

De la Psicoterapia a la Neuropsicoterapia

Laura Trinidad Olivera¹

Resumen

La neuropsicoterapia es descrita como el enfoque que emplea el conocimiento neurocientífico integrado a la psicoterapia. A través del presente trabajo se expone la psicoterapia como la aplicación de métodos clínicos procedentes de los principios psicológicos que ayudan al paciente a alcanzar lo que desea. Se explora las prácticas basadas en la evidencia en la psicoterapia, la importancia del modelo de los factores comunes para entender la efectividad en la psicoterapia y la aportación de la neuropsicología para entender las redes neurales implicadas en el cambio psicoterapéutico.

Palabras claves: psicoterapia, neuropsicoterapia, factores comunes, prácticas basadas en la evidencia

El campo de la psicoterapia contemporánea está enmarcado dentro de los que son las prácticas basadas en la evidencia y el factor de la alianza terapéutica se ha visto como fundamental para el éxito del proceso terapéutico. Si bien es cierto que las prácticas basadas en la evidencia brindan al quehacer terapéutico el peritaje del clínico, la mejor investigación y las preferencias y características de los pacientes, son los avances en la neurociencia los que arrojan luz sobre los procesos que subyacen y explican el cambio dentro la práctica psicoterapéutica.

¹ La Dra. Laura Trinidad Olivero, es profesora de la Escuela de Psicología, Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metropolitano. La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a: ltrinidad@intermetro.edu

El presente trabajo aborda los conceptos de psicoterapia, prácticas basadas en la evidencia, modelo de factores comunes y la neuropsicoterapia como marco neurobiológico para comprender la efectividad en la psicoterapia.

Psicoterapia

Norcross en el 1990 definió la psicoterapia como la aplicación informada y deliberada de los métodos clínicos y las posturas interpersonales procedentes de los principios psicológicos establecidos con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus conductas, cogniciones, emociones y otras características personales para alcanzar los que desean. La psicoterapia en sus diversas modalidades, individual, grupal, familiar o de pareja está diseñada para: proporcionar alivio de síntomas, cambio en la personalidad, reducción de episodios sintomáticos en el futuro, mejorar la calidad de vida, promover el funcionamiento adaptativo en el trabajo / la escuela y las relaciones y aumentar la probabilidad de hacer elecciones de vida saludables (American Psychological Association, 2013). La misma, está cimentada en la alianza terapéutica entre el cliente/paciente y el terapeuta, implicando un vínculo entre estos y un acuerdo sobre los objetivos y las tareas del tratamiento (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018). La psicoterapia es el espacio de encuentro donde el terapeuta mediante la alianza terapéutica aplica métodos clínicos para ayudar al cliente/paciente a alcanzar y potenciar sus objetivos de vida.

La literatura señala que actualmente hay disponible más de 500 psicoterapias (Aveline, 2001) e identifica cinco grandes orientaciones clínicas: (a) Conductual (análisis de comportamiento aplicado), (b) Cognitiva, (c) Cognitiva Conducta, (d) Psicodinámica (terapia narrativa y enfocada en las emociones) y (e) Existenciales / Humanísticas / Experienciales (Tryon, 2016). Tryon en el 2017 identificó que estas orientaciones clínicas comparten en común

el hecho de que carecen de mecanismos que puedan explicar cómo y por qué funcionan sus psicoterapias. Dicho autor identificó que el modelo de redes neurales proporciona información importante sobre este mecanismo faltante.

Las redes neurales como principio psicológico han recibido amplio apoyo empírico y son totalmente consistentes con las cinco orientaciones clínicas identificadas (Tryon, 2017). Este modelo de redes neurales establece los efectos funcionales de los mecanismos de plasticidad dependientes de la experiencia que modifican la sinapsis en las redes neurales, permitiendo el aprendizaje y la formación de memorias.

Prácticas psicológicas basadas en la evidencia

La Asociación Americana de Psicología establece como política en su resolución sobre el reconocimiento de la efectividad de la psicoterapia las prácticas basadas en la evidencia (American Psychological Association, 2013). La expresión "basado en la evidencia" fue utilizado por primera vez por David M. Eddy en 1987 en sus talleres sobre el diseño de guías en la práctica clínica de la medicina. En la década de 1990, esta frase comenzó a usarse en relación con un enfoque de toma de decisiones clínicas informada por hallazgos científicos (Smith & Rennie, 2014). En el año 2006 la Asociación Americana de Psicología desarrolló una política sobre la práctica basada en la evidencia en la psicoterapia.

La política establecida por la Asociación Americana de Psicología (2006) definió las prácticas psicológicas basadas en la evidencia como la integración de la mejor investigación disponible con el peritaje y experiencia profesional del psicólogo en el contexto de la cultura del paciente, sus características individuales y preferencias personales. La mejor investigación disponible la describen considerando diferentes diseños de investigación, tales como: investigación cualitativa, estudio de proceso - resultado, investigación de efectividad,

observación clínica, investigación en salud pública y etnográfica, investigación de eficacia, metanálisis, estudios de casos sistemáticos y diseños experimentales de caso único. El peritaje y la experiencia clínica es definida como la competencia obtenida por los psicólogos por medio de la educación, el adiestramiento continuo, la supervisión y la experiencia que resultan en una práctica eficaz. A esta competencia se le suma insertar dentro del proceso terapéutico estilos efectivos de alianza terapéutica, que sean adecuados a la problemática del cliente (Martínez-Taboas, 2014). Las prácticas psicológicas basadas en la evidencia están también mediadas por la cultura y las características únicas de cada paciente. Estas características involucran: el momento dentro del ciclo vital, el historial de desarrollo, la estructura de personalidad, las fortalezas, los problemas, las redes de apoyo, los factores familiares y la disposición para el cambio (Cook, Schwartz, & Kaslow, 2017).

Respecto a la práctica basada en la evidencia, Greenhalgh, Howick y Maskrey, (2014) plantean que este enfoque debe practicarse de una manera que valore más la atención centrada en el paciente y la relación entre el paciente y el proveedor de atención médica. Esta consideración lleva a dar un mayor énfasis en el movimiento de relaciones basadas en la evidencia (Norcross & Wampold, 2011). Otros aspectos importantes por considerar dentro de la práctica de la psicoterapia son los principios de cambio, los procesos terapéuticos y los factores comunes (Laska, Gurman, & Wampold, 2014).

El modelo de los factores comunes y el modelo contextual en la psicoterapia

El modelo de los factores comunes (FC) considera la psicoterapia como una práctica de sanación socialmente construida y mediada (Wampold, 2001). Este modelo tiene una larga historia en la psiquiatría dándose a conocer a través de un artículo del psicólogo Saul Rosenzweig en 1936 y luego popularizado desde 1961 por Jerome D. Frank y Julia D. Frank a

través de las ediciones de su libro *Persuasión y curación*. El modelo de CF identifica cuáles son los factores imprescindibles para lograr el cambio. Los factores que el modelo identifica para lograr el cambio son los siguientes: (a) un vínculo emocional entre el terapeuta y el paciente, (b) el desarrollo de la terapia en un medio ambiente de confianza, (c) un terapeuta que brinda un producto psicológico y una explicación culturalmente integrada para la angustia emocional que experimenta el paciente, (d) una explicación que facilita opciones realizables y aprobadas por el paciente para superar sus dificultades, y (e) un conjunto de procedimientos o rituales con los que el terapeuta y el paciente se comprometen para producir algo que es adaptativo y positivo. .

Wampold (2015) establece que el modelo de los factores comunes es más que un conjunto de elementos terapéuticos que son comunes a todas o la mayoría de las psicoterapias. Estos factores de manera colectiva enuncian un modelo teórico sobre los mecanismos de cambio en la psicoterapia.

Tomando en consideración el modelo de los factores comunes, Wampold e Imel (2015) propusieron el modelo contextual. Este modelo postula tres mecanismos o vías por las cuales la psicoterapia produce beneficios. Los tres mecanismos que postula el modelo contextual son: a) la relación real, b) la creación de expectativas a través de la explicación del trastorno o problemática y el tratamiento que amerita la situación, y c) el llevar a cabo acciones que promuevan la salud. Estos autores establecen que previo a que estos mecanismos puedan activarse es fundamental el establecer una relación terapéutica inicial. La relación terapéutica inicial conlleva el desarrollo de un vínculo inicial entre el terapeuta y el paciente. Esto se forma desde la entrevista inicial con el paciente, desde donde el paciente comprueba que puede confiar en el terapeuta y que éste tiene el peritaje para comprender su problema y el contexto en que el paciente y el problema se encuentran (Wampold, 2015).

Wampold (2015) establece que la primera vía o mecanismo del modelo contextual es la relación real identificada, la cual se fundamenta en una relación genuina entre el terapeuta y el paciente, donde el terapeuta como persona empática y humanitaria a través de la psicoterapia establece una conexión que promueve la salud. La segunda vía que el autor establece, esta relacionada con las expectativas sobre el proceso. Esta vía provee una explicación para las dificultades del paciente y un medio para superar o hacer frente a sus dificultades. La tercera vía del modelo contextual establece que, si el tratamiento conduce a que el paciente lleve a cabo acciones saludables, el tratamiento será efectivo. El modelo contextual según Wampold (2015) es propuesto como base teórica para los factores comunes en la psicoterapia.

Neuropsicoterapia

El quehacer psicoterapéutico toma en consideración las prácticas basadas en la evidencia (APA, 2013) y la literatura informa sobre la importancia de los factores comunes en la psicoterapia bajo la luz de un modelo contextual (Laska, Gurman, & Wampold, 2014; Wampold, 2015; Wampold & Imel 2015). No obstante, los avances científicos en la neurociencia y las técnicas de neuroimagen han arrojado luz sobre los procesos que ocurren dentro de la psicoterapia (Beauregard, 2013; Weingarten & Strauman, 2015). Es por esto, que se presenta el tópico de la neuropsicoterapia como una perspectiva para ampliar el conocimiento del quehacer terapéutico.

La neuropsicoterapia es el enfoque que considera el bienestar mental desde un marco de referencia multidisciplinario tomando en consideración la neurociencia, la biología y la psicología para mejorar la práctica clínica de la psicoterapia (On & Rossouw, 2015). El adiestramiento en neuropsicoterapia provee a los psicólogos de información para la comprensión básica de la neurobiología de la vida mental. El tener conocimiento neuropsicoterapéutico

promueve el aumento en la efectividad de las prácticas psicológicas en diferentes tipos de psicoterapias (On & Rossouw, 2015).

La neuropsicoterapia como campo emergente en la primera década del siglo XXI tuvo como figura sobresaliente al psicólogo alemán Klaus Grawe (Dahlitz, 2013). Su trabajo se distinguió por integrar la neurociencia con la psicología clínica, desarrollando como producto de esta integración la publicación de “*Neuropsychotherapy*”, que sirvió como un marco de referencia de la psicoterapia informada neurobiológicamente (Grawe, 2007). Rossouw (2013) señala que la conceptualización desarrollada por Grawe refleja un amplio movimiento que se ha descrito como un florecimiento de la salud mental. Este autor observa a la neuropsicoterapia como un paradigma emergente que faculta a los clínicos a utilizar los hallazgos neurobiológicos para mejorar la práctica terapéutica.

El tomar en consideración a la neurociencia para establecer las bases empíricas para la efectividad en la psicoterapia data de principios del siglo XXI, bajo el desarrollo de terapias basadas en el cerebro (Arden y Linford, 2009), la neurobiología interpersonal (Siegel, 2010) y la neurociencia social (Cacioppo, Visser, & Pickett, 2006). Los teóricos contemporáneos de la neuropsicoterapia como Dahlitz y Rossouw (2014) y Dahlitz (2015) están llevando adelante el marco de la neuropsicoterapia y su aplicación clínica.

Grawe cimentó la neuropsicoterapia en un modelo de funcionamiento mental al que nombró modelo de coherencia teórica (Grawe, 2007). Este tomó como fundamento el modelo de las necesidades básicas de los humanos de Epstein (1990) e identificó conceptos de construcción de esquemas mentales y los relacionó con redes neuronales. Para los últimos años de su carrera como investigador psicoterapéutico Grawe argumentó que la evidencia empírica apunta al desarrollo de una forma diferente de practicar la psicoterapia (Grawe, 2007).

Otros autores como Walter, Berger y Schnell (2009) coinciden en comprender a la neuropsicoterapia como un campo de investigación aplicada cuyos objetivos son: (i) identificar mediadores neurales y objetivos funcionales de los efectos psicoterapéuticos, (ii) determinar nuevas rutas terapéuticas usando la neurotecnología, y (iii) diseñar intervenciones psicoterapéuticas sobre la base de conocimientos neurocientíficos.

Por otra parte, Dahlitz (2015) señala que la neuropsicoterapia es un marco de información neurobiológica para la psicoterapia. La neuropsicoterapia conceptúa el pensamiento y el comportamiento como productos de la influencia de esquemas motivacionales desarrollados para la preservación y la optimización de las necesidades humanas. Este autor afirma que los procesos terapéuticos comienzan con el desarrollo de un entorno seguro y enriquecido que activa de manera positiva los esquemas motivacionales desde un acercamiento neurológico “de abajo-hacia arriba” y luego procediendo desde un enfoque de “arriba-hacia abajo” para facilitar transformaciones a largo plazo en la arquitectura neural.

El psicólogo clínico, profesor e investigador de la neurociencia Rossouw (2014) propone que la neuropsicoterapia contemporánea se enfoca tanto en la neurobiología, como también en las interacciones interpersonales. A estas relaciones interpersonales las identifica como marcadores esenciales de la patología y el bienestar y que a su vez son parte esencial para lo que denominó la neurociencia de la interconexión.

Aportación de la Neuropsicoterapia

La aplicación clínica de la neuropsicoterapia se concentra en mejorar los recursos que poseen los clientes desde su sistema motivacional para proporcionar un enfoque cada vez más sólido hacia si mismo y su entorno (Flückiger, Wüsten, Zinbarg y Wampold, 2009). El punto de partida motivacional conduce a una mejor satisfacción de las necesidades y al logro subsiguiente de bienestar mental. Por lo tanto, el establecimiento de una alianza terapéutica segura que facilite

los patrones de abordaje que satisfarán las necesidades básicas, traerá como resultado la disminución de la activación del estrés y optimizarán las conexiones neuronales nuevas y positivas al tiempo que reforzarán las conexiones neuronales existentes (Rossouw, 2014).

Desde una perspectiva clínica, Grawe (2007) señala que el mecanismo de cambio dentro de la diada terapéutica es la incongruencia controlable. Esta es descrita como la discrepancia entre la percepción de la realidad o la experiencia real de un individuo con sus creencias, expectativas y objetivos. La presencia de la incongruencia es la responsable de la inconsistencia dentro del sistema mental del cliente. Según el autor, la incongruencia controlable es una situación de incongruencia desafiante que uno percibe ser capaz de afrontar. Por otro lado, la incongruencia incontrolable, es una circunstancia que rebasa la capacidad de uno para afrontarla, o la percepción de que se puede afrontar, con la falta de conexión entre lo que se experimenta y los objetivos uno tiene.

La incongruencia incontrolable es un estado estresante que amplifica la excitación potencialmente más allá del límite tolerable y de no manejarse, puede desembocar en una hiperactividad del eje Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal (HHA) produciéndose la liberación excesiva y dañina de glucocorticoides en el sistema (Grawe, 2007). El efecto de esto está relacionado con estrés, depresión, ansiedad (Zhu et al., 2014) y problemas cardiovasculares (Baune, 2016). No obstante, ante una respuesta de estrés regulado y un ciclo de retroalimentación se regulará la activación del eje HHA y se disminuirá la liberación de las hormonas del estrés (Kandel, Schwartz, Jessell, Siegelbaum & Hudspeth, 2013).

La seguridad que brinda la alianza terapéutica promueve la disminución de respuestas de estrés produciéndose un estado de aprendizaje óptimo. A su vez, la alianza terapéutica segura

hace que la incongruencia pueda dividirse en partes controlables y manejables en donde se pueden aplicar nuevas estrategias (Dahlitz, 2015).

Para promover un ambiente terapéutico seguro y eficaz es importante la preparación motivación y la activación de recursos como elementos fundamentales para un estado de aprendizaje incongruente controlado (Grawe, 2007; Flückiger, & Grosse Holtforth, 2008; Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth y Willutzki, 2009). La preparación motivacional se logra a través de experiencias emocionales positivas dentro de la sesión de terapia. Estas experiencias emocionales positivas satisfacen necesidades compatibles con los objetivos del cliente desde el comienzo de la sesión para proveer satisfacción, sentido de control, apego, afrontamiento del dolor y la necesidad de mejorar la autoestima. La creación de una alianza terapéutica efectiva es un ejemplo de la activación positiva de una necesidad de apego que dirigirá al cliente a enfocarse dentro de la sesión.

La activación de recursos es la habilidad del terapeuta para identificar recursos y habilidades del cliente que pueden reforzarse positivamente durante la sesión para mejorar los sentimientos de control o autoestima del cliente y aumentar su tolerancia ante momentos de inconsistencia durante la terapia (Smith y Grawe, 2003). El enfoque en los atributos psicológicos saludables del cliente contrasta con el enfoque de la activación del problema, el cual es destacado por las principales escuelas de psicoterapia; sin embargo, ambas perspectivas juegan un papel en la explicación del cambio terapéutico (Gassmann y Grawe, 2006).

Al comenzar el proceso terapéutico, el terapeuta ha de activar la experiencia de autoeficacia de la persona reconociendo sus fortalezas y habilidades (Flückiger, Wüsten, Zinbarg, & Wampold, 2009). La preparación motivacional y la activación de recursos también se deben facilitar al principio del proceso de terapia y han de enfatizarse a lo largo de las sesiones.

Al tener activados los recursos de la persona, la terapia tiene más probabilidad de ser efectiva (Gassmann & Grawe, 2006).

Allison y Rossouw (2013) plantean que dentro de la diada terapéutica es de suma importancia mitigar las respuestas destructivas de estrés y utilizar la incongruencia controlable como mecanismo de cambio. Estos refieren que al mantener el espacio de confianza y seguridad en la terapia el cliente puede participar dentro de su ventana de tolerancia, beneficiándose de la neuroplasticidad del cerebro. Los autores concluyen que los enfoques psicoterapéuticos que proveen entornos seguros promueven la interacción social, elemento esencial de la proliferación neural saludable.

El establecimiento de una relación terapéutica segura establece la atmósfera idónea para facilitar la proliferación neuronal de una manera integrada, ya que el sistema nervioso como sistema social se fundamenta en las relaciones interpersonales, la aceptación y la seguridad (Cozolino, 2014; Schore, 2012, Siegel, 2015). Cozolino (2014) describe que el cerebro es social, ya que los sistemas neuronales se forman y funcionan dentro del alcance de las relaciones interpersonales. Siegel (2015) identifica que el cerebro social está relacionado con la región prefrontal media que involucra la ínsula, la corteza orbitofrontal, la corteza prefrontal ventromedial y la corteza cingulada anterior.

La corteza prefrontal (CPF) tiene un rol importante en el manejo de la ansiedad. Ante un aumento de la ansiedad, se observa una disminución del flujo sanguíneo en la CPF izquierda y un aumento en la CPF derecha, inhibiendo la capacidad de la CPF izquierda para modular la excitación emocional. Un entorno terapéutico seguro promueve la activación de la CPF izquierda, observándose un mayor flujo sanguíneo hacia esta área, lo que permite modular la

excitación producida por las áreas corticales y límbicas derechas (The Neuropsychotherapy Institute, 2014).

Es importante en momentos de estrés activar la corteza prefrontal y su conectividad integradora con aquellas áreas como la amígdala, que requiere un control de orden superior. Una práctica que aumenta la actividad de la CPF es el Mindfulness o atención plena, donde la atención es enfocada en el presente sin establecer juicios (Kabat-Zinn, 2013). El practicar Mindfulness aumenta la actividad de la CPF media, la ínsula anterior derecha, y la actividad en la circunvolución temporal superior y cingulada anterior (Badenoch, 2008). Estas activaciones producen una mayor integración con el sistema límbico, facilitando el control modulador sobre las reacciones de la amígdala y disminuyendo las conductas de evitación (Siegel, 2015).

Siegel (2006) señala que podemos promover un mayor manejo de la corteza prefrontal sobre el sistema límbico a través del lenguaje. El autor distingue entre las frases “estoy triste” vs “hay un sentimiento de tristeza en este momento”. En la primera frase la persona se sitúa en la emoción, no hay separación entre el yo y la emoción, produciéndose así una experiencia emocional en donde la persona se sumerge. En la segunda frase, se presenta una conversación interna que facilita más separación entre el yo y la emoción. Esta última, presenta a la emoción como un fenómeno objetivamente observable que es aparte del "yo observador" e induce a una mayor sensación de control.

Otro aspecto importante por considerar dentro del proceso terapéutico es el énfasis emergente en la “psicología de dos personas”. Este término es empleado en el psicoanálisis relacional donde el énfasis no lo establecen en la vida intrapsíquica del paciente, sino en la díada entre el paciente y el terapeuta para formar la autocomprensión y el significado relacional (APA, 2018). Esto, tal como lo presenta Schore (2014) está validado por el progreso de la neurociencia,

especialmente con el enfoque de la neurobiología relacional o interpersonal. La neurobiología interpersonal es el enfoque que examina diversos campos del saber para descubrir los principios comunes de la experiencia humana y el proceso de cambio al largo de la vida (Siegel, 2006). Un enfoque desde la neurobiología interpersonal en la psicoterapia se establece bajo un marco interdisciplinario que explora las formas en que un individuo puede ayudar a otros a aliviar el sufrimiento y avanzar hacia el bienestar (Siegel, 2006). La literatura señala que la “psicología de dos personas” desde la perspectiva de la neurobiología interpersonal pone de manifiesto el considerar la naturaleza interdependiente e interactiva de los niveles de la alianza tanto del paciente como del terapeuta en el resultado de la sesión (Marks-Tarlow, 2014; Schore, 2014; Zilcha-Mano, et al., 2016; Shore, 2018).

Estudios sobre el cerebro derecho señalan su dominancia para el procesamiento implícito, no verbal, intuitivo y holístico de la información emocional y las interacciones sociales (Shore, 2009; Zaleski, Johnson, & Klein, 2016). Bajo estos hallazgos se dilucidan los mecanismos neurobiológicos que subyacen en los fundamentos relacionales de la psicoterapia. Dentro del enfoque de la neurobiología interpersonal de la teoría de la regulación se presenta evidencia que documenta las funciones del cerebro derecho en los procesos de apego temprano, en las comunicaciones emocionales dentro de la alianza terapéutica, en las representaciones terapéuticas mutuas y en los procesos de cambio terapéutico (Shore, 2014, 2018).

Tal y como lo plantea Dahlitz (2015) la psicoterapia se trata menos del deseo de categorizar y arreglar a través de las intervenciones terapéuticas desde la perspectiva del hemisferio izquierdo; sino más bien en la capacidad del hemisferio derecho para expresar una conciencia afectiva, conexión y empatía. De acuerdo con este autor, la psicoterapia desde el enfoque del cerebro derecho representa una perspectiva liberadora de las técnicas de intervención

manualizadas, requiriéndose en la psicoterapia un trabajo de autointegración y un desarrollo de la intuición de manera experiencial. Por lo cual, Dahlitz establece que, a partir de esta perspectiva, se requiere una comprensión y una apreciación más sofisticadas de los procesos afectivos, autónomos e implícitos del cerebro derecho involucrados en la práctica psicoterapéutica.

Conclusión

La psicoterapia es la aplicación de los métodos clínicos y abordajes interpersonales de la psicología con la intención de proveer ayuda a las personas para hacer modificaciones que les permitan alcanzar sus objetivos de vida. Como acto deliberado, requiere situarse en el marco de referencia de una práctica basada en la evidencia, donde la tríada de la mejor investigación, el peritaje clínico y las consideraciones de las particularidades del recipiente del servicio sean norte del quehacer psicoterapéutico. Por lo cual, la psicoterapia es el espacio de encuentro científico-relacional donde el terapeuta a través del desarrollo del vínculo de la alianza terapéutica emplea métodos clínicos para ayudar al paciente a agenciar y potenciar sus objetivos de vida.

La pluralidad de las orientaciones clínicas ofrece explicaciones sobre el desarrollo y mantenimiento de una problema o trastorno en el paciente, pero como lo describe Tyron (2017) carecen de elementos que puedan explicar cómo y por qué funcionan sus psicoterapias. Es ahí donde las consideraciones de la neurociencia y la neurobiología ponen de manifiesto a los procesos neurales que se activan a través de ellas.

La neuropsicoterapia constituye un marco de referencia de la información neurobiológica al servicio de la psicoterapia (Dahlitz, 2015). Ésta a su vez, es un campo de investigación aplicada que persigue identificar: mediadores neurales y objetivos funcionales de los efectos psicoterapéuticos, establecer nuevas rutas terapéuticas aplicando la neurotecnología, y diseñar

intervenciones psicoterapéuticas con fundamento neurocientíficos (Walter, Berger y Schnell 2009).

La investigación neurobiológica informa que la psicoterapia como “terapia hablada” contribuye a mejorar el comportamiento, el funcionamiento y la estructura cerebral; por lo cual, comprender y emplear los conceptos neurobiológicos que subyacen en la psicoterapia le provee al terapeuta una herramienta valiosa para mejorar su práctica clínica (On y Rossouw, 2015). Por tal razón, resuena en nuestra mente las palabras de Kandel (2005) que instan a que el cuidado del paciente sea nuestra responsabilidad más importante y nuestra razón de estar; y que es el bienestar del paciente el objetivo final de la ciencia biológica (también de la ciencia relacional) y el motor que impulsa toda la empresa científica.

Referencias

- Allison, K. L., & Rossouw, P. J. (2013). The therapeutic alliance: Exploring the concept of “safety” from a neuropsychotherapeutic perspective. *International Journal of Neuropsychotherapy, 1*(1), 21-29. doi: 10.12744/ijnpt.2013.0021-0029
- American Psychological Association & American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist, 61*(4), 271-285.
- American Psychological Association. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy, 50*(1), 102.
- American Psychological Association. (2018). Two-person psychology. *APA Dictionary of Psychology*. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/two-person-psychology>
- Arden, J. B., & Linford, L. (2009). *Brain-based therapy with adults: Evidence-based treatment for everyday practice*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Aveline, M. (2001). Innovative contemporary psychotherapies. *Advances in Psychiatric Treatment, 7*(4), 241-242.
- Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist: A practical guide to interpersonal neurobiology*. New York, NY: W. W. Norton & Co.
- Baune, B. T. (2016). Immunology, inflammation, mental disorders, and cardiovascular risk. In M. Alvarenga & D. Byrne (Eds.), *Handbook of Psychocardiology*, (pp.769-788). Springer, Singapore.
- Beauregard, M. (2013). Functional neuroimaging studies of the effects of psychotherapy. *Dialogues Clinical Neuroscience, 16*, 75-81.
- Cacioppo, J. T., Visser, P. S., & Pickett, C. L. (2006). *Social neuroscience: People thinking about people*. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

- Cook, S. C., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, *14*(3), 537–545.
<http://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>
- Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York, NY: W. W. Norton & Co.
- Dahlitz, M. J. (2013). Klaus Grawe. *The Neuropsychotherapist*, *2*, 128-129.
- Dahlitz, M. J. (2015). Neuropsychotherapy: Defining the emerging paradigm of neurobiologically informed psychotherapy. *International Journal of Neuropsychotherapy (IJNPT)*, *3*(1), 47-69.
- Dahlitz, M. J., & Rossouw, P. J. (2014). The consistency-theoretical model of mental functioning: Towards a refined perspective. In Rossouw, P. J. (Ed.), *Neuropsychotherapy: Theoretical underpinnings and clinical applications*. Brisbane, Qld: Mediros Pty Ltd.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*. (pp. 165-192). New York: Guilford.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, *19*(2), 213-223.
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(7), 876-890.
- Flückiger, C., Wüsten, G., Zinbarg, R. E., & Wampold, B. E. (2009). *Resource activation: Using clients' own strengths in psychotherapy and counseling*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*.
<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. JHU Press.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *13*(1), 1-11.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. New York, NY: Psychology Press.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *The BMJ*, *348*, g3725. <http://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised Ed.). New York, NY: Bantam Books.
- Kandel, E. R. (2005). *Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind*. American Psychiatric Publishing.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., Siegelbaum, S.A., & Hudspeth, A. J. (Eds.) (2013). *Principles of Neural Science, 5th ed.* New York, NY: McGraw-Hill.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the Lens of Evidence-based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy*, *51*(4), 467-481.
- Marks-Tarlow, T. (2014). *Awakening clinical intuition: An experiential workbook for psychotherapists*. New York, NY: W. W. Norton & Co.

- Martínez-Taboas, A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 63-78.
- Norcross, J.C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J.K. Zeig & W.M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (218-220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- On, Z. X., & Rossouw, P. (2015). Neuropsychotherapy in continuing professional development: is it really helpful in mental health professions? *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3(2), 131-138.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.
- Rossouw, P. J. (2013). The neurobiological underpinnings of the mental health renaissance. *The Neuropsychotherapist*, 1, 14-21. doi: [http://dx.doi.org/10.12744/tnpt\(1\)014-021](http://dx.doi.org/10.12744/tnpt(1)014-021)
- Rossouw, P. J. (2014). *Neuropsychotherapy: Theoretical underpinnings and clinical applications*. Brisbane, Qld: Mediros Pty Ltd.
- Schore, A. N. (2009). The paradigm shift: The right brain and the relational unconscious. Invited plenary address to the American Psychological Association 2009 Convention, Toronto, Canada. Retrieved from <http://www.allanschore.com/pdf/SchoreAPAPlenaryFinal09.pdf>
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York, NY: W. W. Norton & Co.

- Schore, A. N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(3), 388-397. Doi: 10.1037/a0037083.
- Schore, A. N. (2018). The right brain implicit self: A central mechanism of the psychotherapy change process. In *Unrepressed unconscious, implicit memory, and clinical work* (pp. 73-98). Routledge.
- Siegel, D. J. (2006). An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy: Awareness, mirror neurons, and neural plasticity in the development of well-being. *Psychiatric Annals*, 36(4), 248-256.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. New York, NY: Norton.
- Siegel, D. J. (2015). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Publications.
- Smith, E. C. and Grawe, K. (2003), What makes psychotherapy sessions productive? a new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 275–285. doi: 10.1002/cpp.377
- Smith, R., & Rennie, D. (2014). Evidence-Based Medicine—An Oral History. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 311(4), 365-367.
- The Neuropsychotherapy Institute (Producer). (2014). *Cortical Blood Flow & Neural Connectivity* [Online Video]. Retrieved from [http:// neuropsychotherapist.com/institute/cortical-blood-flow-neural-connectivity/](http://neuropsychotherapist.com/institute/cortical-blood-flow-neural-connectivity/)
- Tryon, W. W. (2016). Transtheoretic Transdiagnostic Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(3), 273-287.

- Tryon, W. W. (2017). Psychotherapy integration via theoretical unification. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 7, 1-26.
- Walter, H., Berger, M., & Schnell, K. (2009). Neuropsychotherapy: conceptual, empirical and neuroethical issues. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259(2), 173.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Weingarten, C. P., & Strauman, T. J. (2015). Neuroimaging for psychotherapy research: current trends. *Psychotherapy Research*, 25(2), 185-213.
- Zaleski, K. L., Johnson, D. K., & Klein, J. T. (2016). Grounding Judith Herman's trauma theory within interpersonal neuroscience and evidence-based practice modalities for trauma treatment. *Smith College Studies in Social Work*, 86(4), 377-393.
- Zhu, L. J., Liu, M. Y., Li, H., Liu, X., Chen, C., Han, Z., ... & Zhu, D. Y. (2014). The different roles of glucocorticoids in the hippocampus and hypothalamus in chronic stress-induced HPA axis hyperactivity. *Plos One*, 9, e97689.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 484-496. <http://doi.org/10.1037/ccp0000058>

