.

Igualmente es en esta instancia en donde se crean las condiciones interpersonales asociadas al proceso terapéutico y sus resultados, y si bien esta es la Fase de Evaluación, es aquí en donde se establece la base de la futura Alianza Terapéutica.

En esta fase el terapeuta asume un rol más activo, indagando lo que no queda claro, explorando las áreas más significativas del paciente y de su entorno, aclarando y profundizando en las temáticas que emergen como relevantes.

Es una Fase esforzada para el terapeuta, pero lo que se decide al final es crucial. Se debe aprovechar el tiempo destinado a la sesión lo máximo posible, por lo que se debe dedicar más tiempo a los objetivos que no están logrados y que se presentan más relevantes dentro de la historia del paciente en relación a su motivo de consulta.

Los objetivos a conseguir en esta fase son los siguientes

a) Evaluar la pertinencia de la psicoterapia breve para el paciente:

Esto se evalúa tanto desde la perspectiva del problema que presenta el paciente (adecuación de la psicoterapia) como desde sus características personales (adecuación del paciente).

b) Evaluar las derivaciones a otras especialidades:

Muchas veces los pacientes que llegan a consultar a Salud Mental en APS presentan alguna patología médica crónica (HTA, Diabetes, etc.) y el psicólogo, al ser parte del equipo multidisciplinario de salud, tiene la obligación de derivar si corresponde a otro profesional. Puede suceder que en la primera sesión se evidencie una patología psiquiátrica, lo que significaría el fin del proceso y la derivación a Atención Secundaria de Salud para tratamiento por especialistas.

c) Evaluar la potencialidad de la alianza:

La alianza se debe evaluar bidireccionalmente, tanto como se debe evaluar la condición mental del paciente, que puede facilitar u obstaculizar la alianza, también se debe evaluar la experiencia sentida del terapeuta al estar frente a una persona con algún tipo de dificultad a nivel relacional y/o emocional. En cualquiera de los casos el terapeuta debe estar disponible, al máximo nivel, para crear las condiciones necesarias para el surgimiento de una alianza productiva. En este

punto es importante la empatía, la aceptación incondicional, la congruencia y la autenticidad.

d) Evaluar la motivación por la psicoterapia:

Un proceso psicoterapéutico funciona basado en la disposición motivacional que exhiba el paciente con el proceso de psicoterapia. Usualmente los pacientes derivados a Psicología por el resto del equipo de Salud, no saben por qué van, y muchos asisten con una expectativa irreal respecto a lo que un psicólogo pueda dar como prestación, por eso la evaluación de este punto es primordial.

e) Evaluar historia de vida (áreas vitales) y el relato del paciente:

Es importante reunir los antecedentes necesarios y significativos de la historia de vida del paciente para detectar y definir las relaciones dinámicas funcionales y de causalidad posibles entre los acontecimientos que lo llevan a consultar o que están provocando la sintomatología. (Yáñez, 2005)

Se debe tomar especial atención a la forma en que el paciente construye el relato de su vida, poniendo especial atención en los aspectos locutivos e ilocutivos del consultante, esto nos dará una idea preliminar de la forma de significar la realidad y como ha construido los significados, valores, atribuciones, amenazas y proyecciones asociados a su praxis vital. Esto debe ser focalizado al punto de poder distinguir los aspectos relevantes e irrelevantes de la historia del paciente, por lo que no puede pretender acuciosidad o detallismo de cada una de ellas, sino

más bien enfocarse en las áreas en que esté presentando conflictos, por ejemplo, la familia o las relaciones laborales, etc.

f) Evaluación preliminar de la dinámica del sí mismo y de las dimensiones operativas:

La evaluación de estas áreas nos permite generar información del paciente respecto a la movilidad entre las dimensiones operativas y a la vez nos permite apreciar el interjuego que ocurre entre la experiencia inmediata y las explicaciones que genera el paciente respecto de ellas. Si bien es un aspecto difícil de explorar, en la primera sesión se debe por lo menos generar una hipótesis de esta, para luego en el transcurso de las sesiones confirmarla o reemplazarla por una nueva hipótesis.

g) Instalar encuadre de trabajo:

Es aquí en donde se crean las condiciones que determinarán el tipo de relación y los procedimientos a los cuales el paciente estará sometido. Al establecer el encuadre se establecerá la cotidianidad y servirá para bajar las expectativas desbordantes que pudiera utilizar el paciente para enfrentar un proceso como este. Se le debe comentar el número aproximado de sesiones que tendrán, el día y la hora asignados y a la vez responder cualquier duda que pueda surgir por parte del consultante.

Al término de esta fase se realiza la DEVOLUCIÓN CLINICA, en donde se le refleja una visión general del paciente y de sus procesos, se deben delimitar contenidos, acciones y procedimientos psicoterapéuticos para abordar las dificultades del paciente.

En esta primera sesión se debe poner especial atención a lograr las siguientes intervenciones, que si bien estarán presentes durante todo el proceso, es aquí donde juegan un papel más relevante:

Escucha terapéutica: Todo lo dicho en esta primera sesión es de primordial relevancia, los tres niveles de respuestas, cognitivo, conductual y emocional, nos darán una idea del sujeto que tenemos en frente, por lo que el terapeuta debe estar muy atento a todos los fenómenos que se puedan suscitar.

Exploración: Si bien debe estar presente en todo el proceso terapéutico, en esta instancia se debe procurar que no quede nada a “la imaginación” del terapeuta, se debe abrir todo el material que nos entregue el paciente y que no quede claro. Se sigue explorar las áreas críticas del paciente, que se desprenderán de su relato, tales como área familiar, sexual, laboral, etc.

Aclaración: Es imprescindible que se logre una consensualidad entre lo que dice el paciente y lo que escucha el terapeuta. Se debe precisar el uso de categorías conceptuales y/o la descripción de los acontecimientos. Esto se refiere tanto a estados emocionales, cognitivos y también al contexto físico donde se sitúa el paciente.

Fase 2: Operación de la psicoterapia (2 a 5 sesiones).

Esta fase ocurre cuando se ha decidido y evaluado la pertinencia de algún paciente para el proceso terapéutico, es aquí donde opera el procedimiento psicoterapéutico en sí y propone los siguientes objetivos a alcanzar sesión por sesión:

En la segunda sesión se propone conseguir los siguientes objetivos:

a) Definir metas a alcanzar en cooperación con el paciente. Pretende definir las metas que se pretende alcanzar en cooperación con el paciente. Se debe pretender instalar la alianza terapéutica y crear las condiciones interpersonales y técnicas para el cambio terapéutico. Esto a partir de abordar la sintomatología del paciente y comprender el sistema de funcionamiento del paciente para lograr reorganizar o deconstruir los sistemas de significación y funcionamiento del paciente.

b) Definir, de acuerdo con la marcha del proceso, las siguientes categorías secundarias de organización

- Objetivo terapéutico. Se refiere a un objetivo específico o parcial asociado a una meta terapéutica, que se pretende lograr con la aplicación de los procedimientos psicoterapéuticos, (Ejemplo: trabajar tolerancia y mejorar comunicación en relación de pareja)

- Foco psicoterapéutico. Área de funcionamiento vital del paciente al cual están destinados preferentemente los procedimientos psicoterapéuticos.

- Hipótesis clínica. Interpretación que realiza el terapeuta acerca de los estilos de funcionamiento psíquico del paciente, sea a nivel específico o general.

c) Instalar Alianza Terapéutica:

A partir de la evaluación de la potencialidad de la alianza, realizada en la fase uno, y una vez identificadas las características del estilo de funcionamiento del paciente, se instala la alianza terapéutica, dentro de los márgenes que permite el encuadre.

d) Abordar la sintomatología del paciente:

Al proponer un modelo terapéutico que sólo tiene duración de 8 sesiones, este objetivo se debe afrontar tan pronto como sea posible. A medida que se logran identificar los focos, la forma de operar del paciente y las variables contextuales y personales, se debe abordar desde el inicio de esta fase. Principalmente se recomienda la utilización de las técnicas operativas específicas orientadas a resolver los síntomas. Para esto es importante mantener el foco terapéutico en el área de funcionamiento vital de mayor compromiso sintomático.

e) Comprender el sistema de funcionamiento del paciente:

Este objetivo debe ser alcanzado a la brevedad, paralelamente al abordar el objetivo anterior inclusive. Para esto debemos crear teorías e hipótesis del funcionamiento que nos permita obtener un conocimiento superficial, a lo menos, y de preferencia profundo, respecto de la dinámica consciente e inconsciente del

paciente, para luego establecer las condiciones y relaciones que se dan entre el funcionamiento operativo y sintomático del paciente. En este objetivo es de vital importancia la flexibilidad que debe presentar el terapeuta frente a las hipótesis clínicas que se construye respecto al paciente, para así establecer una reorganización significativa del sistema de funcionamiento del paciente.

En la tercera sesión se debe proponer conseguir los siguientes objetivos.

a) Consolidar Alianza Terapéutica:

Se debe mantener el trabajo enfocado en la alianza terapéutica, esto se verá facilitado por la corroboración del estilo del funcionamiento del paciente y de la adecuación del terapeuta a la forma particular de relacionarse por parte del paciente

b) Reorganizar los sistemas de significación y funcionamiento:

A partir del trabajo realizado en esta fase, comenzando por el involucramiento en conjunto entre el paciente, que pone a disposición su intimidad, y del terapeuta que pone sus habilidades y competencia, se espera obtener la reorganización de los significados del paciente lo cual tendrá repercusión en su funcionamiento y la sintomatología presentada.

Igualmente en esta sesión se debe mantener el trabajo respecto a abordar la sintomatología del paciente, ahora con más certeza respecto al funcionamiento y a

las dimensiones operativas en las cuales transita, el terapeuta es más activo en cuanto perturbar, para esto dispone de las técnicas e intervenciones que considere pertinente para el caso.

En la cuarta sesión se debe proponer conseguir el siguiente objetivos.

- a) Abordar la sintomatología del paciente a partir de una mayor certeza de las áreas críticas y del funcionamiento del paciente:

Es aquí cuando operamos solamente con la problemática del paciente, a partir de nuestra propia observación y por el relato del mismo. Si bien en las primeras sesiones abordamos varias áreas del paciente, ya en esta cuarta sesión deberíamos estar trabajando directamente con el problema que provoca la sintomatología y que muchas veces es distinto al motivo de consulta. Esto es favorecido por las intervenciones terapéuticas que nos permiten visualizar directamente el conflicto del paciente en cuanto a conocer su forma particular de apreciar la realidad. En esta instancia es donde el terapeuta tiene un rol mucho más activo, lo que se ve debe ser dicho ahí, para esto nos podemos valer de las técnicas de señalamiento, bisociación y metacomunicación. Esto a partir de asegurarnos haber establecido una Alianza sólida que nos permita ser más “perturbadores” que en las primeras sesiones.

En la quinta sesión se debe proponer conseguir el siguiente objetivo.

- a) Mantener el trabajo relacionado directamente con la sintomatología del paciente, enfocándonos en los factores desencadenantes y de mantenimiento, y a la vez trabajando respecto a la reorganización de los sistemas de significación y funcionamiento

A partir de tener claridad respecto a los factores personales y externos que provocan y mantienen la sintomatología del paciente, debemos paralelamente enfocar el trabajo en cuanto a la resignificación de los atributos y significados asociados. Es en esta sesión, al igual que en las dos anteriores, es donde el terapeuta asume un rol mucho más activo, desde las interpretaciones, intervenciones, como también desde lo locutivo e ilocutivo. Debe perturbar cada vez que pueda, sin descuidar la alianza terapéutica. Nuestra intención es mostrar al paciente y que se haga consciente del conflicto que se le produce, ya que se trata de sólo 8 sesiones, van a haber muchos aspectos que el paciente va a tener que elaborar solo, entre sesiones, para esto se pueden designar algunas tareas si se considera pertinente. Habiendo pasado por el proceso terapéutico nuestra intención es que pueda estar consciente de las dificultades que provocan la sintomatología, identificarlas y pretenciosamente pretender que las pueda manejar.

En la sexta sesión se debe proponer conseguir el siguiente objetivo.

- a) Enfocar el trabajo en la resignificación de los aspectos de su realidad que han provocado la sintomatología

Esto tiene relación exclusivamente con la percepción y significación del paciente de su realidad que haya logrado, el terapeuta a esta altura ya conoce las dimensiones operativas por donde transita el paciente, esto nos facilita el hecho de ser un otro validado para poder intervenir, aunque en menor medida que en las tres últimas sesiones, promoviendo el autoanálisis por parte del paciente. Si esto es igualmente complicado para el paciente, el terapeuta puede asumir un rol de yo auxiliar, pero brevemente, instando a que el paciente, a partir de la resignificación (aunque sea mínima) haya logrado a esa altura del proceso terapéutico ser capaz de identificar y describir, esto totalmente relacionado con las características individuales del individuo en específico, que provocará que distintos pacientes tengan distintas formas de manejar esta situación.

Fase 3: Cierre de la psicoterapia (2 sesiones).

La fase de cierre de la psicoterapia breve es menos compleja que en una psicoterapia de tiempo ilimitado, dado que hay un acuerdo previo a su encuadre, expresado en la fase de devolución, que dispone, tanto al paciente como al terapeuta, para ir concluyendo en un plazo flexible pero estipulado. Se realiza la consigna referente al cierre durante la devolución realizada al final de la fase uno y se debe tener en consideración las cuestiones que tienen que ver con los compromisos y las metas del proceso terapéutico. El criterio para el cierre es el

logro parcial o total de las metas terapéuticas previamente señaladas y el fin del número de sesiones estipuladas, por esta situación es que en esta modalidad de terapia, en el contexto de Salud Pública, se hace totalmente necesario el poder obtener los objetivos descritos para cada fase propuesta anteriormente, es en esta instancia en donde las características del terapeuta, sus habilidades y flexibilidad salen a relucir y permitirán lograr este objetivo.

En la séptima sesión se puede mantener el trabajo que se venía haciendo en las últimas sesiones, referido al proceso de deconstrucción y resignificación de significados, esto dependiendo de las características cognitivas del paciente y la posibilidad de que aun no lo haya logrado parcialmente. Igualmente la idea de la séptima y octava sesión es realizar un análisis con respecto al breve proceso terapéutico del cual fue protagonista principal, en esta última instancia el terapeuta debe devolver los aspectos positivos visualizados que favorecen el cambio, así como s deben enunciar las dificultades apreciadas durante el proceso y que debe seguir trabajando de forma individual.

vii.iv Medición de cambio

Se propone utilizar al finalizar la octava sesión el mismo screening que se utilizó en el tamizaje, esto puede ser una buena herramienta si se utiliza antes de que comience esta octava sesión y se puede analizar en conjunto. Lo ideal sería utilizar otro instrumento que tenga mayor validez y confiabilidad, pero considerando el contexto en el que se realiza la psicoterapia, este screening se debe tomar sólo como referencia y

vii.v Seguimiento

Se debe realizar un seguimiento del caso posterior a la finalización del mismo. El tiempo para realizar esta acción va a depender de las características administrativas de cada Centro de Salud, pero se sugiere que este seguimiento se realice dos meses después de terminado el proceso, en una sesión única, dedicada a la evaluación del paciente, su sintomatología y el área crítica que lo llevo a consultar.

VIII.- CONCLUSIÓN

Actualmente, en el contexto de Salud Pública, las prestaciones de psicología forman parte de una red más amplia de servicios médicos/clínicos, en donde la atención del Médico toma la delantera en cuanto al nivel de relevancia, tanto para los Centros de Salud como también para la percepción de los usuarios.

En este contexto es donde los distintos Centros de Salud Familiar presentan diversas formas de operar respecto a Salud Mental, esto dependiendo de las características político/administrativas de cada centro y principalmente en cómo la Salud Mental, y sus actores involucrados, se posicionan y se coordinan dentro de un determinado CESFAM, pudiendo encontrarse algunos Centros en donde la Salud Mental cuenta con los recursos necesarios para la implementación de distintos procedimientos y contratación de más número de Psicóloga, y en otros centro con sólo la dotación de un Psicologo en todo el centro de Salud

Esto viene a evidenciar las diferencias de condiciones entre el CAPs de la Universidad de Chile y la atención de Salud Mental en el ámbito público, las que se pueden a distintos niveles, tanto en el contexto físico, administrativo y político de ambas instituciones. Por lo tanto la frecuencia de las sesiones, la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes y el nivel de especialización de los Psicólogos de Atención Primaria, se presentan como puntos relevantes a trabajar para acercarse a las condiciones óptimas, en las que este modelo presenta los mejores resultados en cuanto al cambio Psicoterapéutico.

Y si bien las características de los pacientes que asisten al CAPs y las características de los pacientes que asisten a la Atención primaria son, en su mayoría, muy diferentes, ambos acuden solicitando ayuda por algún tipo de aflicción.

Sin embargo el modelo de la línea Constructivista Cognitivo aplicado actualmente en el CAPs, presenta ciertas características que lo hacen viable de utilizar con éxito en la Atención Primaria de Salud.

Personalmente tengo la oportunidad de trabajar actualmente en ambos lados, y me puedo dar cuenta que una de las características que los diferencia es la escasa tolerancia que tienen la mayoría de los pacientes que asisten a la atención primaria en cuanto a la Salud Mental y a los resultados que esperan conseguir.

Por ejemplo existen muchos pacientes hoy en día en APS que están diagnosticados con depresión y que solamente su tratamiento se basa en medicamentos antidepresivos producto de que alguna vez fueron al Psicólogo y no les pareció agradable, o a partir de las dificultades administrativas le cambiaron la hora de atención y decidieron no ir más. Entonces el paciente de APS es, en su mayoría, demandante y con escasa tolerancia a la frustración, esto también es producto de la escasa Psicoeducación existente a nivel de Estado respecto a la Salud Mental en Chile y de la escasa gestión de los Centros de Salud para realizar promoción del Programa de Salud Mental, y si bien existen Centros en donde se

realizan acciones de promoción, esto tiene que ver con políticas locales y no por lineamientos ministeriales.

Es aquí donde personalmente creo que la teoría Constructivista Cognitiva, y más precisamente, la Teoría Clínica del mismo enfoque, pueden tener una mejor recepción y validación por parte no sólo de los consultantes, sino también por parte del resto del equipo de salud, los cuales depositan en la labor del Psicólogo una gran expectativa en cuanto a resultados de los pacientes que ellos también atienden.

Esto es a partir de la percepción de los buenos resultados que se obtienen al trabajar de una forma directa, efectiva, con un sustento teórico sólido y que da respuesta más rápida a las demandas de la población que asiste, en cuanto a resultados terapéuticos.

He aplicado la metodología que expongo en esta investigación desde hace varios meses en el CESFAM donde trabajo, y con gusto me he podido dar cuenta que mi percepción de los pacientes que asisten al CESFAM ha ido cambiando a medida que he logrado sortear algunas dificultades administrativas, lo que me ha posibilitado agendar horas semanales para mis pacientes, trabajando con temas más atinentes a la problemática real del consultante y que realmente le hacen sentido a la demanda de los mismos.

Entonces, al proponer un protocolo de intervención desde el modelo psicoterapéutico constructivista cognitivo, mi intención es otorgar mayor

homogeneidad y especialización en el ejercicio clínico del Psicólogo de Atención Primaria, y al mismo tiempo, se pretende facilitar el posicionamiento y validación del rol del Psicólogo en APS.

Mi idea es continuar con este trabajo de investigación, hasta lograr que se realice una capacitación formal para los Psicólogos de Atención Primaria, desde el Ministerio de Salud y de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana, y que vaya dirigido a los Psicólogos que tengan afinidad con el enfoque y que deseen perfeccionar la terapia que realizan.

IX.- BIBLIOGRAFIA

Beck, A.; Rush, J.; Shou, B. & Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. España, Ed. Desclée de Bouwer.

Beck, A. & Freeman, A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Argentina, Editorial Paidós.

Beck, J. (2000). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. España, Ed. Gedisa.

Berger, P. y Luckman, T. (1968). La Construcción Social de la Realidad. Amorrortu Editores.

Botella, L & Feixas, G. (1998). Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica. Barcelona, España, Ed. Alertes.

Bowlby, J. (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. (ed.1995), España, Paidós.

Bowlby, J. (1990). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. España, Ed. Paidós.

Bruner, J. (1986) "El habla del niño".España, Paidós.

Cayupe, R. (2013). *Diseño y Validación de un Instrumento para Evaluar los Tipos de Organización de Significado Personal (OSP) Predominantes.* Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Santiago de Chile:

Departamento de Psicología, Escuela de Postgrado, FACSO, Universidad de Chile.

Chacón H. (2010). El Terapeuta Como Perturbador Estratégicamente Orientado. Desde el Enfoque Constructivista Cognitivo. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Santiago de Chile: Departamento de Psicología, Escuela de Postgrado, FACSO, Universidad de Chile.

Cortés S. & Kusanovic J. (2002). Estado actual de la psicoterapia cognitiva en el Centro de Psicología Aplicada CAPs de la Universidad de Chile. Memoria para optar al título de Psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

Dobry, C. (2005). Estudio de las competencias del psicoterapeuta constructivista cognitivo desde la perspectiva de la asertividad reformulada. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile.

Duarte Soto, J. (2012). Aportes desde la Intersubjetividad y la Identidad Narrativa para la Psicoterapia Constructivista Cognitiva. La terapia como un marco para la construcción y deconstrucción de historias. Tesis para optar al grado Magister en Psicología Clínica en Adultos, Mención Adultos. Santiago de Chile: Departamento de Psicología, Escuela de Postgrado, FACSO, Universidad de Chile.

Ellis, A. & Abrahms, E. (1980). Terapia racional emotiva. México, Ed. Pax.

Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. (ed. 1995), España, Ed. Paidós.

Fernández, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Argentina, Ed. Paidós.

Goldfried, M. (1996) De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración. España, Ed. Desclée de Brouwer.

Greenberg, L. (2000). Emociones: Una guía interna. España, Ed. Desclée de Brouwer.

Greenberg, L. & Paivio, S. (1997). Trabajar con las emociones en psicoterapia. (ed. 2000), España, Ed. Paidós.

Guidano, V. (1990) “De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad”. Revista de Psicoterapia, Vol 1, No. 2-3, España.

Guidano, V. (1987) “Complexity of the self”. New York. Guilford Press.

Guidano, V. (1993). El Sí Mismo en Proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista. Barcelona: Paidós Ibérica.

Heidegger M. (2000) “Introducción a la Fenomenología”. Ed. FCE. México. 2000

Kleinke, C. (1995). Principios comunes en psicoterapia. España, Editorial Desclée de Brouwer.

Mahoney, M. (1997) Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica. España, Editorial Desclée de Brouwer.

Mahoney, M. & Freeman, A. (1988). Cognición y psicoterapia. Barcelona, España, Editorial Paidós.

Minoletti A.; Graciela Rojas; Marcela Horvitz-Lennon, (2012) Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. **Obtenido desde:**

<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a06.pdf>

Minuchin S. & Fishman Ch. (1983). Técnicas de Terapia Familiar. Buenos Aires. Paidós

Niemeyer R. A. & Mahoney M. J. (1998) Constructivismo en Psicoterapia. Barcelona. Paidós Ibérica.

Piaget, J (1969). "El nacimiento de la inteligencia en el niño". Editorial Crítica.

Ruiz, Alfredo, (2007) Los aportes de Humberto Maturana a la psicoterapia,
Obtenido desde:

<https://www.inteco.cl/2011/12/22/los-aportes-de-humberto-maturana-a-la-psicoterapia/>

Safran J.D. & Muran J. D. (2005). La Alianza Terapéutica. Una Guía para el Tratamiento Relacional. Bilbao. Deslee de Brower.

Safran J.D. & Segal Z. V. (1994). El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva. Barcelona, España. Paidós.

Scharager Goldenberg J, Molina Aguayo ML. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(3):149–59.

Vergara Henríquez, P. (2011). El Sentido y Significado Personal en la Construcción de la Identidad Personal. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, Mención Clínica Infanto Juvenil. Santiago de Chile: Programa de Magister en Psicología, Escuela de Postgrado, FACSO, Universidad de Chile.

Von Foerster, H., (1994) Constructivismo. Paidós, Barcelona, 1994;

Yáñez Montecinos, J. (2004). Apunte sobre Evolución del Modelo desde el Conductismo al Constructivismo. Material para uso docente de circulación restringida. Santiago de Chile: Programa de Doctorado en Psicología, Escuela de Postgrado, FACSO, Universidad de Chile.

Yáñez, J. (2004) Apunte “Encuadre Psicoterapéutico”. E. psicología. U. de Chile.

Yáñez Montecinos, J. (2004). Apunte Sobre Procedimiento Psicoterapéutico. Material para uso docente de circulación restringida. Santiago de Chile: Escuela de Psicología, FACSO, Universidad de Chile.

Yáñez. J. y col. (2005) “Hacia una metateoria constructivista”. U de Chile.

Yáñez Montecinos, J. (2005). Constructivismo Cognitivo: Bases Conceptuales para una Psicoterapia Breve Basada en la Evidencia. Tesis para optar al grado de Doctor de Psicología. Santiago de Chile: Programa de Doctorado en Psicología, Escuela de Postgrado, FACSO, Universidad de Chile.

Zaccaria A, Minoletti A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4-5): 346-58.

Zagmutt, A. (2009). La Evolución de la Noción de Mente y sus Efectos en el Desarrollo de la Terapia Cognitiva Chilena. *Psicoperspectivas (Vol III).* Universidad Católica de Valparaíso.

Zagmutt , A. (2005) “La Terapia Cognitiva Posracionalista : un salto integrador en el Cognitivism en Psicoterapia”. Conferencia. IV Congreso Mundial de Psicoterapia. Bs.As. Argentina.

Zagmutt, A. (2004) “La Técnica de la Moviola”. Ed. Abreu y Guilhardi. Roca. Sao Paulo.

Zúñiga Caiseo, A. K. (2015). Una Aproximación a los Resultados de la Atención Psicoterapéutica de Adultos que se Ofrece en la Clínica de Atención Psicológica

(CAPs) de la Universidad de Chile. Tesis para optar al grado de Magíster. Santiago de Chile: Departamento de Psicología, Escuela de Postgrado, FACSO, Universidad de Chile.

Zúñiga, A. (2012), Avances en la noción de sujeto y subjetividad en el constructivismo cognitivo: aportes del paradigma de la complejidad. Memoria para optar al título profesional de psicóloga, Universidad de Chile.

http://www.ssmn.cl/atencion_secundaria.ajax.php

http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

X.- ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 4: CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLBERG – GHQ 12⁽¹⁾

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

Nº	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE
1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
3	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Mejor que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos capaz que lo habitual	1
		Mucha menos capaz	1
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
6	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
7	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?	Más que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos	1
8	¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos capaz que lo habitual	1
		Mucha menos capaz	1
9	¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
10	¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	0
		No más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho más	1
12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	0
		Aproximadamente lo mismo que lo habitual	0
		Menos feliz que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1

(1) Validez en Chile por:
 Trucco M, Larrén S, Campesano ME. Estudio de un cuestionario para detectar desórdenes emocionales: validación preliminar. Rev Chilena de Neuropsiquiatría 1979; 17:20-26.
 Anaya R, Wynn R, Laves G. A comparison of two psychiatric case finding questionnaires (GHQ-20 and SRO-20) in primary care in Chile. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1992; 27: 168-173.
 Humphreys D, Ibarra C, Fullerton C, Acaña J, Florenzano R, Marchandón A. Validación Preliminar en Chile de una Versión abreviada del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12). Presentado en las XLV Jornadas anuales de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago, 16 al 19 de octubre de 1991.

INTERPRETACIÓN

0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología
 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral
 7 a 12 puntos: indicativos de presencia de psicopatología