

Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Postgrado  
Programa de Doctorado en Psicología



**CONSTRUCTIVISMO COGNITIVO:  
BASES CONCEPTUALES PARA UNA PSICOTERAPIA BREVE  
BASADA EN LA EVIDENCIA**

**Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología**

*Ps. JUAN YÁÑEZ MONTECINOS*

**Prof. Director de Tesis: MARÍA DE LOS ANGELES SAAVEDRA, Ph. D.**

**SANTIAGO**

2005

*“Lo que nos convierte en seres únicos son nuestras emociones,  
lo que nos hace universales son nuestras palabras,  
y la palabra no es más que un desesperado intento  
de compartir nuestra intimidad” (Anónimo)*



2.5.2	Herramientas Psicoterapéuticas	158
2.6	Terapeuta	159
2.7	Paciente	168
2.8	Relación Terapéutica	173
2.9	Psicopatología	177
2.9.1	Nosología DSM – IV	179
2.9.2	Nosología Constructivista Cognitiva	184
2.9.3	Dimensiones Operativas	186
2.10	Supervisión en Psicoterapia	197
PARTE 3:	MODELO PSICOTERAPEUTICO CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO POSIBLE DE SER BASADO EN LA EVIDENCIA	201
3.1	Proceso Terapéutico	206
3.1.1	Duración y Frecuencia de la Terapia	206
3.1.2	Procedimiento Psicoterapéutico	207
3.2	Propuesta Metodológica para la Investigación en Psicoterapia	220
CONCLUSIONES		223
BIBLIOGRAFIA		228
GLOSARIO		237
ANEXOS		246
Anexo 1:	Teoría Cognitiva de las Relaciones Interpersonales: Asertividad Generativa	247
Anexo 2:	Teoría Sexual Cognitiva	261
Anexo 3:	Modelo Cognitivo del Burnout y Autocuidado profesional	284
Anexo 4:	Formulario de evaluación de la adecuación a la terapia cognitiva breve	296

## RESUMEN

Se pretende proponer un marco conceptual progresivo, que incluye tres niveles de conocimiento, tanto teóricos como aplicados, para la formulación de una psicoterapia Constructivista Cognitiva que aborda el cambio psicoterapéutico profundo y sintomático.

En un primer nivel se da cuenta de una metateoría Constructivista Cognitiva que incluye las categorías de realidad, sujeto y conocimiento, de las que se desprenden subcategorías conceptuales, tales como noción de sí mismo, sistemas de conocimiento personales y una dinámica de la mismidad en términos de procesos de mantenimiento y procesos de cambio.

Esta metateoría permite crear las bases conceptuales, tanto a nivel de epistemología como de paradigma, para definir el segundo nivel, que corresponde a la teoría clínica Constructivista Cognitiva y que señala algunas subcategorías de orden técnico, tales como el concepto de psicoterapia, los mecanismos de cambio a los que se remiten los procedimientos psicoterapéuticos, la incorporación y justificación del encuadre clínico como una variable específica de cambio y las propuestas de técnicas psicoterapéuticas que hacen una distinción entre técnicas operativas, asociadas a los cambios de nivel sintomático o superficiales, y las técnicas procedurales, asociadas al cambio de los sistemas de conocimiento o cambios profundos. Estas técnicas procedurales son denominadas Exploración Experiencial y Metacomunicación. Dentro de este mismo nivel, se introduce una conceptualización respecto de una Psicopatología Constructivista Cognitiva, basada en la noción de Sujeto como un sistema complejo en equilibrio inestable, constituido por una estructura profunda y una estructura superficial, y dinamizado en categorías de funcionamiento denominadas Dimensiones Operativas.

Finalmente, en un tercer nivel, se presenta una propuesta de un procedimiento psicoterapéutico Constructivista Cognitivo breve, factible de ser basado en la evidencia, donde se describen en detalle el proceso terapéutico, los objetivos, las metas, los focos y las tareas psicoterapéuticas.

En conclusión, este trabajo pretende dejar sentada las bases para una metodología psicoterapéutica Constructivista Cognitiva, que transita desde una metateoría hasta una práctica clínica concreta.

## INTRODUCCIÓN

En Chile, los problemas de salud mental de la población, tienen una amplia incidencia en la calidad de vida de los sujetos. De hecho, somos uno de los países con mayor prevalencia de trastornos mentales, entre ellos, la depresión. Esta realidad tiene fundamentos multivariados y probablemente inciden la historia de los últimos 30 años en el país, con altos niveles de sufrimiento, traumatismos y desgarros personales y sociales, turbulencias políticas y económicas, que afectaron y afectan a la mayor parte de la población. La ciudadanía ha estado sometida en las últimas dos décadas a un cambio violento en los modelos económicos que han dado pie a un alto nivel de consumismo, individualismo, competencia y materialismo en la sociedad y en las redes de relaciones que establecemos con los demás.

La Universidad de Chile, como institución, y específicamente el Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, ha contribuido silenciosamente a enfrentar una proporción de los problemas de la salud mental de la población, a través de la instalación del Centro de Psicología Aplicada (CAPs), donde se presta atención a pacientes de la región metropolitana aproximadamente desde el año '90, y que en los últimos años ha generado un promedio de aproximadamente 4000 atenciones al año. Dichos servicios están a cargo de psicólogos clínicos, académicos del Departamento de Psicología, psicólogos adscritos al funcionamiento del CAPs, psicólogos en práctica de cursos de especialización y postgrados y alumnos en práctica profesional de pregrado.

En esta institución, y en torno al modelo Constructivista Cognitivo se ha conformado un equipo de trabajo, que dirige este autor, compuesto por psicólogos clínicos, que funciona desde los comienzos de la fundación del CAPs. El trabajo docente, teórico y aplicado, ha ido produciendo una acumulación de conocimiento en psicología clínica, que le permite hoy en día, abordar diversas temáticas. Temas como: Asertividad Generativa y la perspectiva cognitiva de las relaciones interpersonales

(documento incluido como anexo en este trabajo), Terapia Grupal para Trastornos Alimentarios, Teoría y Terapia Sexual Cognitiva (documento incluido como anexo), Burnout Psicoterapéutico y Autocuidado (documento incluido como anexo), metateoría, teoría clínica y procedimiento psicoterapéutico Constructivista Cognitivo, constituyen parte de este conocimiento y experiencia clínicos. Ello se ha expresado en los servicios que se prestan a la docencia de pregrado y postgrado, tanto en el Departamento de Psicología como en otras facultades de la universidad. Además de diversas actividades como presentaciones a congresos, seminarios, actividades científicas, patrocinio de memorias de título, extensión a la comunidad, y la oferta de un postítulo de especialización en psicoterapia Constructivista Cognitiva, que actualmente va en la sexta versión. Parte del equipo, también participa y en forma activa en las sociedades científicas de ALAPCO (Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas) y de APSICO (Asociación de Psicoterapia Cognitiva de Chile).

Este trabajo, es una presentación del desarrollo teórico y aplicado alcanzado por el modelo Constructivista Cognitivo, a partir de la experiencia clínica acumulada en el trabajo con pacientes en el CAPs y la consulta privada y la permanente discusión clínica del grupo de trabajo cognitivo. Pretende proponer y sistematizar los nuevos aportes, de modo que contribuir al incremento del conocimiento en metateoría, teoría clínica y procedimientos psicoterapéuticos, para que se proyecte como un referente de la Psicología Clínica Cognitiva, y además se constituya en una respuesta concreta, eficiente y efectiva para resolver las altas demandas de salud mental en el país.

Los objetivos que se han planteado en este trabajo son: delimitar y especificar una conceptualización Constructivista Cognitiva acerca del funcionamiento humano normal y anormal, explicitando los posibles procedimientos aplicados expresados en una psicoterapia Constructivista Cognitiva, y proponer una psicoterapia breve, basada en el modelo Constructivista Cognitivo, que permita la investigación y el dar respuesta a las crecientes demandas por psicoterapia.

Para lograr estos objetivos, el presente trabajo pretende elaborar y desarrollar los siguientes temas:

- 1) Elaborar una metateoría Constructivista Cognitiva, basada en los aportes de diversas disciplinas, que de cuenta del funcionamiento humano;
- 2) Proponer una teoría clínica que incluya los componentes: terapeuta, paciente y relación terapéutica;
- 3) Proponer una psicoterapia Constructivista Cognitiva, que defina el proceso y los procedimientos psicoterapéuticos;
- 4) Definir técnicas psicoterapéuticas procedurales y operativas, asociadas a las condiciones de cambio personal;
- 5) Definir un conjunto de intervenciones terapéuticas que permitan la acción del terapeuta desde una perspectiva de perturbador estratégico;
- 6) Elaborar una Psicopatología Constructivista Cognitiva, basada en las dimensiones operativas;
- 7) Proponer una modalidad de psicoterapia Constructivista Cognitiva breve, basada en la evidencia, que defina una secuencia y las condiciones necesarias para la investigación y la creación de condiciones para el cambio personal.

El trabajo se ha organizado en tres grandes temáticas:

En primer lugar la propuesta metateórica acerca del funcionamiento humano y de la subjetividad, desde una perspectiva epistemológica, entendida como la relación del sujeto con la realidad, y desde una perspectiva paradigmática, en relación con la definición de un objeto y un método de estudio. Se define el Constructivismo Cognitivo y



la dinámica de los sistemas de conocimiento humano. Se hace una propuesta del desarrollo del modelo y de la evolución del concepto de sujeto. Como resultado del desarrollo de estas temáticas, se delimita el sentido y la función que la metateoría tiene para una teoría clínica.

En la segunda parte, se elabora una teoría clínica Constructivista Cognitiva que define el papel y el lugar del terapeuta en un proceso de psicoterapia, las características y condiciones del paciente, la función de la relación terapéutica, y se da especial énfasis al concepto de encuadre terapéutico, que regula la relación y la alianza terapéutica. Se definen y describen en detalle, en esta misma sección, las técnicas procedurales de exploración experiencial y de metacomunicación, ambas ligadas al proceso terapéutico, que le otorgan un sello a la metodología de trabajo en terapia. También se incluyen definiciones y descripciones de las intervenciones terapéuticas como actos del terapeuta que tienen el sentido de hacer aflorar el emergente interpersonal, fruto de la relación. Se hace referencia al acto de la supervisión como parte de la regulación del proceso psicoterapéutico y de las necesidades de formación. Finalmente, en esta segunda parte, se aborda una idea de Psicopatología, y dentro de ella, se desarrolla especialmente el concepto de dimensiones operativas, asociadas al funcionamiento superficial del sujeto y a la sintomatología del paciente.

En la tercera, y última parte, se formula una psicoterapia Constructivista Cognitiva breve, basada en la evidencia, que permite prestar servicios eficientes, tanto para el paciente como para los sistemas de salud, y al mismo tiempo, crea las condiciones para la investigación clínica, tanto de procesos como de resultados, de modo de contribuir al conocimiento clínico. Finalmente se plantea un diseño pre - experimental / experimental, basado en el método de Solomon.

La meta que se ha formulado para el presente trabajo, es mejorar la teoría y los procedimientos psicoterapéuticos, para conseguir mejores resultados en el quehacer de la psicoterapia y en nuestros pacientes, además de contribuir a la salud mental y calidad de vida de las personas. Meta cuya comprobación se efectúa a través del

material conceptual que constituye este trabajo y de la propuesta reseñada de una terapia cognitiva breve basada en la evidencia.

## **PARTE 1: METATEORIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA**

### **1.1 BASES EPISTEMOLÓGICAS**

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. En otras palabras, una metateoría se puede entender como el esfuerzo de la ciencia en búsqueda de conocimiento, como señala Barrow (en Cornwell, 1997, Pág. 74), factible de ser “comprimido”, de tal modo que permita, a través del uso de una regla, categoría o patrón, transmitir información mediante una vía simbólica de significado. Por el contrario, un conocimiento es “incomprimible” si no es posible condensar su información de una manera que permita su transmisión. Este es el lugar que ocupan las teorías y donde se despliega su función esencial de ser objetos modelos para simbolizar, a través de categorías conceptuales, los fenómenos de la realidad y ponerlos en interacción teórica, constituyendo una red de teorías asociadas a ciertos márgenes de una realidad que la explican. Por lo tanto, una metateoría permite la constitución de un marco unificado de conocimiento y de una relación e interacción entre teorías que, dinámicamente enlazadas, den cuenta de los alcances y la complejidad del objeto de estudio, ello sin perjuicio que en el contexto de esta dinámica, las teorías modulen o cambien sus diversos campos de explicación y predicción, ampliándolos o restringiéndolos. Esta mutación y renovación teórica permanente, producto de la interacción con los hechos, se constituye en un progreso permanente de los modelos teóricos. Al respecto Mahoney (1997, Pág. 132), 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.”

Consecuentemente con lo señalado, una metateoría debe al menos contener una propuesta de nivel epistemológico y una propuesta de nivel paradigmático, que implicaría las siguientes exigencias para constituirse en tal:

A nivel epistemológico,

1. Proponer una noción de lo real,
2. Proponer una relación del sujeto con la realidad, como fuente legítima del conocimiento y,

A nivel paradigmático,

1. Delimitar un objeto o campo de interés del conocimiento.
2. Establecer las operaciones metodológicas pertinentes para la generación del conocimiento dentro de los marcos epistemológicos definidos por el sujeto cognoscente en un marco consensual intersubjetivo.

La consideración rigurosa de estas exigencias formales, permite elaborar una metateoría que caracterice al modelo Constructivista Cognitivo. Esta consiste en proposición de un sistema conceptual de dispositivos cognitivos que admiten el conocer, comprender y predecir la emergencia de fenómenos complejos, asociados a los distintos ámbitos cotidianos de acción de un sujeto en relación con sus circunstancias, y más particularmente, cuando estos se encuentran en los límites de la mantención de la coherencia sistémica del sí mismo, (véase apartado 1.2). Dicha metateoría implica la definición y delimitación propia del modelo, respecto de las exigencias anteriormente señaladas, y que pueden ser señaladas como sigue:

## ***Acerca de la realidad***

En el argumento Constructivista, la realidad es encarnada en el sujeto, en el sentido de que sólo es posible tener acceso a ella, a través de su experiencia en el mundo. De esta manera lo real se constituye y ordena, ineludiblemente, en el marco de la intimidad del universo personal y en la particular senda ontogénica del sujeto. La existencia de lo universal, no es más que la expresión de la interacción de los mundos particulares de los sujetos en una red de consensualidades simbólicas, sustentada preferentemente en el lenguaje. A esta noción de realidad se refiere la propuesta de Mahoney y Freeman (1988) denominada Ontología Constructiva, y cuyo principal postulado es la participación activa del sujeto en la construcción de realidades personales, asociadas a características estructurales del cerebro y el sistema nervioso, que actúan por principios de discrepancias y consonancias, como dimensiones antitéticas en busca de significado. Esta inclinación es denominada por Bartlett (1932, en Mahoney y Freeman, 1988), como *Presión por el Significado* y se refiere a que la experiencia humana está teñida de la búsqueda, construcción y alteración del significado, (más adelante será propuesta la antítesis entre construcción y deconstrucción). El resultado de la operación del sistema y el mandato por la significación, en una dinámica enmarañada, asociada a la particular senda de relación del sujeto con lo real, determina que los procesos y los contenidos del significado sean personales, idiosincrásicos y privativos de la propia ontogenia. Este es la base respecto de la cual se construye un mundo o realidad personal.

La incorporación del sujeto en la comunidad es el resultado de la puesta en común, a través del lenguaje, de las interacciones que el sujeto tiene con los demás. El Multiverso<sup>1</sup>, propuesto por Maturana (1997, Pág. 26), es una consecuencia secundaria de la construcción del universo personal en la experiencia del sujeto cognoscente, inmerso en una red de relaciones interpersonales. La producción de un mundo social y

---

<sup>1</sup> “El observador que sigue este camino explicativo, se da cuenta que él o ella vive en el Multiverso, esto es, en muchos distintos, igualmente legítimos, pero no igualmente deseables realidades explicativas, y que en este, un desacuerdo explicativo, es una invitación a una reflexión responsable en coexistencia, y no una negación irresponsable del otro”. Maturana (1997, Pág. 26)

afectivo entre los sujetos de la especie humana marca un importante hito en su evolución. La consecuencia más evidente y significativa es el hecho de que se crean las condiciones para la emergencia de un mundo interno simbólico que, sustentado principalmente, aunque no exclusivamente, en el lenguaje, permite una mayor y mejor coordinación intersubjetiva de los mundos interno y externo, además de la construcción de una consensualidad acerca de la realidad expresada en conocimiento, ideologías o creencias compartidas por la comunidad de sujetos.

Se puede afirmar que el nivel de complejidad sistémica alcanzado por el individuo humano, es resultado de su respuesta a las perturbaciones que provienen de la dinámica de tres ámbitos de inmersión: la realidad física (mundo físico), entorno social (mundo intersubjetivo) y la interacción de ambos, cuyo resultado es el mundo personal (mundo subjetivo). La existencia de un organismo es una condición que se desprende de la cooperación biológica de los sistemas vivos, como mera condición biológica, a diferencia de *existir*, que corresponde al excedente de significado que produce un efecto de sentido respecto de la propia existencia, lo que sería la base de la conciencia del existir de los sujetos. En otras palabras, el organismo humano es el único que se interpela acerca de su existencia como tal.

Por lo tanto, lo que caracterizaría la vida humana, corresponde al significar como efecto de la conciencia de los sujetos sobre el acto de existir. En la misma línea, Popper y Eccles (1993, Pág. 43), hace una diferencia que permite distinguir Mundo Físico, -condiciones físicas y biológicas que sustentan una manera de existir-, del Mundo de los Estados Mentales y el Mundo de los Contenidos del Pensamiento, -aquello que es significado por el sujeto como el lugar para el propio vivir. Ante los ojos de un observador que deposita su mirada en un sujeto que opera desde esta complejidad, el fenómeno, en primera instancia, se aparece como inextricable e incomprensible, difícil de describir, de analizar y, más aun, de predecir acertadamente, y lo es justamente porque el segmento más revelador, de mayor trascendencia para la acción discurre al interior del mundo privado: la *dinámica de la subjetividad*; que es donde se encuentra el origen de los procesos complejos que regulan el comportamiento. Al respecto,

seguramente una vez establecido un medio social más elaborado, aumentaron consecuentemente las capacidades de sobrevivencia del ser humano, pero eso es algo que ocurre a posteriori, la adaptación no es suficiente para explicar la emergencia de la complejidad autoorganizadora, que genera las habilidades intersubjetivas que posibilitan el medio social humano, pero sí puede ser, que explique su mantención y expansión. Los seres humanos, a través de estas habilidades sociales e intersubjetivas, han resultado altamente eficientes para incorporar mejoras en sus sistemas de adaptación, principalmente interviniendo el medio, más que produciendo acomodaciones en su propio sistema genotípico o fenotípico, tal como lo han hecho las otras especies: La modalidad de adaptación humana es un mecanismo, como lo señala Waddington, (citado en Brain, 1975, Pág. 48), extragénico, o sea, no requiere un cambio a nivel del genotipo ni del fenotipo, sino una intervención de su medio ambiente. Al respecto, este autor señala: “Entre los animales, el hombre es el único que ha desarrollado este modo extragenético de transmisión hasta el punto en que su importancia rivaliza con la del modo genético y aún la supera. El hombre adquirió la capacidad de volar, no mediante un cambio importante en el depósito de genes utilizable por la especie, sino gracias a la transmisión de información mediante el mecanismo acumulativo de la enseñanza y el aprendizaje social. Ha desarrollado un mecanismo sociogenético o psicosocial de evolución que se superpone y a menudo se impone al mecanismo biológico que depende exclusivamente de los genes. El hombre no es simplemente un animal que razona y que habla, y que por consiguiente ha desarrollado una mentalidad racional de la que carecen otros animales. Su facultad de pensamiento y comunicación conceptual le ha aportado lo que en definitiva es un mecanismo completamente nuevo para el proceso biológico más fundamental, el de la evolución”. Esta condición del animal humano, de progresar como especie mediante mutaciones del ambiente es consecuencia de su vivir intersubjetivo y de la construcción de un andamiaje simbólico de comunicación. Su consecuencia se traduce en la ventaja evolutiva de establecer una relación particular con la realidad, basada en representaciones internas factibles de consensualidad.

En este mismo sentido, la discrepancia clásica entre la epistemología positivista y la constructivista, no es otra cosa, en el fondo, que la atribución de primacía o desentendimiento respecto del papel central de la realidad o de la experiencia del sujeto como constructor de conocimiento. Nítidamente, es posible afirmar que el orden atribuido a la realidad en el positivismo, no es otro que el orden del propio sistema cognoscente, respecto de una realidad que excede sus posibilidades experienciales para ordenarla. En otras palabras, la concepción de una *realidad significativa*, a diferencia de una *realidad objetiva*, se encuentra en el registro que el sujeto hace de su experiencia, o como ya ha sido señalado, encarnada en el sujeto. Lo que se supone de objetividad que se le atribuye a la realidad, es ser el objeto de conocimiento para el sujeto. Éste la habita y se comporta consecuentemente con ese saber, representados en teorías u objetos modelos, que forman parte de su organización y estructuras internas constitutivas de su sistema de conocimiento. Sin embargo, la propuesta positivista aporta un enfoque riguroso para la construcción de conocimiento, en busca de una pretendida objetividad que, en a nivel constructivista podría expresarse como la rigurosidad en distinguir la experiencia en curso del sujeto, respecto de la interpretación o explicación que este mismo haga de dicha experiencia, distinción que nunca va ser estricta y exacta, dado que es él quien experimenta y que consecuentemente se explica, pero que, la exigencia metodológica del conocimiento de distinguir entre ambos aspectos, permite la producción de información factible de ser contrastada y consensuada con los demás. Entonces, es fundamental distinguir categorías observacionales y descriptivas de los acontecimientos, y las interpretaciones o teorías hermenéuticas que se generen acerca de que aquello que ocurre en el mundo. Este camino explicativo permite la construcción de un espacio de intersección e intercambio de conocimientos consensuados entre sujetos.



## ***Acerca del sujeto***

En esta propuesta, se entiende al sujeto como un sistema complejo adaptativo inestable. De esta categorización se desprenden dos cuestiones fundamentales: la primera, que la condición de ser un sistema complejo adaptativo implica que forma parte de los sistemas vivos, cuya cualidad esencial es poseer una estructura y organización compleja que les permiten responder adaptativamente a las cambiantes condiciones y demandas externas, y cuya sobrevivencia es el resultado de un conjunto de fenómenos que se desarrollan de manera impredecible, dentro de altos niveles de organización funcional, jerárquica y heterárquica. Al respecto Capra (1996, Pág. 68), argumenta “Los organismos vivos, entre ellos el ser humano, como todo en el universo, tienden a degradarse, a desordenarse, a deteriorarse y desaparecer como sistemas de equilibrio dinámico inestable, o sea a aumentar su entropía. La vida, su mantenimiento, es disminución o inversión de la entropía. Esto se logra por el fenómeno de la homeostasis. La vida es un fenómeno compuesto por sistemas abiertos o continuos capaces de reducir su entropía interna a expensas, bien de sustratos y sustancias nutrientes, o bien de energía libre que toman de su entorno, devolviéndolas a éste en forma degradada”. En otras palabras, el sujeto es un sistema que intercambia información y materia con su entorno, pero además, la relación de intercambio entre el sistema y el medio genera regularidades que le permiten al sistema construir, al interior de él mismo, una estructura y organización esquemática de conocimiento que facilita y hace más eficiente dicha relación. De esta manera, este sistema intercambia materias con su entorno a partir de una organización interaccional progresivamente más compleja con su medio, que se expresa en estructuras esquemáticas profundas.

La segunda cuestión, tiene que ver con las tres condiciones que favorecen la inestabilidad del sistema: la primera condición de inestabilidad, tiene que ver con la necesidad ineludible de intercambiar información (estado de situación del medio) y materiales (nutrientes o contenidos simbólicos), desde un estado de incompletitud o carencial, o sea que la relación con el medio es una relación de sobrevivencia del sistema, por lo tanto, su equilibrio se encuentra en constantes fluctuaciones

dependiendo de la calidad y cantidad de interacciones con su entorno; la segunda condición de inestabilidad, es que las circunstancias de habitabilidad del sistema con su medio, están determinadas por un entorno caótico, o bien, las reglas que lo rigen no son pertinentes para la propia regulación del sistema, situación que en términos de significado para el sistema es equivalente; una tercera condición de inestabilidad, se refiere a que el sistema modifica constantemente su estructura esquemática para responder a las complejas y cambiantes demandas del entorno. En otras palabras, a nivel sistémico hay una permanente oscilación entre los mecanismos de mantención y mecanismos de cambio, cuya dinámica da como resultado una mayor complejidad que facilita una adaptación más favorable de acuerdo a su coherencia.

En síntesis, esta clase de sistemas complejos, que se encuentran y se mantienen al borde de su equilibrio, como consecuencia de la compleja red de intercambios de información, materia o energía con su entorno, y que, por ende, en ese acto de absorción y procesamiento del intercambio, reordena su propia estructura esquemática central en una progresión ortogenética, se conocen con el nombre de sistemas disipativos (Nicolás y Prigogine), sinérgicos (Haken), autopoieticos (Maturana y Varela), o autoorganizaciones en estado crítico (Bak), (en Pérez, 1995).

La extrapolación de la noción de sistema complejo adaptativo en equilibrio inestable, que proviene de la física y de la biología, para comprender la organización de lo viviente, al nivel de integración de la experiencia humana, se ajusta y permite entenderlo como un sistema de conocimiento proactivo, ordenado a partir de procesos centrales, en términos de su organización y estructuras esquemáticas asociadas al mantenimiento y permanencia del sistema (mismidad), y perturbado a través de procesos descentralizados (ipseidad, véase Glosario), que permanecen en los márgenes de desequilibrio de la coherencia del sistema, presionando por una reorganización y cambio, de manera de poder ser incorporados al sistema. La dinámica entre estos dos niveles de mismidad e ipseidad, es la fuente de los estados de equilibrio y desequilibrio del sistema, tanto biológicos, en términos de la homeostasis sistémica,

como psíquicos, en términos de los procesos de significación acerca del contexto, el Sí Mismo y los demás, (Guidano, 1994, Pág. 93 y 101).

Al respecto, un sistema de conocimiento proactivo implica que su dinámica se dispone preferentemente para otorgar significado coherente con el sistema a las experiencias de intercambio con el medio y que esta significación depende de estructuras abstractas cognitivas o de conocimiento previas que operan sobre la realidad a partir de consonancias o disonancias entre ellas dentro de lo que se conoce como “Teorías motoras de la mente”<sup>2</sup> en el sentido que en la percepción y cognición humanas se destaca el papel activo e instrumental que tienen las estructuras cognitivas del sujeto. Al respecto Mahoney señala “La mayoría de nuestra experiencia de cada momento está saturada de esta búsqueda de significado cargada de contraste. Lo irónico aquí es que buscamos el orden a través del contraste y aunque parece que nos sentimos atraídos por la coherencia y la invarianza, también aprendemos a partir de los límites y los contrastes de nuestras categorías experienciales” (Foucault, 1970; Hayek, 1952 y 1978, en Mahoney, 1988). Lo interesante es que antes de que operen las estructuras abstractas de reconocimiento, existe un preconocimiento que permite distinguir la experiencia inmediata en curso y darle una presignificación. Por ejemplo, la presignificación de una experiencia en curso atribuida como desbordante a nivel tácito, permite que haya un ordenamiento de la experiencia, que aún cuando ese procesamiento es el resultado de formas de conocimiento descentralizado, es una forma de procesamiento primitivo o preconceptual, probablemente de orden analógico y que se relaciona mucho más con escenas nucleares o prototípicas o guiones prototípicos, en el sentido de que conllevan un cierto isomorfismo categorial que presiona por una búsqueda de significación a nivel central, permitiéndole el reconocimiento y su incorporación dentro de los márgenes de la coherencia sistémica. Lo que se observa aquí, a nivel preconceptual, es un tipo de reconocimiento emocional, de hemisferio derecho, que da inicio a un proceso de autorreferencialidad a partir de la perturbación constante de contenidos insuficientemente simbolizados que permanecen activos en la dinámica de la ipseidad. El conocimiento con que opera el sujeto es el

---

<sup>2</sup> Se incluyen como autores representativos de estas teorías motoras a Guidano (en este mismo volumen); Hayek (1952b); Shaw y Bransford (1977); Turvey (1974), y Weimer (1977). (en Mahoney & Freeman, 1988).

resultado de la dinámica entre el nivel de conocimiento central (explícito- mismidad) y el nivel descentralizado (tácito- ipseidad). Al respecto Guidano señala: “Con el advenimiento de la especialización hemisférica llegó a establecerse el control descentralizado por lo que la dominancia momento a momento del todo el sistema oscila continuamente entre estas dos dimensiones de conocimiento.” (Guidano, 1987, pág. 26). De esta manera, se puede concluir que probablemente la función del nivel de conocimiento tácito es perturbar al sistema para poner en alerta e incorporar al sistema, los nuevos contenidos y así estimular un cambio que reorganice los márgenes de la dinámica del Sí Mismo. El conocimiento tácito tiene que ver con una suerte de delimitación de las posibilidades experienciales, lo cual es importante porque tendría que ver con los límites del sí mismo, al nivel de control descentralizado inclusive y también estaría relacionado con la memoria episódica que es el proceso cognitivo responsable de agrupar y acumular esta clase de contenidos.

### ***Acerca de la fenomenología por contraste***

Los patrones de funcionamiento interno del sujeto operan en base a un modelo cognitivo de orden por contraste, donde la acción preferente es la percepción de las discrepancias y consonancias como parte del acto de conocer. Las consonancias estarían asociadas a los procesos de reconocimiento, por lo tanto de mismidad y centralidad, las disonancias, por su parte, tienen que ver con los desbordes de la experiencia frente a los cuales el sistema de conocimiento no tiene las estructuras que le permitan realizar el acto de aprehensión y de incorporación de la realidad o más bien de la experiencia, y están relacionados con los procesos descentralizados, de discrepancia y de Ipseidad. Esta particular forma de funcionamiento por contraste es el resultado de la operatividad básica del sistema nervioso. Al respecto, Mahoney señala “los datos que tenemos sobre la percepción y pensamiento humanos sugieren también que la mayor parte de nuestra conciencia depende de alguna forma de contraste... el contenido del conocimiento sino, su proceso, está sujeto por contraste localizadores tales como el agente y la acción, la figura y el fondo, lo conocido y lo desconocido”. (Foucault, 1970 en Mahoney, 1988, Pág. 30).

Pareciera ser que la conciencia de los acontecimientos surge de este contraste y más bien en la base de la estructura y organización de conocimiento; de hecho, la dinámica antitética más importante se da entre estructura profunda y superficial, donde la primera corresponde a todos aquellos contenidos abstractos simbolizados en términos genéricos de tipo categorías acerca del sujeto, el mundo y los demás. Este nivel es propuesto por varios autores con aproximaciones distintas pero confluentes tales como Beck (esquemas cognitivos subyacentes), Safran (esquemas cognitivos interpersonales), Mahoney (estructura morfogénica nuclear), Kelly (constructos personales) y Greenberg (esquemas emotivos). Todas estas propuestas de estructura profunda comparten la característica de que cursan con precario o nulo nivel de

conciencia<sup>3</sup>, en otras palabras pertenecen al inconsciente<sup>4</sup> del sujeto. Por otra parte, la estructura superficial tiene que ver con las características del nivel de funcionamiento del sujeto, o sea aquello que forma parte del estilo personal, y que esta compuesto principalmente por contenidos factibles de ser simbolizados, incorporados al relato o narrativa y que se constituyen en ideologías o valores comunicables acerca de sí mismo, el mundo y los demás. Este nivel discurre principalmente con un buen grado de conciencia, sólo que puede verse interferido por el funcionamiento cotidiano que se automatiza y que puede afectar la función de percatación de la conciencia. Sin embargo, es potencialmente accesible a la conciencia.

En síntesis, el Constructivismo Cognitivo es un objeto modelo respecto de la relación sujeto – experiencia – realidad, su conocimiento sería el resultado de la operación de esta dinámica. Plantea la existencia de la realidad en la experiencia del sujeto tal cual fue señalada anteriormente, y a un sujeto proactivo que se relaciona con su propia experiencia que es parte de la interfaz del vínculo con la realidad, mediante estructuras cognitivas progresivamente construidas en su devenir ontogénico y que le permiten ampliar el campo posible de experiencias constructivas de Mismidad, en una dinámica antitética entre los procesos de cambio y continuidad. Es decir, lo que se propone es que el sujeto cuenta con estructuras mentales, cognitiva o internas previas que le permiten otorgar un orden al flujo de su experiencia con la realidad y en ese mismo acto de aprehensión, continuamente reordenar las estructuras de conocimiento internas ampliándolas en un sentido de complejidad, al servicio de una mayor proactividad e inclusión de la experiencia. Así, la construcción de la subjetividad tiene un carácter autorreferencial en cuanto a la dinámica interna que se gatilla producto de las perturbaciones del medio pero que aunque estas son un efecto aparentemente

---

<sup>3</sup> Meichenbaum y Gilmore (1984, en Kühne 2000, Pág. 153) plantean que la cognición tiene un dominio consciente y uno inconsciente. Dentro del dominio inconsciente de la cognición estarían aquellos eventos, procesos o estructuras que están activos e influyendo sobre el pensamiento, la conducta y los afectos pero que no están siendo accesibles al dominio de la conciencia del sujeto.

<sup>4</sup> Froufre (1997, Pág. 40): "... el inconsciente, tal como lo concebimos aquí, se refiere a aquellas representaciones cognitivas psicológicamente activas que *no* van acompañadas de la correspondiente experiencia fenoménica".

difuso, generalizado o ambiguo y de múltiples opciones de integración es el sujeto quién organiza estas perturbaciones dentro de sus propias posibilidades operativas ajustadas a un determinismo estructural biológico y cognitivo. En otras palabras, la fuente de mayor determinación de la subjetividad proviene del funcionamiento de la propia estructura interna del sujeto y en menos medida del contexto y de la “realidad”.

## 1.2 **DINÁMICA DE LOS SISTEMAS DE CONOCIMIENTO**

La evolución o desarrollo de un sistema con una estructura y organización capaz de: levantar una membrana en su medio ambiente que lo distingue como una unidad diferente de los demás y del ambiente<sup>5</sup> (sistema autopoietico), producirse a si mismo como resultado de su propia dinámica, mantenerse en un equilibrio inestable en el tiempo, y como resultado de todo lo anterior, constituir una senda vital propia, está ligado a las condiciones apropiadas necesarias para otorgar un significado autorreferencial a este proceso y generar una identidad y conciencia de sí mismo, que son los insumos de una nueva membrana virtual o de segundo nivel, cuya función es un complemento a la distinción que otorga la primera membrana. Ligado a los actos de la significación de este proceso, de distinción de doble nivel, está el lenguaje que crea un espacio de intersección entre unidades sujetos que intercambian información y establecen consensualidades en busca de una comunidad intersubjetiva que les permita aumentar exponencialmente sus posibilidades de sobrevivencia. Al respecto, Varela (2000, Pág. 60), señala: “La diferencia entre medio ambiente y mundo es el excedente de significación que acosa al entendimiento de la vida y del conocimiento y, a la vez, está en la base de cómo un sí mismo alcanza su individualidad”.

Los sistemas de conocimiento humano son el resultado de la interacción entre el sujeto y la realidad. La categoría conceptual que refiere a esta dinámica es el Sí Mismo<sup>6</sup>, el cual es entendido, desde la perspectiva del Constructivismo Cognitivo, como un sistema de conocimiento personal que provee al sujeto de un sentido de identidad coherente y permanente, a través de la dinámica de los procesos de continuidad y de cambio, en relación con el mundo. Su función principal consiste en la construcción y deconstrucción de la estructura y la organización de los procesos de conocimiento, a

---

<sup>5</sup> “La característica más peculiar de un sistema autopoietico es que se levanta por sus propios cordones, y se constituye como distinto del medio circundante por medio de su propia dinámica, de tal manera que ambas cosas son inseparables”. (Maturana y Varela, 1998).

<sup>6</sup> Sí Mismo: sistema de conocimiento invariante básico que otorga un sentido constante, personal y único. Surge de la tensión esencial entre la experiencia en curso (YO) y la explicación de esta (MI).



partir de demandas externas desbordantes, o bien de disfuncionalidades del propio sistema que requieren ser reordenadas para mantener la dinámica. Al hablar de dinámica se alude a lo señalado por Varela (2000, Pág. 109): “Un término dinámico referido a una conjunción de componentes interactuando en red capaz de desarrollar propiedades emergentes”.

En la dinámica de la evolución ontológica del Sí Mismo, se pueden distinguir procesos de nivel profundo, que están relacionados con la estructura del sistema, y procesos de nivel superficial, asociados a su operación. Una parte de esa dinámica se explica por el constante “equilibrio por oscilaciones” u “orden a través de las fluctuaciones”<sup>7</sup> del sistema y la otra parte corresponde a la retroalimentación permanente entre los niveles superficial y profundo, lo que conlleva a una fluctuación entre los procesos de mantenimiento (mismidad)<sup>8</sup> y los procesos de cambio (ipseidad)<sup>9</sup>, cuya actividad abre la perspectiva de la reorganización y complejización del sistema de conocimiento. Un sistema está compuesto por una estructura y su organización. (Dinámica de los sistemas de conocimiento humano: véase en glosario)

Cuando se habla de la estructura de un sistema, se refiere a los elementos que lo componen y a su particular disposición espacio-temporal, que remite a una ordenación jerárquica entre las partes del sistema. Enfatiza la distribución de los elementos, su composición y el hecho de que de todo el sistema es aquello que cambia y se modifica de acuerdo a las circunstancias en que éste se encuentre sometido. En la

---

<sup>7</sup> Orden a través de fluctuaciones se refiere al equilibrio dinámico que surge a partir de los desequilibrios en la interacción con el ambiente y que son asimilados por el sistema, lo que le permite desarrollar patrones más complejos e integrados de organización. “cada vez que una fluctuación se amplifica en la medida que sobrepasa el rango existente de estabilidad, el desequilibrio emergente lleva al sistema en la dirección de reestructurar sus procesos de ordenación auto referenciales” (Guidano, Complejidad del Sí Mismo, Pág. 17).

<sup>8</sup> Mismidad: sistema de conocimiento centralizado que provee un sentido concordante de uno mismo a través de un sentimiento de continuidad y unicidad personal. Vinculado a los procesos de mantenimiento y de predominio simbólico en cuanto a esquemas cognitivos y emocionales.

<sup>9</sup> Ipseidad: sistema de conocimiento descentralizado que provee un sentido discrepante de uno mismo a partir de experiencias desbordantes que deben ser explicadas para ser asimiladas a los procesos centralizados de conocimiento. Asociadas con procesos de cambio y de predominio de contenidos emocionales expresados en activaciones emocionales recurrentes.

misma línea argumental Capra, F. (1996), en su teoría acerca de los sistemas vivos, señala que estos, a nivel de la estructura, se componen por sustancia, materia y cantidad y, a nivel de la organización, están las categorías de forma, orden y cualidad; un tercer elemento sería el proceso que corresponde a lo que nosotros denominamos sistema en el sentido que vincula una organización y una estructura. En el particular caso del Sí Mismo, como objeto modelo teórico que pretende dar cuenta de la organización de lo subjetivo, su estructura está constituida por dos tipos de componentes: uno corresponde a los *contenidos de la experiencia vital* acumulados a lo largo de la historia evolutiva de un sujeto, donde se pueden encontrar elementos propios de su ontología, tales como escenas prototípicas cargadas de material mnémico procesado parcialmente y relatos recurrentes acerca de ellas, que pueden revelar más bien la operación de los mecanismos de control descentralizados, que el material del cual está compuesta la escena. Estos relatos anecdóticos y descriptivos suelen sintetizarse en categorías semánticas llamadas sentencias prototípicas, que son parte de la ideología de vida, que guían y predisponen los acontecimientos, su significado y una original forma de abordaje o de enfrentamiento. El llamado estilo personal, que en la cotidianeidad de la existencia permite distinguir y distinguirnos entre los sujetos, es el resultado de la ideología de vida en acción.

El segundo elemento que conforma la estructura del Si mismo se refiere a la *disposición espacio-temporal* de los componentes, que se explicita en las relaciones de relevancia, pregnancia y disponibilidad de los contenidos con potencial semántico-explicativo para la integración de la experiencia en curso. La dimensión temporal está determinada por la historicidad de los contenidos agregados durante la progresión evolutiva ideográfica del sujeto. La regla de un ordenamiento posible de éstos, es que mientras más temprano en la experiencia de un sujeto, mayor alcance conceptual explicativo y, por ende, mayor nivel de generalización. Si a esto se suma el nivel de perturbación emocional que movilizó, probablemente se está asistiendo a la gestación de un *Esquema Prototípico* de gran relevancia en la conformación de un estilo personal particular. La dimensión espacial es el resultado del ordenamiento conceptual que se desprende del nivel de generalización semántica, de modo que aquellas estructuras de

mayor alcance, tienen a su vez, mayor jerarquía y relevancia en el momento de generar una explicación válida para el sistema, con lo que se pueden perpetuar como referentes de significación especializados. Ello tiene dos consecuencias, una positiva, y es que aporta a la economía del sistema reduciendo el costo de operación, y otra negativa, y es que tiende a rigidizar la operación en un solo sentido, con lo que descarta otras interpretaciones que pueden ser tan valederas como las tradicionales, y que además flexibilizarían el modo de funcionamiento. El resultado de este ordenamiento es lo que se denomina estratificación funcional heterárquica de los referentes conceptuales de los contenidos del Sí Mismo. Por heterarquía se entiende al ordenamiento descentralizado de los procesos de conocimiento y la competencia y coalición entre subsistemas interdependientes por la predominancia en el sistema. (Hayek, 1967,1978; Jantsch, 1980; Pattee, 1973; Waimar, 1981 a,b, citados en Mahoney, 1983, Pág. 41), que se construye a partir de la especialización que supone la demanda reiterada por significar los acontecimientos vitales en una particular dirección, presionada por las necesidades de mantención y protección de la coherencia sistémica. Es en esta dinámica que ciertas categorías conceptuales adquieren la propiedad de ser referentes generalizados de significación para una amplia gama de situaciones, frente a las cuales el sujeto requiere una explicación consistente consigo mismo, pero que al mismo tiempo, restringen otras alternativas de elucidación para una situación particular de la experiencia, que pudiera ser la oportunidad de ampliar los límites del Sí mismo en una dirección de mayor complejidad.

A estas categorías Piaget (1996, Pág. 39), las denomina estructuras cognoscitivas, a las que define como “sistema de conexiones que el individuo puede y debe utilizar y no se reduce a los contenidos de su pensamiento conciente, puesto que es aquello que impone algunas formas más que otras y esto según los niveles sucesivos del desarrollo intelectual, cuya fuente inconsciente se remonta hasta las coordinaciones nerviosas y orgánicas.”. Por otra parte, A. Beck les llama Esquemas Cognitivos Subyacentes o Creencias Centrales, (véase Beck; Rush; Shaw & Emery, 1983 y Beck, J., 2000), y les atribuyó el carácter de disfuncionales o negativas, porque sesgan la información de tal modo que se desajustan respecto de la realidad y la lógica

del pensamiento, para confirmar apreciaciones distorsionadas de los hechos, desarrollando una suerte de especialización interpretativa o sesgo cognitivo, que los hace rígidos y frecuentemente inapropiados para resolver una situación conflictiva o perturbadora, dando origen a síntomas o emociones turbulentas de carácter egodistónico o inexplicable para el sujeto, porque frecuentemente no logra establecer una relación de causalidad entre los esquemas disfuncionales y su sistema de significación. La propuesta psicoterapéutica básica del Cognitismo Clásico es precisamente desarticular esta relación, que no responde a una lógica ni a una racionalidad de las circunstancias objetivas con las que se interpreta una situación, (análisis con énfasis en el Eje Sincrónico). Beck y Ellis proponen que un sujeto normal es aquel bien adaptado a sus circunstancias reales, que hace uso de una racionalidad impecable para resolver los dilemas cotidianos que le presenta la vida, y que los síntomas que lo pueden aquejar, no son otra cosa que las consecuencias evidentes de la aplicación de inferencias ilógicas, arbitrarias o irracionales acerca de la realidad. Una postura diferente, aunque no necesariamente excluyente, es la mirada constructivista que propone la operación de los sistemas de significación personales del sujeto, que hace posible el ordenamiento ontológico de la realidad, desde su particular viabilidad vital histórica (análisis con énfasis en el Eje diacrónico), por lo tanto, además de considerar la perspectiva de la lógica y la racionalidad clásica, las evalúa con una mirada diacrónica ontológica, que la hace más compleja e integral. Es así como por ejemplo los síntomas adquieren un valor de referencia inevitable acerca de los sistemas de conocimiento del sujeto y se incorporan en propiedad al proceso terapéutico. Guidano (1994, Pág. 88), se refiere a ellos señalando: “Por esta razón, los “síntomas” que puede presentar un sistema individual en cualquier etapa de su ciclo vital deben considerarse como procesos de conocimiento plenamente desplegados, que sacan a la luz intentos frustrados de cambio cuyo origen se retrotrae a un nivel pobre o inviable de toma de conciencia, que impide una asimilación congruente de la experiencia personal producida hasta entonces”. Para que ello sea posible, deben concurrir una serie de fenómenos progresivos y de complejidad creciente: respuesta constante a las demandas del medio, permanente capacidad de incorporar al interior del sistema nuevos contenidos, progresión jerárquica de estructuras de conocimiento ortogenéticas

y operatividad del sistema que le hagan posible responder a diversas y novedosas demandas del medio, y en su misma medida, elaborar múltiples y novedosas estrategias que le permitan mantener la coherencia del sistema, frente a las cuales reacciona según los mecanismos de acomodación y asimilación descritos por Piaget (1996). El efecto de la operación de estos fenómenos es la conformación del sí mismo que experimenta y explica la praxis vital.

En síntesis, la dinámica de los sistemas de conocimiento humano se expresa en dos polaridades antitéticas principales:

(a) el desplazamiento en el eje *sistema profundo – sistema superficial* en el funcionamiento del conocimiento humano. Ambos niveles interdependientes se realimentan mutuamente en una constante actividad entre reconocimiento, discrepancia, consonancia y cambio, a partir de las posibilidades operativas básicas que provee el sistema nervioso delimitado por su propio determinismo estructural. El sistema profundo consiste en una serie de elementos estructurales del conocimiento, constituidos por componentes simbólicos, procesadores de conocimiento, tales como: esquemas cognitivos y emocionales prototípicos, imágenes, escenas y categorías ideológicas idiosincrásicas que proveen una explicación constante de los acontecimientos de la praxis vital del sujeto. La organización de este sistema profundo, remite a las disposiciones témporo-espaciales, de dominancia y relevancia, que se expresan en un funcionamiento jerárquico / heterárquico, que está relacionado con la preeminencia de significación de unos esquemas respecto de otros, a la hora de producir explicaciones acerca de la experiencia en curso. La función principal del sistema de conocimiento profundo, es la de proveer de mecanismos o esquemas de entendimiento a través de incorporar nuevos contenidos de información, relevantes a las polaridades antitéticas de las dimensiones operativas, de modo de incidir en las categorías de significación de la experiencia en que estas se desplazan. En otras palabras, su influencia se remite a crear y alimentar categorías de significación, sin

actuar directamente sobre la dinámica de la operatividad superficial. Esta función de realimentación del sistema profundo al superficial, da cuenta del vínculo estrecho entre ambos, y permite entender su interdependencia.

El sistema de conocimiento superficial tiene que ver con las reacciones y operaciones del sujeto, tanto internas como externas, a partir de las perturbaciones a las cuales está sometido, por las circunstancias del mundo y medio ambiente en que se encuentra inmerso. La conciencia acerca de esta interacción proviene de las turbulencias emocionales (experiencia en curso) y de las explicaciones con las que provee de significación a esas experiencias. Esta conciencia es una de las características operativas asociadas a la subjetividad y a la identidad del individuo. Esto es posible mediante la actividad de categorías conceptuales de significación de la experiencia, llamadas dimensiones operativas y que son, en parte, un reflejo de los sistemas de funcionamiento profundos, pero que operan a nivel de la interacción del sujeto con el medio, a partir de las discrepancias o consonancias que produzcan en el sistema de conocimiento. Las categorías básicas de los ejes antitéticos de las dimensiones operativas son: abstracción / concreción; flexibilidad / rigidez; inclusión / exclusión; proactividad / reactividad; y exposición / evitación. La dinámica de estas dimensiones se relaciona con la generatividad personal e interpersonal, y finalmente con una progresión en los niveles de complejidad de los sistemas de conocimiento.

(b) El segundo componente polar de los sistemas de conocimiento es el efecto del nivel de organización del sistema, y se refiere a la recurrente fluctuación entre procesos de continuidad, asociados al reconocimiento proactivo del conocimiento, por lo tanto son parte del proceso constructivo de estructuras y contenidos del sí mismo; y los procesos de cambio, relacionados con los contenidos discrepantes del conocimiento, frente a los cuales el sistema no cuenta con las posibilidades estructurales de reconocerlos, dada la carencia de categorías de significación, pero que, sin embargo, ejercen una presión por incorporarse al sistema, y que van a formar parte de su desequilibrio para dar pie a los

procesos deconstructivos<sup>10</sup> del sistema de conocimiento, puesto que se incluyen y dinamizan en los márgenes del sistema de reconocimiento, presionando persistentemente por un cambio.

Esta dinámica superficial / profunda y construcción / deconstrucción, es el núcleo central del funcionamiento humano y la responsable de conferirle los niveles de complejidad creciente a la operación del sujeto en interacción con un medio también complejo y cambiante.

---

<sup>10</sup> DECONSTRUCCIÓN: Propuesta de Jacques Derrida (1989, Pág. 15), desautorización teórica y prácticamente de los axiomas hermenéuticos usuales de la identidad totalizable de la obra y de la simplicidad o individualidad de la firma. La deconstrucción va acompañada de, o se haya entrecruzada con, la recomposición, el desplazamiento, la disociación de significantes como interrupción de síntesis, de todo deseo de una separación... A toda deconstrucción le sigue una construcción que deberá ser deconstruida y así sucesivamente.

### **1.3 EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DEL SUJETO**

El tema de la subjetividad al interior del modelo cognitivo es una cuestión actualmente no resuelta y que deja a su paso una secuela de polémicas interminables que se despliegan entre las posiciones iniciales que, eludían el tema haciendo una opción por aquello estrictamente objetivo y cuantificable de la conducta humana, hasta los desarrollos contemporáneos que incluyen al sujeto y la subjetividad en el centro de sus propuestas teóricas, constituyéndose también en la base sobre la que estructuran los procedimientos psicoterapéuticos. Se puede afirmar que hubo una primera etapa en que el énfasis estaba puesto en los procedimientos y la validación de resultados, producto de la estricta adscripción a la metodología científica, que respaldaba ideológicamente al modelo, pero que al mismo tiempo restringía sus alcances a aquellos fenómenos factibles de ser observados por un observador supuestamente objetivo. La necesidad de certidumbres, de certezas de demostrada eficacia hacía que los terapeutas se focalizaran principalmente en los procedimientos que aplicaban a sus pacientes, en desmedro de lo que le ocurría al paciente en la interacción terapéutica e incluso en su entorno social o en su historia de vida. El tema central era los síntomas y como removerlos. Esta primera etapa corresponde al momento conductual y cognitivo clásico del modelo, inspirados en una epistemología positivista. Una segunda etapa implica el reconocimiento de procesos mediacionales internos no susceptibles de ser observados, pero que mediante inferencias y deducciones fundadas en una racionalidad rigurosa pueden ser considerados fenómenos que influyen en el comportamiento del sujeto y sus consecuencias en el entorno social. De esta manera, se da paso a una subjetividad que se expresa en contenidos mediacionales que influyen y dan cuenta de una serie de fenómenos complejos tan característicos del sujeto.

Más allá de las opciones ideológicas que hace el modelo Cognitivo, sujeto a la dinámica de las demandas por salud mental de la población, el tema de la subjetividad resulta ineludible al momento de considerar la fenomenología integral de un sujeto que se comporta entre los ejes de la normalidad y la anormalidad cuando es aquejado por



alguna sintomatología. Es así como se propone y se justifica una evolución conceptual del sujeto y su subjetividad, a partir de las adscripciones del modelo en sus diferentes etapas, a una epistemología y un paradigma particular, tal cual ha sido definida anteriormente en el acápite de Bases Epistemológicas.

Antes de revisar la evolución de este concepto es importante situar y definir al sujeto desde el punto de vista gnoseológico; en este marco, el sujeto es quien conoce y a la vez es definido como "sujeto para un objeto" en virtud de la correlación sujeto-objeto dado en todo fenómeno de conocimiento. En otras palabras, sujeto y objeto corresponden a elementos no excluibles uno de otro, aunque tampoco es posible negar su mutua autonomía, (Ferrater Mora, 1999).

En la noción de sujeto que se intenta elaborar, interesa destacar al individuo genérico de la especie humana inserto en la realidad, a merced de la obligatoriedad existencial de mantener su autonomía, coherencia y unidad como tal, en esa dinámica inextricable donde progresivamente va constituyendo su particular ontogenia, base ineludible de la subjetividad y por tanto de su identidad. Esta propuesta es concordante con lo que señala Francisco Varela (1990, Pág. 114), acerca de la organización de los sistemas<sup>11</sup> vivos en general, en que el "mecanismo de identidad" son las relaciones ineludibles para producir su existencia: "una red de procesos que producen y destruyen componentes, que a su vez regeneran continuamente la red que los produce, y una barrera estructural compuesta por elementos producidos por la red y que hace posible la dinámica misma de la red". La subjetividad la entenderemos como el conjunto de condiciones ontogénicas propias que hacen posible el conocimiento, o sea, dicho de otra manera, es acción y efecto de conocer a partir del punto de vista de sí mismo. Esto en el entendido que el conocimiento es el resultado de la acción cognoscente del sujeto sobre la realidad en que habita; este mismo acto tiene el carácter de autorreferencial porque es constitutivo de sí mismo como una unidad diferenciada de los demás, pero

---

<sup>11</sup> Un sistema esta compuesto por la estructura cuyos componentes son el resultado de los intercambios entre el contexto y la red de relaciones que los producen; representa a aquello que cambia del sistema, y la organización, que refiere a los lazos necesarios entre los elementos constitutivos de la estructura y que le dan al sistema su identidad, puesto que representan a aquello que no cambia. (Varela, F. 1990).

que para *el ser* definitorio, requiere de la distinción referencial que los otros hacen de él. El *yo*, por lo tanto, habita en la interfase entre el sujeto para sí y el sujeto que es para los demás. Paul Ricoeur (en Veyne, P.; Vernant, J.P.; Dumont, L.; Ricoeur, P.; Dolto, F.; Varela, F. y Percheron, G., 1990), en su artículo sobre Individuo e Identidad Personal, se refiere a este proceso de distinción del sujeto humano como una progresión desde *lo dicho* por un locutor que en ese acto distingue al individuo, al *yo digo* que da origen a la identidad y finalmente el sujeto responsable que es capaz de ser sujeto de imputación cuya función primordial es comprometerse a *si mismo*.

### 1.3.1 SUJETO MECÁNICO

Resulta evidente que la subjetividad no es un tema de relevancia para el momento conductual. Al desinteresarse de la conciencia y rechazar definitivamente la introspección como metodología de producción de conocimiento, se descarta de plano que los contenidos subyacentes o procesos internos del sujeto tengan alguna ingerencia en el eje estímulo-respuesta. La dinámica interna sería solo un elemento estructural que permitiría la asociación entre estos. La adscripción estricta a ultranza al método científico planteaba la exigencia de que los conceptos debían estar fundados objetivamente para que fueran realmente válidos, por lo tanto las conductas observables se prestaban adecuadamente para cumplir con las exigencias metodológicas. La idea conductista era que la psicología es la ciencia de la conducta, pero de la conducta observable, de la conducta concreta. Por lo tanto la subjetividad, en este período de desarrollo del modelo, se corresponde con la idea mecanicista de actividades internas que se desencadenan producto de una estimulación que pone en marcha reflejos, respondientes u operantes que están determinados ya sea por sus antecedentes contingentes o por sus consecuencias. Los procesos subjetivos se reducen a la relación que se deduce de mecanismos de acción-reacción internos que, merced a las contingencias de aprendizaje, paulatinamente van generando repertorios de respuesta abiertos, cada vez más completos (en el sentido que responden más eficientemente a las demandas del medio), y más complejos (en la medida que se hace más irreducible para el observador, su origen y estructura), por ejemplo, aquella conducta “supersticiosa” de algunos animales sometidos a programas de refuerzo intermitente de intervalo variable, y cuyo resultado, en principio, aparece indescifrable ante un observador no entrenado. La subjetividad no es el resultado de la gestión del sujeto, sino obedece a contingencias externas del medio en que se desenvuelve el individuo, respondiendo originalmente de manera probabilística a las demandas, para posteriormente generar repertorios conductuales complejos que hacen más eficiente su comportamiento. El control es externo, puesto que la conducta del sujeto depende de las entradas y salidas del sistema. Se puede decir que el Sujeto está sujeto a sus circunstancias. La subjetividad viene entonces a ser una especie de registro de

experiencias vitales que se conectan con contingencias del entorno, a través de procesos de reconocimiento y acople funcional que le permiten una mayor eficiencia en su desempeño, mediante repertorios de habilidades que se asocian a las demandas del ambiente. El momento conductual corresponde, desde la perspectiva de la Filosofía de las Ciencias, a lo que se puede llamar un positivismo mecanicista que postula la realidad como inmanente y la relación del sujeto con ésta, desde una perspectiva de integración a través de la concepción de aquella como ordenada y funcionando en base a reglas preestablecidas, con las cuales el sujeto establece un vínculo que finalmente debiera también resultar ordenado.

Esta perspectiva del sujeto se refleja en la visión que tiene el terapeuta de su paciente y se expresa en la terapia conductual en los ámbitos en que se mueve y en los énfasis que el terapeuta da a los distintos contenidos, por ejemplo, el valor que se le atribuye a la situación vital presente del paciente, la orientación hacia el entrenamiento de habilidades, la aplicación y desarrollo de técnicas específicas de alcance limitado y el característico análisis funcional de la conducta para determinar la relación entre las situaciones específicas de vida y las sintomatologías que presentan los pacientes. Un análisis más detallado véase Goldfried (1996, Cap. 11). Se puede decir entonces, que el espacio que otorga el terapeuta para la subjetividad de su paciente discurre entre el presente de lo que le ocurre y el conjunto de repertorios de habilidades funcionales a las demandas de su entorno. Resulta paradójico que la razón última por la que el paciente consulta, es precisamente una cuestión subjetiva que está enmascarada por el síntoma, que se remite frecuentemente a una conducta observable, por ejemplo, rituales, pensamientos recurrentes, o cualquier tipo de conducta disfuncional, y que son la inclinación preferente del abordaje terapéutico conductual. Sin embargo, pareciera que el paciente es el primer sorprendido ante tales conductas, de modo que le resultan egodistónicas, lo que pareciera ser una señal de que los síntomas cursan a nivel superficial pero que revelan una falla más profunda o estructural que debe ser también atendida en un proceso psicoterapéutico que pretenda que los cambios persistan en el tiempo. En el relato del paciente se encuentra la clave que señala la relación invisible entre su sintomatología y organización interna.

### 1.3.2 SUJETO RACIONAL

Las primeras evidencias que señalan el interés del modelo cognitivo por la subjetividad propiamente tal, o sea aquellos procesos internos que tienen una participación significativa en la determinación de la conducta del sujeto, aparecen con el postulado de la existencia de los procesos mediacionales al interior de la caja negra conductual, y que tendrían un efecto significativo sobre la conducta observable. Estos procesos internos o variables mediacionales<sup>12</sup> son factores inferidos de dos tipos posible: *constructo hipotético*, referido a aquellas variables inferidas, potencialmente observable, o bien, *variables intervinientes*, que también relacionan una entrada con una salida, pero que *no* son potencialmente observables, y que su función se remite a describir o conceptualizar la mediación posible entre una y otra, (al respecto véase el interesante análisis que realiza Mahoney, 1983, acerca de la inferencia como “¿El salto ilegítimo?”). El primer y tímido intento para desarticular la caja negra de Skinner mediante la clave conceptual de las variables mediacionales, es lo que Mahoney llama Modelo Mediacional I de Condicionamiento Encubierto, y cuya base conceptual para introducirse en la caja negra es el supuesto de continuidad, y que se refiere a que los principios que regulan la dinámica interna de un sujeto, serían los mismos principios que se aplican a la conducta observable. En otras palabras, la interioridad estaría compuesta por refuerzos encubiertos, castigos encubiertos, condicionamiento encubierto, estímulos discriminativos encubiertos, etc. Esta extrapolación revela más la timidez de los teóricos del condicionamiento encubierto, que las variables con que se rigen los procesos internos. Sin embargo, tiene el mérito de ser el primer paso en una proyección prometedora de complejidad del modelo.

Luego el modelo progresa hacia propuestas teóricas que van incorporando nuevo conocimiento, y al mismo tiempo, buscan una mayor racionalidad y productividad

---

<sup>12</sup> -Variable Mediacional: es un factor inferido, no observado, que relaciona un estímulo de entrada con una respuesta de salida en el contexto de las teorías acerca del origen y funcionamiento de la conducta.

- Constructo Hipotético: Es una variable inferida que puede ser potencialmente observable.

- Variable Interviniente: Es un factor inferido que no es potencialmente observable y cumple sólo con un papel descriptivo o conceptual en la mediación. (Mahoney, 1983, Pág. 31 y 32).

de los modelos teóricos con que se pretende entender la compleja trama del funcionamiento humano. En ese sentido, hay aportes del Modelo de Procesamiento de la Información, en el que se utiliza los principios de la computación como modelo del conocimiento; y del Modelo Cognoscitivo de Aprendizaje, que representa un intento de integración del cognitivismo experimental y los modelos cognitivos clásicos como los de Aaron Beck, Albert Ellis y Donald Meicheanbaum. El resultado principal desde el punto de vista teórico, es la incorporación del concepto de representación mental como una forma de internalización de la realidad tal cual es. Aquí es donde se filtra la idea de que lo que le ocurre al sujeto es equivalente o isomórfico con la realidad, dado que ésta es ordenada, regulada e inmanente, categorías por las cuales debieran regirse también los procesos internos, y cuyos componentes principales son pensamientos, imágenes, ideas, creencias. El temor siempre presente, es que estas variables internas interfieran con la aspiración de la existencia de una relación unívoca entre el sujeto cognoscente y la realidad. Dicho de otro modo, la realidad es el modelo para la construcción de estructuras internas que le permiten al sujeto relacionarse con ella de una manera racional, diría Beck, y ordenada a través de principios lógicos y objetivos. Podría decirse que en este período la subjetividad de alguna manera aspira a ser objetiva, o sea, a ser consecuente con la realidad en la que se encuentra inmerso el sujeto. Entonces, se tiene un sujeto racional, que se adscribe a la noción de positivismo lógico, pero que producto de la dinámica subjetiva interna. Esta relación puede verse alterada o distorsionada por estos constructos hipotéticos que postula el Cognitivismo clásico de cuyo ajuste será responsable la terapia cognitiva tradicional que básicamente pretende encauzar estos procesos por la vía de la racionalidad y de la lógica identitaria. El terapeuta entonces, es un profesional que diagnostica y encauza las distorsiones que pueden afectar la racional y lógica relación del sujeto con la realidad. Por primera vez en este modelo, la subjetividad pareciera tener leyes propias de funcionamiento que hacen que el sujeto se ajuste o se desajuste de lo que es real.

### 1.3.3 SUJETO INTERPERSONAL

Durante finales del 70 y comienzos del 80, va produciéndose una progresiva acumulación de conocimiento que proviene de diferentes fuentes incluso externas a la psicología, como la física, la teoría de sistemas, teorías acerca del apego, etc. Al mismo tiempo, se va creando una masa crítica de demandas por una concepción más compleja de lo que sería la comprensión previa en el modelo cognitivo, o sea lo que desprende del momento conductual y del momento cognitivo clásico. El hecho de que se haya cambiado el foco de atención, desde las conductas observables hacia procesos internos inferidos, llamados variables mediacionales o constructos mediacionales hipotéticos, hace que los terapeutas se encuentren con muchas más herramientas para abordar una diversidad de problemas complejos que abren un campo de mayor profundidad y de mayor complejidad para entender la conducta global de los sujetos. Es, metafóricamente, como si se hubiera abierto una compuerta, una caja de Pandora donde emergen cada vez mayores intereses por abordar problemas progresivamente más complejos. Lo que en principio, desde el conductismo al cognitivismo clásico aparece como una modificación importante, sin embargo a nivel epistemológico es un cambio de nivel menor, puesto que se mantiene todavía la idea de un sujeto que se relaciona con la realidad de una manera unívoca, en el sentido que la realidad y su dinámica es la proveedora del orden interno del sujeto, por lo tanto su subjetividad está supeditada a las reglas que se estima proporciona lo real y en esa medida, mientras más cercano a ese orden inmanente, mientras más ajuste a la realidad, el resultado es una mayor normalidad en el funcionamiento del sujeto. El origen de la categoría psiquiátrica de juicio de realidad, que es utilizada para establecer la diferencia entre los trastornos neuróticos y psicóticos en la evaluación de los pacientes, es esta noción de la realidad como referente modelo de la dinámica interna del individuo.

La progresiva acumulación de fenómenos de la experiencia humana insuficientemente explicados, produce una fractura de la matriz disciplinar positivista, lo que implica que se reevalúa la relación del sujeto con la realidad. Aquí lo que se cuestiona, en el fondo, es precisamente la fuente del conocimiento. En la doctrina

positivista del saber, se pueden enumerar algunas de sus características centrales: los hechos son la realidad, y esto señala una cierta sumisión empírica; la ciencia o el conocimiento investiga las relaciones que se dan entre los hechos; la explicación de los hechos deviene del cómo se dan las cosas, y cómo surgen los fenómenos en su relación con la realidad, lo que implica claramente un cierto desdén por la metafísica como método y el apriorismo como intención, y finalmente, porque el hecho de ser una matriz disciplinar que ordena el saber a partir de los hechos, se resiste a aquel conocimiento que provenga de la deducción y la teoría que no tenga una clara verificación empírica. Lo conductual y en parte, lo cognitivo clásico, son representantes señeros del modelo cognitivo que asume los principios positivistas. En otras palabras, el momento conductual y el momento cognitivo son consistentes con las exigencias de la producción del saber positivista.

Lo cognitivo surge por la necesidad de ampliar los alcances explicativos de fenómenos claramente humanos, como una alternativa a la verificación empírica a través con una metodología lógico-deductiva y proponiendo modelos de funcionamiento interno de los sujetos a partir de los principios del positivismo lógico, que regula el lenguaje y el pensamiento según reglas de la lógica cartesiana. Por lo tanto, el factor crítico es el acto de deducir, de construir hipótesis acerca de lo que pueda ocurrir, las que deben ser fundadas especialmente en la rigurosidad del pensamiento y definidas por los principios de la lógica. Lo que define con más claridad al momento cognitivo clásico es el positivismo lógico, cuya metodología va más allá de la confirmación de la existencia objetiva de los hechos a través de la verificación empírica, utilizando además los recursos de la lógica simbólica o la lógica formal. Esto implica que el orden de los conceptos, la construcción de conceptos hipotéticos debe estar regulado por los principios de esta lógica.

Entonces se podría decir que la doctrina básica es la verificación a través de la racionalidad, la que a su vez se ordena mediante los principios de la lógica formal o simbólica. De esa manera, se aleja el fantasma de los actos metafísicos o las reflexiones metafísicas, que carecen de significación, en el sentido de la rigurosidad, y



son contrarios a las reglas de la sintaxis lógica. Es una manera de expulsar a los demonios del templo, entendida la imaginación psicológica o la imaginación sociológica. Esta doctrina del positivismo lógico implica una cierta sumisión de la significación de los enunciados al contenido, que se expresa en lo dado, o sea, lo que surge de la relación del sujeto con la realidad, y esta urgencia se debe verificar a través de la depuración lógica, incluso matemática. En este sentido, la doctrina afirma de lleno la existencia de un mundo exterior, pero sin embargo, se puede también afirmar, a través del mismo principio de la deducción lógica, que no sólo lo dado es real, sino que lo inferido, mediante un procedimiento riguroso como el propuesto, también es real. De modo que aquí, por así decirlo, se produce una fractura, que puede ser originaria de lo que sería un movimiento más constructivista, en que el mundo es construido, puesto que se admite también la existencia de un mundo simbólico, regulado por reglas de la lógica y del razonamiento.

En ese sentido, entonces, en este mundo simbólico, las proposiciones tienen un carácter equivalente de significación al material que proviene de las sensaciones con las que el sujeto se relaciona con la realidad; o sea se proponen dos fuentes de conocimiento: una fuente del conocimiento directo, a través de la relación que el sujeto establece con la realidad, y otra fuente del conocimiento, que es la organización del conocimiento producto del orden y de la rigurosidad de la aplicación de los principios de la lógica formal. Dos fuentes de conocimiento que, entre paréntesis, conducen a lo que será la propuesta constructivista de la relación entre la experiencia inmediata y la explicación de la experiencia inmediata. O sea, hay una suerte de continuidad entre uno y otro. Esto implica que no se produce una discrepancia, o es perfectamente posible, la existencia del realismo en conformidad, al mismo tiempo, con un realismo empírico. En otras palabras, ambas fuentes del conocimiento: el realismo que surge de la relación del sujeto con la realidad inmediata, y la fuente del realismo empírico que surge a través de la relación de la experiencia, son perfectamente compatibles. A lo que sí se opone, es a la idea de la metafísica idealista, como una construcción válida de la realidad. En ese caso no sería otra cosa que sencillamente especulaciones metafísicas.

Sin embargo, las necesidades de una conceptualización más compleja acerca de lo que debe ser el sujeto y su relación con el mundo y con los demás, es todavía insuficiente en cuanto a una teoría de un alcance mayor, puesto que hay fenómenos que se dan en la psicología clínica aplicada, o sea la psicoterapia, que no son satisfactoriamente explicados por los momentos precedentes del modelo, entiéndase conductual, o cognitivo clásico, o la combinación de ambos, llamado cognitivo-conductual. Sin embargo, en un nuevo avance del modelo, se fractura la matriz disciplinar positivista en virtud de una que incluye contenidos relevantes en la concepción de sujeto, tales como historia de vida y de interacciones significativas, el papel de las variables emocionales y afectivas, la importancia del vínculo, las nociones de la psicología evolutiva moderna y variables que se desprenden de las teorías de la neuroconducta.

La inclusión de estas nuevas propuestas llevó a la necesidad de hacer un cambio profundo en la mirada del modelo sobre su realidad más apetecida, el sujeto, sus circunstancias y su patología. Por lo tanto, implicó adscribirse a una nueva epistemología, una epistemología constructivista en la cual el sujeto forma parte activa de la construcción de la realidad, la que no se refiere a una realidad inmanente, sino a una realidad particular, resultado de una historia de interacciones del sujeto como una construcción ontogénica, que deriva de una filogenia sin duda, pero que el devenir histórico, además de un importante factor de azar y el caos, hace que se construyan realidades particulares. En otras palabras, en cada sujeto habita una proposición de lo que es lo real, y el esfuerzo vital o existencial del sujeto consiste en poner en interacción su propia construcción de realidad con la de los demás. Esta dinámica es una dinámica fundacional de la subjetividad. La dinámica entre la construcción propia de la realidad y la interacción de ésta con las realidades de los sujetos con quienes participa en interacción, es inevitable. Parte de un mismo proceso cuya interacción es inextricable; no cabe en esta dinámica la pregunta de qué es primero, es una interacción inevitable y simultánea. Se podría decir que si hay algo que es propiamente inmanente en la propuesta constructivista, es esta dinámica constructiva interpersonal, y es en este contexto, donde surge lo que se denomina sujeto interpersonal. El resultado de esta dinámica son procesos autorreferenciales en interacción ineludible

con los procesos heterorreferenciales. O sea, los dos componentes ineludibles del conocimiento y de la construcción de la subjetividad son una cierta conciencia de sí mismo, mediante el mecanismo de la autorreferencialidad, y la conciencia de existir de los demás para sí mismo.

De modo tal que la subjetividad del sujeto interpersonal se juega en esta interfaz de ser para sí mismo y ser para los demás para poder ser. Este es un flujo constante de una fuente de conocimiento ante la cual el sujeto no tiene conciencia de su existencia. Por así decirlo, es un sujeto activo participante en este proceso sin que necesariamente tenga conciencia del proceso. Parte de la psicoterapia, a propósito, cuando este proceso se lesiona o distorsiona, es precisamente incorporarlo al flujo de la conciencia de este proceso en curso que no para, que no se detiene. Visto de este modo, la subjetividad entonces, depende dramáticamente del establecimiento de vínculos con los demás para poder ordenarse a sí mismo. Se puede decir que el sujeto es objeto de lo interpersonal, o dicho de otra manera, que el sujeto como individuo, desde la perspectiva de un observador, siempre debe ser considerado parte de un sistema interpersonal en constante flujo y en el que él participa con más o menos conciencia de esa participación.

El supuesto a la base del sujeto interpersonal, entonces, tiene dos aspectos: uno, el hecho fundamental de que los seres humanos son por naturaleza, -en el sentido que emergen en este contexto-, criaturas interpersonales, lo que tiene profunda importancia pues pone énfasis en la construcción constante de vínculos que van a ser la fuente de la construcción del propio sujeto. Eso implica que el foco de la comprensión del sujeto, en términos clínicos por ejemplo, estaría puesto en su historia de interacciones, especialmente en la historia de interacciones con figuras significativas. De modo que la clínica se inclina hacia un rastreo en las relaciones que ha establecido un sujeto con sus padres, sus figuras de referencia y su historia general de interacciones con figuras significativas (parejas, hijos, esposos, etc.). Además, da pie a que, si las historias de interacciones fueron significativas en la construcción del sí mismo, la relación terapéutica adquiere importancia vital para el cambio de esas historias o el ajuste de

las distorsiones que surjan de ellas a través de una psicoterapia basada en la relación interpersonal. En otras palabras, justifica o hace relevante una variable considerada como inespecífica dentro del modelo psicoterapéutico, que es la alianza terapéutica. Si las relaciones interpersonales fueron la matriz de construcción ontológica, pueden también ser la matriz de reconstrucción psicoterapéutica.

Por otra parte, el sujeto interpersonal también hace honor a la herencia cognitiva previa, en el entendido que además le importa la forma particular de construir representaciones de la experiencia (nótese que en este caso se está hablando de representaciones de la experiencia y no de representaciones de la realidad), mediante procesos cognitivos. Por lo tanto, este factor es clave para respaldar la idea que el enfoque interpersonal también forma parte de la evolución del modelo cognitivo, pero la unión de los factores interpersonales y los factores cognitivos, dan como resultado un enfoque que llamamos psicoterapia cognitiva-interpersonal de mayor profundidad, complejidad y alcance explicativo que los momentos anteriores.

La complejización progresiva del modelo cognitivo, le ha permitido desarrollar teorías acerca de la subjetividad, el papel de las relaciones interpersonales, la inclusión de las emociones como factores críticos personales y los sistemas de conocimientos internos, mediante cuya operación el sujeto se apropia de su dinámica con la realidad. En esta misma medida, como fenómeno secundario a este desarrollo, se produce una mayor conexión y diálogo con otras propuestas teóricas, tales como el psicoanálisis, la teoría de sistemas, las propuestas humanistas, que en conjunto van conformando una visión progresivamente más integral acerca de los fenómenos humanos. En este sentido, en la propuesta de sujeto interpersonal, algunos aportes centrales son la teoría del vínculo desarrollada por John Bowlby (1989), y en los últimos años por Patricia Crittenden (1995), quien aborda con bastante acuciosidad el fundamento y la importancia de las relaciones interpersonales, llegando a proponer categorías de sujetos, dependiendo del modo como se relacionan con las figuras significativas. Otro referente teórico importante en la concepción cognitiva-interpersonal son las teorías relativas a la emoción y el conocimiento emocional, a este respecto, son importantes las

contribuciones de Greenberg (1996), Guidano (1994) y Lazarus (2000). Estos autores, con más o menos énfasis, han puesto su atención sobre los componentes emocionales en la constitución de los sistemas de conocimiento, especialmente en el entendido de que la experiencia en curso del sujeto, o experiencia inmediata, es principalmente de tipo emocional, y que la cognición viene a estipular una explicación de esa experiencia, de modo que la dinámica entre cognición y emoción es compleja e inextricable y forma parte de las teorías del conocimiento.

Sullivan, a partir del año 1953, es uno de los autores que le otorga relevancia a las relaciones interpersonales aplicadas a los modelos psicoterapéuticos y propone una serie de principios que le permiten hacer mucho más activa la participación de la interacción en la construcción del cambio psicoterapéutico.

La asertividad, dentro del modelo cognitivo, es la propuesta conceptual que permite abordar, desde esta perspectiva, el tema de las relaciones interpersonales. Este concepto ha adquirido una dimensión conceptual, pasando a ser parte de la cultura y del lenguaje cotidiano, siendo frecuentemente mencionado en el área de la psicoterapia, de las relaciones en el área de las relaciones laborales, Salud y Psicología de las organizaciones. En este sentido, he desarrollado una reformulación de este concepto, que denomino *Asertividad Generativa*, que supone la incorporación de conceptos tales como: Teoría del Deseo, actos de habla, complementariedad de intenciones, generatividad y complejidad, todo lo cual ha permitido ampliar los horizontes explicativos tradicionales de la Asertividad Clásica, (para más detalle, véase Anexo 1).

### 1.3.4 SUJETO CONSTRUCTIVO

La progresiva evolución del modelo cognitivo trae de la mano un giro hacia la completitud fenoménica del sujeto y hacia la progresión ineludible de la complejidad del sistema de conocimiento y de relación con el mundo y sus circunstancias ontológicas. En el sujeto constructivo habita o coexiste la realidad interiorizada que es la única realidad posible del que dispone el sujeto para vivir. En este sentido, el mundo es un mundo personal, íntimo, subjetivo, construido a partir de la particular deriva ontogénica que le ha tocado experimentar. En propiedad, se puede decir que el individuo está inmerso en una soledad epistémica, donde el mandato vital es establecer nexos con los otros para en principio sobrevivir, y luego, crecer y desarrollarse. Todo lo señalado en el apartado anterior sobre el sujeto interpersonal, es la base sobre la cual se yergue el sujeto constructivo. En esta circunstancia, el mundo interpersonal y social más la herramienta del lenguaje, le permite sentar las bases para la consensualidad necesaria para estar en el mundo con los demás. Esta base es lo que se denomina intersubjetividad<sup>13</sup>, el mundo de aparentes consensualidades de los mundos particulares que representa cada sujeto en interacción con los demás. Por lo tanto, el sujeto constructivo es un sujeto activo, cuya experiencia en curso siempre tiene el valor de la autorreferencialidad o, en otras palabras, cada experiencia vivida es productora de sí mismo y, por tanto, constitutiva de identidad. Sin embargo, aquellas experiencias que aportan centralmente a la identidad del sujeto constructivo, tienen que ver con el nivel de explicación o de significación que las ordena y las constituye en componentes de la estructura profunda de este sujeto. Esta dinámica de integración azarosa como experiencia en curso, pero sistemática como nivel de significación, es una dinámica constante a la que se ve sometido el sujeto y que revela la actividad frenética en que está sumergido el sujeto para ordenar, de acuerdo a sus propios patrones de funcionamiento, el mundo y lo real. El origen del dinamismo del sujeto constructivo, está en las fluctuaciones constantes entre equilibrio y desequilibrio del sistema producto del

---

<sup>13</sup> INTERSUBJETIVIDAD: Proceso interpersonal de coordinación y sincronización de acciones, en que el conocimiento del mundo y el sentido de sí mismo es el resultado de vivir en una relación inextricable con los demás.

flujo de la praxis vital en que toda la actividad del individuo. Está orientada permanentemente a mantener el equilibrio en un mundo que le es desfavorable para mantenerlo. La mantención de la coherencia sistémica y, por lo tanto, de su identidad como individuo distinto de los demás, supone una lucha constante contra la degradación, desintegración o disipación en la naturaleza. La constitución del individuo se lleva a cabo en la lucha contra la naturaleza, o lo que es lo mismo, contra la entropía natural de los sistemas. La muerte es la desintegración del sujeto en el sistema natural. Nuestra ventaja evolutiva, metafóricamente hablando, consiste en el hecho de haber sido expulsados del paraíso, lugar al cual retornaremos con el advenimiento de la muerte, al seno de la madre naturaleza. La aspiración de trascendencia, que tenemos como sujetos, puede tomar caminos inescrutables. A partir de las reflexiones señaladas, se podría definir al sujeto constructivo como un sistema complejo adaptativo en equilibrio precario y cuya identidad es el resultado de las fluctuaciones entre el equilibrio y el desequilibrio, y el hecho de habitar un mundo intersubjetivo que se constituye en el referente que confirma o desconfirma sus intenciones adaptativas.

La dinámica vital del sujeto constructivo, específicamente se expresa en el interjuego de los procesos de mantenimiento y los procesos de cambio. Los primeros, son característicos de la dinámica de la mismidad que está constituida por componentes que forman parte de la conciencia y el conocimiento que el sujeto tiene acerca de sí, de modo que se constituye en aquello que el sujeto puede mencionar en los relatos o narrativas con que intenta mostrarse ante los demás para ser confirmado como un sujeto ante los otros. En otras palabras, el sujeto es en un contexto intersubjetivo, aquello que él dice que es y que al mismo tiempo, es consistente con lo que *hace*. Ambos elementos, lo dicho y lo actuado, son los puntos de apoyo para la impresión que producimos en el otro. La mismidad y los procesos de mantenimiento son “una base de apego seguro para el sujeto” en el sentido de que la primera fuente de certidumbre que calma la angustia existencial que produce la soledad epistémica, es la certeza de ser quien se es aún cuando esta certeza no sea absoluta y aún cuando la duda sobre el componente del ser exista, la certeza está en el componente y requiere dramáticamente ser confirmada en la segunda fuente de apoyo vital: los demás.

Entonces, una cuestión esencial para el sujeto constructivo es la conciencia de su propia incompletitud y cuya fuente de satisfacción se encuentra en los procesos de apego y de reconocimiento que ofrece el mundo de la intersubjetividad. Esta noción de incompletitud surge de la duda o incertidumbre acerca de su propia estructura y organización, que debe ser confirmada desde el punto de vista externo, en la mirada de los otros; por tanto, la inclinación por un mundo interpersonal surge de la noción de incompletitud y que aquello que se carece está en poder de los otros, y que el mandato es movilizarse en pos de su consecución. Este acto está relacionado con las propuestas de la teoría del apego de John Bowlby y de los procesos de vinculación. Específicamente el concepto de exploración que él elabora, se relaciona con este movimiento ineludible del sujeto hacia los demás y que desde el punto de vista del sistema biológico está respaldado por la tonalidad emotiva básica de curiosidad, insuficientemente elaborada e incluida en las teorías acerca del sujeto y la subjetividad contemporánea. Al respecto, se puede insistir en la metáfora anteriormente señalada, dado que es justamente la curiosidad la responsable de la expulsión del paraíso.

Los procesos de cambio son gatillados o instigados por aquellas experiencias desbordantes del flujo experiencial del sujeto a las cuales se encuentra expuesto y que en principio no son factibles de ser explicadas, y menos aún, de ser integradas al sistema, producto de que son fuente de discrepancia, desintegración, se constituyen en elementos perturbadores de la dinámica de la mismidad, amenazando los mecanismos de mantenimiento del sistema, aún cuando al mismo tiempo son contenidos que guardan alguna asociación con la estructura del sistema. La amenaza a la estabilidad del sistema no puede ser tolerada, de modo tal que el sistema defiende su integridad a través de la elaboración de dispositivos de defensa que operan en los márgenes del sistema. Por tanto, pueden ser fácilmente de índole inconsciente o al menos subconsciente, cuya función es disuadir la amenaza que significa la conciencia de los contenidos no simbolizados. Durante toda la existencia del sujeto hay siempre excedentes experienciales que no son incorporados porque son indiferentes al sistema. Por tanto, ni siquiera se registran; pero otros de esos excedentes, como ya se ha señalado, tienen una conexión a nivel de conocimiento tácito, o sea inconsciente, con



contenidos que forman parte del sistema y que si se usa una metáfora de la familia, son parientes cercanos que se desconocen y que, por ser ajenos morales y desconocidos, pueden desorganizar el equilibrio del sistema familiar. En el caso del sí mismo, estos contenidos constituyen su propia dinámica descentralizada en contraste con la dinámica centralizada que correspondería a la dinámica de los contenidos integrados al sistema. La ipseidad está constituida entonces, por estos contenidos que aún cuando no son parte del sistema central, son parte constitutiva, por cuanto se encuentran en una situación marginal respecto de esta centralidad, pero que sin embargo, sistemáticamente perturban al sistema y suelen ser los responsables de la sintomatología por la cual consultan los pacientes en psicoterapia. Lo relevante es que la organización descentralizada del sí mismo, o sea la ipseidad, se rige por el mismo estilo de organización con que se maneja la mismidad, o sea, la continuidad de ambos niveles está basada en la organización, no en la estructura del sistema. Se puede decir que se tiene acceso a la estructura y la organización de la mismidad del sistema a través de los despliegues narrativos y de acciones con que el sujeto se mueve en el mundo. El acceso a la organización y estructuras de la ipseidad, es posible de ser leído o reportado mediante las constelaciones sintomáticas de los pacientes. Por lo tanto, frecuentemente el trabajo psicoterapéutico es abordado a través de estos mecanismos de la ipseidad que corresponden a la superficie o marginalidad del sistema (no se confunda superficie con superficial). Por tanto, la ipseidad está íntimamente relacionada y se expresa a través de los distintos niveles de dimensiones operativas. Finalmente, cabe señalar acerca del sujeto constructivo, que se ha logrado desarticular parcialmente con una mirada histórica, compleja y consciente de los distintos niveles en que opera y sus dinámicas pertinentes. En otras palabras, se está mirando como un sistema constituido por una estructura y una organización que lo caracteriza y que lo hace un individuo único, distinto de los demás pero con una inclinación profunda para habitar un mundo intersubjetivo.

## **1.4 PARADIGMAS TEÓRICOS RELEVANTES**

Desde la perspectiva del Constructivismo Cognitivo, se asume que el modelo Cognitivo, en términos genéricos, están representados los distintos momentos más característicos de su desarrollo, cuestión que ha implicado cambios relevantes e las matrices disciplinares explicativas, en sus alcances como objeto modelo y factores aplicados. Ello implica que cuando hablamos de evolución del modelo Cognitivo, nos referimos a sus fundamentos Conductuales, Cognitivo Conductual o Clásico, Cognitivo Interpersonal y Cognitivo Constructivista. En los siguientes apartados se analizan en detalle las características de esta evolución conceptual (Véase Yáñez y cols., 2001).

### **1.4.1 PERÍODO CONDUCTUAL**

Este período merece su nombre gracias a una de las principales corrientes de la psicología, que surge a principio de siglo, pero que adquiere especial relevancia en la década del '50. La principal figura y padre del conductismo norteamericano es John Broadus Watson (1878 - 1958). En su clásico artículo "La Psicología vista por un Conductista" (1913) y su obra posterior, Watson sienta las bases de dos tipos de conductismos: el metafísico o radical, que se relaciona con una postura epistemológica en que los postulados principales, según Mahoney, (1983, Pág. 22) son:

1. Se niega la existencia de la "mente" y de los "estados mentales"
2. Toda la experiencia puede reducirse a secreciones glandulares y movimientos musculares
3. Toda la conducta humana se encuentra determinada casi exclusivamente por las influencias ambientales (aprendizaje, principalmente a través de los principios del condicionamiento clásico), más que por factores heredados o biológicos
4. Los procesos conscientes (fenómenos encubiertos), en caso de existir, se encuentran más allá del campo de la investigación científica.

En oposición a la subjetividad y falta de rigurosidad del método introspectivo defendido por Titchener (Marx & Hillix, 1976), el conductismo de Watson estuvo influido por el asociacionismo, el funcionalismo y la psicología animal. Otorgó, por tanto, un excesivo énfasis al carácter científico y objetivo que debiera tener la psicología, propugnando como objeto de estudio tan sólo la conducta observable y cuantificable, “la psicología, tal como la ve el conductista, es una rama experimental puramente objetiva de las ciencias naturales”, Watson (1913, Pág. 158; citado en Neimeyer y Mahoney, 1998, Pág. 187). De esta manera, todo cuanto no se pueda observar ni medir queda fuera del alcance de la psicología como ciencia, es decir, todo constructo o mecanismo subyacente, tales como la mente o la conciencia<sup>14</sup>.

Luego, apelando al método científico, desde la observación se pueden establecer leyes acerca del comportamiento humano y, según las cuales, se podría predecir la conducta de un sujeto. Por esta razón, en este período se plantea la concepción de sujeto como un sujeto mecánico y pasivo. Mecánico, en el sentido que simplemente su comportamiento se da en función de una reciprocidad mecánica e involuntaria frente a los requerimientos del medio en el que se encuentra y a su determinación biológica. Esto implica que reacciona probabilísticamente ante los estímulos y/o consecuencias medio ambientales mientras que, a su vez, ejerce cierta acción sobre este mismo

---

<sup>14</sup> La conciencia es un constructo particularmente esquivo. Watson considera que no sólo es imposible a un observador externo dar un reporte de ella y medirla, sino que además es casi imposible llegar a definirla de un modo satisfactorio y que no sea objetable. Mente y conciencia caen dentro de la categoría de las llamadas variables mediacionales, es decir aquellos factores que median entre el estímulo y la respuesta. Estas pueden ser de dos tipos: constructos hipotéticos, si son observables o potencialmente observables (aunque no sean observadas de hecho) y variables intervinientes, si no son observadas ni tampoco son potencialmente observables (Mahoney, 1983). Siguiendo este planteamiento los factores biológicos y genéticos son observados o al menos potencialmente observables y por lo tanto pueden tener valor explicativo y estar insertos dentro de una explicación científica. Pero la conciencia y la mente no son observables, ni siquiera es posible definirlos operacionalmente de manera satisfactoria, por lo que corresponden a variables intervinientes y no tienen cabida dentro de este modelo con pretensiones positivistas de ser científico. Al respecto Skinner plantea “la mente es lo que el cuerpo hace” (1987, página 784; citado en Neimeyer, R. y Mahoney, M., 1998, página 187), es decir, no necesitamos apelar al concepto de mente para explicar la conducta.

medio. En este sentido, es posible afirmar que es un sujeto respondiente y/o operante<sup>15</sup>. Esta condición de responder mecánicamente a las presiones ambientales, por un lado, y a las consecuencias de su conducta, por otro, lo propone como un sujeto pasivo ante sus circunstancias, en una relación con el medio ambiente que se remite a los principios de aprendizaje instrumental o clásico. En este sentido es dable recurrir a las palabras del mismo B. F. Skinner, respecto del sujeto: “no es un agente originador; es un *locus*, un punto en el que coinciden muchas condiciones genéticas y ambientales con un efecto conjunto” (1987, Pág. 185). Por consiguiente, se está hablando de un sujeto despojado de conciencia, que es externo, observable, que no contiene un sí mismo (Neimeyer & Mahoney, 1998) y que se vale de sus glándulas y músculos para responder al medio ambiente, así como a sus necesidades biológicas.

De acuerdo con esto, la relación que el sujeto establece con la realidad sienta sus bases en el asociacionismo. La ecuación E – R (estímulo – respuesta), se ha desarrollado y complejizado, de tal manera, que actualmente es: E – O – R – K – C (estímulo – organismo – respuesta – contingencia - consecuencia). No hay que dejar de mencionar la relevancia que se le otorga a la historia de aprendizajes y condicionamientos previos en el actuar del sujeto.

Ahora se puede dar cuenta con mayor claridad de la epistemología positivista subyacente a este período conductual, que subraya la existencia de una realidad inmanente e independiente del sujeto, que puede ser conocida por éste. El método científico será el indicado para llevar a cabo la tarea del conocimiento, mediante la verificación empírica y lógica de las teorías acerca de la realidad. Es a través de los sentidos que el sujeto conoce y la validez y objetividad de este conocimiento dependerá de la correlación rigurosa con los principios de la realidad.

---

<sup>15</sup> La conducta respondiente es aquella que es controlada por los estímulos que la anteceden, sean estos incondicionados o condicionados, y la operante es aquella que opera en el medio ambiente y es controlado por las consecuencias que provoca el entorno, según si estas son deseadas o aversivas. Corresponde a los desarrollos experimentales de Pavlov y Skinner. (Wolman, 1986; Skinner, 1953, 1981).

Siguiendo esta línea, el terapeuta está representado por la figura de un experto en leyes y principios de aprendizaje que regulan y modelan la conducta del paciente (Cayazzo & Vidal, 2002). El paciente se parece más a un aprendiz que tiene como objetivo modificar su conducta con el fin de mejorar sus déficits o excesos de conducta. Luego, la relación terapéutica se establece de manera asimétrica, evocando cierta similitud con la relación profesor – alumno. Las técnicas que utiliza el terapeuta son conductuales, como la desensibilización sistemática (DS) o la técnica conductual de autocontrol. Al respecto de las características del terapeuta conductual, Safran & Segal. (1994, Pág. 37) señalan: “En la tradición conductual primitiva, era notorio hasta qué punto se desestimaba la importancia de la relación terapéutica con respecto a los principios del condicionamiento. Se presuponía que como la eficacia de los tratamientos conductuales era atribuible a ciertos principios del condicionamiento derivados de la investigación del laboratorio, la relación terapéutica carecía relativamente de importancia”.

Sin embargo, el paradigma conductual es aún válido. Su auge fue en la década del '50. Aunque sus fundamentos siguen vigentes en la actualidad, esta corriente ha perdido preeminencia debido al reduccionismo que emplea a la hora de configurar el objeto de estudio. La serie de ideas divergentes como la imposibilidad de seguir negando la existencia de los procesos subyacentes que mediaban entre estímulo y respuesta, presionaron a este paradigma, lo que trajo consigo un vuelco teórico de gran magnitud y un reordenamiento importante que mantuvo la adherencia al método científico. Aparece así el paradigma Cognitivo Clásico que expande su objeto de estudio, incorporando a la llamada “caja negra” los procesos mediacionales, que Watson tanto rehusó. Al respecto, Lazarus (2000, Pág. 11), señala: “La terapia multimodal podría considerarse como una terapia conductual en una de las expresiones metodológicamente más sofisticadas, hasta la fecha... Entre la terapia conductual “y la multimodal ... esta última no ofrece nuevas teorías ni postulados. Se basa firme y sistemáticamente en la teoría del aprendizaje social y en otros conceptos de la terapia conductual”. Estas afirmaciones conllevan ya el germen de un cambio en la dirección de incluir nuevas técnicas y teorías para abordar el sujeto.

## 1.4.2 PERÍODO COGNITIVO CLÁSICO

El enfoque Cognitivo Clásico propio de este período surge con la revolución cognitiva de los '70, que influyó también en otras disciplinas científicas. Los exponentes más reconocidos de este modelo teórico son Aaron Beck, Albert Ellis y Donald Meichenbaum, entre otros. Esta corriente al igual que el conductismo, conserva una epistemología positivista, planteando la existencia de una realidad independiente del sujeto y cognoscible mediante la dotación sensorial (observación) y la razón. Sin embargo, el cambio importante con respecto al período conductual se da a nivel paradigmático en cuanto a la ampliación del objeto de estudio y de la metodología de conocimiento.

La psicología animal tan aclamada por los conductistas y el intento reduccionista de explicar el comportamiento humano tan sólo en un nivel conductual, fueron elementos claves que presionaron al paradigma conductual en la línea de un cambio y reordenamiento paradigmático. Se hizo necesario, por tanto, explicarse la complejidad del ser humano ampliando el objeto de estudio, incorporando entonces las llamadas variables mediacionales, que como dice su nombre “median” entre estímulo y respuesta del sujeto. En otras palabras, se incorporó la interpretación que el individuo hace tanto de los antecedentes como de las consecuencias de su conducta.

Los fenómenos mediacionales son constructos hipotéticos que emulan e incluyen todos los procesos mentales subyacentes que explican el comportamiento. El modelo Cognitivo Clásico propone que estos procesos mediacionales se organizan en torno a una estructura que se constituye en base a los esquemas cognitivos inconscientes, las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos subconscientes. La dinámica que se da entre estos niveles estructurales es particular en cada sujeto y da cuenta de su estilo personal.

Ahora bien, la observación como método de conocimiento parece insuficiente para abordar este nuevo objeto de estudio. Aparece, por tanto, la racionalidad como eje

central metodológico, además de la experimentación, admitiendo a la lógica, la deducción y la inferencia racional como formas válidas para conocer en Psicología. Aparecen nuevos desarrollos que incorporan los conceptos mediacionales, como por ejemplo los Estímulos Encubiertos y el Condicionamiento Encubierto de Joseph Cautela (1970), el Diferencial Semántico de Osgood (1965), el Aprendizaje Social y la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1987), los avances en neuroconducta y una serie de procesos que definitivamente están abordando variables internas cada vez más complejas y de mayor alcance explicativo.

De esta suerte, se accede a un nuevo nivel: el nivel simbólico. La cognición y las representaciones, propias de este nivel, adquieren un papel preponderante, sobretodo si se toma en consideración el supuesto principal de esta corriente, que dice relación con que la cognición determina los afectos y las conductas de las personas. Esto quiere decir que las ideas que el sujeto tiene respecto de sí mismo, de los otros y de los eventos, así como la manera particular que tiene de procesar la información, serán elementos determinantes en su actuar y sentir. De todo esto, se desprende una nueva concepción de sujeto, que operaría en base a estas ideas de sí mismo, del mundo y de los demás. Luego, se está dando cuenta de un sujeto racional que funciona estableciendo la primacía de lo cognitivo, apelando al “cogito ergo sum”.

Ahora bien, la noción de normalidad – anormalidad está determinada en este período en función de la manera del sujeto de procesar la información. Los errores en el procesamiento de la información (o distorsiones cognitivas), serían los que se constituyen como patología o comportamientos desadaptativos y las ideas irracionales que los sustentan. La noción de normalidad, por el contrario, está sustentada en una evaluación de la realidad en la línea de la flexibilidad y ausencia de generalización, por parte del individuo.

El terapeuta tiene un acceso privilegiado a los criterios de realidad, en tanto se valida como un experto e investigador que, mediante la verificación lógica, intenta promover cambios en las cogniciones distorsionadas del paciente. Así es capaz de

apreciar la realidad con mayor objetividad y, de esta manera, ayudar al paciente (que actúa como colaborador del terapeuta) a percatarse de sus errores cognitivos. De este modo, la relación terapéutica está impregnada de una colaboración, en la cual el terapeuta instruye al paciente mediante la contrastación empírica y el uso de la lógica para procesar adecuadamente la información. En esta lógica de funcionamiento, el material básico para el análisis es principalmente un material en el eje de lo sincrónico, o sea, las ideas, los pensamientos disfuncionales, los sesgos cognitivos a los cuales está sometido en el presente. El terapeuta cognitivo clásico no focaliza su atención en la historia del paciente. Safran & Segal (1994, Pág. 160), al respecto indican que “..., los terapeutas cognitivos tradicionalmente han evitado ocuparse ampliamente del pasado del paciente”.

Para producir condiciones de cambio, la psicoterapia cognitiva clásica se centra principalmente en la modificación cognitiva de los patrones disfuncionales de pensamiento o ideologías disfuncionales, no ajustadas a una lógica racional, pero también desarrolla estrategias basadas en los principios de la modificación conductual, tal cual señala Bandura (1969, 1977 en Safran & Segal, 1994, Pág. 153): “Como plantea Bandura (1969, 1977), las estrategias terapéuticas basadas en la actuación constituyen uno de los medios más poderosos para facilitar el cambio, aún cuando el cambio se conceptualice desde una perspectiva cognitiva”. Es importante señalar el hecho que las condiciones del cambio, desde la perspectiva cognitiva clásica, son entendidas fundamentalmente en términos cognitivos y la actuación es sólo un factor participante que refuerza o confirma el cambio en las estructuras cognitivas. Por lo cual considera la utilización de técnicas tanto cognitivas como conductuales. Sin embargo, el Modelo Cognitivo Clásico aparece limitado ante la creciente complejidad de fenómenos propios del ser humano, como la afectividad, la personalidad, las relaciones interpersonales, los vínculos tempranos y la construcción de la subjetividad, entre otros. Esto da pie para que, una vez más, el paradigma cognitivo se vea presionado para dar un vuelco y reordenar su matriz conceptual, pero esta vez no sólo a nivel paradigmático, sino también epistemológico.



### 1.4.3 PERÍODO COGNITIVO INTERPERSONAL

A medida que se avanza hacia un nuevo período es posible dar cuenta de la gran complejidad del ser humano, en tanto que una y otra vez los modelos teóricos abordados han sido insuficientes para comprenderlo a cabalidad. Esta vez, cobran especial relevancia las relaciones interpersonales significativas; de ahí debe su nombre este período. Más aún, es el inicio de las bases para abordar una serie de otros fenómenos con mayor profundidad en el siguiente período, tales como los procesos inconscientes, la significancia de los acontecimientos en la vida del sujeto, la afectividad en la configuración de la personalidad, la manera del sujeto de interpretar la realidad, etc.

Todo esto dio lugar a un cambio profundo en la corriente Cognitiva dentro de la psicología, a tal punto que la presión estuvo dirigida hacia un cambio epistemológico, que diera la posibilidad de inclusión de estos y otros fenómenos humanos. El Período Interpersonal se constituye como el momento indicado para que llevar a cabo un cambio epistemológico de gran magnitud, que se hace evidente y se consagra como tal recién en los años '80 y '90 en el período constructivista.

Entre los autores y representantes de este Modelo Cognitivo Interpersonal y Constructivista se encuentran Safran y Segal (1994), Mahoney (1983, 1988), Guidano y Liotti (1987, 1994) entre otros. Ellos sientan las bases que anteceden la emergencia del Constructivismo Cognitivo, integrando aportes procedentes de otros enfoques teóricos, tales como la teoría interpersonal (Sullivan, 1959), la psicología experiencial<sup>16</sup> Perls, 1973; Rice, 1974; Rogers, 1986, (en Safran y Segal, 1994) y la teoría del apego (Bowlby, 1989). Cabe destacar que se mantiene la visión de una teoría cognitiva a pesar de la diversidad de estos aportes, dado que hacen énfasis en la manera que el sujeto construye las representaciones de su experiencia (Safran y Segal, 1994).

---

<sup>16</sup> Esta perspectiva concuerda con la teoría experiencial en la idea que el sujeto es el único experto en lo concerniente a su propia realidad (Perls 1973, Rice 1974 y Rogers 1986 en Safran y Segal 1994).

Desde esta perspectiva, la realidad se encuentra en un flujo constante, y el sujeto la ordena de acuerdo a su propia organización, que está dada en función de las estructuras cognitivas que posee. Estas últimas se desarrollan creciente y continuamente en base a las relaciones interpersonales que el sujeto establece a lo largo de su vida. En este sentido, el conocimiento que el sujeto tenga de su propia realidad otorga la sello particular de la relación que tenga con ella, lo cual se fundamenta en estructuras cognitivas denominadas Esquemas Cognitivos Interpersonales, (Safran y Segal, 1994, Págs. 94 y 148).

El Sujeto Interpersonal se caracteriza por ser activo en la construcción de su realidad según su estructura y organización particular, lo que da cuenta de su funcionamiento personal más que de una realidad objetiva y externa. Este sujeto actualizaría inconscientemente los patrones de interacción con personas significativas que estableció durante sus primeros años de vida. “Las pruebas demuestran que una vez construidos estos modelos de un padre y un sí mismo en interacción, tienden a persistir y se los da por sentado en grado tal que llegan a operar a nivel inconsciente... las pautas de interacción a las que conducen los modelos, una vez que se han vuelto habituales, generalizadas y en gran medida inconscientes, persisten en un estado más o menos no corregido e invariable incluso cuando el individuo, en años posteriores, se relaciona con personas que lo tratan de maneras totalmente diferentes a las adoptadas por sus padres cuando él era un niño...” (Bowlby 1989, Pág. 152). Desde esta perspectiva, podría definirse el esquema interpersonal como un plan para mantener las relaciones interpersonales (Safran y Segal 1994).

Este período del modelo implicó una ruptura con la tradición cognitivo-conductual de centrarse preferentemente en las tecnologías del cambio, para orientarse a la creación de condiciones para el cambio, de modo tal que éste sea posible que el paciente se haga responsable de su propio reordenamiento. Esto supone que el énfasis está puesto en la relación terapéutica y es concordante con lo señalado por Yalom (1980, *Existential psychotherapy*, citado en Kleinke, 1995, Pág. 109), quien menciona la máxima central con la cual los terapeutas debieran concordar en algún momento de su

formación: “es la relación lo que cura”. Por tanto, la interacción entre paciente y terapeuta pasa a ser un factor central de cambio más allá de los factores técnicos. Al respecto Safran & Segal. (1994, Pág. 39), señalan: “Las pruebas empíricas, por consiguiente, han coincidido en que la relación terapéutica es una variable importante en el proceso de cambio, aunque la teoría cognitivo-conductual no lo haya puesto de relieve”.

#### 1.4.4 PERÍODO CONSTRUCTIVISTA

El concepto de realidad entendido desde el Constructivismo se concibe desde la propia experiencia del sujeto, lo cual se patentó en la afirmación de H. Maturana que hace referencia al paso de una noción de realidad como Universo a la de *Multiverso*. Guidano por su parte, define la realidad como “una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción... y que consiste en un conjunto ordenado de objetos independientes de la mente, cuyo conocimiento coincide con un conjunto paralelo de representaciones internas derivadas del procesamiento progresivo de la información externa” (Guidano, 1994, Págs. 15 y 16).

Esta realidad, además, es construida en base a un orden social e intersubjetivo, lo cual se da necesariamente en el *lenguaje*. De este modo, la realidad no es más que una elaboración individual y colectiva de interpretaciones acerca de sí mismo, el mundo y los demás. La mente, entonces, que opera con el lenguaje y que es fruto de un proceso auto constructivo, se modela como el instrumento mediante el cual el individuo construye su propia realidad. Y como el lenguaje y la mente operan a partir de la experiencia, es posible decir que la realidad es posible gracias a ésta. De todas maneras, existen numerosas propuestas respecto a esta tesis, por lo cual Maturana se adelanta y dice que la objetividad debe ponerse entre paréntesis, puesto que el observador siempre está involucrado en lo que observa.

Siguiendo esta línea y apelando a lo afirmado por Guidano y Liotti (en Mahoney, 1988), el *conocimiento* resulta ser una construcción progresiva y jerárquica de modelos de realidad. El sujeto acopla y coordina su experiencia a ciertas estructuras internas de conocimiento. De esta suerte, el conocimiento actúa ordenando la relación del individuo con su medio, en los ámbitos cognitivo, emocional y conductual.

Uno de los aspectos teóricos centrales para el Constructivismo es que la psique es el resultado de un proceso de construcción, por lo tanto, los contenidos mentales no

se adquieren ni son innatos, sino que son construidos en una relación contingente con el ambiente. En cuanto a esto, John Searle dirá: "La conciencia es una propiedad mental y, por lo tanto, física del cerebro en el sentido en que la liquidez es una propiedad de sistemas de moléculas... el hecho de que un rasgo sea mental, no implica que no sea físico; el hecho de que un rasgo sea físico no implica que no sea mental. Revisando en este momento a Descartes podríamos decir, no sólo "Pienso, luego existo" y "Soy un ser que piensa", sino también "Soy un ser pensante, luego soy un ser físico" (Searle, 1996, Pág. 29).

Otro aspecto teórico importante de considerar es que la función y estructura de los procesos abstractos, que corresponden a estructuras de conocimiento profundas y que están constituidos por esquemas cognitivos subyacentes (tácitos), priman sobre los procesos concretos, que corresponden a la estructura superficial y operativa (explícitos) en la experiencia consciente y emocional. De este modo, la experiencia del sujeto implica dos niveles de procesamiento. El primer nivel es de ordenamiento holístico (principalmente tácito o inconsciente) que incluye las intuiciones perceptivas de las configuraciones espacio-temporales (Balbi, 1994, Pág. 57), el cual Guidano denomina "nivel de la experiencia inmediata". Éste es el nivel que abarca la emocionalidad, que constituye la primera forma de conocimiento filogenética y ontogenéticamente. El segundo nivel es de ordenamiento de procesos secuenciales, semánticos y analíticos (principalmente explícito o consciente), el cual es llamado "nivel explícito" por Guidano. Luego, y aquí se evidencia un giro teórico fundamental, los seres humanos somos ante todo seres emocionales (más que racionales) y vivimos en un mundo intersubjetivo.

De todo esto, es posible vislumbrar a un sujeto constructivo que es inseparable de la observación que realice respecto de la realidad. Más aún, es proactivo y capaz de autoorganizarse y de construir teorías acerca de su ambiente. De esta manera, sujeto y realidad establecen una relación mutua e indiferenciable.

En síntesis, desde 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 refiere a la experiencia inmediata, que la reordena en función de mantener la coherencia del sí mismo.

Por lo tanto, a partir de esta revolución epistemológica que resulta del argumento constructivo, las implicancias para el modelo son amplias, fundamentales y diversas. Se puede pensar en un sujeto constructivo, que opera con dispositivos epistémicos, elaborados en la dinámica particular con el medio, por ejemplo deriva ontogénica y acoplamiento estructural (Maturana, 1996). Estas estructuras mentales se coordinan con las perturbaciones ambientales, aunque no están determinadas por estas, van aumentando, de modo creciente y progresivo en complejidad, a partir de la instalación del lenguaje, y de la relevante condición de constituirse en un ser humano, siempre en el ámbito de una estrecha relación con un otro significativo como la teoría del apego de John Bowlby (1993). La validación intersubjetiva que se alcance va a constituir nuestra particular humanidad, sustentada en las redes que establecemos con los otros y que en un sentido antropológico va a dar lugar a nuestra cultura de referencia. Se tiene entonces, que tanto el lenguaje como las redes sociales significativas son insumos ineludibles de la construcción mental y de la subjetividad.

Teniendo en cuenta la anterior, se puede decir, que la característica principal del constructivismo aplicable a la psicología en general, y al constructivismo cognitivo en particular, es la aseveración que todo fenómeno cognitivo -desde la percepción y la memoria a la solución de problemas y la conciencia- implica procesos activos y proactivos. En otras palabras, el organismo es un participante activo en su propia experiencia así como en su aprendizaje. Somos co-constructores de las realidades personales, desde y hacia las cuales respondemos. Más que ser un simple receptor de la experiencia sensorial, el organismo es entendido como un agente activo, anticipatorio y pro alimentador (Mahoney, Cap. 5, 1991).

## PARTE 2: TEORÍA CLÍNICA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA

Las bases metateóricas previamente reseñadas, 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. Por lo tanto, a continuación se describen una psicoterapia, las técnicas y el procedimiento psicoterapéutico propiamente tal.

El lugar de la teoría, en esta área, es proponer un marco conceptual que ordene, regule y origine consensualidades posibles, acerca de la experiencia en curso de las diversas subjetividades, que interactúan entre sí y con su entorno. Esta regularidad no es otra cosa que los acuerdos posibles de establecer para lograr el entendimiento entre los sujetos productores de saber, dado que el conocimiento, es el resultado de la organización de las perturbaciones a que el entorno somete en un determinado momento. Vittorio Guidano (1994, Pág. 16), teórico y psicoterapeuta post-racionalista, señala: *“... el orden y la regularidad propios de nuestro trato habitual con las cosas y con nosotros mismos, no son dados de forma externa y objetiva, sino que son un producto de nuestra continua interacción con nosotros mismos y con el mundo”*.

En el mismo sentido, pero desde una perspectiva positivista, Ferrater Mora (1999), plantea que: una “teoría designa una construcción intelectual que aparece como resultado del trabajo filosófico, científico o de ambos... la teoría es una descripción de la realidad, la cual puede ser descripción de percepciones o descripción de datos de los sentidos,... además puede ser entendida como una verdadera explicación de los hechos”.

Una matriz metateórica como referente para una teoría clínica, en primer lugar debiera delimitar los niveles posibles de explicación o interpretación de los sucesos y fenómenos que se presentan en la clínica. Ello permite que el terapeuta genere

aquellas proposiciones conceptuales o interpretaciones alternativas a los esquemas o significaciones disfuncionales del paciente, y que muy probablemente sean el origen de su sintomatología.

En otras palabras, la metateoría es un objeto modelo para que el análisis de los contenidos cognitivos y de la experiencia en el acto terapéutico se maneje dentro de la dinámica de las Dimensiones Operativas<sup>17</sup> (véase apartado 2.9.3), condición que está profundamente relacionada con el logro de la empatía, tal cual la define el modelo cognitivo, o sea aquella condición técnica que permite la comprensión profunda e íntima del paciente y sus circunstancias, a partir de actos preferentemente simbólicos, más que expresada en un acto concreto, como suele entenderse en otros modelos psicoterapéuticos. Esta función también justifica la exigencia del encuadre cognitivo de abstinencia, -o sea la habilidad del terapeuta para desentenderse de los propios contenidos personales en el contexto terapéutico-, y neutralidad terapéutica, -vale decir, la habilidad terapéutica para contener, sin reaccionar consecuentemente, toda clase de transferencias por parte del paciente-; actitudes que también contribuyen al fortalecimiento de la empatía dado que favorecen la intención, no siempre lograda, de ponerse en el marco de referencia del otro, para que los contenidos que discurren en la psicoterapia pertenezcan principalmente al mundo personal del paciente.

El conjunto de todas estas consideraciones señaladas, facilitará el hecho de que el terapeuta esté a disposición del otro como sujeto total para un acto comprensivo complejo, de alta demanda empática, que implica atender al paciente, facilitando su propio “aparato psíquico”, como elemento de referencia alternativo ante la perplejidad y discrepancia con que éste enfrenta su sintomatología.

En un segundo término, la metateoría tiene que ver con los aspectos aplicados de la práctica clínica, permitiendo que el uso de las técnicas y metodologías

---

<sup>17</sup> *Dimensiones Operativas*: 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.



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

Otro aspecto aplicado, en que es relevante la consideración de la metateoría, es el referido a las *Intervenciones Terapéuticas*<sup>18</sup>, dado que los contenidos que guían la dirección, oportunidad y el nivel de profundidad de la intervención, están establecidos por la metateoría como marco conceptual general, la teoría clínica que provee la oportunidad y, el material de la experiencia vital del paciente y del terapeuta, que en recíproca interacción, son parte de la alianza terapéutica.

Con todas estas condiciones se asegura que la dinámica de la psicoterapia discurra en un equilibrio productivo entre los elementos conceptuales propios del modelo de funcionamiento humano y los contenidos experienciales de cada caso. Dicho de otro modo, entre la experiencia que discurre y su explicación, fuente inagotable de significados posibles. Es esta amplia gama de explicaciones, la que está a la base de la justificación de la psicoterapia como proceso, permitiendo que el

---

<sup>18</sup> Son estrategias terapéuticas que se despliegan dentro del discurso del terapeuta que se expresan como actos de habla y pueden distinguirse jerárquicamente, teniendo en consideración el grado o nivel de participación del terapeuta.. Son inmediatas y tienen que ver con las competencias del terapeuta, "cuyo objetivo es articular y rearticular el discurso del paciente, es decir, hacer significativo el discurso del paciente para darle significación a sus contenidos." (Yáñez y Cols., 2001).

paciente se acerque a sus interpretaciones, su relevancia, y el contraste con invariantes funcionales generales de los modos de ser, característicos de un tipo de organización personal, representados por el terapeuta en la psicoterapia. Durante la práctica clínica, este fenómeno se revela en parte a través de la persistente demanda del paciente por reconocerse en alguna categoría psicopatológica, que le de luz acerca de sí mismo y lo ordene; rótulo que algunos exhiben con dignidad y hasta orgullo.

Finalmente, la perspectiva metateórica de una teoría clínica, provee de un marco de referencia general que permite crear las condiciones para el diálogo y la discusión con otros modelos teóricos clínicos, los que en su campo teórico particular, y en la práctica terapéutica habitual, pueden mostrarse diversos e incluso contradictorios, pero que, a nivel de una conceptualización metateórica más amplia, surgen reveladoras concordancias y confluencias en torno a principios básicos tales como: condiciones para el cambio terapéutico, variables inespecíficas de la psicoterapia de demostrada relevancia en la clínica, o la necesidad de crear nuevas metodologías de investigación que permitan estudiar en profundidad los diferentes modos de ejercer la psicoterapia.

A la luz de las consideraciones anteriores, se puede concluir que una metateoría que especifique, y al mismo tiempo amplíe, los alcances conceptuales y aplicados de la teoría clínica es indispensable para el progreso y desarrollo de un modelo psicoterapéutico, cuya pretensión es abordar la totalidad de la complejidad humana y sus disfuncionalidades.

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. En el mismo sentido, Lazarus (2000, Pág. 48), representante del momento Conductista Cognitivo, aspira a generar un modelo psicoterapéutico

integrativo, cuya epistemología de base es positivista, señalando: “Quizás la función propia de una teoría es tratar de extraer un sentido objetivo de diferentes observaciones y aseveraciones. En psicoterapia, una teoría pretende responder a las preguntas por qué y cómo surgen ciertos procesos, se mantienen, pueden ser modificados o se extinguen, y a establecer predicciones a partir de las respuestas. Desde una perspectiva científica, son ideas aceptables aquellas que puedan ser demostradas empíricamente”.

El origen de los dispositivos cognitivos del terapeuta y del paciente, es la propia ontogenia, entendida como la interacción entre lo constitucional y la experiencia vital de un sujeto que, sometido al devenir de sus propias circunstancias, va construyendo progresivamente una identidad que le proporciona su sentido de unidad, coherencia y continuidad. Dichos dispositivos están conformados por al menos dos tipos de contenidos:

a) En primer lugar los *componentes idiosincrásicos*, producto del ordenamiento histórico personal de cada individuo, en el que los acontecimientos de su entorno y las interacciones sociales, van dejando un sesgo interpretativo, que puede expresarse mediante un conjunto de patrones de pensamientos y creencias personales que otorgan la significación habitual a la experiencia, y que comandan su funcionamiento ajustado o desajustado a las demandas tanto internas como de su entorno (*Modelos Cognitivos Ideosincráticos*). Es este el material, que mediante la aplicación de principios lógicos y procedimientos racionales, va a constituirse en objetivo de trabajo predilecto del enfoque clínico Cognitivo-Conductual o Cognitivo tradicional, según nuestra clasificación de la historia del modelo y cuyos representantes más conspicuos son Aarón Beck y Albert Ellis. En este sentido, los esquemas cognitivos subyacentes, las creencias centrales y los pensamientos automáticos, son conceptos que caracterizan la teoría y delimitan la manera como este modelo aborda los problemas que presentan los pacientes. Este importante componente de los dispositivos cognitivos permite proponer la compleja componenda que existe entre los contenidos personales y los contenidos formales del conocimiento, en una especie de enmarañamiento muy difícil de solucionar

para un observador, supuestamente objetivo y con la pretensión de emplear la lógica tradicional para resolverlo.

b) Otro componente de la metateoría, corresponde a los *contenidos teóricos formales*, cuyo origen y mantención son fruto del conocimiento formal, incorporado a través de un aprendizaje sistemático de un grupo de teorías o modelos teóricos, que van a revelar la adscripción de un sujeto a una determinada línea del pensamiento, (*Modelos Cognitivos Formales*). En el contexto de la psicología clínica, la variedad de modelos teóricos es muy abundante, destacándose entre ellos los más tradicionales como el Psicoanálisis y el Conductismo, y cuyos orígenes se remontan a los comienzos del siglo veinte. La adscripción a alguno de ellos, conlleva consecuentemente una identidad profesional característica del modelo, el cual va a ser entendido por la comunidad de psicólogos, como fundamentado en el encuadre de la teoría que representan.

Si se consideran ambos componentes de los dispositivos cognitivos de los terapeutas, es posible concluir entonces, que su sesgo y su identidad se desprenden de esta particular manera de relacionarse con la realidad y se expresa en una forma específica desplegada en su quehacer profesional cotidiano.

Las funciones que cumple la metateoría en relación con la Psicología Clínica, son principalmente las que se señalan a continuación:

- Entender, desde la perspectiva de un paradigma personal, la construcción ontológica particular del paciente permitiéndole distinguir, en el interjuego de dos perspectivas experienciales diferentes, consensualidades comprensivas de los contenidos fenoménicos, desplegados principalmente por quien consulta. En este sentido, el paciente se convierte en el objeto del acto de conocer del terapeuta, que da origen a un tipo de conocimiento llamado empático, porque surge de la pretensión de vivenciarlo desde el marco de referencia del otro, (digo “pretensión” porque es sólo una intención, puesto que ponerse en el real marco de referencia del otro, es una imposibilidad experiencial), con que muchos terapeutas se encantan creyendo conseguirlo, y lo único

que consiguen es otro iatrogénico episodio de reificación. En esa dinámica, se hace posible entender esta propiedad de los sistemas complejos adaptativos, de interactuar a través de un sistema simbólico, en este caso el lenguaje, en búsqueda de la consensualidad de los fenómenos ontológicos del fluir vital.

- Otra función de la metateoría en la psicología clínica, es la consideración permanente de que la psicoterapia es un encuentro entre dos ontologías que interactúan, y en este acto, recuperar o tener presente las tonalidades emotivas de sorpresa y curiosidad frente a los acontecimientos del otro. Esto permite que el terapeuta funcione ingenua y espontáneamente ante el paciente, evitando dejarse llevar por esquemas preconcebidos, categorías nosológicas o rutinas ritualizadas o prefijadas de atención clínica.

- Por otra parte, permite hacer los ajustes necesarios de la teoría clínica, y especialmente de sus aspectos aplicados, a las demandas y condiciones particulares de la praxis vital de cada sujeto. Es en este punto donde las dimensiones operativas, propuestas más adelante en la teoría clínica (2.9.3), se hacen relevantes en el funcionamiento mental del terapeuta.

La metateoría entonces, permite al psicólogo clínico una visión general y genérica del fenómeno de lo humano, desde una perspectiva evolutiva filogenética, y especialmente ontogenética, relacionándose así entonces, con lo que hemos llamado un conocimiento empático, fruto de la interacción entre praxis vitales comparables a nivel individual, interpersonal, social y cultural. Se constituye entonces, en el lugar desde donde el terapeuta actúa como un otro comprensivo, para entender desde esa misma perspectiva, la dinámica disfuncional por la cual el paciente deposita su confianza en el profesional. No se debe olvidar que el valor práctico de una propuesta metateórica para la clínica psicológica se expresa en que, por una parte, delimita conceptos como realidad, sujeto y conocimiento, pero por otra, tal como lo señala Niemeyer “informan y orientan tanto la práctica como la investigación clínica” (Niemeyer, en Mahoney, 1998, Pág. 197).

Esta perspectiva hace que se entienda a la teoría como un objeto modelo en constante reformulación. El método y el objeto de estudio de la teoría clínica, actúan recíprocamente en la construcción del conocimiento, influyéndose mutuamente de modo de estar presionando constantemente las matrices conceptuales prevalentes o de mayor alcance técnico y clínico. El dinamismo producto de esta relación permanente entre teoría y aspectos aplicados, es el responsable de la particular evolución del modelo cognitivo, cuya característica central es la inclusión de aportes de distintas vertientes teóricas, una propuesta del funcionamiento humano en base a la dinámica cognición – emoción y el esfuerzo por producir conocimiento viable y válido a través de una metodología científica amplia y rigurosa.

El entender la psicología clínica, como la descripción y explicación de los fenómenos clínicos a partir de objetos modelos teóricos, que permiten articular y rearticular la dinámica psicológica de un sujeto, provee las condiciones necesarias para que el terapeuta intervenga con sus dispositivos cognitivos y habilidades terapéuticas pertinentes, facilitadores para las condiciones del cambio. En el mismo sentido, Safran entiende la psicología clínica como una teoría “cuya finalidad es clarificar los mecanismos a través de los cuales operan determinadas intervenciones específicas” (Safran & Segal, 1994, Pág. 23); este autor destaca la necesidad de dilucidar estos mecanismos subyacentes que están relacionados con el cambio terapéutico, distinguiendo entre lo que son las intervenciones terapéuticas y los mecanismos por los cuales opera. En otras palabras, coincidiendo con el presente planteamiento, el terapeuta dotado de la teoría, las técnicas y las habilidades pertinentes, estará en condiciones de aplicar las diferentes estrategias concordantes y ajustarlas a las demandas específicas de un paciente en cuestión.

La psicología clínica, como propuesta conceptual, implica tres áreas aplicadas que constituyen subespecialidades dentro de su formación. En primer lugar, la evaluación y diagnóstico de los procesos psíquicos normales del funcionamiento humano, tales como: personalidad, inteligencia, conciencia, relaciones interpersonales,

etc., a través de distintos medios como pruebas psicológicas, entrevistas clínicas y dinámicas de grupo. En segundo término, el diagnóstico clínico psicológico, referido a la evaluación del estado y los procesos psíquicos patológicos de un sujeto que padece una determinada sintomatología. En esta área converge la psicología y la psiquiatría en relación con la creación de las diversas clasificaciones de la psicología anormal y la psicopatología psiquiátrica; ejemplo de éstos son los manuales de clasificación de los desórdenes, entre ellos el CIE-10 y el DSM-IV. Finalmente, dentro de la psicología clínica se encuentra la especialidad de la psicoterapia, que corresponde a un conjunto de procedimientos técnicos, basados en teorías científicas relevantes acerca del funcionamiento humano para el tratamiento de los desórdenes psicológicos asociados a las diversas patologías.

La clínica es una de las especialidades más tradicionales de la psicología, de hecho, el sentido común a menudo suele identificarla con la única forma de ejercer la profesión como psicólogo. Sus orígenes se remontan al siglo XVII, cuando Pinel retira las cadenas que retenían a los enfermos mentales internos y crea el tratamiento moral en los asilos, o sea la psicología clínica aparece, cuando fue necesario que un acto no represivo, sino mas bien comprensivo, se hiciera cargo del tratamiento de los padecimientos psíquicos; hecho que hizo necesario el desarrollo de nuevas metodologías para entenderlos y enfrentarlos. Sin lugar a dudas, este es el contexto histórico-conceptual apropiado que señala el origen de la psicología clínica como ciencia y como tecnología de tratamiento psicológico, puesto que a partir de ese entonces los psicólogos protoclínicos hubieron de dedicar sus mejores esfuerzos para descubrir los mecanismos de la normalidad, la psicopatología y de las condiciones necesarias para el cambio psicoterapéutico efectivo, cuestiones en que aún hoy no existe consenso. En 1895 cuando Breuer y Freud definen la relación terapéutica sustentada en la transferencia, o dicho en términos más generales, un fenómeno de índole interpersonal que transita entre un paciente y su terapeuta y que puede entenderse enteramente desde esa perspectiva, integrando la humanidad de los pacientes, y al mismo tiempo, la comprensión de los fenómenos psicopatológicos que los aquejan. Es recién en el año 1896, cuando Witmer funda la primera clínica

psicológica, en la Universidad de Pennsylvania, donde recomienda el “tratamiento pedagógico” para pacientes psicológicos.

Como se ha señalado, tradicionalmente se ha entendido la psicoterapia como uno de los aspectos aplicados de la psicología clínica, junto al psicodiagnóstico y a la evaluación clínica. Las definiciones de este campo son múltiples y no pretendo abordarlas en este apartado. Sin embargo, a modo de ilustración, señalaré:

1.- La planteada por Witmer en 1912, quien en 1896 estableció la primera Clínica Psicológica en la Universidad de Pensilvania, y que en 1907 fue el fundador, editor y contribuyó con artículos en la primera revista “Psychological Clinics”, donde se utiliza por primera vez el término de Psicología Clínica, que la caracteriza como: *“En cuanto a los métodos de la psicología clínica, intervienen siempre que se determina como funciona la mente de un individuo, mediante la observación y la experimentación, así como cuando se aplica un tratamiento pedagógico para lograr un cambio, es decir, el desarrollo de dicha mente.”*

2.- La de la American Psychological Association: *“La psicología clínica es una forma de psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que, con base a una integración de estos resultados con los obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo”.*

En el caso de la teoría clínica Constructivista Cognitiva, ésta designa aquellas propuestas conceptuales que se desprenden de la metateoría Constructivista Cognitiva, que delimitan un campo específico de estudio y su respectiva metodología, permitiendo abordar los aspectos teóricos y aplicados de la evaluación, diagnóstico y psicoterapia cognitivas. En el caso particular de la psicoterapia, estos aspectos se refieren a la definición, teoría y práctica de la psicoterapia y sus componentes (terapeuta, relación terapéutica y paciente), una propuesta acerca de los mecanismos de cambio



psicoterapéutico, la delimitación del contexto psicoterapéutico y de las reglas relacionales que regulan la relación terapéutica, o sea, setting y encuadre respectivamente (véase Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs, 1999, capítulo sobre Encuadre Psicoterapéutico Cognitivo de Adultos), y finalmente de una Psicopatología, entendida ésta como una propuesta acerca de los procesos normales y anormales del funcionamiento psicológico, el proceso evolutivo de la alteración y su agrupamiento en torno a determinadas sintomatologías, para la construcción de una nosología Constructivista Cognitiva.

## **2.1 PSICOTERAPIA**

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. La palabra terapia viene del latín tardío (1555), "therapeutikós" y se refiere al hecho de cuidar o proteger a algo o a alguien, mientras que la palabra "psykhe" proviene del griego y refiere al alma. Corominas, (1973, Pág. 564 y 480).

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. Como en toda definición, se necesita establecer una categoría general de lo definido, su función y las características que la especifican. De estos tres componentes, en el caso de la psicoterapia, lo más dificultoso de concordar es establecer las características de este procedimiento; es precisamente acá donde se presentan y se hacen distintivas las múltiples formas de psicoterapia.

### ***Definiciones Conceptuales***

Se reseñan algunas de las definiciones conceptuales más tradicionales de psicoterapia con el propósito de sintetizar algunas de sus características comunes:

-“La psicoterapia es un proceso interpersonal, diseñado para provocar modificaciones de sentimientos, cogniciones, actitudes y comportamientos que resultan molestos para las personas que buscan ayuda de un profesional entrenado... un esfuerzo de colaboración o asociación... está basada en la presunción de que sentimientos, cogniciones, actitudes y comportamiento son el producto de la experiencia de la propia vida; esto es, han sido aprendidas” (Strupp & Binder, 1993).

-“La psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción, el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre, a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los familiares del paciente, o a otros, en sus rituales de cura”. (Frank, J., citado en Mahoney & Freeman, 1988).

-“La psicoterapia es una relación especial culturalmente relativa entre un profesional de la asistencia y un individuo o grupo de clientes. Funcionando desde una plataforma teórica que incluye supuestos básicos sobre la naturaleza humana y el proceso de desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y cariñosa en la cual y desde la cual el cliente puede explorar -menudo por medio de rituales estandarizados- formas pasadas, presentes y posibles de experimentarse a sí mismo, al mundo y sus relaciones dinámicas”. (Mahoney, 1991; citado en Feixas & Miró, 1995, Pág. 16).

-“La intervención clínica consiste en aplicar los principios psicológicos para ayudar a las personas a superar sus problemas y llevar una vida más satisfactoria. Los psicólogos clínicos utilizan su conocimiento del funcionamiento humano y los sistemas sociales, en combinación con los resultados de su evaluación clínica, para encontrar la manera de ayudar a sus clientes a cambiar para mejorar.” (Kendall & Norton-Ford, 1988, Pág. 481).

-“En términos más amplios el campo llamado «psicoterapia» comprende a una persona que ha reconocido que necesita ayuda, a un experto que ha consentido en proporcionar esa ayuda y a una serie de interacciones humanas, cuyo carácter suele ser sumamente intrincado, sutil y prolongado, y tiene por objeto producir cambios benéficos en los sentimientos y en la conducta del paciente, cambios que la sociedad en general considerará como terapéuticos”. Strupp (1977, citado en Kendall & Norton-Ford, 1988, Pág. 489).

-“... el tratamiento psicoanalítico es una especie de reeducación. La vida mental del paciente es modificada permanentemente superando resistencias (internas), es elevada a un nivel más alto de desarrollo y queda a salvo de nuevas posibilidades de enfermedad”. Freud (1935, citado en Kendall & Norton-Ford, 1988, Pág. 489).

-“La terapia de la conducta implica primordialmente la aplicación de principios, derivados de la investigación en el campo de la psicología experimental y social, con el fin de aliviar el sufrimiento y mejorar el funcionamiento humano. La terapia de la conducta destaca la evaluación sistemática de la eficacia de esas aplicaciones. Implica el cambio ambiental y la interacción social en vez de la alteración directa de los procesos corporales mediante procedimientos biológicos. El propósito es fundamentalmente educativo. Las técnicas facilitan un autocontrol mejorado. Franks y Wilson (1975, citado en Kendall, & Norton-Ford, 1988, Pág. 489).

-“La buena terapia es precisa. Una sesión no debería contener tests psicológicos innecesarios, ni métodos redundantes, ni técnicas prescindibles, ni silencios prolongados y debería presentar tan poca retórica dilatoria como sea posible. Esto no requiere que el terapeuta reste importancia a los detalles importantes, ni que pase por alto la totalidad en aras de la brevedad, sino que cada intervención diga algo” (Lazarus, 2000, Pág. 28).

Analizando algunas de las funciones y características esenciales señaladas en las definiciones de psicoterapia, podemos observar que revelan los énfasis teóricos y las nociones de cambio que sustentan. Sin embargo, comparten algunos elementos que permiten ordenar un marco de referencia que favorece un acuerdo conceptual en torno a lo que es el fenómeno psicoterapéutico, y que por otra parte, facilitan la consideración de estos elementos esenciales, en una propuesta para una psicoterapia breve basada en la evidencia. Algunos de los siguientes aspectos comunes son los principios, los elementos y las metas.

### ***Principios comunes a la Psicoterapia:***

1. El terapeuta presta un servicio profesional que crea condiciones interpersonales para el desenvolvimiento reorganizador del paciente,
2. La intervención es respecto de un bloqueo o interferencia del modo habitual de vivir del paciente,
3. El paciente es el responsable de los cambios concretos que experimenta en la línea de la reorganización y el afrontamiento,
4. El paciente es quien debe asumir el lugar que le concierne en el mundo y ante los demás, y del efecto que puede producir su quehacer.

### ***Elementos comunes a la Psicoterapia:***

1. Es una relación interpersonal, de prestación de servicios, basada en un encuadre técnico,
2. que concurre entre un terapeuta, experto profesional en teorías del funcionamiento humano normal y anormal, y en la aplicación de procedimientos para el cambio humano;
3. y una persona, que padece dificultades que atañen a su funcionamiento psíquico; y que aspira al alivio de su sintomatología y/o al reordenamiento de sí mismo:
4. Consiste en un procedimiento o una metodología especializados en crear condiciones para la revisión y el cambio personal durante un proceso de tiempo estimado.

### ***Metas comunes a la Psicoterapia:*** Kleinke (1995, Pág. 54 a 70)

1. Superar la desmoralización y ganar esperanza
2. Fomentar la competencia y la autoeficacia
3. Superar la evitación
4. Ser consciente de las ideas erróneas acerca de uno mismo
5. Aceptar las realidades de la vida
6. Lograr insight (tomar conciencia)

Una psicoterapia breve basada en la evidencia debe tomar como marco de referencia, para la formulación de sus procesos y procedimientos, los elementos comunes señalados anteriormente, de modo de cubrir la demanda por psicoterapia en sus distintas versiones y complejidades, y además, formular los procedimientos pertinentes que permitan dar respuesta a estos aspectos comunes. Dichos elementos son considerados en la parte 3 de esta tesis, sobre propuesta de un modelo psicoterapéutico.

Luego, una manera más descriptiva de referirse a la psicoterapia sería definirla como un procedimiento, basado en un modelo teórico psicológico, que remite a una metodología para abordar los trastornos psicológicos, tanto en sus aspectos sintomáticos como en los procesos subyacentes que le dan origen. Este procedimiento incluye tres componentes: el terapeuta, experto en una teoría psicológica clínica y en los procedimientos que crean condiciones para el cambio psicológico; el paciente, quien es una persona aquejada de un padecimiento psíquico que lo perturba tanto a sí mismo como a los demás y que le interfiere en su sano desarrollo; y la relación terapéutica, referida al contexto interpersonal de encuentro entre los dos componentes anteriores y que crea condiciones particulares para que opere el cambio en la dirección de la mejoría de los síntomas y/o de los cambios profundos y estructurales asociados a los desordenes psicológicos. Este cambio cursa preferentemente en el plano del lenguaje simbólico, sustentado en una alianza terapéutica, sin desmedro de incluir en el proceso, técnicas concretas orientadas a la remisión de sintomatologías específicas.

### ***El quehacer psicoterapéutico.***

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, más algunos otros de índole personal y cultural, que no es el caso mencionar en este apartado, 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. En ese sentido, los otros son agentes que validan y sancionan el ejercicio del oficio o profesión.

En el caso de la profesión de psicoterapeuta, la relación entre reconocimiento material y reconocimiento social está interferida por dos factores:

El primero, y una condición central del trabajo, 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. Éste último, el terapeuta, presta un servicio profesional indirecto, apareciendo como un catalizador que crea las condiciones interpersonales y simbólicas pertinentes para esa autogestión. En otras palabras, y aunque resulte una paradoja, el mejor reconocimiento del paciente de una perfecta labor del terapeuta, es el no reconocimiento. Pese a que esta situación es técnicamente pertinente y complementaria a la teoría clínica, no lo es en términos del efecto psíquico para el terapeuta, que como cualquier persona, necesita la contundencia experiencial del reconocimiento explícito y emocionalmente cargado. No se puede ir en contra de procesos filogenéticos ancestrales de la intersubjetividad que demandan este tipo natural de reconocimiento interpersonal. En este punto, se instala un argumento cognitivo que permite sostener esta contradicción, y pertenece al tipo de autorreconocimiento valórico alejado de lo sustancial, por su abstracción, y que resulta ser un pariente cercano de los mecanismos de defensa, dado que su mantención involucra un costo emocional que va a estar relacionado con el desgaste personal del terapeuta. Este desgaste es silencioso y paulatino, puesto que no necesariamente se percatan de sus efectos en la vida profesional y en la vida personal, generándose así

las condiciones específicas que contribuyen al desgaste o agotamiento, denominado *Burnout Psicoterapéutico*, (véase Anexo 3).

Un segundo factor, que incide en esta dilución del efecto personal del trabajo del psicoterapeuta, 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. Esta situación, vista desde fuera por un observador cualquiera, podría concluir que esta relación no difiere de una conversación social o cotidiana; sólo en la intimidad de la interacción, los terapeutas y pacientes, experimentan el profundo significado involucrado en las transacciones comunicativas que sostienen. Ello no opta para que igual se tenga la impresión, por parte del terapeuta, que lo transado es insustancial como objeto del trabajo realizado. Nuevamente, el terapeuta recurre a un dispositivo cognitivo que lo rescata y persuade de que allí, efectivamente, ocurrió algo significativo relacionado con su gestión, y del cual debe persuadirse que es responsable. Los terapeutas deben sentirse satisfechos sólo con mirar de lejos a sus pacientes, en el secreto de su complicidad con ellos y consigo mismo.

En particular, la psicoterapia Constructivista Cognitiva es un procedimiento basado en éste modelo teórico psicológico y en una relación técnica y profesional, que provee un terapeuta a su paciente, quien requiere del servicio profesional especializado, a causa de la desorganización creciente de una particular forma de vivir, que le acarrea aflicción. Su objetivo es el logro del cambio a través de un proceso interpersonal que conforma la alianza terapéutica, base primordial de la reorganización de los sistemas de conocimiento.

El cambio, en el sentido estricto, consiste en una apreciación novedosa y original, sobre el punto de vista corriente acerca de uno mismo, que es gatillado por la acción de los procedimientos terapéuticos (técnicas e intervenciones), y que como resultado en el paciente, presiona hacia un proceso ordenador más amplio; "...el



terapeuta sólo puede intentar establecer las condiciones capaces de provocar la reorganización, pero no determina y no controla el momento en que el cliente se reorganiza ni el resultado final del proceso” (Guidano, 1994, Pág. 149). Este procedimiento supone tres componentes: Terapeuta, Paciente y Relación Terapéutica, los que serán tratados en detalle más adelante.

En síntesis, se puede afirmar que la psicoterapia es un procedimiento técnico, que se desprende de una teoría clínica, que le permite definir y delimitar el marco conceptual, interpersonal y contextual para la operación del acto psicoterapéutico. Su objetivo central es crear las condiciones que permiten el cambio y la reorganización productiva de la dinámica del paciente que consulta.

## 2.2 CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO

Los organismos se desenvuelven permanentemente en una tensión esencial entre mecanismos de mantención y mecanismos de cambio de su sistema, al menos en dos frentes: (a) la tensión producto de la interacción cotidiana con el medio (presión mínima), en que los repertorios con que cuenta el organismo para organizar su actividad en torno a esta demanda de conservación, se basan principalmente en lo que, la perspectiva etológica ha llamado patrones biológicos de acción fija<sup>19</sup> y patrones biológicos de objetivo establecido, (cambios mínimos); y (b) la tensión respecto de aquellas demandas medio ambientales críticas o desbordantes, frente a las cuales el sistema responde al límite de su organización o, definitivamente, si no cuenta con los repertorios necesarios para mantener su coherencia (presión máxima), puede conducirse al caos y a la desorganización de su sistema, o bien, a un reordenamiento del funcionamiento que implique la cambios a nivel de la estructura y de la organización del sistema de conocimiento, que crea las bases para una nueva funcionalidad en términos de la complejidad de sus estructuras, de manera que le permita responder a las presiones críticas del medio (cambio máximo). Esta fluctuación permanente del sistema entre presión y respuesta, cada vez más compleja, se orienta en la dirección del desarrollo y la madurez del organismo. La propuesta de Prigogine, Premio Nóbel de Física (1980), respecto de su revolucionaria teoría sobre las estructuras disipativas, señala “El papel de los contrastes oscilantes en el desarrollo de cualquier sistema abierto hacia la dirección de una reestructuración de sus procesos de orden... el principio que subyace a la autoorganización disipativa se llama «orden a través de las fluctuaciones»” (Prigogine, en Mahoney y Freeman, 1988, Pág. 50). En el nivel de la dimensión humana, comparte los mismos mecanismos de presión mínima – presión

---

<sup>19</sup> Los *patrones de acción fija* son patrones estructurados y altamente estereotipados de movimiento, que una vez que se ponen en marcha siguen su curso típico hasta completarse. Safran, (1994, Pág. 79).

Los patrones de objetivo establecido tienen incorporado biológicamente su objetivo, pero no está especificado el patrón para su consecución. Es un sistema corregido por el objetivo, puesto que el sistema selecciona determinadas conductas en respuesta a una retroalimentación continua sobre el progreso que realiza el organismo en la consecución del objetivo.

máxima, y de orden y fluctuación del sistema biológico que domina la interacción medio/organismo anteriormente señalados, solo que cambian los contenidos y los procesos simbólicos involucrados, dado que, además de la existencia del nivel biológico, el ser humano cuenta con un sistema de conocimiento, que paralelamente y al unísono, regula la relación sujeto/mundo, que se rige por los mismos principios de presión y cambio en dos niveles: (a) el cambio mínimo, que representa una modificación a nivel del funcionamiento en los ejes de las dimensiones operativas, y que supone que el sujeto se conduce con mayor flexibilidad, abstracción, inclusión, exposición y proactividad, y (b) el cambio máximo, que implica el reordenamiento o la deconstrucción del sistema de conocimiento, ampliando los límites de su coherencia sistémica, que respalda los cambios que se producen a nivel superficial; por lo tanto, el sistema de conocimiento, a su vez, a nivel profundo se hace más flexible, abstracto, inclusivo, expuesto y proactivo. En otras palabras, existe una concordancia y correlación inextricable entre el dominio de cambios en las estructuras profunda y superficial del sujeto lo que hace que, un cambio en una, lleve de la mano, la modificación en la otra.

Una pregunta fundamental de responder en psicoterapia, es ¿cómo crea las condiciones que permiten el cambio significativo de los pacientes? A nivel de la subjetividad humana, la cuestión tiene que ver, de acuerdo a lo señalado en el párrafo anterior, con las presiones del medio/mundo y las respuestas posibles del organismo. El punto es que la psicoterapia es, al mismo tiempo, una presión y una creación de condiciones que favorezcan la reorganización o el reordenamiento del sujeto; en otras palabras, es un elemento externo al sujeto que tiene que incorporarlo a su vivir para perturbar, y al mismo tiempo, hacer perdurar sus sistemas básicos de conocimiento. Las respuestas a la pregunta por el cambio, también tienen que ver con la adscripción del terapeuta a una determinada teoría psicológica clínica, lo que al mismo tiempo abre interrogantes acerca de cuál es el valor que se le atribuye al cambio, cuál es la categoría que lo define y sus condiciones. Más allá de las disquisiciones teóricas respecto de esto, es el paciente quien define y opera a partir de estas condiciones.

El cambio es una condición permanente del desarrollo de los sistemas de conocimiento humano, de hecho, surge espontáneamente, a partir de las perturbaciones del medio físico y del medio psíquico, durante el curso de vida natural, y se constituye en la fuente más productiva de progreso de la autoorganización permanente del sistema. La misma situación ocurre frente a las perturbaciones máximas que producen la descompensación de los mecanismos de autoorganización, que llevan al descontrol y a la producción de síntomas físicos y/o psíquicos, y que son enfrentados por los pacientes como crisis existenciales o enfermedades, que requieren de la intervención de la psicoterapia. Es el cambio el que permite recuperar el equilibrio del sistema, ya sea, en un gesto autónomo del sujeto, o bien, mediante un proceso de psicoterapia. En este contexto podemos hablar de cambios superficiales y cambios profundos.

La psicoterapia Constructivista Cognitiva postula dos niveles de cambio terapéutico.

A.- Los *cambios superficiales*, implican abordar aspectos operativos del vivir, que se ven alterados o perturbados, y que constituyen los llamados síntomas, que 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. Pero desde el punto de vista clínico, dichos cambios se evidencian en la experiencia del paciente, en el interjuego dinámico que resulta del desplazamiento en los ejes antitéticos de las dimensiones operativas (véase apartado 2.9.3). Este es el nivel de cambios que nosotros llamamos superficiales. Estos son el objetivo central de la primera fase de la psicoterapia breve, puesto que alivian al paciente de sus padecimientos y aumentan la fuerza de la alianza terapéutica, de modo de crear mejores condiciones para abordar cambios profundos. Algunos de los indicadores de los cambios superficiales son:

- Obtención de una actitud diferente hacia el propio trastorno
- Actitud de enfrentamiento e intento de resolución del problema
- Modulación de las descompensaciones emotivas
- Remisión concreta y sensible de la sintomatología
- Evaluación de las modalidades de resolución de los problemas
- Creación de las condiciones para evaluar la posibilidad de un cambio profundo
- Entrega de índices de la resistencia de una organización al cambio profundo

B.- Por otra parte, el proceso de *cambio profundo*, 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. Según Guidano, (1994, Pág. 27): “Autoconciencia es siempre conciencia de los otros y existe por medio del lenguaje y dentro de un contexto histórico”. Por tanto, la relación entre cambio y significación es una dinámica ineludible durante el proceso de psicoterapia, tanto así, que ésta discurre en un alto porcentaje, a nivel simbólico, es decir, en el espacio conversacional entre terapeuta y paciente, y que las técnicas, con sus procedimientos, contribuyen a generar contenidos experienciales vívidos disponibles para la significación.

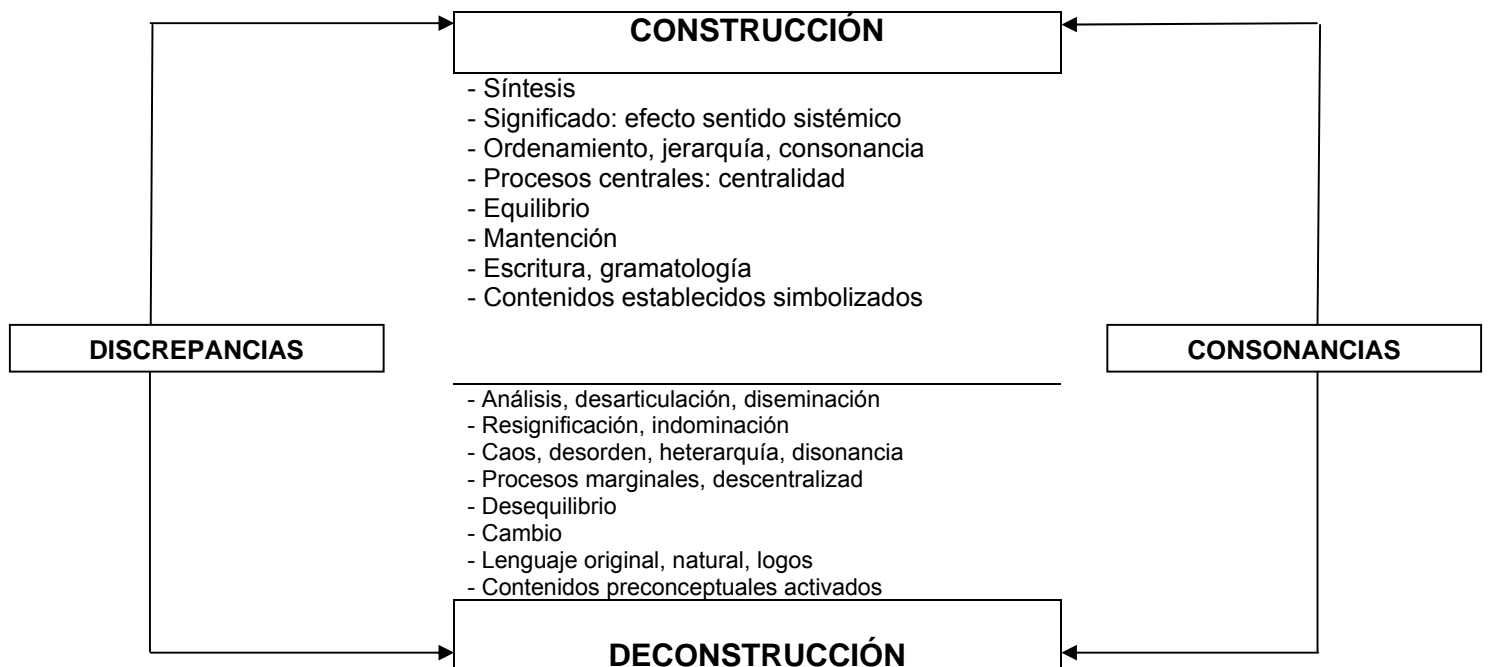
Estos cambios son en respuesta del sistema frente a una presión máxima, y suponen un reordenamiento de los sistemas de conocimiento idiosincrásicos del sujeto, y que son el fruto de una serie de acontecimientos particulares del devenir ontológico, por lo tanto, son el referente respecto del cual se erige la identidad del sujeto, de modo tal que cualquier modificación, ya sea en su estructura u organización, se verifica con un alto costo personal, pero que, al mismo tiempo, crea ventajas comparativas irrenunciables para el sistema, respecto del estado previo. Estas ventajas tienen que ver a nivel de la estructura, con reorganizaciones del contenido existente e inclusiones de nuevo material a éstos; mientras que a nivel de la organización, se producen reacomodos en los valores de funcionamiento del sistema, relacionados con las categorías antitéticas de las dimensiones operativas, entiéndase: flexibilidad,

abstracción, inclusión, exposición, proactividad. En el fondo, literalmente, lo que ocurre es una progresión ortogénica de estas categorías, de modo que estén más disponibles para que el sujeto pueda referirlas en su nivel superficial. De manera tal que, una relación entre estructura profunda y estructura superficial, tiene que ver con la alimentación que produce los sistemas de conocimiento profundo en el nivel superficial, en términos de ampliar el horizonte explicativo del polo favorable de las dimensiones operativas, y disminuir, al mismo tiempo, la preeminencia del polo negativo de una de éstas; por ejemplo, a nivel operativo un sujeto requiere inclinarse en la dirección de una mayor flexibilidad de sus juicios; dicha inclinación es representativa de sus características operativas superficiales, pero la cualidad y el alcance explicativo del polo de la flexibilidad, es el resultado de la significación atribuida por la estructura profunda; en breve, la estructura profunda aporta al nivel superficial, con cambios a nivel de la complejidad del polo positivo de alguna de las dimensiones operativas. La dimensión antitética de la estructura profunda, o sea, de los sistemas de conocimiento del sujeto, se revela en una categoría antitética, a saber, la construcción y la deconstrucción inevitable de su propia estructura y organización en pro de una mayor complejidad del sistema.

La construcción está inscrita en los albores de la formación de un organismo y de un sistema de conocimiento. Su primer acto revelador es el levantamiento de una membrana que lo constituye en una unidad, distinguible de un medio, y al unísono, la puesta en marcha de un sistema de intercambio de materiales y de significaciones con éste (en el caso de lo humano). Ese acto conlleva la producción de un equivalente antitético que implica la renovación de la estructura y la organización, en pro de etapas de un desarrollo más elevado, sin perder su carácter de unidad y de permanencia histórica, respecto de una senda y una descendencia. Ese acto equivalente, es la deconstrucción, que es propuesta por Jacques Derrida (1989, Pág. 15), como la desautorización “teórica y práctica de los axiomas hermenéuticos usuales de la identidad totalizable de la obra y de la simplicidad o individualidad de la firma”, dado que el origen de este concepto, tiene que ver con el estructuralismo francés contemporáneo, aplicado a la crítica de la filosofía clásica, especialmente respecto del

lenguaje, logocentrismo y la gramatología, entendido como el saber de lo que está escrito. “La deconstrucción va acompañada de, o se haya entrecruzada con, la recomposición, el desplazamiento, la disociación de significantes como interrupción de síntesis, de todo deseo de una separación... A toda deconstrucción le sigue una construcción que deberá ser deconstruida y así sucesivamente” (Ferrater Mora, 1999, Pág. 821). Lo que se busca es religar y releer, desde todos los ángulos y desde todos los fragmentos de una totalidad. La deconstrucción, en el caso de los sistemas de conocimiento humano, opera en los márgenes de la mismidad y en la proximidad con la dinámica de la ipseidad, o sea, respecto de aquellos contenidos no revelados, o inconscientes, que pugnan por formar parte del sistema, pero que, producto de la precariedad de éste, le resultan amenazante incorporarlos, sin que antes se haya producido una deconstrucción de éste, que implique una funcionalidad diferente que permita la inclusión de nuevos elementos y sin que se amenace o desorganice la coherencia del sistema. Véase Diagrama siguiente:

**DIAGRAMA 1: DINÁMICA DE LOS SISTEMAS DE CONOCIMIENTO PERSONAL**



Cuando en psicoterapia se aborda la estructura profunda de un sujeto, se está dialogando con la centralidad de la subjetividad de éste. De modo tal que, lo movilizado resulta en altos niveles de ansiedad y vulnerabilidad. Esto implica, desde el punto de vista técnico, que la alianza terapéutica debe estar en su máxima expresión, como el referente, sostén o base de apoyo segura, para que el sujeto se permita cambiar. Esto implica:

- Reestructuración de los sistemas de conocimiento
- Reestructuración de la identidad personal del paciente
- Elaboración de una nueva actitud hacia sí mismo y el mundo
- Fluctuaciones emotivas intensas
- Ampliación del campo de experiencia subjetiva
- Resignificación del pasado
- Nuevo orden de coherencia interno

El cambio personal, es siempre un cambio en los sistemas de significación de la experiencia del sujeto. Esta afirmación remite a la íntima relación que existe entre estos dos procesos y que discurren en la operación diaria de la relación del sujeto con su mundo.

En dicha relación es posible distinguir al menos dos momentos con características dinámicas diferentes. Un momento en que el sistema opera dentro de los límites reconocidos por el sujeto, asociados a los procesos de mantenimiento y en que las demandas del medio son incluidas dentro de la organización sistémica, procesadas en consonancia y no requieren mayores costos de energía psíquica, o, en otras palabras, no hay un esfuerzo del organismo más allá del necesario para ejercer el reconocimiento. Otro momento, corresponde a la perturbación del sistema por la presión que ejercen demandas del medio, que no pueden ser satisfechas dentro de las posibilidades operativas del sujeto, en otras palabras, la sobredemanda presiona al sistema para que ejerza un cambio en sus posibilidades operativas que, dependiendo de la magnitud de ellas, pueden incluso llevar a poner en cuestión la identidad del



propio sistema; aspecto que es intolerable para su coherencia, y por lo tanto, puede ejercer una respuesta en transición que implica alto costo para el sujeto y que es lo que podemos conceptualizar como un síntoma, un padecimiento o un sufrimiento personal o de los demás, motivo frecuente de demanda por psicoterapia. En este sentido, incluso la psicoterapia, por ser una demanda que presiona el cambio, puede resultar amenazante para la estabilidad del sistema, entendiendo que éste opera con una noción de la realidad y de su propia realidad como reales y existentes por sí mismo, de modo que cuando se propone un cambio, lo que se está haciendo es proponer un cambio en esa noción. Al respecto, Mahoney (en Neimeyer y Mahoney, 1998, Pág. 118), plantea: “El avance de mis planteamientos está relacionado con de que tanto la preservación como la alteración de las estructuras de significado son centrales para los seres humanos”.

La realidad es sentida como objetiva y externa y con reglas que regulan el orden y el funcionamiento; esta noción tan contundente y nítida no es más que la proyección del sistema de significaciones del sujeto, es por esto que el constructivismo afirma que la realidad sólo es posible en la experiencia del sujeto. En otras palabras, el sentido de realidad, que no es otra cosa que la proyección señalada, es la vivencia de nuestro sistema de significación, a los cuales atribuimos el carácter de objeto, desprendiendo al sujeto desde una antípoda de este proceso y que se corresponde con el nivel de conocimiento emocional, o sea, el impacto que nos producen los hechos de la realidad, que no son otra cosa que la propia experiencia del sujeto. Entonces pareciera que la presión por significación, requiere para su operación un eje dicotómico entre polaridades antitéticas sin la cual no es posible significar. Esta polaridad básica es el reflejo del funcionamiento del sistema nervioso y las determinantes biológicas estructurales. En este sentido, según lo señalado por Mahoney (Mahoney y Freeman, 1988, Pág. 30), el sistema nervioso central es entendido como un sistema de orden y contraste, “La mayoría de nuestra experiencia de cada momento está saturado de esta búsqueda de significado cargada de contraste. Lo irónico aquí es que buscamos el orden a través del contraste y aunque parece que nos sentimos atraídos por la coherencia y la invarianza, también aprendemos a partir de los límites y los contrastes

de nuestras categorías experienciales (Foucault, 1970; Hayek, 1952<sup>a</sup>, 1952<sup>b</sup>, 1978). Representamos, por lo menos en un sentido, sistemas de orden abierto que se inclinan de forma “natural” hacia la búsqueda de ciertas clases de conclusiones. La coherencia y el contraste parecen ser nuestros dominios básicos de intercambio con el mundo”. Del mismo modo, en el origen de la conciencia humana, están los procesos de concordancia y discrepancia de los contenidos de la experiencia con los sistemas de significación, que en su dinámica antitética hacen posible la conciencia del mundo, de los otros y de sí mismo; “Los datos que tenemos sobre percepción y pensamiento humano sugieren también que la mayor parte de nuestra conciencia depende de alguna forma de contraste.” (Mahoney, 1988, Pág. 30). Entonces es posible afirmar que, la emergencia de la conciencia solo es posible en la fractura de la cotidianeidad, y que la distinción primigenia nos enfrenta siempre a la dicotomía entre un sujeto que experimenta y un sujeto que es significado.

Los cambios, en el contexto de la sesión y la psicoterapia, se expresan en cuestiones técnicas, que tienen que ver con la creación de un contexto adecuado para impulsar o instigar al paciente a movilizar su subjetividad, conducta, emoción y cognición, en pro de una nueva condición, que le permita enfrentar aquellas dificultades cotidianas, que le impiden resolver la vida de una manera apropiada para sí mismo, convirtiéndose en síntoma, ya sea por la perturbación y la interferencia que involucran, o bien por el nivel de egodistonia con que los señala el paciente. Para seleccionar el objetivo que esté relacionado con la motivación por el cambio, el terapeuta debe considerar los siguientes aspectos: (a) los antecedentes y hechos significativos que puedan estar a la base del síntoma, (b) los aspectos cognitivos que puedan asociarse a estos hechos, (c) las conductas observables en cuestión y, (d) las consecuencias que estas generan en el ambiente y en los otros.

La sintomatología de los pacientes, es el resultado de la experiencia discrepante con la forma tradicional que tiene el sí mismo de significarla, frente a cuyo contenido, se siente incapaz para organizarlo o más propiamente de simbolizarlo. Esto explica, en parte, la resistencia y la angustia observable cuando comienzan la

psicoterapia, respecto del cambio o el abordaje de temas conflictivos durante el proceso terapéutico. Lo que cambia es el tipo e intensidad emocional movilizada, y el contenido de la experiencia, sea consistente o discrepante. Los sistemas de significación no cambian en los sujetos. Se podría afirmar que esta permanencia es responsable de que atribuyamos tipos de personalidad que identifican a las personas y que las hacen tan diversas unas de las otras.

Los síntomas son la expresión del desplazamiento del sujeto en los ejes polares de las dimensiones operativas. Se constituyen en tales en la medida que su dinámica se “queda pegada” a uno de los ejes, pasando a ser un referente especializado de la experiencia y su significación. Es así como los ejes representan dos condiciones: 1) La condición de ser el producto de la progresión jerárquica evolutiva, desde estructuras más precarias o primitivas, a otras más complejas, con muchas más oportunidades de repuesta eficiente, 2) La condición contextual que hace indicado o pertinente el desplazamiento hacia un polo de la antítesis operativa. Esto indica que la operación del sujeto en la dinámica de la mismidad, no depende solo del contenido, si no que también de la demanda contextual.

## 2.3 **ENCUADRE CLÍNICO**

El encuadre psicoterapéutico es uno de los factores técnicos de la clínica psicológica, que provee la base sobre la cual se expresan las variables específicas (diagnóstico, técnicas y tratamiento), e inespecíficas (alianza terapéutica, comunicación verbal y no verbal, empatía, clima emocional, etc.), de la situación terapéutica. Como estrategia, permite delimitar la relación, tanto dentro como fuera de sesión, de estas dos categorías de variables. Es responsable del control y del uso de ellas como un factor técnico, asociado estrechamente al progreso de la psicoterapia. Es decir que, un encuadre definido e instalado en la relación terapéutica, se constituye en herramienta fundamental de cambio del paciente<sup>20</sup>.

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. Este se ha convertido el sello de la terapia, dado que en el modelo cognitivo general, no existen menciones explícitas para las reglas que regulan la relación, salvo las indicaciones que se desprenden de la teoría, sin que se encuentren sistematizadas. Durante el proceso de formación de terapeutas del modelo, se puede apreciar la importancia de regular, de acuerdo con la teoría, el papel del terapeuta en los procesos de cambio y las dificultades que los aprendices enfrentan al intentar incorporar las habilidades que permiten la regulación de la relación con el paciente, especialmente en lo referido a la modulación de sus repertorios personales que interfieren con la terapia.

Para este efecto, 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

---

<sup>20</sup> He optado utilizar la denominación de paciente, en consideración a lo que nuestros pacientes realmente son, o sea, personas que están aquejadas de algún padecimiento, preferentemente psíquico, y no llamarlo consultante o cliente, puesto que ambas categorías me parecen inoportunas e inoficiosas, en términos que no representan esencialmente la condición en que se encuentran nuestro pacientes.

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 (factores específicos e inespecíficos), de modo que se desarrolle la alianza terapéutica.

Desde el punto de vista teórico y metodológico, la función reguladora del encuadre permite el control de las variables que participan en la relación que se establece entre paciente y terapeuta, cuestión que no es menor, puesto que como ya ha sido señalado anteriormente, ella puede explicar un alto porcentaje del cambio personal del paciente. Es de sumo necesario para mejorar la eficiencia de la psicoterapia, abordar los componentes inespecíficos, tales como la alianza terapéutica, para que, mediante la investigación y dilucidación de el papel que juegan en el cambio, transformarlos en factores específicos susceptibles de ser incorporados a la formación de competencias psicoterapéuticas y utilizarlos con propiedad como parte de la técnica o las intervenciones durante el proceso de cambio.

En el modelo Constructivista Cognitivos se puede distinguir un encuadre explícito y un encuadre implícito, en que ambos, de diferente manera son responsables de regular la relación terapéutica. Estos dos tipos de encuadre son interdependientes en su operación y función, sin embargo, es conveniente distinguirlos dado que presentan exigencias diferentes para la formación y también en su aplicación.

a) Encuadre Explícito: Se refiere a las reglas de funcionamiento acordadas para el proceso psicoterapéutico, y que son explicitadas preferentemente por el terapeuta, para definir o delimitar los márgenes en los cuales se va a desarrollar la relación terapéutica, orientada a conseguir la alianza y las metas. Este aspecto del encuadre está cercano a la noción de contrato terapéutico, en el cual se fijan metas y objetivos, además de los medios para alcanzarlos. Se refiere también a explicitar, de modo descriptivo, general y no técnico, las condiciones del tipo de psicoterapia, el estilo personal y técnico que dentro de los márgenes del modelo, caracteriza el quehacer del psicoterapeuta.

A nivel más específico, pero no por eso menos relevante, se acuerdan o se fijan los honorarios, duración de las sesiones, la frecuencia de estas, las ausencias justificadas o no justificadas, los atrasos, la modalidad de comunicación fuera de la sesión, el lugar y la hora de sesión, y otros elementos que sea necesario acordar. Es importante que, todas estas consideraciones queden completamente aclaradas en el curso de la primera sesión, más específicamente en los últimos 15 minutos. El terapeuta debe otorgar la posibilidad al paciente, de hacer preguntas y quedar absolutamente cierto de que no hay dudas respecto de los aspectos administrativos y operativos del proceso.

Una subvariación de este encuadre, corresponde a lo que se llama *Encuadre de Evaluación*, y es aquel necesario de explicitar para que el paciente entienda el proceso general de la terapia y el sentido de las sesiones previas de evaluación. Este encuadre regula las entrevistas iniciales de la terapia cognitiva, y que tiene por objeto decidir si la terapia es adecuada para el tipo de paciente y sus síntomas. La decisión de realizar el proceso terapéutico definitivo es la convergencia de los criterios del terapeuta y la decisión del paciente, a partir de su experiencia durante las sesiones de evaluación. En este punto es donde ambos se comprometen definitivamente a trabajar juntos en beneficio del paciente, su reordenamiento, remisión sintomática y mejoramiento de su calidad de vida.

En cuanto al terapeuta, este considerará, tanto desde lo teórico como desde sus habilidades o experticia, la queja que el paciente trae: el cómo esta queja se refiere a un estilo o personalidad del paciente que apunte a la conveniencia o no de la psicoterapia y su posible diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Es un aspecto a evaluar durante las entrevistas iniciales. Es importante considerar como condición previa, la posibilidad de establecer una alianza de trabajo conjunto que provea de un sostén relacional para el despliegue y cambio del paciente. El terapeuta en esta fase, también evalúa desde lo personal, la pertinencia de trabajar con un determinado paciente. En cuanto al paciente, él decide, principalmente en base a su experiencia directa con el

terapeuta, si le parece hacerse psicoterapia, tanto respecto del estilo, como de las características personales del terapeuta.

Un componente central del encuadre es la *Devolución Psicoterapéutica*, la que corresponde al juicio clínico y personal que el terapeuta se ha formado acerca del paciente y sus síntomas. Implica la evaluación y el pronóstico de las dificultades que presenta el paciente, y las relaciones de dependencia entre la historia de vida del paciente, su significación y las características sintomáticas. Consiste en una declaración, al final de la tercera sesión, acerca de estos temas señalados; se realiza en un lenguaje cotidiano o común, comprensible para el paciente y procurando que le haga sentido, tanto respecto de lo que está padeciendo como respecto de su propia historia. Posterior a esta devolución, se opta por iniciar un proceso terapéutico o derivar a alguna otra especialidad u otro psicoterapeuta.

b) Encuadre Implícito: Se refiere a aquellas reglas relacionales, que están a la base de la relación terapéutica y cuya composición depende principalmente de dos fuentes: en primer lugar, el comportamiento no verbal del terapeuta, que delimita los campos posibles de interacciones con su paciente, mediante repertorios expresivo-motores durante la sesión o el proceso terapéutico general. La recomendación técnica es evitar al máximo las actuaciones no intencionales de este nivel de lenguaje, dado que su característica central es ser involuntario y concurrir sin percatación, lo que estimula la interpretación, por parte del paciente, de los gestos, posturas, miradas del terapeuta, en un sentido que suele ser el de confirmar sus esquemas cognitivos interpersonales disfuncionales, dado que son parte de sus dificultades con los demás. Cabe agregar además que, en este nivel, el registro de las actitudes del terapeuta frecuentemente es inconsciente, por lo que el paciente puede sentirse emocionalmente perturbado, sin tener clara noción a qué atribuirlo.

La otra fuente de encuadre implícito son los usos y costumbres de una particular cultura o subcultura, que define las condiciones y las características interaccionales que se deben tener en determinadas circunstancias sociales. De este modo, el

comportamiento de un paciente, de una determinada cultura, tenderá a ser incorporado y a instalarse de una manera “natural” en la relación terapéutica, pero que sin embargo, podría interferir con los propósitos técnicos que sustentan los principios de la psicoterapia cognitiva. Es responsabilidad del terapeuta como modelo de rol, proveer las condiciones interpersonales necesarias para mantener la relación en un contexto profesional favorable a la creación de cambios en el paciente.

La base de la actitud del terapeuta que permite el manejo de la relación en un nivel técnico, son tres estados intencionales que forman parte de los factores específicos de la terapia y que se constituyen en competencias técnicas del terapeuta, a las que se las ha categorizado como intenciones dado que es humanamente imposible pretender lograrlas total y concretamente. Se pretende que el terapeuta pueda permanecer en alerta y conciente de la necesidad técnica de mantener esas intenciones en beneficio del paciente. Estas son:

(a) *Intención de Neutralidad*, es una actitud del terapeuta que se basa en principios de la teoría y que consiste en no dar una respuesta emocional consecuente con el impacto que produce el despliegue de algunos contenidos del paciente. Esto quiere decir, que desde el punto de vista técnico, el terapeuta está disponible, sin reaccionar personalmente, para recibir cualquier contenido por parte del paciente, independientemente de lo fuerte, traumático o extraño que le resulte. Su logro depende de dos condiciones: la disposición natural para impactarse con los acontecimientos del mundo y de los demás, de modo que el terapeuta es profunda e intensamente sensible a lo que ocurre en la relación y con el paciente, gatillándose en él todo el rango de las emociones característicamente personales y humanas. La otra es una condición de desenganche emocional personal determinado por la exigencia técnica de no responder consecuentemente con sus propias emociones, sino que más bien en relación al efecto de cambio que pueda producir una intervención psicoterapéutica en el paciente, desdeñando de esa manera toda oportunidad de comportarse en beneficio de su propia emoción, lo que le impediría una actuación natural concordante con el tipo de respuesta típico del terapeuta en un contexto cotidiano.



Dicha habilidad técnica corresponde a lo que Safrán y Segal (1994), han dado llamar descentramiento y que consiste en operar como observador participante de la propia experiencia vivida en una determinada situación. O sea, el terapeuta en un acto de alteridad y teniendo como referente el impacto vivencial que le produce el comportamiento del paciente, opta por efectuar una intervención cargada de intención perturbadora y de cambio. Este esfuerzo personal y técnico es uno de los factores que producen más desgaste emocional y están relacionados con el Burnout de los psicoterapeutas, (ver Anexo 3).

(b) *Intención de Abstinencia*, es otra de las actitudes del terapeuta, justificadas en los principios teóricos del modelo, y se refiere a la disposición del terapeuta para no desplegar contenidos personales durante el proceso terapéutico. Es decir, que la historia propia y experiencia de vida del terapeuta pueden convertirse en un referente implícito que le permita contraste con los contenidos del paciente, de modo de instalar un equilibrio entre significados alternativos posibles respecto de lo que puede estar ocurriendo en una sesión. La revelación de contenidos personales del terapeuta, puede ser altamente contraindicado, especialmente cuando no se tiene suficiente evidencia de cual puede ser el efecto que pueda tener sobre el paciente o la relación terapéutica. Se diría que uno de estos efectos más iatrogénicos es la idealización del terapeuta, señal inequívoca de que éste está siendo más prevalente que su paciente en el proceso.

(c) *Intención de Receptividad*: Tiene que ver con la actitud permanente del terapeuta de disponer toda su dotación sensorial, cognitiva y emocional para mantenerse en conexión con su paciente y lo que ocurre en el contexto terapéutico. Esta condición permite o facilita la focalización sobre contenidos significativos en juego, que puedan estar señalados marginalmente en el discurso, pero que son señales indicativas de las características de funcionamiento del paciente. De modo tal, que esta competencia es muy relevante para decidir el tipo de intervención o técnica que concurra en algún momento del relato o del comportamiento del paciente dentro de la sesión.

Las particularidades técnicas y clínicas del contexto interpersonal, ajustado a un encuadre psicoterapéutico, permiten instalar y potenciar, tanto los factores específicos como los inespecíficos del proceso terapéutico, de modo que permitan asegurar las condiciones propicias para la reorganización y cambio de los pacientes. Al mismo tiempo, el encuadre provee al terapeuta de un marco que regula su propia conducta, su rol y su participación en la psicoterapia, de modo de resguardar su salud mental, al amparo del marco ético y técnico que se desprende del encuadre.

## **2.4 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. Son procedimientos que se desprenden de una teoría acerca del funcionamiento humano normal y anormal, y que especifican condiciones de la terapia, el terapeuta y la relación terapéutica, para movilizar cambios en el paciente. Al respecto, Strupp & Binder, (1993, Pág. 15), señalan que “Las técnicas de psicoterapia han sido descritas tradicionalmente como estrategias amplias, basadas en principios generales, que derivan de una teoría subyacente”.

Las diferentes modalidades técnicas se distribuyen en un rango, desde aquellas altamente estructuradas y especificadas en una secuencia y manualización, hasta técnicas de nivel simbólico que movilizan condiciones abstractas en la terapia.

La utilización de las técnicas provenientes de otras teorías, en una especie de eclecticismo técnico, es posible siempre y cuando se justifiquen teóricamente e el modelo que sustenta una particular psicoterapia. Lo que no corresponde, es el uso de la técnica por la técnica. Estos antecedentes permiten, por ejemplo, que dentro del modelo Constructivista Cognitivo, estén incluidas tácticas, más que técnicas, como el diagrama familiar llamado genograma por los teóricos sistémicos u otros parcialmente utilizados, tales como la “prescripción paradójica”, o técnica de la “silla vacía” que, aunque se usa muy poco, finalmente, si se justifican teóricamente, son perfectamente posibles.

En este sentido, Lazarus (2000, Pág. 54), señala: “Es lógico seleccionar técnicas aparentemente efectivas de cualquier disciplina, sin suscribirse necesariamente a las teorías que las sustentan. En este orden, no es necesario recurrir a un dogma simple de las teorías existenciales de Frankl (1967) para emplear su método de la “intención paradójica” y se puede utilizar la “técnica de la silla libre”, sin hacer uso de ninguna de

las teorías de la terapia Gestalt o del psicodrama”. Los riesgos del eclecticismo son, en primer lugar, constituirse en un centralismo teórico, dogmático que haga más rígidos los aspectos aplicados de un modelo e interfiera la interacción con otros, y por otra parte, que de alguna u otra manera, respalde actividades terapéuticas diversas sin suficiente evidencia o base teórica que las sustenten.

## 2.4.1 TÉCNICAS OPERATIVAS

Las técnicas operativas son un componente necesario y sumamente útil para el proceso terapéutico, dado que su indicación está referida a los aspectos concretos de las dificultades de los pacientes, y el resultado, frecuentemente es alentador, lo que incide en la motivación y la confianza del paciente en el proceso terapéutico. En muchos casos, los pacientes exigen directamente que le sean aplicadas “técnicas concretas”, que le ayuden a resolver sus dificultades cotidianas, por lo tanto, no habría contraindicación en satisfacer esta demanda; sin embargo, la decisión de aplicar una técnica operativa, es de responsabilidad preferente del terapeuta, puesto que tiene que tener muy claro el objetivo y los efectos que su aplicación pudiera tener en el proceso general de terapia. Desde mi perspectiva, considero que no hay que dudar en hacer uso de las técnicas operativas cuando notoriamente pueden producir un alivio sintomático en un plazo reducido; la precaución que se debe tener, es la adecuada contextualización dentro del marco general de la terapia y del funcionamiento profundo del paciente, de modo que éstas no resulten, como reza el dicho popular, “pan para hoy y hambre para mañana”.

Las técnicas operativas son procedimientos validados experimental y clínicamente, que se desprenden de teorías y cuya función es abordar un objetivo terapéutico específico, frecuentemente asociado a la sintomatología que presentan los pacientes. Los procedimientos y aplicación de estas técnicas suelen estar secuenciados, paso a paso, en sus distintas fases y objetivos, es decir, cuentan con un modo de aplicación que les es propio y prácticamente manualizado. Cabe hacer notar que, a pesar de esta característica, se requiere un buen entrenamiento en el uso y aplicación de estas técnicas, para asegurar los resultados que se proponen; por ejemplo, en la desensibilización sistemática, una deficiente especificación de las claves fóbicas, puede llevar a resultados desastrosos, más en la línea de la sensibilización que de la desensibilización.

Algunas de las técnicas operativas más empleadas en la terapia Constructivista Cognitiva, corresponden a aquellas originarias de la fase conductual y la fase cognitiva del modelo.

Este trabajo se remite a reseñar una lista, no exhaustiva, de la oferta de técnicas, las que se encuentran muy bien descritas en las referencias bibliográficas señaladas para cada una de ellas:

- Desensibilización Sistemática: véase Wolpe (1979); Marks (1986); Rimm & Masters (1987).
- Entrenamiento Asertivo: véase Caballo (2000); Anexo 1; Rimm & Masters (1987).
- Relajación General Progresiva – Reformulación de Borkovec: véase Rimm & Masters (1987).
- Ensayo Conductual: véase Kanfer & Phillips (1977).
- Técnicas de Autocontrol: véase Kanfer & Phillips (1977).
- Modelling: véase Kanfer & Phillips (1977).
- Reestructuración Cognitiva: véase Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Reestructuración de las Creencias Irracionales: véase Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Entrenamiento Autoinstruccional de Meichenbaum: véase Cía (1994).
- Técnicas de Afrontamiento Instrumental y Paliativo: véase Cía (1994).
- Entrenamiento en Autoeficacia de Bandura: véase Bandura (1987).
- Exposición y Prevención de Respuestas Ritualizadas en Trastornos Obsesivo – Compulsivos (TOC): Cía (1995).
- Detención del Pensamiento: véase Beck, J. (2000)
- Enfoque Multimodal de Lazarus: véase Lazarus (2000).
- Programación de Actividades: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Práctica Cognitiva: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Detección de Pensamiento Automático: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).

- Identificación y Modificación de Creencias Intermedias: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Técnicas de Imaginería: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Resolución de Problemas: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Toma de Decisiones: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Experimentos Conductuales: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Distracción y Refocalización: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Exposiciones Graduales: véase Beck, J. (2000); Beck, Rush, Shaw & Emery (1983).
- Terapia de Pareja de Beck: véase Beck, A (1990).
- Terapia Sexual Cognitiva: véase Anexo 2.

En el caso de la terapia de pareja, es importante consignar el aporte de la metodología de tratamiento propuesta por Aaron Beck, en su texto “Con el amor no basta”, que se refiere a un programa paso a paso para el tratamiento de distintas dificultades afectivo-sexuales y otros conflictos de la pareja.

## **2.4.2 TÉCNICAS PROCEDURALES EN EL MODELO CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO**

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. 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.

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. Por ejemplo, en el relato de un paciente durante la aplicación de estas técnicas, es perfectamente posible que el terapeuta haga uso implícito de los principios de aprendizaje clásico, operante y observacional, ya sea como expresión de refuerzo, extinción o como distorsiones cognitivas acerca de sí mismo, el mundo y los otros, con los que el paciente pone en juego sus comportamientos disfuncionales. Pero al mismo tiempo, la intención que guía al terapeuta en la aplicación de estas técnicas, es el reordenamiento de la experiencia inmediata respecto de las explicaciones que



puedan surgir durante una exploración experiencial de un evento prototípico del paciente, lo que es claramente característico del enfoque Constructivista y opción del modelo, de modo que desde la perspectiva técnica y su aplicación, el terapeuta puede hacer uso de las diversas técnicas, desplazándose en uno u otro sentido entre los paradigmas Conductuales y los paradigmas Constructivistas y desde una epistemología positivista a una constructivista. Esta vocación de integración del modelo, se aprecia en el hecho de que las técnicas, ya sea conductuales, cognitivas o constructivas, están destinadas a crear conciencia de la forma de ordenamiento particular de la realidad que utiliza el paciente. Al respecto Safran & Segal, (1994, Pág. 158), dicen que "...la eficacia de cualquier técnica de cuestionamiento en la terapia cognitiva puede atribuirse a la medida en que la aplicación de esa técnica propicia que el individuo tome conciencia de su forma de construir la realidad". De esta manera, es posible afirmar con certeza, que éstas representan fielmente la evolución del modelo Cognitivo.

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.

Finalmente, las técnicas procedurales crean las condiciones para que la dinámica intersubjetiva entre paciente y terapeuta, sea al mismo tiempo, la fuente de las condiciones para producir el cambio y la reorganización o reestructuración de la coherencia sistémica del paciente, que es la meta final de un proceso terapéutico Constructivista Cognitivo. Las técnicas procedurales, y su relación interdependiente y sistemática con la relación terapéutica, resuelven la prevención que señalan Neimeyer y Mahoney, (1998, Pág. 119), "Sin embargo, los constructivistas tienen dudas respecto a

dedicarse exclusivamente a la técnica y prefieren, en su lugar, el papel crítico de la relación terapéutica al permitir e iniciar el cambio humano”.

Tomando en cuenta todas las consideraciones anteriormente señaladas, se proponen dos técnicas procedurales: *Exploración Experiencial* y *Metacomunicación*, las que parcialmente se relacionan con las propuestas de Jeremy Safran (Safran, 1998; Safran & Muran, 1998; Safran & Segal, 1994), sobre descentramiento y desmentido experiencial dentro y fuera de la sesión; de Leslie Greenberg, (Greenberg & Paivio, 2000; Greenberg, Rice & Elliott, 1996) respecto del despliegue evocador sistemático, y de Vittorio Guidano (Guidano, 1987 y 1994) sobre el método de autoobservación, la técnica de la moviola. El aporte de estos autores es reformulado a la luz del modelo Constructivista Cognitivo, para proponer dos metodologías de trabajo terapéutico distintas pero complementarias, por cuanto abordan el material en el eje diacrónico, en el caso de la técnica de Exploración Experiencial, y en el eje sincrónico durante la sesión, entre el terapeuta y el paciente, a través de la técnica de Metacomunicación. La ventaja de estas técnicas respecto de las referencias anteriormente señaladas, reside principalmente en:

a) los alcances teóricos y aplicados de las técnicas, en términos que incluyen principios de toda la evolución del modelo,

b) que el procedimiento o metodología de aplicación implica un análisis y objetivos detallados de cada una de las fases y,

c) el contexto técnico riguroso, que provee el encuadre Constructivista Cognitivo, permite regular y mantener la relación y la alianza terapéutica en términos técnicos.

Las tres ventajas señaladas, permiten que la aplicación de las técnicas en la perspectiva Constructivista Cognitiva, se formalice, amplíe y dinamice, de tal manera que le permita al terapeuta abordar los aspectos operativos superficiales del sujeto, asociados a los síntomas y la dinámica de las estructuras profundas de funcionamiento

del paciente. Todo lo anterior, regulado por el encuadre psicoterapéutico, que da origen a un contexto de permanente intercambio de experiencias significativas, entre terapeuta y paciente, que permita y facilite las perturbaciones técnicas necesarias para poner en movimiento el cambio del paciente.

En síntesis, las técnicas procedurales se despliegan rigurosamente dentro de un procedimiento estructurado y regulado por los principios teóricos y las condiciones metodológicas de su aplicación. Su objetivo principal es la creación de condiciones personales, interpersonales y contextuales para el cambio psicoterapéutico.

### 2.4.2.1 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. Al respecto, Guidano plantea que “La activación de los datos almacenados, provocada por la sincronización de las experiencias pasadas con las presentes, es una recuperación realizada por medio de un procedimiento analógico, similar al que Tulving (1972, 1983, 1985) ha denominado “memoria episódica” (es decir, un mecanismo de memoria emocional que, mediante la recuperación de los rasgos perceptivos y las tonalidades del sentimiento con los que se experimentó el recuerdo, crea una referencia inmediata a la propia continuidad percibida).”, Guidano, (1994, Pág. 96).

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.

Esta técnica es un proceso constructivo mutuo y simultáneo principalmente de origen simbólico, que busca alcanzar nuevos niveles de reorganización que, ni la experticia del terapeuta, ni la experiencia del paciente podían anticipar. En este sentido, entonces, es relevante considerar lo señalado por Greenberg, Rice & Elliott (1996, Pág. 171): “Aunque el terapeuta sea en ciertos momentos el director del proceso, le corresponde al cliente llevar a cabo los descubrimientos”. Esta consideración debe tenerse presente siempre que el terapeuta intervenga en cualquier momento del proceso de psicoterapia, puesto que la apropiación de lo dicho por parte del paciente, se ve facilitada si es el responsable de las revelaciones acerca de sí mismo.

Durante la sesión de psicoterapia Constructivista Cognitiva, gran parte de las intervenciones que hace el terapeuta, tienen una intención exploratoria. Lo que distingue esta intención genérica de la técnica de exploración experiencial propiamente tal, es básicamente el nivel de profundidad en términos de la movilización de la estructura de funcionamiento del paciente y el grado de perturbación consecuente que trae consigo. Una exigencia de esta técnica es que, el material sobre el que basa su acción, corresponde al eje diacrónico o histórico del paciente, de modo tal que se inserta en el relato del mismo.

## Condiciones para la Exploración Experiencial

El relato del paciente es el vehículo que contiene el material donde se revela la particular organización de los sistemas de conocimiento del paciente. En otras palabras, la intervención de esta narración permite al terapeuta distinguir la estructura y la dinámica de estos sistemas de conocimiento y la relación de ellos con la sintomatología. La exploración experiencial se constituye en la técnica indicada, como ya se ha señalado, para el trabajo con los contenidos del eje diacrónico. La decisión de aplicarla es una prerrogativa del terapeuta que frecuentemente se apoya en, al menos, algunas de las siguientes condiciones del relato:

a) Es un relato con mucha conmoción emocional, que se expresa tanto simbólica –o sea, el paciente refiere a través del lenguaje, la trascendencia, importancia o compromiso emocional que el evento le gatilla, sin que necesariamente haya un componente no verbal involucrado-, o explícitamente, en el nivel de la conducta, y principalmente a través del lenguaje no verbal, ya sea en sus niveles corporales<sup>21</sup>, faciales<sup>22</sup>, suprasegmentales<sup>23</sup> o expresiones directas emocionales como llanto, rabia, etc. Muchas veces el compromiso emocional está asociado a un bloqueo de emociones primarias o de contenidos perturbadores, por tanto es importante detenerse y abordar con esta técnica este tipo de contenido. En relación a esto, Safran & Segal señalan: (1994, Pág. 155), “La ansiedad, en consecuencia, obstaculiza no sólo la experimentación con nuevas conductas, sino también el procesamiento de experiencias interiores”.

---

<sup>21</sup> Lenguaje no verbal compuesto por la corporalidad: aquellos actos comunicativos en que se encuentra involucrado el cuerpo, tales como gestos, posturas, movimientos, actitudes corporales.

<sup>22</sup> Facialidad: componentes de los actos comunicativos que involucran las expresiones faciales, o sea, el rostro en su totalidad.

<sup>23</sup> Suprasegmentalidad: componentes de los actos comunicativos relacionados con la voz y el habla, y que se adjuntan a los segmentos del nivel morfosintáctico del lenguaje y que se expresan en timbre de la voz, cadencia, prosodia, entonación, pausas y silencios (para mayor detalle sobre el lenguaje no verbal, véase Anexo 1).

El hecho que una exploración experiencial pueda ser decidida a partir de un importante compromiso emocional durante la sesión, no necesariamente implica que debe hacerse de inmediato al despliegue emocional, puesto que requiere de una cierta estabilidad y dominio emocional por parte del paciente para lograr hacer un relato completo y además establecer las conexiones o asociaciones necesarias entre acontecimientos y reacciones emocionales. Puede surgir la oportunidad durante la misma sesión, dado que el paciente se calma y es capaz de hilvanar un relato coherente con su experiencia y las necesarias interpretaciones de los hechos, pero también es perfectamente posible que el terapeuta sólo registre el hecho y favorezca la catarsis emocional durante la sesión, para posteriormente volver a retomar los contenidos, con el ánimo de reordenarlos de acuerdo a las posibilidades de significación del paciente. Cuando el impacto emocional del paciente es difuso y el no posee las habilidades categoriales necesarias para el reconocimiento emocional, o bien este es contradictorio y equívoco respecto de las categorías comunes usadas por sus redes interpersonales. Estas condiciones son las que nos permiten tener la indicación emocional para una exploración experiencial.

b) También es pertinente aplicar una exploración experiencial cuando el relato del paciente acerca de los acontecimientos, resulta poco comprensible, confuso, insuficiente o ambiguo, de modo tal que él mismo no es capaz de organizar coherentemente el material o los contenidos de los acontecimientos, y se perturba por esta incomprendibilidad o falta de simbolización de los sucesos.

Sin embargo, otra posibilidad es que este relato pueda resultar incomprensible para quien escucha el relato, aún cuando al paciente no le produzca extrañeza ni perturbación; y en este caso, la evaluación de la exploración experiencial se decide por el efecto que produce en el receptor. Suele reconocerse este efecto por la gran necesidad del terapeuta de aclarar, ampliar o tener un mapa o una panorámica de los acontecimientos. Cuando se hace esto, obviamente se está eliminando la posibilidad de encontrarse ante un discurso distorsionado por razones psicóticas o pensamiento disgregado, propio de lagunas esquizofrenia. La exploración experiencial, hasta ahora,

sólo se recomienda en pacientes neuróticos que tienen dificultades para organizar un discurso coherente, producto de las interferencias emocionales factibles de ser comprendidas por el terapeuta. Esto es lo que se llama una indicación cognitiva para llevar a cabo una exploración experiencial.

c) Lo más frecuente es que las categorías a) y b) anteriores no sean tan puras en cuanto al despliegue que el paciente hace de un relato factible de ser explorado experiencialmente, por lo tanto, a menudo se encuentra la mezcla de las dos indicaciones, que contiene tanto elementos emocionales como cognitivos que el paciente despliega durante su relato y que lo hacen susceptible de aplicarse la técnica. En este caso, cuando ambos elementos están combinados, se puede predecir que los contenidos involucrados en el relato están en un nivel próximo de simbolización; dicho de otra manera, la asociación de componentes cognitivos y emocionales con un nivel de intensidad alta, crea condiciones de energía o de dinamismo que hacen muy posible el reordenamiento de la experiencia o la simbolización de la experiencia, de modo que se produzca efectivamente y en plenitud, una catarsis. Entonces, este tercer indicador es señal inequívoca de un buen progreso en la terapia a través de la técnica de exploración experiencial. Se podría asegurar que es el mejor indicador de los cuatro.

d) El cuarto indicador, no pertenece al paciente, aún cuando es responsable del gatillaje de éste, puesto que es un indicador que produce el terapeuta y que se inicia a partir de una perturbación emocional, cognitiva o de ambas, que le genera el relato del paciente merced de estar ubicado como aparato psíquico auxiliar. O sea, que el terapeuta está teniendo al vivenciar del flujo de la praxis relatada del paciente, dado que este se mantiene principalmente en el relato, sin que existan concomitantes ni emocionales ni cognitivos que lo comprometan directamente con los acontecimientos. Esta posición del terapeuta, es un acto consciente y técnico que le permite durante la exploración experiencial, transferirle progresivamente los estados vivenciales, posibles de asociar al relato de acontecimientos traumáticos. Esta oportunidad puede ser evaluada por la Psicología Clínica General, y por supuesto, desde una perspectiva más profunda, como lo que suele llamarse el “terapeuta como modelo de rol”, pero se puede



entender que el modelaje no se produce a nivel de conductas superficiales o de estilos de vida o de ideologías, sino que lo que aparece en la técnica de exploración experiencial, es la “actuación” de una forma posible de procesar los acontecimientos y su consecuente reorganización a nivel de la explicación o la simbolización. El modelaje se lleva a cabo, entonces, a nivel de procesos profundos de integración mental. Esta alternativa para decidir la aplicación de una exploración experiencial dentro de la sesión o dentro de un proceso terapéutico en general, es una de las que requieren mayor experiencia y formación por parte del terapeuta, puesto que están involucrados dos niveles de competencia:

a) la que tiene que ver con la habilidad de terapeuta para disponerse como aparato psíquico auxiliar de su paciente, sin que se produzcan fenómenos como la identificación o la actuación, de modo que se pueda técnicamente enganchar con los contenidos y el despliegue del paciente pero, al mismo tiempo, desengancharse para no perder la perspectiva que le brinda el lugar del terapeuta acerca de lo que le ocurre al paciente. Tal cual como señala Safran respecto de esta habilidad terapéutica esencial, Safran & Segal (1994, Pág. 157), “Estos dos procesos interdependientes, distanciarse de la propia experiencia inmediata y observarse a uno mismo en el proceso de construir dicha experiencia, son comunes a varias formas de psicoterapia”, y

b) la habilidad para conducir y conducirse en una exploración experiencial requiere de la experticia, por parte del terapeuta, para ir guiando al paciente en el engranaje de los distintos componentes de un acontecimiento perturbador, es decir de los aspectos emocionales, cognitivos, contextuales y comportamentales, que van a ser los componentes de la reorganización. En estos términos, la exploración experiencial presiona al terapeuta a ir trabajando con el material del paciente desde el eje sincrónico al diacrónico, es decir desde la reorganización específica del evento en cuestión a la comprensión en términos de la significancia que tiene el cómo el sujeto vive, organiza e interpreta su experiencia en términos históricos.

## **Etapas de la Exploración Experiencial**

### ***Etapas 1. Relato panorámico de los acontecimientos:***

Es el relato espontáneo, no intervenido que el paciente construye acerca de un acontecimiento relevante que le ha ocurrido en el pasado remoto incorporado como experiencia de vida, traumática, o incomprensible o emocionalmente perturbadora, tradicionalmente revisados al hacer la historia de vida de un paciente y sus áreas vitales (escuela-trabajo, familia, emocional-sexual, salud, relaciones interpersonales, etc.), o bien, en el pasado inmediato, como registro de acontecimientos, interesantes de ser revisados en una sesión terapéutica, y que surgen frecuentemente a partir de relatos espontáneos del paciente o bien a las preguntas del terapeuta acerca de lo acontecido entre sesión y sesión. Esta panorámica, debe procurarse que se despliegue de una manera natural en el paciente, evitando en lo posible las intervenciones del terapeuta. Quizás, las únicas preguntas que pueden estar permitidas son aquellas orientadas a estimular la panorámica, especialmente en pacientes que son reservados en sus comunicaciones. La estimulación de la panorámica tiene que considerar preguntas que se orienten hacia el antes, el durante y el después de los acontecimientos. En este sentido, es semejante al interrogatorio que se hace cuando se aplica la prueba proyectiva TAT, en que frente a las láminas, una vez que el paciente ha terminado su interpretación, se lo presiona para que imagine un antes y un después, si es que no ha surgido espontáneamente. Con estas prevenciones, se pretende acceder como receptor, en forma directa a la manera idiosincrásica o prototípica de construir relatos acerca de los sucesos, en la idea de que los sujetos son en buena parte, aquellos cuentos que se cuentan acerca de sí mismos. Estos relatos inciden o determinan, muchas veces directamente, el cómo nos comportamos, las apreciaciones que tenemos acerca del mundo, los demás y nosotros mismos. De modo tal, que es un excelente material que al terapeuta le permite informarse de contenidos significativos de la vida del paciente pero, al mismo tiempo, le da un marco de referencia real de cuáles deben ser los márgenes posibles de interpretación y de acoplamiento de su propio relato con respecto al relato del paciente. La actitud del terapeuta, durante este despliegue de la

panorámica debe ser de escucha y, a lo más, de aclaración en cuanto a los niveles de las intervenciones. Se debe evitar al máximo, generar perturbaciones durante el relato de la panorámica que puedan inhibirlo, sesgarlo o desviarlo hacia otros contenidos. En otras palabras, durante el despliegue de la panorámica, el paciente está solo construyendo sus propios acontecimientos, ante alguien que interesadamente escucha.

Esta etapa de la exploración experiencial es fundamental para que el terapeuta tenga los elementos suficientes de juicio, que surgen tanto del contenido de lo relatado como del marco de referencia en que se mueve el paciente para construir su relato, e intervenir en las siguientes etapas en aquellos segmentos del relato que le parecen productivos, en cuanto a que pueden dar origen a un material nuevo, en el sentido que no está necesariamente puesto en el discurso del paciente, o bien, se pueden establecer asociaciones entre contenidos o entre contenidos e interpretaciones de los contenidos, que produzcan un reordenamiento de la experiencia o la emoción asociada, con respecto a las interpretaciones o explicaciones que el paciente obtiene. De modo tal, que al terapeuta, esta panorámica, le permite moverse en un nivel de micro proceso; por ejemplo, en una escena específica donde se juegan componentes importantes de la forma de organizar acontecimientos del paciente; o bien a nivel del macro proceso, como sería la reordenación de una secuencia de escenas, que le permitan al paciente experimentar desde otra perspectiva, los mismos acontecimientos, para consecuentemente reorganizar explicaciones que sean más consistentes con sus procesos de mismidad o su coherencia sistémica.

### ***Etapa 2. Descripción detallada de los acontecimientos con cuatro objetivos:***

Objetivo 1) la exigencia de abundar en detalles periféricos, o secundarios, o marginales, permite acopiar nuevos elementos al relato que pueden ir cambiando el cariz de éste o facilitando nuevas interpretaciones;

Objetivo 2) el detallismo anecdótico permite bajar las defensas del paciente, principalmente en términos de negación, desplazamiento o represión de contenidos, a

través de la distracción o el autoengaño, producto de la focalización de elementos, en principio no importantes para el relato primitivo;

Objetivo 3) relacionado con lo anterior, el paciente baja sus niveles de sesgo cognitivo, de autoenjuiciamiento o de ansiedad, en la medida que el relato se hace más anecdótico y detallista, permitiéndole al terapeuta desplazarse por aquellas zonas del relato que discurren en la frontera con los procesos de mantenimiento y cambio o, en otras palabras, en las fronteras de los procesos de Ipseidad, o sea, aquellos acontecimientos no completamente incorporados en el relato del paciente; y

Objetivo 4) la abundancia de material, primitivamente no incluido en el relato del paciente, le permite al terapeuta ir construyendo relatos alternativos para poner en juego las intervenciones.

***Categorías de Descripción:***

a) *El contexto ambiental:* corresponde al escenario donde se desenvuelve la acción y opera, en la construcción del relato del sujeto, como un contexto establecido y rígido donde se desenvuelven los acontecimientos. El contexto original que se despliega en el relato panorámico, suele estar muy claro en cuanto a los márgenes y elementos que lo contienen, sin embargo, suele ser de naturaleza secundaria en el relato e infrecuentemente bien descrito. Se podría decir que, la precariedad de los elementos contextuales del relato original, revela en sí los posibles mecanismos de defensa que el paciente incorpora y que restringen la riqueza del contexto, precisamente para que operen más fluidamente los sesgos del relato, en una dirección conveniente para el paciente. De modo que el terapeuta debe ser muy persistente y técnicamente hábil para ampliar el foco de descripción del relato, en cuanto al contexto ambiental, y así incorporar elementos que notoriamente resultan ser significativos. Esto se basa en la idea de que las circunstancias ambientales, como lo muestran los diversos estudios, determinan en una parte no despreciable, los comportamientos de los sujetos inmersos en un contexto. Por lo tanto, nunca es irrelevante ser estrictos y acuciosos en la revisión de los elementos contextuales, donde discurren los

acontecimientos en una exploración experiencial. Algunos elementos de este contexto son: el espacio físico, la dimensión temporal en cuanto a hora, día y período significativo (ejemplo: durante cumpleaños, fiesta, navidad, etc.), los estímulos acústicos (música, palabras, ruidos lejanos, silencios, etc.), clima, luminosidades, sombras, movimientos, etc.

b) *En contexto interpersonal:* se refiere al lugar, importancia y significación que tienen los personajes involucrados en los hechos respecto del protagonista. En otras palabras, a la dimensión histórica interpersonal de los sujetos involucrados en la acción y a la dimensión presente respecto del papel que les corresponde jugar en los acontecimientos. Dicho de otra manera, los sucesos varían su relevancia para el protagonista, dependiendo de la historia de relaciones interpersonales y de significaciones comunes que los personajes tengan con él: lo dicho por un padre es sensiblemente distinto a lo dicho por un compañero de trabajo. Los personajes son el material más frecuentemente sujeto a la operación de dispositivos defensivos, puesto que ellos suelen representar las fuentes de mayor impacto emocional en la construcción de los recuerdos de escenas prototípicas o en los acontecimientos recientemente vivenciados. Se puede decir que los actos de los personajes son los protagonistas, lejos de aquellas situaciones evaluadas como traumáticas por el paciente. Es frecuente encontrar que en un relato no se incluyen todos los participantes de un acontecimiento y suele ser que, son precisamente aquellos excluidos, los que le confieren al recuerdo el valor perturbador, o displacentero, o directamente traumático, de modo que el terapeuta debe ser quien, al revisar una escena, interroga acerca de los participantes que están involucrados en la misma. Una vez definido quienes son los protagonistas de esa escena, se debe revisar cuidadosamente uno por uno, especialmente el lugar físico que ocupan en la escena, su postura, su actitud y sus expresiones faciales. En este punto son válidas todas las consideraciones acerca de la comunicación verbal y no verbal que se pueden encontrar en el modelo de Asertividad Generativa (véase Anexo 1). Es necesario también solicitarle al paciente que describa en detalle la participación que cada personaje tiene en los hechos y la distancia e intervención que cada uno haga en la construcción de la escena.

c) *Los hechos*: Cuando se habla de los hechos en una exploración experiencial, obviamente no se refiere a los hechos objetivos, sino que a los acontecimientos relatados de una manera particular por un sujeto; entonces se refiere a las experiencias que el sujeto ha tenido con los eventos. Como contempla Ritter (1979, citado en Guidano, 1998, Pág. 136), hay que distinguir entre hechos y teoría, en el sentido que las teorías nunca se pueden probar totalmente, son hipótesis acerca de lo que ocurre, en cambio, las experiencias conscientes de un sujeto es precisamente aquello que ocurre, son por lo tanto, hechos y “representan las únicas cosas de las que podemos estar seguros”. Por tanto, terapeuta y paciente, deben darle un carácter de realidad al relato idiosincrático que este último ha construido. Es de vital importancia que el terapeuta sea capaz de distinguir entre la experiencia inmediata y la interpretación que el paciente le atribuye a esa experiencia. Este es un primer paso, y es la fuente o el material con que el terapeuta construye las intervenciones, puesto que en la medida que el pueda hacer esa distinción, un segundo paso se constituye en el hacer, a través de estas intervenciones, que el paciente también sea capaz de distinguir al menos tres niveles: la experiencia de los acontecimientos, el efecto emocional que los acontecimientos producen y la interpretación que él mismo hace de los acontecimientos. Este aspecto es crucial dado que esa desarticulación del relato es el paso necesario para poder reordenar la experiencia desde una nueva perspectiva interpretativa y, por lo tanto, resolver, ya sea o la emoción perturbadora asociada al acontecimiento, o la difusión cognitiva, o ambas según sea el caso. Lo que debe seguir a continuación, es que el paciente se de cuenta de su particular manera de procesar los acontecimientos puntuales de una escena o un relato, ya sea en términos de esquemas emocionales o esquemas ideológicos, para luego poder relacionarlos con una categoría general de su propio funcionamiento, por ejemplo, del tipo “Soy una persona desconfiada”, ó “Me asusta una situación en la que puedo ser rechazado por los demás”, ó “No tolero el fracaso”, etc. Al respecto Safran & Segal (1994, Pág. 157), señalan: “Pero para que se produzca un cambio, los pacientes deben tener algo más que la comprensión intelectual de esta noción. Deben tener la experiencia de ver realmente cómo construyen la realidad. De este modo, la índole misma de la experiencia cambia para ellos”.

El nuevo material generado a partir de la exploración experiencial, viene a incorporarse a algunas de estas categorías generales para producir efectos que modifiquen su estructura esquemática y su alcance interpretativo en la vida del paciente, sea a nivel superficial, entendido como las dimensiones operativas (Véase Capítulo 2.9.3), o bien a nivel profundo, como cambios estructurales de esquemas prototípicos o esquema morfogénico nuclear. En otras palabras, aquellos contenidos que eran parte de la memoria episódica y que estaban desplegados, en términos de un relato de acontecimientos en búsqueda de significado, lo adquieren durante el proceso de exploración experiencial, y estos contenidos, con un significado atribuido, pasan a ser parte de la memoria semántica. Este mecanismo Guidano (1994, Pág. 97), lo refiere como: "... la estructuración de la memoria episódica en *memoria semántica*, Tulving, (1972, 1985), supone abstraer del almacenamiento perceptivo-emocional (por ejemplo, la experiencia de ira) expectativas y procedimientos de pensamiento de la experiencia percibida que sean congruentes con el sentido de continuidad personal (por ejemplo, cogniciones sobre la propia vivencia de sentir ira, mientras se mantiene la autoimagen elegida)". Estos efectos son difícilmente anticipados por el terapeuta y más bien surgen producto de la calidad de la exploración experiencial, o bien del momento terapéutico en que esta exploración se lleva a cabo, y que se entendería que el paciente ha desarrollado habilidades más eficientes para revisar sus propias experiencias personales.

### ***Etapas 3. Reorganización Sistémica.***

Los cambios que se constituyen en significativos para el sujeto, son aquellos que se experimentan en todos los niveles de respuesta: (a) comportamental, en términos de tendencia a la acción; (b) emocional, en términos de movilización y reorganización de los patrones emotivos; y (c) cognitivos, expresados en la interacción, a través de la simbolización, de contenidos explicativos coherentes con la experiencia vivida. En el caso de la reorganización sistémica, que produce como resultado la aplicación de la técnica de exploración experiencial, la dinámica proviene del dominio que alcanza el paciente de la interfaz explicación – experiencia inmediata. Lo que se encuentra a

menudo, es la dificultad del paciente, expresada en una resistencia para reorganizarse y que tiene que ver con el hecho de que el cambio de organización moviliza mucha ansiedad, puesto que implica dejar una estructura para cambiarla por otra y que, en términos metafóricos, es como encontrarse saltando entre una orilla y otra de un pequeño riachuelo. Al respecto Safran y Greenberg, (1989 en Safran & Segal, 1994, Pág. 154), dicen que “Muchas personas se resisten a experimentar con nuevas conductas porque nunca han desarrollado la clase de relación de apego segura que se necesita para practicar conductas exploratorias y superar así temores infantiles”. Por tanto el papel del terapeuta es crucial, y la técnica misma está destinada a que el paciente tome conciencia de este proceso de inclusión o inmersión, y exclusión o descentramiento de la experiencia, con el fin de organizarla a nivel semántico. Esto implica que el contenido específico desencadenante de la exploración, y que cumplía con las características previamente señaladas, que pueden ser resumidas en la imposibilidad, dada su cualidad, de ser integradas a la dinámica de la mismidad, se desplaza desde la memoria episódica, -que simplemente registra contenidos relevantes-, a ser parte del nivel de la memoria semántica, -que es aquella experiencia y explicación con que el paciente cuenta los relatos acerca del sí mismo-. Este punto es crucial, dado que los contenidos que son incorporados al discurso habitual del sujeto, son aquellos que forman parte de su identidad, de modo que la memoria semántica está asociada a los procesos de mantenimiento del sí mismo, y sus contenidos son aquellos que están integrados pertinentemente a la coherencia del sistema, mientras que la exploración experiencial trabaja con aquellos contenidos que son parte de los procesos de cambio del sujeto y que aún no están suficientemente elaborados como para formar parte de la identidad, pero que sin embargo, sus méritos consisten en ser parte inevitable de la experiencia cotidiana del sujeto.

La exploración experiencial puede producir cambios a nivel de la estructura profunda del paciente, especialmente cuando el resultado es una movilización de las estructuras esquemáticas prototípicas del paciente y suelen estar asociadas a aquellas exploraciones experienciales que se llevan a cabo con escenas prototípicas de la historia remota del paciente o bien, escenas de la historia reciente pero que están



íntimamente conectadas con escenas del pasado, y que la re-evocan. Un trabajo acucioso en ese sentido, puede conducir a la reorganización de las estructuras esquemáticas profundas, pero lo más frecuente en un proceso terapéutico que aplica la exploración experiencial como técnica, es que se produzcan cambios a nivel superficial, o sea, que aquello que se reorganiza es la operatividad del sistema, específicamente en la movilización de lo que en el apartado de Psicopatología, llamamos *Dimensiones Operativas*. Este tipo de cambio suele ser tributario de aquellas exploraciones que abordan la temática sintomatológica del paciente, y cuyo resultado frecuentemente es un alivio sintomático y una más favorable operatividad para vivir, o sea, una importante meta de la psicoterapia. En otras palabras, una psicoterapia que es capaz de reducir la sintomatología y crear una mejor calidad de vida para un paciente, es una psicoterapia altamente eficiente. La reorganización de la operatividad del paciente, conduce a mejores niveles de generatividad, en cuanto a que los resultados de las interacciones en que participa, son auspiciosos en términos de que se mantienen, se proyectan, se hacen más íntimos y se intensifican, cuestiones que estarían relacionadas con la generatividad interpersonal; pero al mismo tiempo, se expresan resultados para el sujeto, en términos de lo que llamamos *generatividad intrasubjetiva*, o sea que el sujeto gana en términos de la dinámica de los desplazamientos en los ejes de las dimensiones operativas, que se verían reflejadas en un aumento de la complejidad del sistema, para responder eficientemente a las demandas diversas que lo convoca la realidad a que está sometido.

### ***Operaciones del Terapeuta para la Exploración***

El papel del terapeuta durante la exploración experiencial requiere de competencias específicas, tales como: la capacidad de engancharse y desengancharse en la transferencia de contenidos que el paciente despliega; la habilidad de realizar intervenciones contingentes, para abrir contenidos o encauzar la dirección de la exploración; la habilidad de manejarse empáticamente, de modo de constituirse en una base segura para la exploración de su paciente, dado que dicha exploración, como lo hemos señalado anteriormente, debe llevarse a cabo en los límites de la coherencia sistémica del mismo; la capacidad para disponerse como aparato psíquico auxiliar del

paciente, de modo tal que pueda, en una especie de acople emocional, experimentar simbólicamente aquellas emociones perturbadoras, frente a las cuales el paciente aún no tiene un nivel de explicación cognitiva que le permita integrarlas a la dinámica de su propia mismidad; la habilidad para que, durante el relato del paciente, vaya realizando la distinción entre la experiencia y su interpretación; y finalmente, el terapeuta debe ser capaz de llevar a cabo con pericia todo el proceso de exploración experiencial desde el inicio de la panorámica, hasta la reorganización de la experiencia del paciente.

El terapeuta sostiene el relato del paciente en un estado permanente de activación emocional propio, que se transfiere empáticamente al paciente, impidiendo que éste lo clausure prematuramente con una categoría cognitiva / emocional generalizante o totalizante, del tipo, “Así es la vida”, “Hay cosas que no cambian”, etc. La manera como el terapeuta conduce la exploración experiencial, es principalmente a partir de intervenciones en cualquiera de los niveles descritos, desde escucha hasta interpretación (véase Capítulo 2.5.1), y secundariamente, aunque no por eso menos importante, a través de preguntas que exploran contenidos en algunas de las categorías de esta técnica. Las preguntas, son el recurso más frecuentemente utilizado, y el que debería ser el mecanismo básico de exploración. Muy ocasionalmente, puede llegarse a hacer una afirmación, pero ésta debe ser del tipo proposicional, especialmente ante situaciones en que el paciente no cuenta con las categorías emocionales suficientes para poder atribuírselas a algún estado afectivo o turbulento en curso. En ese caso, el terapeuta puede proponer una categoría para probar suerte con el efecto de sentido que esta categoría pudiera generar. Se podría definir el lugar que el terapeuta ocupa en una exploración experiencial, como un encuentro técnico entre dos estilos idiosincráticos diferentes, que pretende reordenar la estructura de un relato a partir de la revocación de la experiencia, en un contexto psicoterapéutico, acerca de acontecimientos acaecidos a uno de ellos: paciente. El terapeuta, realiza una conducción directiva, desde una perspectiva proposicional, que para él presenta dos fuentes de contenidos: a) los contenidos que el paciente despliega y la experiencia presente de éste durante el relato, y b) la propia experiencia en curso de este evento (exploración experiencial), que produce dos niveles de reacciones en él, uno es el

impacto vivencial de los acontecimientos presentes, y dos, la perspectiva del “observador objetivo”, y que se expresa en un impacto técnico profesional, o sea de estar ahí como terapeuta ante estos hechos.

En resumen, se pueden especificar las operaciones del terapeuta de la siguiente manera: *detectar* aquellos contenidos reveladores, o sea el material que se mueve en la interfaz mismidad / ipseidad, y que son responsables del desequilibrio y, por ende, de la sintomatología del paciente; *instigar* una exploración abierta de aquellos contenidos; *contener* eficientemente los niveles de ansiedad que moviliza la exploración de contenidos perturbadores; *explorar* técnicamente y en detalle aquellas escenas cargadas de contenidos perturbadores; *cuestionar* aquellas interpretaciones que no sean consistente con la experiencia en curso del paciente; *perturbar* con proposiciones alternativas a las interpretaciones del paciente; *propiciar* la movilización a nivel superficial de las dimensiones operativas para facilitar la reformulación esquemática; y finalmente, *facilitar* la creación de las condiciones interpersonales para la integración de la simbolización emergente de la experiencia trabajada en la exploración experiencial.

### 2.4.2.2 TÉCNICA PROCEDURAL DE METACOMUNICACIÓN

Los flujos de información significativa para el terapeuta durante un proceso de psicoterapia, provienen principalmente de dos fuentes, una de ellas, son los relatos que el paciente construye durante las sesiones acerca de los acontecimientos pasados, remotos o cercanos, y que corresponden a lo que en el modelo Constructivista Cognitivo llamamos eje diacrónico, y cuyo material es procesado mediante la técnica de la exploración experiencial, reseñada en el apartado anterior, y respecto de la cual cabe destacar la importancia actual, que tiene la exploración de contenidos históricos para el modelo cognitivo, como fuente de material significativo para la psicoterapia, Safran & Segal, (1994, Pág. 160), se refieren a esto señalando que “Resulta, pues, interesante que al mismo tiempo que los principales teóricos psicodinámicos están dejando de poner el acento en los recuerdos y las experiencias históricas para darle más preeminencia a la exploración de la relación terapéutica aquí y ahora, los terapeutas cognitivos comienzan a hablar de la importancia de centrarse en los recuerdos de experiencias históricas pertinentes”. La otra fuente significativa de información, corresponde al material emergente producto de la dinámica de la relación terapéutica, en el eje sincrónico, o sea el aquí y el ahora de la interacción en sesión, y se refiere a los intercambios en los tres niveles de respuesta (comportamental, emocional y cognitivo), que se producen entre el paciente y el terapeuta. Este material que surge en la inmediatez de la relación, es abordado a través de la técnica de la 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 esquema

interpersonal<sup>24</sup> 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” (Safran & Segal, 1994, Pág. 195). Dichos intercambios se expresan en lo que Safran llama *marcadores interpersonales*<sup>25</sup>, que indican el momento adecuado para la exploración experiencial, y además señalan la oportunidad de la exploración profunda del ciclo cognitivo interpersonal. Estos son equivalentes al concepto de actos de habla, cuyos efectos se evalúan por el impacto emocional que producen estos actos en el otro, que pueden producirse dentro de la relación en cualquier momento de las interacciones y discurrir con conciencia o sin conciencia respecto de quién lo emite. En otras palabras, el terapeuta durante la sesión, puede ser objeto de un marcador interpersonal característico con que habitualmente resuelve las interacciones con los demás. Lo interesante es que estos marcadores interpersonales, que pueden ser expresiones verbales o no verbales, son frecuentemente una ventana abierta o revelan el esquema interpersonal disfuncional. De modo que, es muy importante para el terapeuta, estar alerta respecto de los impactos vivenciales que le produce la interacción con el paciente. En este sentido, esta fuente de información que proviene de la interacción inmediata, suele ser un material altamente significativo para el proceso terapéutico, pero requiere que estén presentes ciertas condiciones para asegurar resultados eficientes:

- La primera de estas condiciones corresponde a las competencias, habilidades o destrezas de orden superior que debe tener el terapeuta. Esta es una exigencia ineludible y que requiere un muy buen nivel de formación, tanto teórica como aplicada, para poder llevar a cabo una metacomunicación productiva, dado que en la aplicación

---

<sup>24</sup> ESQUEMAS INTERPERSONALES: Estructuras cognitivo-afectivas que se conciben como representaciones prototípicas de muchas interacciones relativas al mantenimiento de las relaciones interpersonales. Sus componentes son: Imágenes y recuerdos episódicos específicos; Conductas expresivo-motoras asociadas; Activación autónoma y planes y contingencias de tipo consecuencial. (Safran 1994, Pág. 148).

<sup>25</sup> MARCADOR INTERPERSONAL: Acciones del paciente que parecen estar asociadas o vinculadas con los sentimientos y tendencias a la acción suscitados en el terapeuta. Estas acciones van desde conductas manifiestas hasta sutiles comunicaciones y posturas corporales paralingüísticas y no verbales. (Safran, 1994, pág. 112).

de esta técnica, se pone sensiblemente en juego la alianza terapéutica, dado que amenaza la ruptura y la continuidad. En otras palabras, la base de apego segura que provee la alianza terapéutica, es el motor que dinamiza la metacomunicación.

Desde el punto de vista técnico, las exigencias que recaen sobre el terapeuta, implican que debieran respetarse estrictamente las siguientes operaciones del terapeuta, de manera que le aseguren llevar a cabo una metacomunicación exitosa: (a) *reconocer* las evidencias de la circulación, entre terapeuta y paciente, de un marcador interpersonal que revele los procesos internos del paciente; (b) *abstenerse* de participar de la interacción disfuncional que demanda el paciente, puesto que de esta manera, se podría confirmar su ciclo cognitivo disfuncional; (c) *contener*, a través de la neutralidad, la recepción de contenidos que fluyen del paciente, en términos de ideologías provocadoras o emociones negativas; (d) *enganchar* para reconocer la magnitud del impacto emocional y cognitivo, y la tendencia a la acción concordante con éste; (e) *desenganchar*, que implica la abstención de la respuesta natural, haciendo una opción por una propuesta terapéutica que se señalará en las distintas fases que se describen más adelante; y finalmente, (f) *intervenir* especialmente a nivel de las intervenciones de disociación e interpretación para facilitar la integración de contenidos reelaborados en la metacomunicación.

- Consecuentemente con lo señalado, una condición previa importante de considerar para aplicar una metacomunicación, es la existencia de una alianza interpersonal fuerte en la psicoterapia, que permita poner en juego una interacción tan perturbadora o amenazante para la estabilidad del vínculo. Ello implica que se recomienda su aplicación de esta técnica en una fase avanzada de la terapia, puesto que requiere de un tiempo suficiente para que la alianza se constituya.

- Otro factor importante, y que está relacionado con el anterior, tiene que ver con el nivel de conocimiento conceptual y empático que maneja el terapeuta respecto de su paciente, para que pueda, con una clara conciencia de la tensión que produce la aplicación de la técnica, anticipar y manejar los efectos que pudiera tener,

principalmente sobre la alianza, y secundariamente, sobre la organización y coherencia del sí mismo del paciente.

- Otro aspecto es que la aplicación de esta técnica debe ser siempre iniciada a partir de un marcador interpersonal en curso, de modo que la transacción que discurre tenga un alto contenido emocional, puesto que, de otra manera, podría ser solo una elaboración racional.

- Una quinta condición para tener en cuenta, es que el terapeuta debe tener una clara conciencia del impacto vivencial que le ha provocado el marcador interpersonal del paciente, y este efecto se puede revelar a través de: una cierta confusión cognitiva que le puede hacer perder el rumbo de la psicoterapia, o una perturbación afectiva que lo conectó con algún tipo de emoción tendiente al desborde, o alguna tendencia llevar a cabo una acción impulsiva o descontrolada (acting). Este nivel de conciencia debe expresarse a continuación, en la habilidad del terapeuta para desengancharse<sup>26</sup> de la situación presente y operar con la metacomunicación en beneficio exclusivo del paciente.

Sólo si está dada esta última condición, el terapeuta puede dar inicio a la metacomunicación, de otra manera corre el riesgo de: a) confirmar la operación de un esquema cognitivo interpersonal disfuncional, que es la manera mas frecuente de mantener los ciclos cognitivos disfuncionales que dan origen a la sintomatología o, b) ejercer una cierta resistencia a la metacomunicación, que se expresaría en lo señalado por Safran & Segal, (1994, Pág. 177), “Cuando los pacientes no se permiten experimentar plenamente su actividad de procesamiento disfuncional, las pruebas refutatorias no tienen el mismo efecto. Por el contrario, las pruebas refutatorias simplemente pasan a asimilarse al viejo esquema o al viejo modo de ver las cosas.

---

<sup>26</sup> DESENGANCHE O DESVINCULACIÓN: proceso de tomar conciencia de los propios sentimientos y tendencias a la acción mientras se interactúa con un paciente. El primer paso consiste en advertir, estar atento a, para luego catalogar los compromisos emocionales que le acarrea el enganche con el influjo del paciente. (Safran 1994, Pág. 114).

Cuando, en cambio, los pacientes se permiten experimentar su actividad cognitiva disfuncional plenamente, la discrepancia entre la realidad y su propia interpretación se hace más evidente y hay una mayor posibilidad de acomodación de los esquemas”.

Esta habilidad, que le permite al terapeuta tomar conciencia de lo que le acontece, es difícil de integrarla en una secuencia de aprendizaje durante un proceso de formación para terapeutas. Una perspectiva que facilita las cosas es el uso de la propuesta de la lingüística pragmática, específicamente el concepto de *actos de habla* desarrollado por John Austin y John Searle. De esta manera, el terapeuta debiera distinguir, en un acto comunicativo emitido por el paciente, los tres niveles de análisis. La fragmentación en estos niveles le permite o facilita el proceso de darse cuenta. Esto implica que debe asociar el nivel locutivo con el contenido de lo dicho por el paciente; lo que le va a permitir que las expresiones y el contenido sean un referente permanente para el análisis de su propia reacción. Sin embargo, el nivel más importante que debe tener en cuenta, corresponde a la ilocución, dado que se relaciona directamente con la intención del hablante con lo dicho, y es aquí donde se revela en toda su extensión, el marcador interpersonal. Este suele ser también el contenido más inconsciente de la comunicación del paciente y que, para el receptor, también puede tener esa calidad, por tanto, se requiere que el terapeuta se convierta en un experto en detectar este nivel para tener la posibilidad de evaluar la consistencia entre lo locutivo y lo ilocutivo, cuestión que frecuentemente es muy productiva para la psicoterapia y es el origen de muchas intervenciones terapéuticas eficientes. El tercer nivel de análisis de los actos de habla corresponde a la perlocución, o sea, el efecto que el acto comunicativo produce en el receptor, y aquí la atención del terapeuta se vuelca a sí mismo para poder, a partir de este conocimiento, generar un acto de habla propio, dirigido a su paciente, y que se convertirá en una intervención que forma parte de la técnica de metacomunicación.

- Otra condición, se refiere al uso del lenguaje del terapeuta para realizar una metacomunicación. Este debe ser siempre de orden proposicional, de modo que el paciente pueda recibirlo como una hipótesis acerca de su funcionamiento y no como una aseveración. Además de ser proposicional, debe tener una intención exploratoria,



en el sentido que el paciente abra todas las posibles interpretaciones de los hechos que le acontecen, favoreciendo así la dimensión operativa de la flexibilidad. Esta intención proposicional, puede expresarse en el nivel locutivo, como proposiciones condicionales o como preguntas acerca de interpretaciones posibles, o, en el nivel ilocutivo a través de expresiones faciales, gestualidades, suprasegmentalidades o algún tipo de lenguaje corporal, que le dé o refuerce el carácter de proposicional a una afirmación que se haga en el nivel de lo locutivo.

- Existen otras condiciones que son importantes de tener en cuenta en el momento de aplicar esta técnica, y son tales como: (a) ser siempre una intervención de carácter técnico, eso implica adscrito a los procedimientos y con una intención terapéutica; (b) ser realizada con la contingencia emocional y contextual que provee la relación terapéutica, (es más recomendable realizar una metacomunicación contingente a los acontecimientos, que luego de transcurridos estos), y finalmente, (c) debe ser hecha con la intención de que el paciente logre integrar la experiencia y los contenidos a la dinámica característica de su mismidad, en otras palabras, el contenido debe pasar a formar parte de los procesos de mantenimiento de esta dinámica y, de ese modo, incorporados a la propia coherencia sistémica. Esto es lo que se llamaría, desde la perspectiva psicodinámica, el proceso de simbolización.

Se debe entender que, desde la perspectiva del paciente, la generación de marcadores interpersonales cursa con diferentes grados de conciencia que van a facilitar o dificultar el proceso productivo de la técnica de metacomunicación. Es interesante en este sentido, lo que plantean Safran & Segal, (1994, Pág. 163), respecto de los marcadores del paciente, donde hacen una diferencia entre aquellos marcadores de inmersión plena y el marcador de conciencia dividida: “En el caso de *marcador de inmersión plena*, los pacientes verbalizan una percepción disfuncional o problemática y no parecen cuestionar su validez. Están por lo tanto, plenamente inmersos en esa perspectiva. Por ejemplo, el paciente podría decir: «Nunca podré encontrar una persona compatible conmigo», o «¡Qué desastre! Me siento como si tuviera cinco años». Si hay una alianza terapéutica adecuada, un marcador de inmersión plena puede ser un

contexto apropiado para una intervención cuestionadora, como la de examinar las pruebas o considerar otras perspectivas posibles”. Desde nuestra experiencia, este tipo de marcador facilita los procesos de metacomunicación y de exploración, dado que pareciera que el paciente se interesara y se motivara con más facilidad, seguramente porque se encuentra desprovisto de mecanismos de defensa, ante las interpretaciones novedosas que despiertan su curiosidad por lo desconocido de sí mismo. El otro marcador del paciente que mencionan Safran & Segal, (1994, Pág. 163), corresponde a lo que se llama *marcador de conciencia dividida* y que consiste en que “... los pacientes manifiestan una percepción inadaptada o disfuncional, pero al mismo tiempo cuestionan o invalidan su propia percepción. Por ejemplo, el paciente podría decir: «Siento que la gente me está juzgando mal, pero sé que eso no es realmente así». En este caso, la resistencia cognitiva resulta mucho más eficiente pues representa, de alguna manera, la operación de los esquemas disfuncionales profundos del paciente, aquella función que hemos llamado arreglo cognitivo y que está al servicio de mantener la coherencia sistémica, pero en base a mecanismos descentralizados o alternativos a los mecanismos propios de los procesos de mantenimiento del sistema.

El procedimiento para la aplicación de la técnica de metacomunicación puede ser dividido en seis fases. Sin embargo, debemos tener en consideración que esta división sólo tiene el carácter de intención didáctica, puesto que la dinámica de esta técnica es una aplicación integrada, flexible y con intenciones de perturbación, lo que implica que puede iniciarse por cualquiera de las fases o por un acto terapéutico, que en principio puede resultar irrelevante pero que, como resultado, origina e inicia el proceso.

- ***Fase 1: Impacto vivencial.***

Esta fase corresponde a lo que en los actos de habla se denominan perlocución, o sea el efecto que produce un acto de habla o un marcador interpersonal en el terapeuta, donde se hace relevante todo lo señalado anteriormente en términos de la toma de conciencia por parte de éste y las acciones emprendidas consecuentemente en beneficio del paciente. Este impacto puede producirse a nivel del cuerpo o del comportamiento, a nivel de las emociones, o nivel cognitivo, en términos de confusión. Lo frecuente es que se produzca en los tres niveles de respuesta; sin embargo y en cualquier caso, el terapeuta debe estar muy atento a estos efectos.

- ***Fase 2: Despliegue.***

Esta fase es propiamente el comienzo de la metacomunicación, dado que en ella el terapeuta informa a su paciente de su propio estado emocional, apelando a distintas categorías que expresan, tanto estados emocionales como cognitivos y que deben tener un carácter sintético, no descriptivo, para evitar toda confusión que en la comunicación pueda producirse por la abundancia de datos. En concreto, es una afirmación acerca del estado en que se encuentra el terapeuta, producto de una dinámica reciente. La intención primera es que el paciente tome conciencia de su probable participación en el estado emocional del terapeuta, y a un nivel más general, que se de cuenta del efecto que puede producir en las demás personas. Por lo tanto, hace referencia al papel que le corresponde en la interacción con los demás.

Un efecto secundario de esta fase, es el modelar al paciente la expresión directa y honesta de sentimientos sin que se produzcan consecuencias catastróficas a nivel interpersonal, aún cuando se eleve la tensión en la relación.

- ***Fase 3: Exploración.***

Esta es una fase que surge a partir de la dificultad, que el paciente pueda tener, para distinguir algún marcador interpersonal propio o acto de habla, que esté relacionado con el efecto que el terapeuta señala. Se produce porque el efecto de la primera fase es insuficiente para promover una perturbación que movilice la dinámica

del sistema de procesamiento del paciente. Entonces el terapeuta, después de su despliegue emocional, hace una proposición concreta de índole exploratoria, para invitar al paciente, a que juntos, procuren encontrar alguna relación con acontecimientos o expresiones recientes del terapeuta, con el efecto emocional en que se encuentra éste. Su función es proveer un marco exploratorio comprensivo y empático, que entregue las condiciones para iluminar la conciencia del paciente del efecto que pueden tener sus dichos o conductas sobre los demás. Este acto generalmente se expresa en una pregunta de tipo exploratoria, que puede ser como la siguiente: “¿Qué cosa puede haber estado ocurriendo en este momento, que esté relacionado con lo que yo siento y que te acabo de mencionar?”.

- ***Fase 4: De señalamiento.***

Esta fase es el resultado de la anterior, en el sentido que, a pesar de la intención amplia de exploración por parte del terapeuta, con el fin de no incorporar material propio en la aplicación de la técnica, que no sea el sólo despliegue de su estado emocional, el paciente no consigue establecer nexos entre el despliegue propio y el efecto producido en el terapeuta. En este punto, entonces, el terapeuta puede hacer mención a lo que él propone, que es el marcador interpersonal gatillante de su estado personal. La exigencia del lenguaje propositivo es crucial, puesto que de otra manera se corre el riesgo de interferir y contaminar, con los contenidos propios y sus interpretaciones, el material del paciente. Por lo tanto, la exigencia es que la mención del marcador interpersonal sea puntual, precisa y proposicional. Este momento corresponde al máximo esfuerzo de intervención que el terapeuta puede hacer con su paciente para producir la asociación entre los actos propios y los efectos en los demás. Si no resultara a este nivel, es posible que sea necesario abandonar la metacomunicación como técnica en ese contenido, puesto que no estarían dadas las condiciones que hemos reseñado anteriormente para alcanzar un resultado eficiente. Se entiende entonces, que esta fase de metacomunicación implica comentar el acto comunicativo del paciente, para ayudarlo a distinguir su aporte en la interacción, permitiendo además, dejar en claro la subjetividad de la interpretación de la situación por parte del terapeuta, de modo que, en este punto, quizás más que en ningún otro acto terapéutico, se muestra

la equiparidad que existe en el encuentro entre dos expertos, o dos subjetividades, en búsqueda de una interpretación, que facilite la integración de contenido perturbadores al sí mismo. Tal cual se aprecia, esta es una fase crítica, en que el logro en este equilibrio de apreciaciones, o la unión de intenciones para conseguir el objetivo de la integración, es el contexto interpersonal que va a facilitar enormemente el paso a la fase siguiente.

- ***Fase 5: Interpretación.***

El alcance de la aplicación de la técnica de metacomunicación, depende críticamente de las capacidades que el paciente tenga, o haya desarrollado durante la psicoterapia, para revelar sus contenidos e interpretaciones, conectarse con los sentimientos de perturbación que surja de estos, e integrarlos simbolizándolos a su funcionamiento habitual. De este modo, los logros de la aplicación de la técnica en esta secuencia de fases, van a depender de esa capacidad del paciente, que a veces se expresa en lo que Safran & Segal, (1994, Pág. 163), llaman el “...«marcador del paciente» para referirnos a una verbalización que refleja un proceso de interpretación subyacente, indicativo de la receptividad del paciente a determinados tipos de intervención”. Un paciente con buen nivel de competencia en este sentido, podría llegar a la integración en cualquiera de las fases señaladas y en un breve plazo luego de discurrida la metacomunicación. Ya en la fase de exploración, podría llegar a tener un insight sobre el papel que le corresponde en el efecto que ha producido y rápidamente generalizarlo a otras situaciones interpersonales de su experiencia vital, con lo que un terapeuta se daría por satisfecho en el logro de su trabajo. Sin embargo, con pacientes que tienen más dificultades en esta área puesto que como lo dice Rice (1984 en Safran & Segal, 1994, Pág. 185), “.....Rice....describió como una “reacción problemática”, en la que los pacientes se sienten desconcertados por sus propias reacciones ante una situación debido a que no han logrado tener pleno acceso a los procesos interpretativos problemáticos subyacentes”, se requiere insistir en crear las condiciones, para que los efectos señalados lleguen a buen término. Esta fase es crucial en ese sentido, se puede decir que en ella el terapeuta está jugado profundamente en la intención de

conectar los episodios específicos con un modo de funcionamiento más general del paciente.

Esto implica al menos dos cosas: que el terapeuta es, ya definitivamente capaz de distanciarse del impacto vivencial emocional que dio origen a la aplicación de la técnica y está descentradamente operando en ella y, dos, que además, cuenta con una claridad acerca de los distintos modos de funcionamiento del paciente, o sea hipótesis del funcionamiento general y también es capaz de asociarlos con ciertos episodios prototípicos que revelan estos esquemas de funcionamiento.

Aclarada dichas cuestiones previas, la aplicación de la técnica supone actos del terapeuta en tres niveles distintos, que serán utilizados de acuerdo a las circunstancias específicas de la aplicación de la técnica y las capacidades de integración con que cuenta el paciente. Estos niveles, no necesariamente son secuenciales, ni tampoco necesariamente uno implica a los otros, sino que son distintas formas de entrada que dispone el terapeuta para facilitar la conexión del episodio específico con un nivel esquemático general. Un primer nivel consiste en que el terapeuta, en un lenguaje proposicional, revela la percepción que tiene sobre el estado emocional o cognitivo del paciente. Esta es la ocasión en que, el descentramiento del terapeuta se hace notorio al remitirse exclusivamente ya a lo que está sucediendo con el paciente, dejando de lado definitivamente lo que ocurre consigo mismo; en otras palabras el terapeuta se ha salido del punto de vista subjetivo y esta ubicándose en el punto de vista objetivo, que le provee su lugar de observador participante, haciéndose la salvedad que la objetividad se refiere a un lugar que ocupa para revelar la subjetividad.

Otro nivel, corresponde a las intervenciones del terapeuta para conectar el episodio específico, con otro episodio que es más revelador de un modo de funcionamiento esquemático general del paciente, y que se desprende del trabajo previo en psicoterapia. Es una conexión que ya ha sido trabajada durante el proceso terapéutico, por lo tanto, es un material que ya está integrado o incorporado al modo de funcionamiento del paciente, lo que facilita la asociación con el contenido presente.

Este acto del terapeuta es lo que en este modelo llamamos una intervención de nivel de disociación entre contenidos. En este punto hay una correspondencia metafórica con lo que en la fase conductual del modelo se llama principio de Premack (en Mahoney, 1983, Pág. 98), que dice que, si una conducta de baja frecuencia se asocia con otra conducta de mayor frecuencia, la conducta de baja tenderá a aumentar su frecuencia. Este es un muy buen ejemplo que ilustra la legítima continuidad e inclusión de las distintas fases del modelo cognitivo. Una variante de este nivel consiste en directamente asociar el episodio específico en curso, con un modo de funcionamiento general, sin que sea necesario hacer referencia a otro episodio. El uso de uno u otro, va a depender de las condiciones en que se encuentre la aplicación de la técnica, la relación terapéutica y las capacidades del paciente para llevar a cabo las asociaciones pertinentes.

Un tercer nivel es aquel en que el terapeuta, producto de una evaluación de la madurez que ha ido generándose en el análisis previo de la metacomunicación, revela al paciente, de una manera proposicional, una hipótesis acerca de su funcionamiento general, pero a nivel de esquema cognitivo interpersonal prototípico. Esta revelación puede haber tenido una historia previa de conocimiento por parte del paciente, de modo que él ya tiene incorporado, al análisis de sus propios procesos, esta conciencia sobre su modo de funcionamiento, o bien, puede ser ésta la oportunidad para que sea revelado u ofrecido como hipótesis por primera vez al paciente. En ambos casos, el esfuerzo del terapeuta está destinado a facilitar el descentramiento del paciente, desde el punto de vista subjetivo, hacia un punto de vista objetivo, que le permita mirar desde fuera, o como Guidano (1994) llamaría un *zoom out*, su forma de procesamiento de las experiencias interpersonales. Esta fase es prácticamente el resultado de la cuidadosa y sistemática aplicación de la técnica.

- ***Fase 6: Integración.***

Esta fase es lo que se puede denominar un “excedente de significado” en el sentido de que, producto del resultado exitoso de la aplicación de la técnica, frecuentemente se produce una aceleración de la dinámica del sí mismo, de tal manera

que otros contenidos asociados comienzan a ser integrados a la forma de ser particular del sujeto, producto de la dinamización emocional y cognitiva que deja la inercia de la aplicación de la técnica. En esta fase, la función del terapeuta es ser un observador y un contenedor de este proceso de integración y de los efectos emocionales que producen en el paciente.

La técnica de la metacomunicación, como ya se ha señalado, y como se puede deducir de la descripción del proceso, es un esfuerzo terapéutico intenso y productivo para el paciente, en primer lugar, y para el terapeuta en segundo término. Ambos protagonistas requieren de sus mejores competencias para llevar a buen término este proceso, y los efectos son evidentes y frecuentemente saludables para ambos.



## **2.5 PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN Y HERRAMIENTAS PSICOTERAPÉUTICAS**

En la metodología Constructivista Cognitiva se cuenta con diversas categorías técnicas, donde las más tradicionales son las técnicas propiamente tal, seguidas de un encuadre psicoterapéutico que regula la relación, y también se ha definido ahora, las categorías de intervención y herramientas psicoterapéuticas, donde las primeras se remiten a actos del terapeuta, y las segundas, a factores externos al procedimiento psicoterapéutico, pero que contribuyen a la facilitación de los procesos de cambio. Estas últimas suelen ser un acto de derivación técnica, en que el terapeuta solicita la participación de otro especialista.

### **2.5.1 INTERVENCIONES**

Como se ha mencionado en el apartado anterior, las técnicas procedurales le dan el sello al proceso terapéutico, puesto que los actos del terapeuta frecuentemente se corresponden con la operación característica en algunos de los aspectos descritos para la técnica de la Exploración Experiencial y Metacomunicación. En nuestro modelo, además, se describen otras acciones específicas denominadas *intervenciones terapéuticas* y que serían procedimientos que se despliegan dentro del discurso del terapeuta, que se expresan como actos de habla y pueden distinguirse jerárquicamente, teniendo en consideración el grado o nivel de involucramiento personal del terapeuta. Estas se caracterizan por ser contingentes al despliegue del paciente y por demandar un complejo nivel de competencias del terapeuta, cuyo objetivo es articular y rearticular el discurso del paciente, para darle sentido a sus contenidos. En otras palabras, 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.

Estas intervenciones se realizan a través de la intercalación de una pregunta en el flujo del relato del paciente. El origen de las intervenciones es en primer lugar, el despliegue a todos los niveles del paciente, que requiere ser encauzado hacia segmentos o sectores de su relato o actuación, que sean más productivos para el curso de la psicoterapia, por ejemplo, una intervención de señalamiento para evitar la disolución del paciente a nivel descriptivo o anecdótico, siempre y cuando esas dos características del relato no se encuentren saturadas. La *saturación del dato* suele ser un elemento indicativo para intervenir el discurso en búsqueda de nuevo material o contenido significativo. En segundo lugar, un instigador de intervención por parte del terapeuta, suele ser la necesidad de disuadir o desarticular la operación de *mecanismos de defensa* durante el curso del relato del paciente, para tener acceso al contenido reprimido y, de esa manera, movilizar la angustia necesaria para dinamizar el proceso terapéutico. Estos corresponden a los indicadores que provienen del paciente, pero existe otro elemento importante de la intervención, y que corresponde a las competencias necesarias del terapeuta para mantenerse, durante el proceso terapéutico, en una constante alerta de intervención. Ello supone un alto nivel de focalización en el paciente, concentración en el material e hipervigilancia del estado de la relación terapéutica, dado que esos tres elementos le van a indicar al terapeuta la oportunidad contextual de la intervención. Se puede afirmar con certeza, que una intervención eficaz es aquella que es contingente en esos términos.

Por lo tanto, la competencia del terapeuta para realizar intervenciones eficientes y productivas, es fundamental. Esta competencia se basa: por una parte, en un proceso de formación especializada muy heterogénea y que depende de los modelos teóricos, y de la calidad y excelencia de los centros de formación; y por otra parte, la experiencia que el terapeuta haya adquirido en el área de la psicología clínica. Estos dos elementos son parte de las competencias en aquello que se entiende como habilidades técnicas, o sea aquellas destrezas que, tomando en cuenta un referente teórico, un referente técnico y un conjunto de repertorio profesionales, pueden conducir un proceso terapéutico a buen término. Sin embargo, estas habilidades se intersectan con repertorios de habilidades personales, o sea, un conjunto de características propias del

terapeuta que son el fruto del devenir ontológico y que se expresan en lo que se puede denominar, personalidad, organización de significado personal o estilo de ser como persona. Esta última variable, tan relevante, es factible de ser modulada a través de programas de formación y del uso del encuadre terapéutico, es decir, potenciar aquellas características que se constituyen en fortalezas para la psicoterapia y diluir o atenuar aquellas que puedan interferir o contraindiquen con el proceso terapéutico o de formación.

Como se aprecia, los actos de intervención terapéutica, involucran tanto condiciones técnicas del terapeuta, como las condiciones personales; se puede decir que el resultado de una intervención depende de una combinación pertinente entre ambas. La psicoterapia es un proceso sutil, de creación de situaciones productivas para el cambio, que concuerda con lo que en ciencia se define como el “*principio de la parsimonia*”<sup>27</sup>, que en este caso se aplica para que las intervenciones sean mínimamente invasivas para el paciente, de modo de asegurar que la productividad de los cambios sea el resultado del propio quehacer del paciente, y no de una contaminación inoportuna por parte del terapeuta. Es por esto que es factible afirmar que las ideologizaciones psicológicas de los pacientes frecuentemente son el resultado de una mala psicoterapia.

Consecuentemente con lo anterior, se ha organizado la secuencia de intervenciones terapéuticas en un orden progresivo, desde una mínima participación del terapeuta a una mayor participación. Lo que se pretende, es que las intervenciones sean hechas en el momento preciso y manteniendo al mínimo necesario el nivel de involucramiento del terapeuta. Es una condición técnica el conseguir desarrollar la habilidad de mesura y parsimonia, consecuente con el principio de la abstinencia que regula en encuadre Constructivista Cognitivo.

---

<sup>27</sup> Principio de la parsimonia: Señala que deberían evitarse las inferencias innecesarias y las complejidades no esenciales en las explicaciones de la conducta. (Mahoney, 1983, Pág. 34).

A continuación se detalla la secuencia progresiva de intervenciones desde una menor participación del terapeuta, hasta el mayor involucramiento de éste respecto del paciente:

### **1. *Intervención de Escucha Terapéutica.***

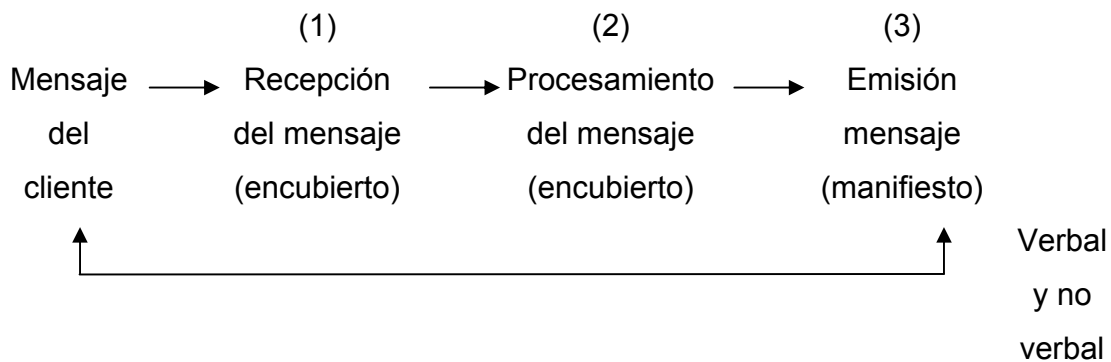
Se refiere al acto de prestar atención al despliegue del paciente en sus tres niveles de respuesta: conductual, emocional y cognitivo. El terapeuta dispone de toda su focalización, para impregnarse de las características del discurso, del lenguaje no verbal y del comportamiento en general del paciente. Esta atención se refleja en la complementariedad de respuesta con que el terapeuta atiende el acto comunicativo del paciente. Se convierte en un oyente-hablante ideal, centrado en la fase de escucha, pero en un permanente hablante interno que produce un diálogo entre tres componentes: a) Los contenidos del discurso del paciente que se revelan en el relato de los acontecimientos de su existencia; b) El impacto vivencial que el relato le produce al terapeuta y la generación de ideas propias acerca de lo relatado; y c) Los principios teóricos que conforman el referente permanente al cual el terapeuta remite la escucha de su paciente. Desde la compleja interacción de estos tres componentes es donde surgen las intervenciones con el terapeuta perturba los sistemas de conocimiento de su paciente.

Entonces la escucha transcurre en dos ejes, uno, que es el que tiene relación con la disposición “incondicional” para atender a los contenidos expuestos por el paciente en sus tres niveles de respuesta, y el otro, en esta especie de auto escucha que conforma el diálogo interno y que tiene relación con el impacto que producen en el terapeuta los contenidos del paciente. Es decir, la escucha terapéutica es un acto de gran complejidad, puesto que, por un lado, el terapeuta requiere la habilidad para prestar atención simultánea al paciente y a sí mismo, y por otro lado, necesita estar alerta para detectar aquellas fracturas del discurso que se destacan en las inconsistencias entre sus niveles de respuestas o en las incongruencias de la organización del mismo. De esta manera, las intervenciones que realice el terapeuta

serán más productivas y relevantes para el proceso terapéutico. Finalmente, el que una intervención se realice de manera atingente, entiéndase como el momento más propicio para lograr los efectos deseados y de esa manera cumplir con la regla de que un terapeuta siempre debiera actuar de manera “estratégicamente dirigido”, va a depender justamente de la habilidad de escucha que haya desarrollado. Habilidad que en el caso de los terapeutas en formación, se ve generalmente afectada por la excesiva interferencia de sus propios estados internos, impidiéndoles ocuparse de los contenidos de su paciente.

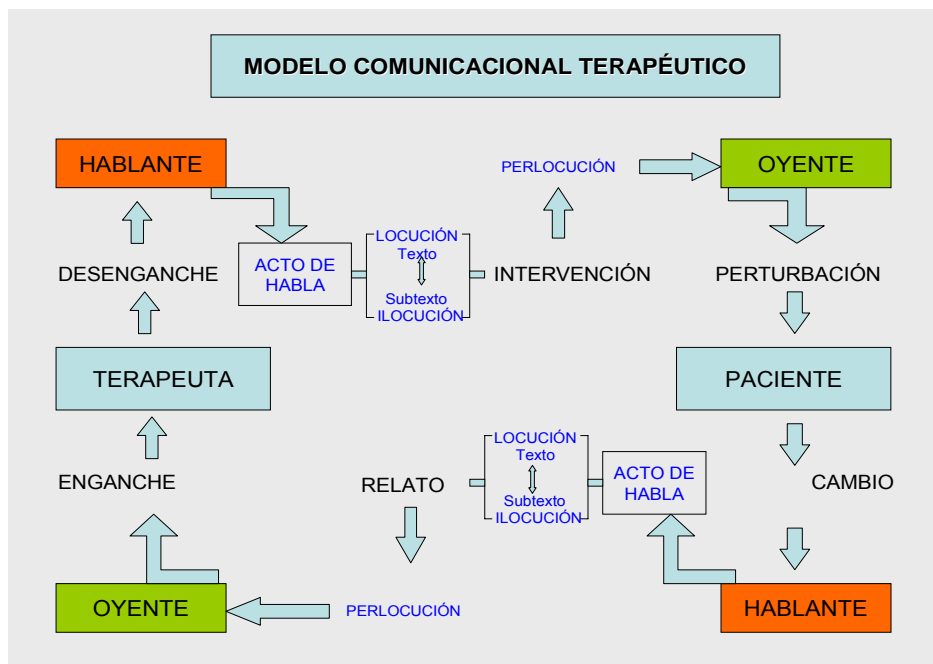
El modelo de comunicación que se utiliza en la habilidad para escuchar desde la perspectiva Constructivista Cognitiva, es el de la interacción comunicativa entre dos o más hablantes-oyentes simultáneos, cuya intención central es generar consensualidades entre los discursos y la transferencia de experiencias y contenidos de cada uno. Ha de señalarse que la consensualidad es sólo una ilusión comunicativa, y que lo válido y relevante de la consensualidad, no resulta en un isomorfismo comunicativo, sino en un isomorfismo intencional. En otras palabras, los sujetos pueden concordar en la intención comunicativa, pero sin que necesariamente alcancen una plena equivalencia en los contenidos que vehiculan esa intención. Al respecto, Cormier & Cormier, (1994, Pág. 139), señalan que, "El procesamiento es importante porque las cogniciones, el autodiscurso y la preparación mental (encubierta) del terapeuta constituye la base de la respuesta abierta (Richardson & Stone, 1981). Con frecuencia se originan errores en el procesamiento exacto del mensaje cuando los sesgos o puntos ciegos del terapeuta le impiden apreciar ciertas partes del mensaje o le impiden interpretar el mensaje sin distorsiones. El terapeuta puede oír lo que desea escuchar, en lugar del mensaje emitido". Ellos proponen el siguiente modelo de comunicación:

**Tabla 1: Tres procesos en la escucha:** Cormier, W. & Cormier, L.S., (1994, Pág. 140)



Sin embargo, el modelo de comunicación que se propone en el presente trabajo, corresponde al siguiente:

**Tabla 2: Esquema Comunicacional Constructivista Cognitivo aplicado a la Psicoterapia.**



La comunicación entre paciente y terapeuta se especifica en actos de habla recíprocos, cuyas intenciones son diferentes pero complementarias. De parte del paciente, interesa desplegar los contenidos expresados en un relato, respecto de su existencia y los acontecimientos que la conducen. En ese acto se revela o emergen las

características ontogénicas de sus sistemas de conocimiento personal. Es decir, su subjetividad está impresa en el sello de lo dicho, por lo tanto la anécdota relatada interesa como vehículo de la revelación personal en lo dicho. De este modo, el paciente relata su historia o expresa en él los cambios que están discurriendo en sus sistemas de conocimiento. Ambos contenidos son de alto interés para el terapeuta en predominio de la función oyente. El terapeuta, por otra parte, está disponible para el impacto vivencial que le produce la escucha del relato del paciente. Su rol consiste en dejarse impregnar por la carga emocional de lo relatado, para luego desengancharse y dar origen a una intervención que considera ese impacto, los contenidos del paciente y los referentes teóricos del terapeuta, para aumentar su fuerza elocutiva y provocar el efecto perlocutivo consecuente, expresado en una perturbación con fuerza de cambio a nivel de la sintomatología o de los sistemas de conocimiento personales del paciente.

Es de suyo relevante, mencionar el hecho de que, esta escucha, es un tipo de comunicación muy particular dado que exige a un sujeto técnicamente orientado que dispone, con plena conciencia de la dualidad hablante-oyente simultáneo, su escucha terapéutica y por otra parte, a un sujeto paciente, que habla ante un otro con la suposición de que en ese acto, algo especial tendría que acontecer. Esta situación comunicativa se experimenta en muy pocas ocasiones en la cotidianidad de las personas. Por lo tanto, el hablar o desplegarse ante un terapeuta disponible para la escucha, es un acto en sí que conlleva una intención terapéutica; hablar ante el terapeuta no resulta irrelevante para un sujeto y es frecuentemente un momento íntimo que favorece la abreacción y la catarsis de contenidos altamente significativos. Lo que la experiencia clínica permite afirmar con certeza es que esta escucha, en términos del compromiso del paciente y del terapeuta, no es neutral ni irrelevante. La escucha terapéutica, parece ser muy simple como intervención pero tiene que ver con una competencia crucial e inevitable para el terapeuta: escuchar, dado que toda intervención o técnica terapéutica sólo será efectiva para el paciente si este ha sido cuidadosamente escuchado. En la misma línea, Cormier & Cormier (1994, Pág. 141), concluyen: "Nosotros consideramos que las respuestas de escucha son los cimientos del proceso terapéutico en su totalidad".

## **2. 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. En este sentido, es importante distinguirla de la exploración experiencial, como técnica que también trabaja con información detallada, pero como medio para explorar el modo particular de significar y organizar los acontecimientos cotidianos que vivencia el sujeto y asociarlas con la sintomatología contingente, o bien, como retroalimentación de la particular forma de interpretar sus experiencias.

La forma de operar con la intervención de exploración, supone abrir áreas o sub-áreas amplias de funcionamiento del paciente, a través de preguntas generales. Por lo tanto, las intervenciones de este tipo se expresan en preguntas tales como: “Cuénteme acerca de sus amistades”, “Hábleme de su vida de pareja, de su familia, etc.”. Esta modalidad está basada en dos razones: la primera, es que el terapeuta necesita encauzar o desviar hacia un área específica el relato del paciente, puesto que durante el discurso espontáneo éste puede haber saturado los datos de un área siendo irrelevante mantenerse en la descripción, y en segundo término, la pregunta es preferentemente amplia porque la intención es intervenir sin alterar en demasía la forma espontánea de relatar los temas, ya que resulta interesante y revelador, no solamente el contenido de lo dicho, sino que también la forma como éste lo refiere. En concreto, la intervención de exploración, es una intervención de participación restringida por parte del terapeuta y con la evidente intención de abrir focos generales de información. Se puede decir que la exploración es un tipo de escucha dirigida.



Algunas de estas áreas se reseñan a continuación:

- *área familiar*: tanto familia nuclear como familia extendida, haciendo especialmente énfasis en las relaciones con figuras de apego significativas y en un enfoque diacrónico<sup>28</sup>, o sea histórico ;
- *área social-interpersonal*: lo social es referido a aquellas experiencias interpersonales, en que el sujeto participa de índole colectiva, como grupos, clubes, asociaciones, ideologías, religiones, etc.; e interpersonal, aquellas relaciones cotidianas significativas y que constituyen un referente tanto emocional como ideológico para el sujeto, y forman parte de su red de relaciones, donde transitan contenidos de mayor intimidad: amistades y amigos;
- *área educacional-laboral*: referida a todos aquellos contenidos que tengan que ver con la educación formal, su historia y sus vicisitudes. Lo mismo respecto de lo laboral, donde se explora el tipo de actividad, el lugar que el paciente ocupa en la estructura productiva, y grado de ajuste y satisfacción en esta área. Debe hacerse también hincapié en el aporte que significa para la identidad del sujeto la historia educacional y el desempeño laboral;
- *área afectivo-sexual*: se refiere al conjunto de experiencias históricas, desde aquellas más remotas, hasta las experiencias actuales, que involucren los afectos que tengan una carga amorosa-erótica o intención de pareja. Incluye desde las experiencias infantiles de autoerotismo y juegos eróticos, el debut del advenimiento de las conductas sexuales propiamente tal, las iniciaciones sexuales y amorosas, y lo que se llama la “carrera afectiva”, o sea la historia de relaciones de parejas con énfasis en la siguiente secuencia: iniciación, mantenimiento y término, en el entendido que, del análisis de

---

<sup>28</sup> Diacrónico: análisis del paciente a través del paso del tiempo o su ontogenia. Estudio referente a los fenómenos o procesos que ocurren a lo largo del tiempo.

Sincrónico: Análisis del paciente en un momento presente sin tener en cuenta su evolución histórica. Proceso o efecto que se desarrolla en perfecta correspondencia temporal con otro proceso o causa.

estos procesos, surge una cantidad de material muy relevante para entender los procesos interpersonales y de construcción de la identidad del sujeto<sup>29</sup>.

- *área salud*: corresponde a todas aquellas informaciones acerca del estado de salud del paciente y que tengan relevancia para la identidad del sujeto, por ejemplo: enfermedades degenerativas y crónicas tempranas en la historia del sujeto y aquellas condiciones de salud contingentes relacionadas con sus estados psicológicos actuales, incluyendo trastornos por dependencia. En esta área la información que se pueda obtener es relevante para las posibles derivaciones hacia las distintas especialidades médicas incluyendo la psiquiatría; en este sentido no hay que dudar, cuando aparecen algunos indicadores del área salud, en realizar las derivaciones pertinentes para resolver cualquier tipo de sospecha en el diagnóstico; el principio en esta área es que más vale exagerar la derivación que no hacerlo. El ideal en casos de asociación entre el área psicológica y el área médica, es que el paciente se mantenga en control médico permanente y el psicólogo establezca algún grado de comunicación con estos u otros profesionales.

### **3. 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 está orientada a precisar el uso de categorías conceptuales o las descripciones de situaciones o acontecimientos. En primer lugar, las categorías que el paciente utiliza para referirse en su relato a algunos aspectos de su experiencia vital deben ser intervenidas con preguntas aclaratorias del tipo *“a qué te refieres..., que quieres decir con...”*. En

---

<sup>29</sup> En este sentido, es interesante el trabajo que se está llevando a cabo en el grupo Constructivista-Cognitivo sobre teoría Sexual Cognitiva, Terapia de Pareja, y acerca del papel de la sexualidad en la construcción de la identidad del sujeto, (Véase Anexo 2 y Tesis de pregrado: Una propuesta constructivista-cognitiva acerca del papel que cumple la sexualidad en la construcción del sí mismo en las organizaciones de significado personal).

segundo lugar, también deben intervenir con aclaración aquellos aspectos del relato que tengan que ver con la descripción del contexto físico e interpersonal y la temporalidad de los eventos; estas intervenciones aclaran el *qué, dónde y cuándo*. Su uso se recomienda especialmente cuando existan ambigüedades o confusiones, tanto del paciente en su relato como del terapeuta en su escucha. Son preguntas breves, que intervienen el discurso sin pretender detenerlo ni cambiar su curso, más bien, la intención es aclarar el contenido sin provocar mayores alteraciones del relato general. Por lo tanto, son del tipo: “¿Dónde estaba pasando esto?”, “¿Qué fue lo que ocurrió?”, “¿En qué momento era?”, etc. Esta intervención es de gran relevancia para el orden y la pulcritud o rigurosidad de los datos e información que se acumule acerca del paciente y está destinada a que la idea que el terapeuta se forme respecto de él, este basada en aquellos datos en que el grado de consensualidad entre paciente y terapeuta sea lo más alta posible, o sea, se debe operar con la certidumbre que el proceso terapéutico discurre ajustado a los contenidos del paciente. El efecto de la intervención de aclaración se refleja en el equilibrio entre los datos del paciente y las interpretaciones del terapeuta basadas en la teoría y en sus propias apreciaciones sobre su paciente. Cormier & Cormier, (1994, Pág. 144), señalan: "La clarificación puede utilizarse para explicitar el mensaje previo del cliente y para confirmar la exactitud de su percepción del mensaje... El terapeuta experimentado utiliza las respuestas de clarificación para determinar la precisión de los mensajes según los va recibiendo y procesando. Si no, las informaciones poco precisas pueden quedarse sin corregir y las suposiciones distorsionadas sin comprobar". Sin duda que estas suposiciones o distorsiones en las que pueda incurrir el terapeuta producto de una insuficiente intervención de aclaración, están relacionadas muy directamente con los efectos iatrogénicos en la terapia. Precisamente, estos pueden cursar con nula o baja conciencia por parte del terapeuta dado que ha incorporado contenidos distorsionados sin darse cuenta y actúa consecuentemente con ello, produciendo estos efectos indeseados en la terapia.

### 3. **Reflejo Locutivo (Paráfrasis).**

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. En este sentido, lo que el terapeuta expresa como repetición de lo dicho por el paciente, corresponde a la categoría conceptual empleada y la intención es hacer una cuestión respecto de ésta. Cormier & Cormier, (1994, Pág. 147), se refieren a la paráfrasis como: "... es la repetición de las palabras y pensamientos principales del cliente. Parafrasear implica dar atención selectiva a la parte cognitiva del mensaje, trasladando las ideas claves del cliente a *sus propias palabras*."

El efecto que se produce, es que el paciente escucha en el otro aquello que puede haber repetido muchas veces en su discurso, pero que esta vez puede mirarlo desde un punto de vista que presiona el descentramiento acerca de su uso. Por ejemplo, el paciente dice: "Mi madre es una desquiciada". La paráfrasis implicaría la repetición, por parte del terapeuta, de la categoría conceptual "desquiciada". El hecho que el discurso se detenga en esta palabra, presiona al paciente a escucharla, desde un punto de vista externo, lo que produce efectos que pueden implicar reacondicionamiento, redefinición o reafirmación de la categoría conceptual utilizada, con lo cual el terapeuta concluye acerca del nivel de conciencia utilizado. Para el terapeuta es importante tener en cuenta que la paráfrasis demanda de él, el uso de los elementos no verbales del discurso, o sea, corporalidad, facialidad, suprasegmentalidad y contextualidad, (Véase Anexo 1), para apoyar la fuerza de la intervención, prescindiendo así del uso de otras palabras o expresiones adjuntas al término que se repite.

## **5. Reflejo 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. Según el ejemplo anterior, la expresión concreta del terapeuta en respuesta a “Mi madre es una desquiciada”, sería: “¿**Es** una desquiciada?”, vale decir, el cuestionamiento se apoya en lo apropiado o no apropiado de esa categoría atribuida a la madre. Dicho de otro modo, el paciente escucha en el acto comunicativo de su terapeuta, la idea que él está promoviendo de su madre, idea que podría ser vehiculada incluso con otras categorías como loca, o malsana, psicótica, etc. Por lo tanto, en esta intervención, el terapeuta tiene un poco más de libertad en el uso de términos para construir la expresión, siempre y cuando sean los mismos términos que el paciente expresó; por ejemplo podría repetir la frase completa del paciente, siempre que el énfasis suprasegmental se inscriba sobre la acción del verbo.

## **6. 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. A esta focalización en aquellas partes sensibles del discurso Cormier & Cormier, (1994, Pág. 147), la señalan como que: "El terapeuta experimentado trata de atender a las partes del contenido y de afecto de los mensajes del cliente porque es importante manejar las relaciones o situaciones significativas y los sentimientos del cliente relacionados con tales situaciones."

El modo como opera el terapeuta para desplegar una intervención de señalamiento, es la construcción de una frase breve en torno a un contenido que tenga las características ya señaladas, y que generalmente responde a interrogantes de *cómo* y *con quién*. Además esta frase debe ser respaldada con un muy buen desempeño comunicativo no verbal, especialmente en el uso de pausas y de silencios en lo dicho. Otro aspecto importante para el éxito de una intervención de este tipo, está relacionado con la oportunidad contextual, tanto física como interpersonal. A diferencia de la paráfrasis y el reflejo ilocutivo, que pueden ser empleados incluso en los minutos finales de una sesión, (tanto así que pueden quedar pendientes para promover el trabajo intersesión), el señalamiento, en términos del contexto temporal de la sesión, debe ser realizado con el tiempo necesario para que produzca el efecto oportuno, el paciente se despliegue en términos de contenido y pueda cerrarse el análisis del contenido señalado. Un ejemplo de señalamiento podría ser: “¿Y cuál es el papel que juega tu padre en esta familia?”, que surgiría del relato de un paciente que ha hablado sistemáticamente de diversos temas familiares, con sus personajes, se ha paseado por el genograma familiar, pero sólo ha mencionado un par de veces a su padre de manera tangencial. La función de señalamiento se apoya entonces, en dos actos simultáneos y complementarios del terapeuta: la frase y el contundente respaldo no verbal.

## **7. 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, aún 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. Ejemplo de intervenciones metacomunicativas son: “Me gustaría que...”, “Esto no lo entiendo...”, “Preferiría que...”, “Me parece interesante...”, etc. Otro ejemplo de una metacomunicación combinada con adlaterización, podría ser cuando el paciente dice algo así como: “Sé perfectamente que venir al psicólogo es tiempo perdido”, a lo que el terapeuta puede responder: “Tiene razón, parece ser tiempo perdido.... lo que no entiendo, es por qué usted está perdiendo su tiempo”.

## **8. *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. En todas las situaciones señaladas, es muy difícil operar con otro tipo de intervenciones, puesto que hay mucha rigidez y concreción por parte del paciente en lo relatado, de modo que esta intervención se utiliza cuando no es posible hacer uso de otras intervenciones de menor impacto, dado que en ésta la alianza terapéutica se ve en principio amenazada, aún cuando, bien utilizada esta intervención, fortalece dicha alianza. Su función, entonces, es revelar y desarticular las defensas del contenido en el relato. Un ejemplo de este tipo de intervenciones, que frecuentemente

aparece en terapia, a la expresión sistemática del paciente: “Tengo claro que hablar de temas íntimos en psicoterapia no lleva a ninguna parte”; la intervención del terapeuta sería: “Puede tener razón usted, en verdad en psicoterapia pareciera ser que no tiene ningún sentido hablar de cuestiones íntimas. Hablemos cosas sin sentido”; ó bien, igual que en el ejemplo de Metacomunicación, el paciente dice: “Sé perfectamente que venir al psicólogo es tiempo perdido”, a lo que el terapeuta responde: “Tiene razón, podríamos dejar la psicoterapia hasta acá”.

## **9. 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. Sus funciones son: sintetizar en una categoría conceptual, una serie de ideas o atributos de un personaje para facilitar el uso de esa categoría durante el proceso terapéutico, por ello, se va a tornar en un sobreentendimiento entre terapeuta y paciente, y servirá de señal cognitiva para facilitar los procesos de elaboración e integración del paciente. Las condiciones para hacer una rotulación son: la inmediatez emocional, ser expresadas en un lenguaje proposicional riguroso tanto en términos verbales como no verbales y finalmente, la condición más elocuente es que la rotulación debe provocar un efecto de sentido que facilite los procesos de significación en el paciente. Por ejemplo, el terapeuta dice: “De acuerdo a lo que tu señalas de tu padre... ¿Podría ser entendido como una persona avara?”.



## **10. 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, por ejemplo, en el eje Concreción-Abstracción, Inclusión-Exclusión, etc. (Véase apartado 2.9.3). Las condiciones en las cuales tiene que darse, es un contexto interpersonal de una alianza terapéutica establecida; deben ser realizadas contingentemente a una expresión del paciente con las características anteriormente señaladas; deben ser realizadas con inmediatez y movilización emocional; deben ser realizadas estrictamente de manera proposicional, tanto en cuanto a la construcción de la expresión, como a los aspectos no verbales que la acompañan. Una prevención que deben tener los terapeutas, es que una confrontación se utiliza cuando es estrictamente necesario y la probabilidad de un resultado eficaz, es alta. Si no existiera un cierto grado de certeza a este respecto, es preferible no hacer uso de una confrontación, dado que, por la involucración y el compromiso del terapeuta, la alianza puede verse amenazada. Por ello es que es tan importante que se realice bajo las condiciones de una alianza sólida y bien establecida. El compromiso emocional del terapeuta debe estar en torno a la intención que tiene con la confrontación, no en torno al contenido, y su expresión debe respetar las reglas de la

generatividad, (véase anexo 1). Por ejemplo, el paciente que dice: “Mi madre es una desquiciada”, la confrontación del terapeuta podría ser: “¿No has pensado que es probable que tu madre sea una madre desesperada?”.

### **11. *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, de modo que estos últimos, funcionan como, valga la metáfora celular, como los ARN mensajeros que traen materiales desde el interior al exterior de la célula. La bisociación por parte del terapeuta, es una frase breve, proposicional, cuyo eje intencional es la conexión entre los dos contenidos. Por ejemplo, el terapeuta dice: “La molestia por el desorden y la desorganización de tu mujer, ¿es la misma molestia que, al respecto, te provocaba tu madre?”.

## 12. *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 . Cormier & Cormier, (1994, Pág. 179), definen la interpretación como : "... una afirmación del terapeuta que asocia o establece relaciones causales entre varias conductas, sucesos o ideas del cliente o presenta una posible explicación de la conducta del cliente (incluyendo los sentimientos, pensamientos y acciones observables)." Lo central es que esta intervención es siempre una opinión del terapeuta. La interpretación se aplica a aquellos contenidos saturados en el discurso y en un estado de presimbolización, o bien sobre aquellos que revelan, o son ejemplares prototípicos, del funcionamiento general del paciente y que tengan un alto nivel de dinamismo entre la experiencia inmediata y su explicación. Las condiciones que deben cumplirse para asegurar un efecto terapéutico y disminuir las posibilidades de un resultado iatrogénico, son: debe ser hecha en un contexto de una fuerte y estable alianza terapéutica; en un lenguaje altamente proposicional; contingente en términos contextuales interpersonales y físicos; y con un alto nivel de compromiso emocional. La clave para su evaluación, tal cual la bisociación, es el efecto de sentido que puede producir a nivel de la significación y/o, en este caso particular, el grado de perturbación emocional, generado al paciente. Su

función es facilitar la integración de contenidos que provienen de la dinámica de la ipseidad hacia los procesos de mismidad, de modo de elevar los niveles de generatividad intrapersonal y complejidad sistémica. En el mismo sentido, Cormier & Cormier (1994), refieren una serie de ventajas y beneficios a partir de la aplicación de la interpretación. En primer lugar, es que la interpretación contribuye a mejorar la alianza terapéutica y por lo tanto, favorece la apertura del cliente. Otro beneficio es que permite identificar las relaciones entre los mensajes implícitos y explícitos del paciente. Un tercero, es que le permite al paciente examinar su conducta desde una perspectiva diferente o disponerse a una explicación alternativa para la comprensión de sus problemas. Y la última que señala Cormier, se refiere a que la interpretación favorece el cambio de conductas inefectivas por conductas funcionales. De la misma manera, Cormier propone cinco fases:

- 1) Escuchar e identificar el significado subyacente en el discurso del paciente.
- 2) Elaborar una interpretación levemente distinta respecto de la evaluación del problema o de un aspecto de éste. Esta referencia alternativa debe cumplir con ser consistente con la orientación teórica del terapeuta y ser armónica con los contenidos expresados por el paciente.
- 3) Asegurar un énfasis en los factores positivos y en los aspectos que el paciente pueda modificar o cambiar.
- 4) Utilizar términos del lenguaje del paciente o que coincidan con el discurso de éste.
- 5) Evaluar el efecto de sentido tanto a nivel verbal como no verbal que produjo la interpretación.

Sin embargo, cabe mencionar el hecho de que los efectos de la interpretación, realizada por un terapeuta, en un contexto terapéutico son inexcrutables y tienen un alto

grado de aleatoriedad, y es por esto que, cada vez que se utilice la interpretación, deben tomarse las prevenciones necesarias para evitarlo. Como ejemplo de esta intervención, el terapeuta dice: “Esta persistente preocupación por los demás, ¿tendrá que ver con el temor a la soledad y el abandono?”.

## 2.5.2 HERRAMIENTAS PSICOTERAPÉUTICAS

Habitualmente, y especialmente durante los procesos de psicoterapia prolongados o complejos, se requieren apoyos adicionales al proceso psicoterapéutico que permitan controlar variables ajenas a éstos, pero cuya influencia puede interferir la psicoterapia. Esta consideración debe tenerse siempre presente para que el terapeuta tome los resguardos pertinentes de modo de dar las indicaciones y hacer las derivaciones que le permitan cubrir alguno de estos aspectos y así tener disponible al paciente, en las mejores condiciones posibles para ejercer la psicoterapia. Entonces, cuando se habla de herramientas psicoterapéuticas se está refiriendo a aquellos procedimientos ajenos a la psicoterapia pero que pueden incluirse o integrarse para que coayuden, facilitando las condiciones para el cambio. Algunas de estas herramientas son:

a) Farmacoterapia y psicofarmacoterapia, cuando las variables orgánicas puedan interferir y sea necesario estabilizar al paciente respecto de algunas de éstas;

b) Entrenamiento en relajación, como herramienta para desarrollar habilidades para controlar las respuestas de ansiedad;

c) Biblioterapia, sobre temáticas que puedan facilitar el sentido y la organización de los contenidos ideológicos del paciente;

d) Actividades distractoras culturales y físicas;

e) Participación en grupos de terapia focalizados que contribuyan a movilizar contenidos frente a los cuales hay resistencias o dificultad de reconocimiento.

## 2.6 TERAPEUTA

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. En este mismo sentido, Neimeyer & Mahoney, (1998, Pág. 119), señalan: “Cuando se participa en una forma de terapia constructivista, ni el cliente ni el terapeuta pueden disfrutar de las amarras familiares que anclan formas de terapia más realistas o racionalistas. (...) Ha desaparecido la certidumbre de una sola forma de pensamiento, emoción o conducta <<mejor>>, <<correcta>> o <<funcional>>. También ha desaparecido el comportamiento directivo y disputador asociado con esa certidumbre,

reemplazado por una lucha más tentativa y paciente, cuyo propósito es desarrollar un proceso constructivo de exploración desde la persona (...) que pueda llevar a un entendimiento más viable y evolutivamente progresivo del mundo.(...)”. La cualidad de perturbador tiene que ver con que, a partir y en referencia a contenidos del paciente, es capaz de intervenir o de aplicar técnicas que permiten el reordenamiento del material desplegado, por el paciente, a través de asociaciones originales o novedosas que producen revelaciones sobre los contenidos o que permiten sacar a la luz los dispositivos defensivos que el paciente incorpora en su sistema de conocimiento, especialmente aquellos que dicen relación con su sintomatología. La función de perturbador es, entonces, la capacidad de revocar, remover y reorganizar los contenidos asociados a estrategias psicopatológicas, que hacen ser al paciente un sujeto que padece la operación de su psiquis. Estratégicamente orientado, implica que ocupa un lugar en su propia organización, técnicamente ajustado al interjuego entre centramiento y descentramiento respecto de su paciente, y enganche y desenganche respecto de las propias perturbaciones, interjuego que podría expresarse en la condición de ser un “observador participante”, y que también define el lugar que ocupa en la creación de un contexto interpersonal entre él y su paciente, que se refleja en una alianza terapéutica establecida que se ajusta a exigencias técnicas y generales, expresadas en lo que sería el modelo de Asertividad Generativa.

Tanto el lugar como la función, le permiten evaluar, desde la complejidad de los sistemas de conocimiento, la organización y la estructura de los sistemas de significación del paciente. Esta actitud del terapeuta de ser un perturbador estratégicamente orientado en el sentido señalado, es la responsable en un grado importante de la creación de condiciones de cambio, y está directamente relacionada con el concepto de “variables inespecíficas” en psicoterapia, y que las investigaciones le atribuyen ser uno de los factores principales relacionados con el cambio terapéutico. Esta actitud tendría que ver como lo sugerido por Lerner et al, 1980; Levine, 1982; Saroff, 1982 (en Guidano, 1987, Pág. 16) y que denominaban análisis de niveles múltiples. “En otras palabras, el investigador tendrá que ser capaz de operar en cualquier momento, simultáneamente en distintos niveles de análisis, tanto para



seleccionar los datos observados significativos como para probar hipótesis que surjan de las tentativas de encontrar explicaciones adecuadas a tales datos.”

El desempeño de un psicoterapeuta en general, y más específicamente un terapeuta cognitivo, se expresa en una serie de competencias<sup>30</sup> técnicas y personales que son el resultado complejo de una formación clínica que lo capacita para ejercer la psicoterapia y que, al mismo tiempo, lo provee de una identidad como psicoterapeuta. Al respecto, se ha definido el concepto de competencia interpersonal como un “Conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas, sobresalientes en un área específica del funcionamiento humano. Involucran al sujeto como una totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo, y son el resultado de cuatro componentes: conocimiento, habilidad, actitud y autoconcepto”. Este concepto es perfectamente aplicable a la noción de competencias necesarias para ser un terapeuta eficaz, (véase Anexo 1).

La formación profesional de un psicoterapeuta es una formación altamente especializada que se suma a la formación de pregrado en psicología y psiquiatría. Un adecuado entrenamiento en psicoterapia Constructivista - Cognitiva, debiera considerar el desarrollo de las cuatro variables que conforman el concepto de competencia:

1) *Conocimiento*: La variable de conocimiento implica la internalización de un conjunto de contenidos conceptuales que se expresan en dispositivos cognitivos, acerca de un determinado campo del conocimiento. Implica manejo y dominio teórico sobre un tema. Dichos dispositivos cognitivos, en el caso de un terapeuta Constructivista Cognitivo, están conformados principalmente por tres núcleos teóricos: el primero corresponde a la formación previa general como psicólogo. Otro núcleo de conocimiento, ya más especializado, corresponde al manejo conceptual de la

---

<sup>30</sup> Goldfried y D’Zurilla entienden por competencia la “efectividad con la que un individuo es capaz de superar una situación vital problemática, de forma tal que resuelva la situación de naturaleza problemática con el mínimo número de consecuencias negativas y preferentemente con consecuencias positivas en otras áreas de la vida la persona”. (Goldfried, 1996, Pág. 32).

metateoría Constructivista Cognitiva, cuyo corpus aborda la temática del conocimiento, entendida como una episteme, que es fruto de la relación inextricable entre sujeto y realidad, por tanto, ahí están involucradas aquellas teorías que abordan las temáticas, tales como noción de realidad, sujeto, conocimiento, legitimidad del conocimiento, subjetividad, objeto, método del conocimiento, organización de la subjetividad en torno al conocimiento, papel de la intersubjetividad, consensualidad y lenguaje, y estructura de conocimiento. De esta manera, la metateoría sería un marco de referencia generalizado, que da origen y justifica, los niveles de teoría clínica y psicoterapia. El último núcleo teórico corresponde al dominio conceptual, por parte del terapeuta, del conocimiento especializado que implica una teoría clínica. Este está compuesto por tres grandes categorías que a su vez se subdividen al interior en temáticas más específicas que no es dable abordar en este trabajo: la primera corresponde a la evaluación de variables psíquicas del sujeto, tales como personalidad, temperamento, emocionalidad, habilidades sociales, etc., y que son evaluadas a través de entrevistas clínicas y una extensa gama de pruebas psicológicas; la segunda categoría corresponde al conocimiento en torno a los conceptos de normalidad y anormalidad, y su clasificación en niveles psicopatológicos o desórdenes de personalidad, que conforman una serie de teorías psicopatológicas y códigos para clasificarlos. Cabe mencionar entre otros el DSM-IV y el CIE-10, además de las categorías específicas que se desprenden de otras tantas teorías (Véase apartado 2.9). Y finalmente, una tercera categoría corresponde a una amplia gama de propuestas psicoterapéuticas, que se desprenden tanto de la investigación experimental en psicología clínica como de las distintas teorías acerca de lo normal, anormal y los procesos de cambio.

Los tres núcleos mencionados son los responsables de los dispositivos cognitivos con que cuenta el terapeuta para operar sobre la fenomenología de su paciente, que le permiten manejarse con una diversidad y amplitud de criterios, para trabajar sobre el nivel de la explicación, en la dinámica de su propia mismidad y de la de su paciente.

2) *Habilidades*: Las habilidades son el componente de las competencias que suele identificárseles más propiamente tal con la formación y la experticia, sin embargo, no se puede dejar de considerar que la dinámica particular y equilibrada entre los cuatro aspectos de las competencias, es aquello que asegura el talento y las destrezas en un área específica de acción. La formación de habilidades técnicas, requiere en parte importante de la dedicación de un proceso formativo, dado que éstas son repertorios de acción que se intersectan con aquellos repertorios de acción que el sujeto trae como resultado de su historia de vida, y que pueden potenciar la formación (talentos previos), o bien interferirlos (contraindicaciones personales). De tal modo que, la formación de esta categoría es el resultado complejo de este interjuego. Una condición central de las habilidades, es que prácticamente todas, pueden aprenderse si es que se dan las condiciones contextuales formativas y se aplican los procedimientos que corresponden a las teorías del aprendizaje. Las habilidades, conceptualmente corresponden a *repertorios de acción que resuelven eficientemente las demandas operativas o técnicas de un área del funcionamiento humano*, y están compuestas por tres factores: los personales, los interpersonales y los profesionales.

Respecto de los factores personales, éstos son producto de la particular ontogenia de un sujeto, e implica la constitución de un estilo personal que lo hace ser único en cuanto a sus emociones, su modo de pensar y el comportamiento que despliega ante los demás. En este sentido, se ha elaborado abundante material bibliográfico y se han dedicado muchas reuniones y congresos especializados para definir cuál es el papel que cumple la personalidad del terapeuta en su gestión profesional. Desde esta perspectiva, los aspectos personales son importantes por cuanto pueden facilitar y agilizar el proceso de formación o, por el contrario, pueden interferirlo y disminuir su eficacia. Sin embargo, nuestra posición consiste en que un sujeto, salvo contraindicaciones psicopatológicas importantes, puede a través de un proceso riguroso de formación, hacer uso de sus fortalezas y reencauzar, diluir o compensar las debilidades o contraindicaciones menores que pudiera tener dentro de su estilo personal. En este sentido, la inclinación es a pensar que las compensaciones que el sujeto pueda poner a sus carencias y a sus debilidades, van a conformar un

sistema protésico<sup>31</sup> de funcionamiento que, las más de las veces, resulta más eficiente que aquellas cualidades o “dones naturales” del sujeto, puesto que esto tiene que ver con la variable actitud de las competencias, ligada íntimamente al concepto de motivación, cambio y superación. En síntesis, y como ya se ha señalado, salvo contraindicaciones graves psicopatológicas que fracturan la continuidad del proceso de dinámica de la mismidad, la mayor parte de las personas reúnen las condiciones apropiadas para ser parte de un proceso de formación profesional terapéutico exitoso. De cualquier modo, si se fuerza una propuesta sobre algunas exigencias personales para ser terapeuta, al menos se podrían mencionar tres: que sea un sujeto sano desde el punto de vista principalmente psíquico, con alto nivel de motivación y tener facilitado los procesos de generatividad y de complejidad del sí mismo. El mero hecho de adscribirse a un proceso de formación, que involucra un conocimiento de especialidades, un grupo de repertorio de habilidades terapéuticas, la conexión con una actitud ante su profesión y la reverberancia sobre el autoconcepto, supone un cambio importante en el nivel de las variables personales, de modo que estas se suman preferentemente, más que se restan a este proceso. Por lo tanto, nuestra visión al respecto es optimista y progresista.

En cuanto a los factores interpersonales, éstos se refieren a la forma y característica que el sujeto ha resuelto en un eje evolutivo, la intersubjetividad tanto respecto de las relaciones interpersonales significativas, como las relaciones interpersonales más secundarias. La manera de ser, en lo interpersonal, está íntimamente ligada con el ser propio del sujeto, más aún, es desde nuestra perspectiva, la matriz que lo constituye, imprimiendo sellos, estilos, valores y las características de los procesos centrales de conocimiento y constitución de la subjetividad.

Para entender y ordenar este factor, el modelo Constructivista Cognitivo se apoya en tres ejes conceptuales: la teoría del Apego (Bowlby, 1983,1990, 1995), la teoría de las Emociones e Intersubjetividad (Lazarus, 2000; Greenberg y Safran, 1987;

---

<sup>31</sup> Conjunto de competencias compensatorias de déficits o inhabilidades biológicas, psíquicas o comportamentales, que le permiten a un sujeto responder eficientemente a las demandas de su entorno.

Greenberg, 1996, 2000a, 2000b) y la teoría de la Asertividad Generativa (Yáñez, 1996; Anexo 1). Sin embargo, merece una especial mención el hecho de que, este factor interpersonal, es un constituyente central de la alianza terapéutica, que a su vez es un factor inespecífico primordial asociado a la teoría del cambio psicoterapéutico, y además, que las habilidades en esta área, potencian la operación de las técnicas e intervenciones terapéuticas. Dicho de otro modo, no basta con que se aplique una técnica o una intervención ajustada a los principios que la definen, sino que un factor importantísimo es la forma en que estos procedimientos se despliegan, por parte del terapeuta, y esa forma va a depender de condiciones interpersonales. Como ejemplo, se puede mencionar que un terapeuta puede ser emocionalmente más distante, menos sensible o menos elocuente que otro, lo cual sin duda va a tener una incidencia en los resultados de la aplicación de la técnica. Es en referencia a este tipo de contingencia cuando se señala el papel central que tiene la formación especializada en la homologación de estilos terapéuticos, sin pretender desdeñar las diferencias personales a este respecto, (véase Dobry, C; 2005).

El último factor constituyente de las habilidades terapéuticas corresponde a aquellas habilidades profesionales que son instaladas a través del proceso de formación clínica y que son componentes ineludibles de las competencias profesionales clínicas. Un proceso de formación invierte buena parte de su tiempo y energía en lograr la instalación de dichas habilidades. Estas habilidades se originan en: a) los procedimientos específicos que describen las técnicas y las intervenciones, b) la relación entre los factores teóricos y los repertorios que involucran, c) la práctica simbólica y concreta, d) el aprendizaje observacional de otros terapeutas, e) análisis, discusión y presentación de casos clínicos, f) la atención directa de pacientes, y g) la supervisión de casos. Estas debieran ser las actividades mínimas a cumplir con un terapeuta en formación. Cada una de estas actividades se manifiestan en complejas combinatorias de componentes personales y componentes técnicos, como algunas de las siguientes: manejo del encuadre en términos de abstención y neutralidad, habilidades de descentramiento e inclusión, enganche y desenganche técnico, habilidades relacionadas con las distintas intervenciones, habilidades

metacomunicativas y de exploración experiencial, empatía, complementariedad emocional, habilidad para separar lo profesional de lo personal, habilidad de evaluación de burnout<sup>32</sup> (Yáñez, 2002) y de conductas de autocuidado profesional<sup>33</sup> (Yáñez et al).

3) *Actitud*: Para el desempeño como terapeuta es central, el valor que éste le atribuye al ejercicio de la profesión, sus resultados y el reconocimiento social, cuestión que está ligada directamente con las expectativas y el nivel de motivación para desempeñar la profesión. Por tanto, en el concepto de competencias, la categoría actitud, o sea, *la evaluación emocional que hace el sujeto del conocimiento y sus habilidades en esa particular área de actividad, lo que implica el nivel de motivación con que se expresa su conducta*, cumple un valor importantísimo a nivel intrapsíquico del sujeto. En este sentido, cuando se habla de actitud, lo que está en cuestión son los contenidos concretos de las competencias.

4) *Autoconcepto*: El autoconcepto es el 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. Por tanto, es un componente muy importante de la identidad como terapeuta, y corresponde a *la imagen que el sujeto ostenta en torno de sí mismo y ante los demás, como representante de una determinada área de acción. Lo que está en juego es la autoestima del sujeto, por lo tanto es el componente más difícil de manejar en un programa de desarrollo de competencias, dado que depende en buena medida de su estructura idiosincrásica*. Goldfried (1995, Pág. 207), señala “Nosotros los terapeutas, quizás no somos observadores muy fiables de nuestras propias actividades terapéuticas”, y muchas veces tampoco somos suficientemente concientes del papel preponderante que jugamos en la vida de los demás.

---

<sup>32</sup> Desgaste personal producido por el ejercicio de la psicoterapia, que se expresa en dificultades emocionales, cognitivas y comportamentales, y que interfieren las relaciones interpersonales profesionales y personales. Una de las consecuencias más complicadas para la psicoterapia es el bloqueo de la generatividad, lo cual interfiere con la alianza terapéutica. (Yáñez, 2002).

<sup>33</sup> El autocuidado profesional, corresponde a aquellas competencias orientadas a equilibrar las carencias y restricciones interpersonales que se producen, debido al encuadre profesional, durante el ejercicio de la psicoterapia.

El resultado de las habilidades terapéuticas en acción, tiene que ver con el componente de la experiencia inmediata dentro del eje explicación-experiencia de los procesos de mismidad, dinámica que está a la base, y es responsable, de la construcción del componente actitudinal de las competencias, y del autoconcepto referido al ser psicólogo clínico Constructivista Cognitivo, elementos que sin duda son factores relevantes en la constitución de la identidad general del sujeto terapeuta.

En síntesis, el terapeuta profesional, psicólogo o psiquiatra, es un experto en su respectiva disciplina, especializado en una teoría psicológica clínica y en los procedimientos que crean las condiciones para el cambio psicológico. Su competencia consiste en la aplicación de técnicas, tanto operativas como procedurales, intervenciones terapéuticas, herramientas terapéuticas y manejo pertinente de la relación terapéutica a través del encuadre profesional y del proceso terapéutico.

## **2.7 PACIENTE**

La contingencia de la praxis vital, desde el nacimiento hasta la muerte, implica que el sujeto tiene que estar haciendo constantemente un esfuerzo mayor o menor, más crítico o menos crítico, para mantenerse en equilibrio. Su propiedad esencial es ser un equilibrio inestable producto de la compleja interacción entre los procesos internos en sus distintos niveles físico, biológico, psicológico, y la presión compleja e inextricable de las demandas externas. Esta condición inextricable del medio, tiene que ver con la aleatoriedad permanente de las circunstancias a la que está sujeto el individuo. Más aún, la condición de sujeto, se debe a estar permanentemente sujeto a estas circunstancias. El esfuerzo de éste, consiste en poner un orden a los acontecimientos, en base al orden interno de su propia complejidad sistémica. Cuando mencionamos la palabra esfuerzo, nos referimos específicamente a un costo energético a todo nivel, cuyo objetivo es mantener sus límites y su propia identidad, diferenciándose del medio para constituirse en tal. En otras palabras, es un gasto constante, una inversión, para ser quien es, de modo de mantenerse indemne frente a la amenaza de la entropía natural de los sistemas.

La tensión existencial se origina en dos fuentes, a saber: la propia coherencia del sistema que implica un costo energético para su mantención, y el que corresponde a la necesidad vital de relacionarse con un mundo ordenado y predecible, de modo de disminuir los niveles de incertidumbre vital. Este movimiento permanente e inevitable del flujo del vivir, puede verse alterado por la desorganización interna del propio sistema, las demandas desbordantes del ambiente o una coincidencia azarosa que implicaría la presencia de ambos factores. La respuesta ante el quiebre permanente del equilibrio del sistema, resulta en estrategias de equilibrio alternativas que pueden conducir a la clausura progresiva del sistema. Un ejemplo es la operación de los mecanismos de defensa para evitar las demandas desbordantes tanto internas como externas, los que pueden llevar al sistema al borde de su propia desorganización. En esta circunstancia, el sistema queda en un estado tal, que puede elaborar estrategias adaptativas novedosas no incorporadas a su cotidianeidad, o bien, se dispone a una



mayor vulnerabilidad para la influencia externa de otros sistemas; estas dos condiciones justifican y hacen pertinente la operación de la psicoterapia. Según Prigogine, Premio Nóbel de Física, 1977, por su contribución a la termodinámica del no equilibrio y la teoría de las estructuras disipativas, (en Spire, 1999, Pág. 25), señala dos condiciones respecto de éstas últimas, cuando una estructura disipativa se acerca al desequilibrio. Una de ellas es “cuanto más se aleja un sistema del equilibrio, más las causas de los fenómenos que se desarrollan en su interior, tienden a generar efectos inéditos y, en consecuencia imprevisibles”, la segunda se refiere a “que la materia que está alejada del equilibrio es sensible a las influencias externas”.

Esta condición de desequilibrio, que surge de la alteración de la economía interna del sistema y/o de las demandas desbordantes del medio ambiente, restringe la eficacia operacional del sujeto para mantener esta especie de equilibrio u “orden por oscilaciones”, en las palabras de Guidano. Por tanto se exagera las medidas defensivas para el sistema, emergiendo estrategias disfuncionales que son la base de la sintomatología de los pacientes; y comienza a padecer la ineficacia de su propio sistema para vivir.

Paciente, entonces, es aquel que se padece a sí mismo, producto de la dificultad para reconciliar su orden interno o responder a las demandas ambientales. Esto se expresa en dos niveles:

En primer lugar en el nivel de funcionamiento superficial del paciente, o sea, se altera su operatividad, su funcionalidad, su cotidianeidad. El equilibrio antitético entre las polaridades de las dimensiones operativas, se hace cada vez más rígido, concreto, excluyente, evitativo, etc., y el paciente comienza a ser evaluado por los demás y por sí mismo como una persona que “está mal”, “no está funcionando bien” y que requiere de apoyo externo natural, o sea sus propias redes, que a veces son suficientes para recuperar a un sujeto que opera en los límites de su coherencia sistémica, o bien de apoyo profesional, que implica ingresar a un sistema que provea de psicoterapia u otras atenciones especializadas.

El segundo nivel, es el estructural o profundo que corresponde al núcleo del sí mismo, 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. Sin embargo, este nivel también es fuente de perturbaciones más estructurales, por ejemplo, del tipo que se aprecia en las psicosis y en los trastornos de personalidad.

De cualquier modo, a nivel superficial o profundo, lo central que ocurre con un paciente que se desestabiliza, es una desorganización de sus sistemas de conocimiento, tanto internos como de respuestas a las demandas desbordantes. Esto se refleja a nivel de lo que es el concepto de trastorno en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), en que el eje central de la clasificación de la amplia gama de los trastornos psicológicos y psiquiátricos, es justamente la noción de trastorno, la cual es definida desde la perspectiva del paciente como: “patrón comportamental o psicológico ... asociado a un malestar ... o discapacidad (por ejemplo deterioro en una o más áreas de funcionamiento) ... debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental psicológica o biológica”. (DSM-IV, 1997, Pág. 15). Aunque se reconoce la difusión y poca claridad conceptual de esta definición, esta permite organizar, de una manera consensual las distintas constelaciones sindromáticas a que se refieren. “El término «Trastorno» se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como «enfermedad» o «padecimiento». Aunque «trastorno» no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales”. (CIE 10, 1992 b, Pág. 25).

Lo que interesa destacar en el presente trabajo, es la concordancia que existe en la búsqueda de un elemento central que le ocurre al paciente a partir de un cierto momento en que reúne las condiciones subjetivas y objetivas (referenciadas por los demás), para ser sujeto de una psicoterapia. O sea, el tema central es que, un paciente se convierte en tal, cuando se encuentra en un estado de desorganización tal que, como se señalaba anteriormente, la resuelve de una novedosa y eficiente, mediante estrategias que surgen espontáneamente en la interacción con los demás en su praxis vital, o queda disponible para que la influencia de otros sistemas externos puedan aportar condiciones para un cambio y una reorganización de su sistema de funcionamiento vital. En ambos casos, se movilizan altos niveles de ansiedad, de cuyo origen se puede señalar al menos dos fuentes: una proviene de la perturbación que ejerce la presión de los contenidos descentralizados de la experiencia por ser parte de los componentes de la mismidad, a través de su reconocimiento emocional y una simbolización concordante con la coherencia del sistema; otra es el resultado de la tensión existencial que produce el acto de abandonar una estructura de significado por una nueva, producto de la reorganización del sistema de conocimiento.

En nuestra perspectiva, los trastornos psíquicos son siempre trastornos de la subjetividad, por cuanto es la manera viable de vivir, la que por efecto de su propia desorganización o de las demandas desbordantes externas, pierde su viabilidad, lo que conduce a la subjetividad a buscar caminos alternativos transitorios (síntomas agudos) o, lo que sería más perjudicial para el sistema, permanentes (síntomas crónicos), con un alto costo energético, que desorganizan la economía del sistema y producen malestar, discapacidad o padecimientos. Al respecto Millon (1998. Pág. 10), en su teoría acerca de los trastornos de personalidad, señala que: "... es más probable que los trastornos psicológicos sean el resultado de una disfunción de la capacidad de la personalidad para enfrentarse a las dificultades de la vida que la consecuencia de la intrusión de algún problema psíquico."

Lo interesante es que ese fino y sutil equilibrio en que nos mantenemos con el esfuerzo diario, en lo cotidiano y lo trascendente, en lo anecdótico y en lo vital, sólo puede ser modificado por una perturbación tal, que produce un cambio en los sistemas de significación del sujeto, y muy frecuentemente, las más de las veces, ese cambio es instigado por otra subjetividad, mediante un acto preferentemente simbólico. Acto simbólico que para incluir en él la fuerza del cambio, tiene que sustentarse en una relación intersubjetiva que tenga el carácter de significativa para ambos sujetos. Es por esto que el factor inespecífico más importante y generador de condiciones de cambio en psicoterapia es la alianza terapéutica.

## **2.8 RELACIÓN TERAPÉUTICA**

La matriz donde se incuban los procesos de cambio y progreso de la estructura del sí mismo son las relaciones interpersonales, porque estas proveen de experiencias emocionales permanentes de transmisión de la cultura y del lenguaje y de los referentes “objetivos” del sí mismo además de las nociones propias de la conciencia y la autoconciencia, que se van a constituir en un componente vital de la identidad del sujeto. La frase “somos lo que somos porque estamos con los otros”, resulta elocuente para mostrar la importancia del vínculo con los demás, (véase Sujeto Interpersonal y Anexo 1). De este modo si las relaciones interpersonales nos crían, entonces las relaciones interpersonales nos curan, si las relaciones interpersonales nos enferman, entonces las relaciones interpersonales nos sanan. Por lo tanto, la relación terapéutica, además de ser el factor común a todas las psicoterapias, es esencial para crear el contexto interpersonal necesario en la generación de condiciones de cambio.

Esta relación terapéutica es 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. La alianza permite la exploración y el reordenamiento de la experiencia inmediata, y la explicación del paciente dentro de un contexto técnico profesional protegido, orientado al desarrollo y la mejoría del sujeto. En otras palabras, la relación terapéutica, es una interacción técnico – profesional que contiene características especiales, que definen el modo y el alcance de ésta, que aún cuando hace uso de los hábitos y costumbres sociales naturales, está delimitada por el encuadre psicoterapéutico, cuyas reglas regulan esta relación, dándole un carácter que no se encuentra en las interacciones cotidianas. En este contexto interpersonal se crean las condiciones necesarias para generar el cambio psicoterapéutico, por un lado,

en la dirección de la remisión sintomática y, por otro, los cambios profundos y estructurales, asociados al origen de los desórdenes psicológicos.

La relación terapéutica y la alianza consecuente, aunque se basan en los usos y costumbres sociales y en la cultura de la cual provienen los sujetos, es una relación contracultural, en el sentido que es un encuentro técnico o profesional, de orden absolutamente inédito en cuanto a que el encuentro que se produce entre estos sujetos, está mediado por el deseo de cambio del paciente y la disposición de servicio del terapeuta, y lo que se intercambia son los contenidos más íntimos, particulares y significativos del paciente que consulta. Esta paradoja interpersonal, corresponde a la metáfora de una relación de apego significativa y segura, no histórica sino que aguda y de emergencia, que en un período de tiempo determinado, breve, es capaz de recapitular y reorganizar los sistemas de conocimiento ontológicos de un sujeto, con el fin de reequilibrarlos en su funcionamiento y viabilidad. En este sentido, cabe mencionar lo señalado por Kleinke (1995, Pág. 116), respecto a las características que permiten distinguir una relación terapéutica de una relación cotidiana, natural o de amistad:

1) “las relaciones terapéuticas son unilaterales”, esto porque el terapeuta funciona desde una perspectiva orientada hacia el paciente y los contenidos y transacciones emocionales preferentes, son aquellos que corresponden al paciente;

2) “las relaciones terapéuticas son formales”, porque están reguladas por un contrato más explícito o menos explícito, que establece y especifica la duración, tiempo, costo, tipo de relación ,etc., de modo que las relaciones están sujetas a estas circunstancias específicas;

3) “las relaciones terapéuticas están limitadas en el tiempo”, desde el punto de vista de la generatividad, la subvariable que menos opera en una relación terapéutica es precisamente su proyección más allá de los términos establecidos en el contrato y del logro de las metas terapéuticas, en otras palabras, la relación terapéutica

escasamente se proyecta al ámbito natural. Desde nuestra perspectiva, tendríamos que señalar una cuarta condición que es característica de la relación terapéutica, y es que ésta es una relación de servicio profesional, donde el objeto en transacción es un intangible, el acto terapéutico o el servicio terapéutico, que sólo puede ser verificado por los resultados que se logran en el paciente. Esta es una condición crítica de la psicoterapia, que está relacionada con la facilitación del síndrome de burnout en los terapeutas. La transferencia es principalmente simbólica y, un buen resultado de una psicoterapia, se evalúa por la apropiación que hace de éste el paciente, de modo que la falta de reconocimiento hacia el terapeuta es una situación que puede extrañarse pero que es un indicador del buen ejercicio de la psicoterapia, (al respecto véase Anexo 3).

La alianza terapéutica Cognitivo Constructivista plantea algunas exigencias que regulan la interacción y éstas son concordantes con lo que señalan Mahoney & Freeman (1988, Pág. 40), quienes postulan que “además las teorías motoras sugieren que una prometedora dirección para investigar estrategias de intervención podría incluir un cambio, alejándose de lo que el terapeuta hace *al* cliente, y acercándose hacia lo que el cliente está activamente comprometido en *hacer* con y hacia él o ella misma”, en el sentido que las tareas compartidas son una mejor fuente de condición de cambio, que las tareas unilaterales preferidas por los enfoques conductuales.

Entre las exigencias postuladas por el enfoque Cognitivo Constructivista se encuentran:

- 1) la aceptación del vínculo y su mantenimiento, con las restricciones que señale el encuadre, como el contexto propicio para el trabajo terapéutico;
- 2) el acuerdo de metas psicoterapéuticas generales que le otorgan un marco de referencia y orientan el proceso de la terapia, al estilo del empiricismo colaborador propuesto por Beck;

3) la condición de que el resultado de ésta es una responsabilidad compartida entre terapeuta y paciente y que, para cada uno, supone la aceptación de tareas y responsabilidades que van desde, los aspectos formales como asistencia regular a la psicoterapia, hasta la disposición del paciente para poner en juego contenidos extremadamente íntimos o perturbadores;

4) el “enfoque crédulo” mutuo de Kelly, (1955) en que , por una parte el terapeuta confía en la espontaneidad y honestidad de su paciente, y por otra, el paciente confía en la idoneidad, buen criterio y disposición permanente del terapeuta hacia él;

5) la actitud de explicación permanente, que por parte del terapeuta implica la asociación de los acontecimientos del proceso terapéutico con los referentes teóricos y metateóricos del sistema de conocimiento, para formular hipótesis acerca del funcionamiento del paciente, y por parte del paciente, implica encontrar explicaciones e interpretaciones ajustadas a sus propios procesos de funcionamiento, que le permitan bajar su nivel de sintomatología;

6) la actitud de exploración por parte del terapeuta acerca de los contenidos relatados y en curso del paciente, para no perder de vista el referente de los datos concretos en desmedro de las hipótesis teóricas. Las explicaciones teóricas y las interpretaciones que el terapeuta haga de su paciente, deben estar siempre sometidas al contraste con la experiencia y los hechos. Por parte del paciente, la actitud de exploración es la constante apertura y disposición para husmear o revisar su propia existencia.



## **2.9 PSICOPATOLOGÍA**

Si se piensa en la psicopatología, se está elaborando un nivel de funcionamiento de segundo orden, en el sentido de que se debe remitir a un funcionamiento psíquico que puede llamarse normal, y que es el que se ve interferido o alterado por algunas circunstancias, ya sea de su propia organización o externa a él, pero tan perturbadora, que puede alterar su curso de desarrollo normal.

Resulta inútil referirse a la ya desgastada discusión acerca de los conceptos de normalidad y anormalidad, especialmente si ésta se refiere a un concepto de normal / anormal cuyos criterios son estadísticos, descriptivos y externos a la dinámica propia de la subjetividad. Una postura como esta, resulta más productiva para aquellos fines que se entienden como diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales, y cuyo alcance es interesante para la psiquiatría adscrita al modelo médico farmacológico, para los sistemas de salud que están involucrados en términos de costo / beneficio y para las investigaciones de epidemiología de salud mental. El efecto secundario de esta posición, acerca de lo normal / anormal es que gracias a la nosografía vigente, los profesionales encargados de la salud mental pueden entenderse, en un nivel relativamente consensual acerca del detalle de las conductas desadaptativas de sus pacientes a nivel de lo observable, cuantificable y, si fuera necesario, controlable. Este efecto es posible gracias a la política adoptada en la construcción de los DSM de ser descriptivo, atórico y no etiológico; la pregunta que se desprende desde una perspectiva Constructivista, en la que el observador, entre paréntesis, se observa a sí mismo cuando observa a los otros, es si con este sistema, ¿se clasifica a los pacientes o a los encargados de la salud mental?. Estas categorías no representan otra cosa que una exhaustiva revisión, de todas las alternativas posibles en que los sujetos pueden desviarse de su manera habitual de vivir.

En otras palabras, es posible que todos nosotros y en cualquier momento de nuestra existencia, seamos clasificados según esos criterios, aún cuando ellos no puedan decir nada de quienes somos y cómo hemos sido en nuestro devenir. Al

respecto Guidano señala “Como era de esperar, la psicopatología atórica y descriptiva ha influido profundamente, incluso en las ideas básicas sobre la salud mental (es decir, de la normalidad) y de las perturbaciones mentales (es decir, de la neurosis y la psicosis). En pocas palabras, la normalidad, la neurosis y la psicosis siempre han sido consideradas *entidades* estáticas, fijas, que sirven como instrumentos de clasificación para inventariar los rasgos descriptivos supuestamente específicos. Considerando el conocimiento como una copia del orden externo, asimilado a su vez mediante un conjunto de axiomas invariables (por ejemplo, la motivación hedonista, los procedimientos lógicos, etc.), resulta posible, sobre la base de su grado de correspondencia con ese conjunto, definir dichos rasgos descriptivos como contenidos específicos de conocimiento (creencias, motivaciones, actitudes, etc.), que identifican la conducta normal, neurótica o psicótica.” (Guidano, 1994, Pág. 88).

El valor del DSM, como referente para la consensualidad del lenguaje acerca de la psicopatología entre los psiquiatras y psicólogos, es indudable, sin embargo, el alcance que puede tener para los procesos terapéuticos es limitado, precisamente por los principios al que se adscribe su construcción, que por el contrario son los fundamentos necesarios para la planificación o pronóstico de un proceso psicoterapéutico. Para esto, sin duda que se requiere de una descripción detallada de lo que ocurre en el nivel operativo del sujeto (nivel de DSM), también un análisis etiológico que nos remita al curso de la disfuncionalidad del sistema (origen multifactorial del síntoma), pero además, para la psicoterapia, se requiere básicamente tener acceso al modo idiosincrásico u ontogénico de una senda evolutiva de construcción de la subjetividad del paciente, que ve fracturado su curso habitual, por un trastorno de su estructura profunda, que se expresa sintomáticamente a nivel superficial, en la operación cotidiana de su existencia. En otras palabras, la psicoterapia no tiene otra opción que discurrir como proceso en las condiciones anteriormente descritas, para poder ser consecuentes con el propósito de ser una oportunidad de cambio permanente y profundo del paciente.

### 2.9.1 NOSOLOGÍA DSM-IV

El DSM-IV es la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que utilizan psicólogos y psiquiatras a nivel mundial (sobretudo en EE.UU), que se dedican al ámbito clínico y de investigación. Por tanto, se está hablando acerca de un sistema de clasificación de los trastornos mentales. Pero antes de continuar con la descripción propiamente tal respecto de este manual diagnóstico, cabe hacerse la siguiente pregunta: ¿por qué clasificar los trastornos mentales?.

Puede parecer evidente la necesidad de realizar esta clasificación, considerando los beneficios que trae consigo la existencia de un lenguaje común entre profesionales del área de la salud mental. Más aún, la descripción detallada de cada trastorno, su prevalencia, epidemiología, sintomatología, curso y pronóstico son aspectos útiles de considerar por estos mismos profesionales, ya sea con fines clínicos o de investigación. Sin embargo, se han formulado una serie de críticas respecto a las clasificaciones psiquiátricas, que son necesarias de acoger, para perfeccionar los sistemas nosológicos, teniendo el cuidado de no caer en una perspectiva “antipsiquiátrica” que vaya en desmedro de los objetivos clínicos y de investigación.

En primer lugar, de acuerdo a la literatura, a la experiencia clínica y, por qué no, apelando también al sentido común, el hecho de asignar un diagnóstico psiquiátrico a un sujeto puede suponerle cierto estigma, no sólo por la significación que el propio individuo pueda concederle a dicho trastorno, sino también por la significación que los otros le adjudican. En segundo lugar, puede darse el “efecto etiquetaje” (DSM-IV, 1994, Pág. 25), según el cual, el sujeto actúa de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico. En tercer lugar, al realizar un diagnóstico, se apela a una postura reduccionista que implica la agrupación de síntomas, en desmedro de la posibilidad de disponer de una perspectiva más amplia, que considere las diferencias individuales. Por último, cada vez más se observa cierta tendencia a incluir, dentro de los sistemas de clasificación de trastornos mentales, algunas faltas morales (del ámbito forense) e incluso, ciertos comportamientos normales (desde un criterio estadístico, por cierto).

Después de estas observaciones preliminares, es menester profundizar más en cuanto al DSM-IV, manual psiquiátrico que se pondera como uno de los principales y más utilizados por la comunidad científica y de salud mental. Como bien se ha dicho, el DSM-IV no es más que otra expresión de la necesidad de categorizar, con el fin de facilitar el quehacer clínico simplificando y organizando la inmensa gama de comportamientos observables del ser humano, lo cual permite, en último término, aumentar la capacidad de predicción.

En 1952 se publica la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I). Fue la primera clasificación oficial norteamericana, que incluyó un glosario de categorías que contempló definiciones de las mismas y los nombres de los trastornos mentales. Intentó ser un reflejo del pensamiento de la psiquiatría de esos años ('40 y '50) en EE.UU. De esta manera, se fue configurando este sistema taxonómico de los trastornos mentales, el cual fue evolucionando, desarrollando y modificando de acuerdo a los acontecimientos históricos, las deficiencias encontradas y la necesidad de abarcar la mayor cantidad de trastornos. La última versión publicada, como se puede deducir, es de la cual estamos haciendo referencia: el DSM-IV.

Ahora bien, es factible preguntarse cuál es el verdadero aporte de la cuarta revisión del DSM. Resulta interesante, en este sentido, el proceso mediante el cual se elaboró el DSM-IV, en tanto se centró en un análisis sistemático de datos científicos vigentes. De esta manera, todos los cambios que contiene respecto a la revisión anterior, del DSM (DSM-III-R), vienen apoyados por una serie de investigaciones clínicas, en contraste con el procedimiento consensual entre expertos que se había llevado a cabo con anterioridad.

Lo que sí se debe discutir, y en lo que hay que llegar a un consenso, es en torno al concepto de trastorno mental que se utilizará, puesto que esta definición ayuda a establecer el límite entre normalidad y anormalidad, así como entre enfermedad mental

y enfermedad física. Lamentablemente, no existe una definición clara y consistente del concepto de trastorno mental en el contexto de la psiquiatría.

La definición más práctica y tautológica que podría formularse en cuanto al concepto de trastorno (ya sea mental o médico) es “aquello que tratan los clínicos” (DSM-IV, 1994, Pág. 15). Según el DSM-IV, un trastorno mental “es conceptualizado como un síndrome o patrón comportamental o psicológico, de significación clínica que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor) o discapacidad (por ejemplo deterioro en una o más áreas de funcionamiento) ... Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental psicológica o biológica”, (DSM-IV, 1994, Pág. 15), pero que sin embargo no define claramente a qué alude el término *significación clínica*.

Para cada trastorno descrito en el DSM-IV, se hace necesario indicar la gravedad involucrada, debido a que esta observación puede ser útil a la hora de explicar la manifestación sintomatológica particular, la respuesta al tratamiento y el pronóstico.

El término *leve* da cuenta de la existencia de pocos síntomas de los requeridos para formular el diagnóstico, y estos síntomas dan lugar a un ligero deterioro de la actividad social o laboral. Un trastorno *moderado* se define en función de los síntomas o el deterioro funcional implicado, que están ubicados entre lo “leve” y lo “grave”. En un trastorno *grave*, por su parte, puede ser que los síntomas detectados, excedan los requerimientos para realizar el diagnóstico, que existan distintos síntomas que sean especialmente graves o que la actividad laboral o social se encuentre notablemente deteriorada.

Otros términos que se deben considerar para hacer un buen uso del DSM-IV son los de “remisión”. Se habla de *remisión parcial* cuando permanecen tan sólo algunos de los criterios para un trastorno en particular. El término *remisión total* hace referencia a la no existencia de síntoma o signo del trastorno, lo cual no significa que se deje de

considerar la importancia de dicho trastorno, en la medida que desde la perspectiva clínica, puede contemplarse recaídas.

Una de las principales características respecto al DSM-IV, es que está elaborado como un sistema multiaxial, el cual consiste en una evaluación que se realiza en cinco ejes distintos. Este tipo de taxonomía que involucra varios ejes resulta de gran utilidad por varias razones. En primer lugar, se le otorga la importancia clínica adecuada a cada trastorno cuando existe más de uno. En segundo lugar, cabe destacar la amplitud de la evaluación, que va más allá del mero diagnóstico. En tercer lugar, se conciben especialmente los factores psicosociales involucrados en el sujeto que padece el trastorno. Por último, se le otorga una particular atención y cabida a la evaluación del nivel de actividad del individuo.

Estos ejes dan cuenta de distintos ámbitos de información que permiten plantear un tratamiento adecuado y prever un pronóstico. Los Ejes I, II y III son ejes diagnósticos. El Eje I incluye la clasificación de todos los trastornos psiquiátricos, exceptuando los Trastornos de personalidad y el Retraso Mental, los cuales son codificados en el Eje II. En el Eje III se contemplan todas las enfermedades médicas. El Eje IV por su parte, incluye las dificultades psicosociales y ambientales que resultan ser clínicamente significativas. Por último, el Eje V es una evaluación global del sujeto, que involucra su actividad psicológica, social y laboral.

A pesar de la serie de ventajas que podría traer consigo un sistema multiaxial, existen numerosas críticas formuladas, referentes a los aspectos teóricos y prácticos. Por esta razón, en el DSM-IV se puntualiza que la aplicación de este sistema de varios ejes es opcional, además de hacer la acotación que destaca que no existen diferencias substanciales entre los Ejes I, II y III.

Para finalizar esta descripción del DSM-IV, se enumerarán a continuación las grandes clasificaciones contempladas en este manual, que incluyen a su vez subagrupaciones de trastornos.

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia.
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
- Trastornos adaptativos.
- Trastornos de la personalidad.
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

No se puede finalizar esta breve revisión del DSM-IV, sin hacer mención de otro sistema de clasificación internacional de trastornos: el CIE. Actualmente, se encuentra disponible la décima revisión de este manual (CIE-10). No obstante, fue en la sexta revisión de CIE (en inglés ICD-6: Internacional Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) que la Organización Mundial de la Salud decidió añadir un apartado para clasificar los trastornos mentales. Desde esa revisión en 1948, esta Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales ha evolucionado y se ha desarrollado enormemente.

## 2.9.2 NOSOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA

La psicopatología Constructivista Cognitiva requiere la conceptualización de una ontología constructiva, que desde el punto de vista teórico, proponga la evolución progresiva de sistemas de conocimiento, constituidos por una estructura que comprenda los contenidos y los esquemas de procesamientos, y una organización que de cuenta de la dinámica de su construcción a partir de procesos de orden ascendente y graduales hacia la complejidad del sistema, lo que al mismo tiempo, le permitiría al sujeto una mayor amplitud de opciones de respuestas a las presiones medioambientales. En esta perspectiva, una psicopatología como concepto, puede ser entendida como la interferencia de la dinámica autorreferente de construcción de sistemas de conocimiento y de la subjetividad, por dos razones:

(a) Una presión desbordante del medio, que desorganiza al sistema a tal punto de interferir con sus procesos de desarrollo, asociados a los mecanismos de continuidad (Mismidad) y cambio (Ipseidad). Estas presiones surgen de aquellos contenidos de la experiencia del sujeto que no pueden ser incorporados a la dinámica de la mismidad, producto de que el sistema de conocimiento no cuenta con los mecanismos de significación que le permitan explicarlos, desde la perspectiva de la coherencia del sistema, por lo tanto, es una presión por la reorganización, o más específicamente por la deconstrucción del sistema. El efecto de esta dinámica de la estructura profunda, se expresa a nivel superficial y de la operatividad del sujeto, en turbulencias emocionales incontrolables y en una inclinación por dispositivos de defensas, con desplazamientos en las dimensiones operativas, hacia los ejes del concretismo, la evitación, la exclusión y la reactividad. Por lo tanto, el sistema bloquea la generatividad y cierra sus posibilidades de complejización asociada al desarrollo de nuevos reordenamientos.

(b) Otra razón asociada a la interferencia de los sistemas de conocimiento, es que la propia dinámica interna o profunda se “especialice” en responder ante las presiones, de una manera “conservadora”, lo que tendría que ver con una



disfuncionalidad del sistema de conocimiento, fruto, ya no de presiones externas, sino que anclados en la ontogenia del sujeto, específicamente en escenas prototípicas tempranas, traumáticas, que atentan contra los mecanismos de cambio, y que se expresa en altos niveles de movilización de angustia, frecuentemente flotante y sin objeto, y a menudo, incomprensible; que a nivel de la operatividad superficial del sistema, también implican una corrida hacia los ejes negativos de las dimensiones operativas, ya mencionados en el caso anterior.

Por lo tanto, una Psicopatología Constructivista Cognitiva, se funda principalmente en las dificultades internas del sistema de conocimiento y en las presiones desbordantes del medio, siempre expresados, a nivel de la operatividad del sujeto, en término de síntomas que se originan en los modos particulares de desplazamiento en los ejes antitéticos de las dimensiones operativas.

Cabe señalar una referencia que Millon (1998. Pág. 10), alude respecto de salud y enfermedad, a los sistemas físicos pero que es perfectamente aplicable a los sistemas de conocimiento humano: ..”la mayoría de los trastornos físicos son el resultado de la dinámica y el intercambio entre las capacidades del sujeto para afrontar las cosas y el ambiente en que vive....el sustrato que hace que una persona resista o sucumba a unas fuerzas ambientales potencialmente amenazadoras”.

### 2.9.3 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, que pueden ser categorizados con algunos de los trastornos descritos por el DSM IV. Las posibilidades de construir síntomas en un sistema son tantas, como los desbordes detallistas descriptivos de los autores de esta nosología.

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. Dichas condiciones pueden hacer que sea o no sea pertinente el desplazamiento operativo del sujeto hacia una u otra polaridad. En otras palabras, la normalidad o patología de una estrategia, estará establecida por su aporte a la mantención de la coherencia, más que por su proximidad con algunas de las categorías de las nosologías tradicionales. Las dimensiones operativas son:

**a) 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. De modo tal, que el sujeto padecería emocionalmente, la sujeción a determinados contenidos de la experiencia vital. Es en estas circunstancias, que se crean las condiciones para la emergencia de resoluciones transitorias, que derivan en mecanismos de control descentralizados y, eventualmente, síntomas psicopatológicos. Esta dimensión operativa está permanentemente demandada durante el proceso terapéutico, dado que la simbolización de contenidos es la base del cambio significativo y permanente, ya sea de nivel operativo o estructural.

Los procesos abstractos pueden ser parte o no de la conciencia. Cuando lo son, se pueden reconocer en ellos las características propias del pensamiento formal o lógico, por ejemplo procesamiento deductivo, inductivo, analítico o global. En psicoterapia, el trabajo con ellos es más propio del momento cognitivo clásico, en que se hacía una opción por racionalizar el pensamiento, aún cuando como señala Mahoney, estos forman parte de las estructuras superficiales y no necesariamente representan a la totalidad de la conciencia humana. Del mismo modo, una parte importante de estos procesos abstractos, se encuentran relacionados con los procesos inconscientes, en lo que sería el sistema de conocimiento tácito, de modo que no todos los contenidos abstractos son parte de la conciencia.

**b) Flexibilidad – Rigidez:** Esta dimensión refiere a la operación de las estructuras de procesamiento y conocimiento proactivo,<sup>34</sup> 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. “Desde una perspectiva epistemológica evolutiva, la mente parece ser un sistema constructivo

---

<sup>34</sup> Conocimiento Proactivo: proceso de conocimiento en que el sujeto cognoscente controla tanto las cualidades sensoriales como motoras del procesamiento a través de estructuras centrales. Basado en la primacía de lo abstracto de Hayeck (1978) y teoría motora de la mente de Pribram (1982).

activo, capaz no sólo de producir lo que emite, sino que también, en gran medida, lo que recibe – incluyendo las sensaciones básicas que subyacen la construcción de sí misma. Por eso, en estos últimos años, ha existido una creciente necesidad de cambiar la conceptualización de la mente hacia las “teorías de la mente” Weimer (1977 en Guidano, 1987, Pág. 22). Es así como se construye la delimitación propia del sí mismo, que permite la distinción de los otros, en medio de los otros. Lo patológico en esta categoría, se expresaría en dificultades para registrar e integrar material de la experiencia vital, para la progresión ortogenética, la generatividad y la complejidad del sistema. En el otro sentido, el aumento en la complejidad, le permite acrecentar sus niveles de flexibilidad. “El haberse dado cuenta y el estar en contacto con más ópticas con las cuales encuadrar la complejidad, hace probable que las nuevas modalidades sean más flexibles, y por lo tanto, más adaptativas, respecto de las anteriores”, Reda (1986, Pág. 46).

**c) 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). En el marco de los procesos ontológicos de conocimiento, corresponde a la operación de autorreconocimiento, la integración de un sentido unitario de sí mismo a partir de la diferenciación de los límites de la mismidad y la ipseidad, como procesos de mantenimiento o de cambio respectivamente. Esta dimensión es el resultado de al menos dos fenómenos propios de la mismidad, en los que se ve requerida la necesidad de inclusión:

1) La praxis vital como fenómeno existencial, produce “naturalmente”, más contenidos experienciales que los que son posibles de procesar por el sí mismo. El resultado de esto, es una sobreabundancia experiencial-sensorial, cuyo material le permitiría perfectamente la operación de diversas interpretaciones al unísono de la realidad, pero que el particular sí mismo en curso, sesga y opta por contenidos

específicos, posibles de incluir en su coherencia sistémica. Reda, (1986, Pág. 54), señala que “Durante el largo período del desarrollo, el conferir orden al desorden de la complejidad, se tiende a excluir gran parte de la totalidad de las informaciones que alcanzan al sistema nervioso central a través de los órganos sensoriales”.. Este fenómeno lo podemos llamar exclusión natural.

2) El sí mismo, que opera en este acto de inclusión experiencial, en algunas ocasiones se ve amenazado por determinados contenidos de la experiencia que le son especialmente perturbadores para la mantención y continuidad de su coherencia sistémica, por lo tanto, tiene que defenderse excluyendo selectiva y activamente estos contenidos amenazantes que pudieran desorganizarlo. “Las emociones específicamente turbadoras (por ejemplo, la ira o el desamparo en los niños evitativos), se activan en cortocircuito mediante la exclusión selectiva de la entrada sensorial que proviene de los campos críticos de experiencia. La capacidad de exclusión depende, obviamente, del grado de aptitudes cognitivas disponibles.” (Guidano, 1994, Pág. 48). Este fenómeno donde el sujeto participa activamente a un nivel tácito lo llamaremos exclusión defensiva y corresponde a los mecanismos de Control Descentralizados

Al referirnos a la categoría inclusión-exclusión, estamos aludiendo a un fenómeno donde los niveles de patología estarían asociados a la magnitud y la frecuencia con que se excluyen de la conciencia los contenidos experienciales. Por lo tanto, el resultado es que se interfiere la progresión en complejidad del sistema de conocimiento, estrechando las posibilidades vivenciales y de operación. Esta dimensión, es particularmente sensible a la operación de las categorías anteriores mencionadas; incluso se podría afirmar que ella es un resultado de la operación de aquellas.

La categoría de inclusión permite al sistema humano ampliar las dimensiones del conocimiento, para así disponer de mejores y más complejas oportunidades de adaptación, entendida ésta como “...la aptitud para transformar la perturbación que nace de la interacción con el mundo en información significativa para el propio orden

experiencial.” Guidano (1994, Pág. 23). Esta habilidad tiene como resultado, cambios en la organización del sistema de conocimiento, transformando las pautas de coherencia interna, mediante progresivos niveles de inclusión y de complejidad.

**d) 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, (véase Anexo 1). Lo psicopatológico de esta categoría, concierne a la inactividad, que se puede entender como falta de propositividad, producto de no desplegar las competencias del sistema de significados para resolver las demandas desbordantes. El mecanismo de control descentralizado preferente es la negación del conflicto con la realidad o desentendimiento. Desde la perspectiva de las Organizaciones de Significado Personal, los estilos particulares resultantes de una inclinación mas frecuente hacia lo activo o lo pasivo dan origen a las Sendas Personales.

**e) 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.

Finalmente, la operación global de estas dimensiones, se expresa en dos cualidades de los sistemas de conocimiento, que resumen y le dan el sello a su dinamismo. Dichas categorías son la Generatividad, que tiene que ver con los resultados de la interacción del sujeto con su medio, y la Complejidad, que se entiende como una progresión del sistema hacia estados o niveles superiores de las dimensiones operativas.

## **Generatividad**

El sistema de conocimiento humano tiene su sello distintivo respecto de las demás especies, en que es capaz de autoorganizarse y ser autoreferencial, cualidades que le permiten, al interior de su propia dinámica, autoconstruirse progresivamente de modo de alcanzar niveles jerárquicos más complejos. La generatividad resulta ser una cualidad que es producto del funcionamiento del sistema de conocimiento en su totalidad, y que implica por un lado, la incorporación progresiva de nuevos contenidos de la experiencia, y a su vez del reordenamiento de las estructuras de funcionamiento abstracto, y por otra parte, a nivel superficial es un indicador de la operatividad del sistema en un sentido productivo, para la coherencia de estas reglas abstractas, y para la mantención de la integridad de los componentes de la estructura. En otras palabras, la generatividad es un respaldo del sistema para que los procesos de mantenimiento y cambio cumplan con la funcionalidad que les es propia, de modo que puedan producir nuevos estados organizados, que aunque resulten inicialmente extraños al sistema, pueden pasar a formar parte integral de él, incluyéndose mediante los procesos de significación.

Entendida de esta manera, entonces, la generatividad corresponde al proceso de progresión ortogenética de un sistema de conocimiento ontológico, en los aspectos referidos a la coherencia e integridad sistémica del sí mismo, en el sentido de la mantención y proyección de su dinámica hacia etapas de mayor complejidad, a través de la reorganización constante de los niveles operativos de flexibilidad y exposición del sistema, abstracción y actividad de los niveles operativos e inclusión sistémica del flujo de la experiencia.

A algunas de estas categorías descritas, Guidano las refiere como propiedades formales y estructurales del particular procesamiento autorreferencial ordenador y unitario, que otorga coherencia y unidad interna a los seres humanos y que las llama Organizaciones de Significado Personal (OSP) y serían según este autor (1994, Pág.

54): “Proceso ordenador unificador que organiza con coherencia los patrones de actividad afectiva, motriz y cognitiva”.

Finalmente, del estado de las categorías operativas antes mencionadas, depende la estabilidad del sistema y sus potencialidades adaptativas a las demandas emergentes que plantea la constante perturbación de la coherencia interna, producto de la reciprocidad fenomenológica del proceso de deriva natural. Sin embargo, a pesar que el síntoma en este contexto, es un acto que desvía el curso regular de los acontecimientos rutinarios del día a día, y es el resultado de perturbaciones tanto conscientes como, las más de las veces inconscientes, es la evidencia palpable de que el organismo se encuentra en un estado de transición desde el equilibrio al desequilibrio en la organización de su sistema, por lo tanto está en búsqueda de novedosas alternativas para obtener un nuevo estado. Al respecto Prigogine señala: “Cuanto más se aleja un sistema del equilibrio, más las causas de los fenómenos que se desarrollan en su interior tienden a generar efectos inéditos y en consecuencia imprevisibles... Es que la materia que está alejada del equilibrio es sensible a las influencias externas”, Spire (2000, Pág. 25). También, al respecto Guidano señala: “ El desarrollo de esta progresión (de niveles menos inclusivos a más inclusivos de conocimiento) se parece en muchos aspectos al patrón de “equilibrios interrumpidos” propuesto por los enfoque evolucionistas pluralistas postdarwinistas (véase Gould, 1980). En realidad, el desarrollo vital no refleja una curva suave de adquisición acumulativa de conocimiento sino una curva discontinua en la que los períodos de relativa estabilidad estructural son interrumpidos por episodios de cataclismo de todo el sistema.”, Guidano (1994, Pág. 23). Esta situación sin duda constituye una metáfora, que desde otras disciplinas, introduce una posible comprensión para entender el sentido que para un sujeto, puede tener un síntoma, como resultado de su propio proceder.

Cuando se habla de la estructura del conocimiento se está refiriendo al contenido (memoria episódica, etc.) de la vivencia que se ordenan jerárquicamente según la forma particular e ideosincrática para organizar el significado. Existen al menos dos fenómenos en que se organiza el contenido:



1° Según la dimensión témporo-espacial

2° Según su funcionalidad, que tiene que ver con el significado que tiene el evento (en términos de nivel de activación que genera en los integrantes).

También hay una organización heterárquica que no tiene que ver con una descentralización del evento, que no tiene un orden sino que necesita que se le entregue un significado para poder ordenarlo e incorporarlo, lo que se relaciona con el cambio. Cuando se habla de significado, se refiere al efecto de sentido de reconocimiento como propio del sistema, que se produce con la inclusión de un nuevo contenido y la consecuente reorganización y reestructuración ortogenética. Mahoney & Freeman (1988, Pág. 40), definen el concepto de estructuralismo heterárquico para referirse a: “La distribución descentralizada del conocimiento y a la aparición de lo que llamaremos control desde una coalición y competición internas sin fin entre sistemas interdependientes de sistemas”. Los mecanismos involucrados en la producción de significado son el contraste y la clasificación, que nos remiten a propiedades de funcionamiento del Sistema Nervioso entendido como un sistema de orden y contraste que permite la adaptación y el desarrollo. Dicha concepción de significado es concordante con la propuesta de Bartlett, 1932, acerca de la “Primacía del significado” y las Teorías Contextuales del Significado, Mahoney & Freeman, (1988, Pág. 31). Especialmente en lo referido a que, dependiendo del contexto, los fenómenos adquieren su relevancia. Entonces se podría afirmar que el sistema, en un acto unitario, incorpora y da sentido sistémico a lo incluido, puesto que así mantiene su coherencia e impulsa su desarrollo.

## Complejidad

En la perspectiva de las dimensiones operativas, se entiende que, en la medida que los sujetos se desplazan hacia los ejes positivos de éstas, aumentan su generatividad y consecuentemente, los niveles de complejidad operativa. La complejidad, como concepto, se ha abordado tanto en los sistemas físicos no lineales y entorno a las propuestas que tienen que ver con el caos. Los sistemas humanos en general, tienden a funcionar de manera compleja debido a la multiplicidad de variables que se asocian con una respuesta concreta. Al mismo tiempo, los sistemas de conocimiento humano, inevitablemente evolucionan hacia organizaciones más complejas de su funcionamiento. Esta tendencia es el resultado de la también ineludible presión que ejerce el medio en que se soporta la existencia, pero al mismo tiempo, para que ésta sea posible como unidad diferenciada de su entorno, al menos por una membrana como es el caso de los organismos más básicos, o bien por la autoconciencia que se desprende de la identidad de ser un organismo que lucha frenéticamente por la autonomía en medio del paraíso, como es el caso del ser humano. La dinámica de la existencia resulta pues, en principio, ajena al sujeto y queda inscrita desde el momento que “somos arrojados al mundo” con el mandato de constituirnos en unidades independientes, que se organizan para lograr una autonomía, que progresa de órdenes concretos a estados más abstractos y en esa progresión ortogenética ordenan un mundo mientras se está en él, y se constituye en el motor de la dinámica de la mismidad: alcanzar un sistema de conocimiento complejo que permita las variedades posibles de incluirse como experiencia válida para la propia coherencia.

La complejidad, es una propiedad de los Sistemas de Conocimiento Auto referenciales que le permite a la unidad, consecuentemente con su propia organización, dar respuestas múltiples y de diverso nivel a las presiones constantes y cambiantes que ejerce el medio, como resultado de su propia dinámica. Esto es posible mediante la construcción progresiva de estructuras de procesamiento más abstractas, flexibles e inclusivas y de una organización jerárquica heterárquica. Al respecto, Guidano, (1987, Pág. 23), señala: “El sistema nervioso como instrumento de clasificación

jerárquicamente organizado, lleva a la concepción de un pensamiento consciente como diseño de seguridad automática evolutivamente programada para la reclasificación (Weimer, 1962 a, Pág. 269). En otras palabras; al moverse siempre hacia niveles mayores de complejidad organizada, la autonomía de su ambiente de una unidad en desarrollo Autorreferente, llega a ser cada vez más afín a un distanciamiento de la inmediatez de la experiencia del ambiente”. Entonces, la complejidad involucra la dinámica de las dimensiones operativas, en el sentido que los esquemas de procesamiento, tanto en sus procesos estructurales como en los organizacionales, despliegan todas sus posibilidades operativas cuando el sistema es demandado al límite de sus posibilidades, de modo que aumentan las alternativas de responder, encontrando un significado viable para su coherencia. Si esto no fuera posible, está disponible para reordenar sus propias condiciones, y para lograrlo opera como los sistemas disipativos propuestos por Prigogine quien señala que, cuando estos operan en los márgenes de sus posibilidades sistémicas, llegando a niveles de desequilibrio que lo amenazan, en ese momento se encuentra vulnerable a que acontecimientos externos puedan gatillar una reacción, o bien que el mismo sistema despliegue una respuesta original o novedosa que le permita mantener la integridad (estructura) y la coherencia (organización).

Las consecuencias funcionales de un sistema de conocimiento humano, que se expresa en una subjetividad particular, son que el sujeto cuenta con un amplio repertorio de competencias personales para responder a las diversas demandas de las circunstancias en que se encuentra inmerso, con bajos niveles de desgaste personal o, como lo diría la teoría psicodinámica, un aparato psíquico que opera con una economía en equilibrio. Esta amplia capacidad de respuesta, en el plano de lo operativo del sujeto, deviene a nivel de la estructura profunda, de una amplia gama de significaciones posibles, que el sistema dispone para la experiencia en curso del sujeto, de modo tal que son más probables las experiencias consonantes, por lo tanto, autorreferenciales, que las experiencias discrepantes, por lo tanto, perturbadoras. Guidano, (1994, Pág. 14), se refiere a que: “Si la mente parece estar distribuida a través de un continuo que va de tempranas conductas rudimentarias exploratorias, a la autoconciencia humana,

entonces la evolución emerge como una estrategia regulatoria esencial dirigida a la consecución de una estabilidad en el ambiente siempre cambiante a través de lograr niveles más complejos de funcionamiento auto – referente autónomo. En otras palabras, una complejidad organizada y auto – organizada parecen haber estado entrelazadas desde su primera aparición y, consecuentemente los patrones específicos y los procesos que subyacen a la emergencia de nuestra identidad percibida pueden ser consideradas con confianza como surgiendo de limitaciones evolutivas y sistemáticas que subyacen a nuestro procedimiento”. En otros términos, un sistema complejo de conocimiento, es un sistema que tiene mayor probabilidad de adaptarse con un bajo costo personal. Cuestión que, sin lugar a dudas, está relacionada con la calidad de vida del sujeto, en el amplio sentido.

## **2.10 SUPERVISIÓN EN PSICOTERAPIA**

La supervisión es parte del proceso de psicoterapia, y debe considerarse tanto en la formación de psicoterapeuta, como en la marcha de los procesos psicoterapéuticos, especialmente cuando se producen dificultades que demandan personalmente al terapeuta, en términos de experiencia o en términos de competencias en ciertos tópicos emergentes del proceso.

El objetivo de la supervisión es aumentar la autoconciencia del supervisado, como terapeuta, para poder facilitar el proceso de enganche y desenganche con su paciente. En otras palabras, en la medida que el supervisado tenga claro su papel, va a poder tener claro su nivel de participación en los aspectos de la terapia que le resulten conflictivos.

Un objetivo implícito de la supervisión es lograr la autoaceptación del supervisado, y a su vez, lograr que el terapeuta ayude a su paciente en esta misma tarea, autoaceptarse. Por tanto es necesario que el supervisor también sea capaz de aceptar al supervisado para propiciar en él la autoaceptación. La aceptación del supervisor es una característica que ha de estar presente en la relación de supervisión (análogo a la aceptación incondicional que Rogers plantea para la terapia). En supervisión se restituye la autoaceptación del terapeuta, que ha sido puesta en entredicho por el fracaso en poder manejar la relación terapéutica y sus contenidos. “Es importante que en el proceso de formación del terapeuta se incluya un componente experiencial sustancial y se haga énfasis en el trabajo de crecimiento personal”. Safran & Muran, 2000, Pág. 3).

Existe un cierto isomorfismo o continuidad entre el tipo de relación que se da en la psicoterapia y el vínculo que se establece entre supervisor y supervisado. De alguna manera, se replican algunos aspectos, tales como el supervisado en un estado carencial, confuso o complicado, todas categorías posibles de asignar a una suerte de padecimiento del tipo de los que atribulan a los pacientes. Por otro lado, se encuentra el

supervisor, en una posición del saber y de apertura y disposición para comprender los contenidos y contener las emociones del supervisado.

Al respecto Gear, Liendo y Reyna (1990, Pág. 11 y 17), señalan: “En este sentido, el supervisor suele ser el único testigo en posición de rescatar al terapeuta, supervisando de la mayor o menor contaminación por parte de uno o más analizandos... El sistema comunicativo que forman el supervisor y el supervisando es, en realidad, un metasistema en el sentido de que se refiere a la regulación del otro sistema de comunicación: el formado por el analista supervisando; el analizando es, implícita o explícitamente, el ambiente de este último. El sistema de supervisión opera, entonces, como un sistema de control del sistema de comunicación terapéutica”. Este metasistema resulta altamente complejo en cuanto a la desarticulación de los procesos que en el se encuentran involucrados. Variables como la transferencia y la contratransferencia son analizadas, tanto en un sistema como en el otro, y reducidos a intervenciones, frecuentemente sencillas, pero de cuyos efectos no necesariamente se tiene clara noción. Se ha descrito dos tipos de supervisión:

(a) *Supervisión Operativa*. Que corresponde a aquel procedimiento entre un terapeuta con experiencia y otro que requiere asesoría, relativo a la aplicación de los procedimientos psicoterapéuticos dentro de un modelo. En otras palabras, lo que se pretende es evaluar la marcha del proceso respecto de su estructura y organización. Este tipo de supervisión es la que se realiza con terapeutas inexpertos que están en proceso de aprendizaje y aún no tienen todas las habilidades necesarias para dirigir un proceso psicoterapéutico.

(b) *Supervisión Procedural*. Que corresponde a aquel procedimiento interpersonal, entre un terapeuta y un supervisor, y cuya función es principalmente elaborar y ordenar las perturbaciones, personales y técnicas, de la terapia, sobre el terapeuta. En la supervisión procedural lo que se supervisa es el terapeuta, especialmente en aquellas situaciones en que se ve involucrado emocional y técnicamente. Es frecuente que la solicitud de supervisión se realice respecto de

problemas con el manejo de la transferencia y contratransferencia con los pacientes, especialmente en aquellas situaciones en que se ponga en juego los límites del encuadre terapéutico.

En ambos tipos de supervisión se pueden distinguir diferentes focos posibles en los que se centra un proceso de supervisión:

1. Foco en el Paciente
2. Foco en el Terapeuta
3. Foco en la Relación Terapéutica (alianza, encuadre)
4. Foco en las Estrategias Psicoterapéuticas (técnicas, intervenciones y herramientas)
5. Foco en la Relación de Supervisión (alianza, encuadre)

La supervisión puede apoyarse en materiales que faciliten la textualidad y rigurosidad de la información cuando esto sea necesario, por ejemplo: Reporte verbal del terapeuta, cintas de audio o video, observación a través de espejo de visión unilateral, etc.

Las técnicas de supervisión son las mismas que se emplean en el modelo Constructivista Cognitivo para la terapia. Preferentemente se puede utilizar la exploración experiencial y la metacomunicación cuando se produce un impasse en la alianza de supervisión.

El encuadre de supervisión es semejante al encuadre psicoterapéutico, en términos de la rigurosidad y la formalidad de las sesiones; sin embargo, la neutralidad y la abstención son atenuadas, y la relación tiende a tener un carácter más natural, sin serlo completamente. En este sentido, la relación es más formativa que curativa. Si el supervisado tiene mayores requerimientos de ayuda, puede requerir de un proceso psicoterapéutico para evaluar más en profundidad su persona y cómo sus propias variables inciden en la terapia. Si un terapeuta requiere de terapia, esta no debería ser realizada por su supervisor, pues la relación previa de supervisión, que no necesariamente es neutra, podría interferir con la terapia.

Respecto de la relación de supervisión, cabe señalar que se requiere de entablar una relación estable, con un vínculo seguro, de confianza y que propicie la apertura del terapeuta. El secreto profesional también cabe en la relación de supervisión.

La terapia implica reinstalar al sujeto en el mundo. El objetivo de la supervisión es mucho más restringido: reinstalar al sujeto en su lugar de terapeuta, lo que conlleva naturalmente crecimiento personal. Si el supervisado tiene como objetivo principal una búsqueda de desarrollo personal, entonces lo que está requiriendo es psicoterapia.



### **PARTE 3: PROPUESTA DE MODELO PSICOTERAPÉUTICO CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVO BASADO EN LA EVIDENCIA**

#### Características y Condiciones

Una psicoterapia factible de ser basada en la evidencia requiere, además de un área importante de aplicación clínica, ser posible de investigar, tanto el proceso como sus resultados. Ello implica, según Juan Pablo Jiménez, (en Gril; Ibáñez; Mosca & Sousa, (1998, Pág. 28), varios campos posibles como focos de investigación: primero, “el estudio de la atención psicoterapéutica dentro del sistema general de atención en salud ... y su relación con la interfase entre economía y salud pública”; segundo, la investigación de los procesos clínicos psicoterapéuticos; tercero, los procesos de formación de psicoterapeutas; y finalmente, la investigación básica que alimenta la clínica, por cuanto hace confluir otras especialidades, tales como las ciencias cognitivas, la lingüística, la neuroconducta, las teorías vinculares, etc.

Desde el punto de vista constructivista-cognitivo, un procedimiento psicoterapéutico breve se entiende como un proceso interpersonal profesional, de tiempo limitado, cuya función es producir cambios en la organización psíquica del paciente en un período de tiempo especificado. Este proceso debe cumplir con las siguientes condiciones:

1) *El paciente debe ser considerado en la totalidad de su funcionamiento como un sistema*, lo que implica que: a) cualquier expresión, egodistónica (síntomas perturbadores) o egosintónica (su manera reconocida y aceptada de ser que se constituyen en recursos), debe ser entendida como una expresión posible del sujeto como respuesta a la complejidad de las demandas del entorno y que el reconocimiento del carácter egodistónico o egosintónico de sus experiencias sólo revelan el dinamismo de los procesos de mismidad, en términos de lo señalado en apartados anteriores, relativos a los procesos de mantenimiento (mismidad) y cambio (ipseidad); b) los

niveles de funcionamiento del paciente siempre ocurren en la interacción entre su estructura profunda (nivel de organización esquemática) y su estructura superficial (nivel de funcionamiento operativo), y que ambos aspectos interactúan complejamente entre sí, realimentándose bajo el principio de autorreferencialidad.

2) *Debe tener un procedimiento estructurado y sistemático a nivel del proceso general y de la sesión en particular*, basado en una metateoría y una teoría clínica. La base de ordenamiento de un procedimiento psicoterapéutico breve debe provenir de una conceptualización general acerca del sujeto, conocimiento y realidad que establece un marco de principios sobre los cuales se desarrollan temáticas relevantes para la psicoterapia. Además, se debe orientar respecto de una teoría clínica que defina los conceptos más cotidianos utilizados en la práctica de la psicoterapia. La idea es que estos conceptos estén al servicio de la estructuración y organización del proceso completo desde el primer encuentro con el paciente hasta el alta que cierra el proceso. De este modo, los procedimientos y su secuencialidad obedecen a principios generales asociados a las condiciones para lograr el cambio. Por otra parte, la sesión debe ser la unidad funcional básica donde ocurre la dinámica necesaria para la creación de las condiciones de cambio, a partir de la interacción entre terapeuta y paciente en un contexto especialmente diseñado para facilitar la relación terapéutica y la alianza consecuente.

La estructuración y delimitación del proceso terapéutico, mediante el uso de manuales de procedimientos, como los utilizados por la psicoterapia dinámica de Luborsky (1984), y el de Strupp (1984), y los desarrollados en Chile por De la Parra y cols., en 1988, en la “Guía para psicoterapia dinámica de tiempo limitado”, según Jiménez, (citado en Gril; Ibáñez; Mosca & Sousa, 1998, Pág. 41) “han demostrado que la adherencia de los procedimientos de los manuales, no asegura el éxito terapéutico”.

3) *Debe abarcar un espectro importante de la demanda más frecuente por psicoterapia*. En este sentido, una psicoterapia breve debe, mínimamente, estar formulada para responder a la demanda más frecuente por psicoterapia, más

específicamente aquellos trastornos que tienen un curso agudo; o crónico factible de ser abordado con un número reducido de sesiones; o bien que ese número de sesiones asegure algún grado de alivio en la sintomatología de un paciente con un cuadro más complejo. Se excluyen del alcance de un modelo como éste, aquellas patologías crónicas y muy resistentes a la intervención psicoterapéutica, tales como algunos trastornos de personalidad, psicopatías y psicosis.

4) *Debe ser eficiente en cuanto al logro de metas terapéuticas para el paciente y respecto de su costo económico.* Se debe procurar que la estructura y los procedimientos de un modelo como este, aseguren al máximo resultados concretos y verificables para la investigación, ya sean estos productos de los factores específicos o inespecíficos. En este sentido, existe suficiente evidencia válida de que la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos en la práctica está relacionada más bien con la operación de los factores no específicos, tales como la alianza terapéutica, las expectativas del paciente o la apertura de éste a nuevas conceptualizaciones, más que debido a factores específicos como las técnicas, intervenciones o procedimientos psicoterapéuticos regulados. Juan Pablo Jiménez, señala que en un estudio de Lambert, Shapiro y Bergin (en 1986), concluyeron que “no más del 15% de la varianza de los resultados es debida a factores específicos... y más del 45% se explica por los factores no específicos”, (Jiménez, 1998, Pág. 39). De tal modo que, un porcentaje importante de los factores de cambio, recaen en el terapeuta y la calidad de su formación.

Al mismo tiempo, se debe considerar la referencia dictada por los sistemas de salud vigentes, en cuanto al número de sesiones y su cobertura, para que se enmarquen dentro de estas regulaciones, de modo que el costo pueda ser en parte o en su totalidad factible de ser absorbido por el sistema al que está adscrito el paciente. Esta consideración se hace progresivamente de vital importancia para la organización y estructuración de procedimientos psicoterapéuticos, concordantes con los sistemas de salud, pero al mismo tiempo sin dejar de ser consecuentes con los principios y objetivos de lo que es un procedimiento psicoterapéutico.

5) *Debe considerar un sistema de formación permanente de profesionales expertos en el procedimiento.* La formación profesional de psicólogos y psiquiatras debe asegurar el desarrollo de competencias personales y técnicas orientadas al manejo y conducción de un proceso psicoterapéutico breve, dado que un factor central en los resultados de la psicoterapia, tiene que ver con el nivel de experticia con que los terapeutas se conduzcan. Al definir o delinear un proceso de formación que asegure el desarrollo de estas competencias, se está al mismo tiempo obteniendo la acreditación necesaria para desempeñarse como psicoterapeuta. Como ejemplo de un programa de formación en esta área, se presentan los objetivos generales y específicos del programa de psicoterapeutas cognitivos-constructivistas de la Universidad de Chile:

*Objetivo general:*

Aplicar un programa de entrenamiento de competencias terapéuticas específicas, desde el marco de la terapia Constructivista Cognitiva, para psicoterapeutas en formación clínica.

*Objetivos específicos:*

1. Revisión y discusión de los referentes teóricos del Constructivismo Cognitivo acerca de la psicología clínica, la psicoterapia y los procesos de cambio.
2. Desarrollo de competencias psicoterapéuticas específicas necesarias para crear las condiciones de cambio desde la perspectiva metodológica Constructivista Cognitiva.
3. Reconocimiento de los factores personales que convergen a la formación de repertorios de competencias psicoterapéuticas.
4. Práctica de la discusión e intercambio de experiencias clínicas en el contexto de la presentación de casos y la supervisión clínica en un grupo de trabajo académico.
5. Practicar la psicoterapia a través de la experiencia que provee la atención directa de pacientes.

Es importante considerar que ésta es una formación continua, basada principalmente en la práctica clínica directa y en los resultados obtenidos por la investigación de procesos y resultados, tanto experimental como clínica. En este punto son particularmente relevantes los procesos de acreditación rigurosa para el reconocimiento y validación de la especialidad en psicología clínica, sean estos universitarios, gremiales o estatales.

6) *Debe ser un sistema factible de ser basado en la evidencia.* Es central que el procedimiento cuente con requisitos metodológicos que hagan que sea posible de ser analizado, estudiado y verificado mediante la investigación tanto clínica como experimental, tanto desde la perspectiva del proceso como de sus resultados, cuestión que permite el progreso y la acumulación de conocimiento.

Por lo tanto, es imprescindible para una propuesta terapéutica, el considerar los procedimientos necesarios que permitan cubrir estos dos aspectos para que los resultados de la psicoterapia tengan un efecto real de cambio en el paciente, tanto a nivel sintomático, lo que le permitiría el alivio de los padecimientos señalados por el paciente, como a nivel de la organización, cuestión que permitiría garantizar el cambio a nivel estructural y la permanencia de los efectos de la psicoterapia.

### **3.1 PROCESO TERAPÉUTICO**

En esta propuesta de psicoterapia breve basada en la evidencia, la categoría de breve se refiere a una duración limitada entre 16 y 20 sesiones, período durante el cual se pretende abordar tanto la queja, en términos de sintomatología del paciente, como aquellos factores profundos asociados al origen de ésta. Esta pretensión resulta ambiciosa y novedosa en el contexto del modelo Cognitivo, el que ha hecho una opción preferente por la sintomatología de los pacientes, desdeñando las llamadas “causas subyacentes”. Al contrario, el modelo Constructivista Cognitivo, se inclina por el manejo de los sistemas de conocimiento asociados a causas profundas y que tienen una expresión dinámica en la sintomatología del paciente. Por lo tanto, pretender abordar ambos aspectos, plantea una exigencia metodológica estricta y una formación especializada que asegure las competencias necesarias para alcanzar dicho objetivo.

#### **3.1.1 DURACIÓN Y FRECUENCIA DE LA TERAPIA**

La duración de un proceso terapéutico es un factor relativo, dado el tipo de paciente y los problemas que presenta. Sin embargo, se estima que, para un encuadre de psicoterapia breve, 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.

### 3.1.2 PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO

La planificación de un proceso de psicoterapia para mantener una marcha y dirección correctas, debe considerar metas y objetivos terapéuticos, plan general y plan de las sesiones y la consideración de variables específicas e inespecíficas para el cambio terapéutico. Al respecto, Judith Beck (2000) propone una planificación del tratamiento, que al lector especializado le puede resultar interesante a modo de contrastación con la que se reseña.

#### **Fase 1: Evaluación (3 a 4 sesiones)**

Esta fase tiene una importancia crucial para la psicoterapia porque, aún 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.

En otras palabras, es una fase esforzada para el terapeuta y el paciente, pero lo que se está decidiendo al final de ella, es crucial. Lazarus (2000, Pág. 48), en su enfoque multimodal para una psicoterapia breve es aún más exigente con respecto a las tareas que deben abordarse en la entrevista inicial y que son importantes de considerar. “Con el fin de mantener el centro de atención, la entrevista inicial debería tratar de contemplar cada uno de los siguientes aspectos”:

1. ¿Cuáles fueron las quejas presentadas y los principales sucesos precipitadores de las mismas?
2. ¿Cuáles parecen ser los factores antecedentes significativos?

3. ¿Quién y qué parece estar manteniendo las conductas maladaptativas del cliente?
4. ¿Qué es relativamente evidente que el cliente quiera extraer de la terapia?
5. ¿Cuáles son los puntos fuertes y atributos positivos del cliente?
6. ¿Por qué solicita ayuda terapéutica en este preciso momento?
7. ¿Qué aspecto presentaba el cliente en lo que respecta a su aspecto físico, forma de hablar, actitud?
8. ¿Había alguna señal de psicosis (e.g., trastornos del pensamiento, alucinaciones, incongruencia en el afecto, conductas extrañas o inapropiadas)?
9. ¿Había pruebas de autorecriminación, depresión o tendencias homicidas o suicidas?
10. ¿Parecía posible establecer una relación mutuamente satisfactoria o debería ser derivado el paciente a algún otro terapeuta?
11. ¿Había algún indicador o contradicción para la adopción de un ritmo y estilo terapéutico particular (e.g., frío, cercano, formal, informal, de apoyo, confrontador, duro, blando)?
12. ¿Mostraba el cliente alguna base legítima para tener esperanza?

Aún cuando las tareas a cumplir en este período de tres sesiones son varias, se van descartando algunas con cierta facilidad porque se muestran muy evidentes en el curso de las sesiones, de modo tal que hay que dedicar un tiempo más apreciable a aquellas tareas en que no está claro el nivel de logro de las mismas.

Se detallan a continuación los objetivos a cumplir durante este período de evaluación.

#### Objetivos:

1) *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). En este objetivo, se recomienda adscribirse a lo señalado por Safran (1994, Pág. 289),



respecto de la selección de pacientes para la terapia cognitiva de corto plazo. Eso implica que, previo a la sesión, los pacientes debieran responder el “Formulario de Evaluación de Adecuación a la Terapia Cognitiva Breve” (véase Anexo 4), y además, el terapeuta debe guiar la primera sesión de acuerdo con las especificaciones señaladas por Safran (1994, Pág. 294), para detectar las 10 condiciones que sirven de referente para evaluar la pertinencia del paciente a la terapia cognitiva breve.

2) *Evaluar las derivaciones a otras especialidades de salud mental y médicas.* En general los pacientes que llegan a psicoterapia suelen previamente haber descartado alguna condición médica o psiquiátrica asociada a su sintomatología, sin embargo es recomendable evaluar al área de salud y cuando se tienen sospechas de que alguna enfermedad orgánica o mental se encuentre en interacción con los síntomas psíquicos. El principio es que es preferible descartar cualquier sospecha y realizar las derivaciones pertinentes como sugerencia o como indicación perentoria, dependiendo del caso.

3) *Evaluar la potencialidad de la alianza.* Las fuentes de dicha evaluación son dos: por un lado la condición mental del paciente, que puede permitir o interferir con la alianza, en cuyo caso sería un factor conocido y que puede incorporarse a un proceso terapéutico, y por otra parte, la experiencia sentida del terapeuta de estar ante una persona que provee de facilidades o dificultades a nivel emocional e interaccional durante la sesión. Este ítem es importante porque es un factor que está asociado al pronóstico de las dificultades. 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.

4) *Evaluar la motivación por la psicoterapia.* La evaluación de este objetivo es crucial, puesto que independientemente de la gravedad, o de lo favorable que puede resultar una psicoterapia, u otras condiciones, un proceso psicoterapéutico funciona basado en la disposición motivacional que exhiba el paciente con el proceso de psicoterapia. Es esencial hacer la distinción entre obligatoriedad y disposición

autónoma. Este es un ítem relativamente fácil de resolver, dado que lo más frecuente es que los pacientes, en la terapia de adultos, muestren una buena disposición, y aún cuando puedan existir contradicciones e incluso contraindicaciones parciales para la psicoterapia, el factor motivación permite atenuarlos o resolverlos definitivamente. Si la disposición por el proceso terapéutico no existiera, la psicoterapia pudiera no ser indicada, en cuyo caso hay que evaluar otras alternativas que pasan por la derivación a otros especialistas.

5) *Evaluar las dimensiones operativas.* La evaluación de este ítem entrega información genérica de la movilidad del paciente en los distintos ejes de las dimensiones operativas que están asociadas a la gravedad y cronicidad del modo de funcionamiento del paciente, especialmente a nivel superficial y de su sintomatología. Por lo tanto, habla del equilibrio entre recursos y las dificultades que presenta el paciente, de modo tal que también es un ítem asociado al pronóstico de un cuadro. (Véase Dimensiones Operativas, apartado de Psicopatología en esta misma obra). Dicha evaluación se realiza como parte regular de la entrevista clínica. Por otra parte, se proyecta desarrollar un instrumento que permita entregar indicadores del desplazamiento del paciente en los diversos ejes de estas dimensiones.

6) *Evaluar el motivo de consulta.* El motivo de consulta debe ser, en primer término, registrado de la manera más textual posible dentro de la sesión, de preferencia expresado en las propias palabras del paciente, para luego intervenir con preguntas de nivel exploratorio y aclaratorio que favorezcan una información más completa de lo que está ocurriendo. En esta segunda instancia es cuando se puede construir el motivo de consulta implícita o aquel que define el terapeuta. En la interacción entre uno y otro motivo se encuentra el material con que se va a trabajar en la psicoterapia.

7) *Evaluar la 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 de su ontogenia y la sintomatología y dificultades que

presenta el paciente. También es reveladora la forma en que el paciente construye un relato acerca de los hechos de su historia, puesto que en ello se revela la significación, los valores, las atribuciones y las amenazas y proyecciones con que el paciente construye su existencia. Además informa sobre los distintos niveles de conciencia tanto a nivel de percatación como de la operación de los mecanismos defensivos ante aquellos contenidos no incluidos, no reseñados, pero que quien escucha la historia, puede detectar y asociar con las perturbaciones que aquejan al paciente. El referente que permite hacerse una idea general son las áreas vitales, sin pretender una acuciosidad o detallismo de cada una de ellas, sino más bien remitirse a aquellas áreas en que haya contenidos críticos, por ejemplo, la familia o las relaciones laborales, etc.

8) *Apreciación preliminar de la dinámica del sí mismo.* Este ítem es el de mayor complejidad para ser evaluado, pero sin embargo, puede mostrar el interjuego entre la experiencia inmediata y las explicaciones que el paciente construye acerca de ellas. Esta dinámica de la mismidad está asociada tanto a aquellos contenidos a los cuales el paciente se puede referir y que forman parte de lo que se llaman procesos de mantenimiento (véase apartado Dinámica del sí Mismo, en Metateoría), y aquellos que están interferidos por mecanismos de defensa y que pueden estar negados, reprimidos, desplazados, racionalizados, o bien, sencillamente forman parte de información no consciente del paciente pero que se revelan en la forma y la perturbación emocional con que el paciente se refiere a algunos contenidos específicos y que están asociados a los procesos de cambio. El punto de apoyo para la revelación de esto es también el efecto que el relato produce en el terapeuta, tanto en cuanto a los contenidos como en cuanto a la forma. Finalmente cabe mencionar que el análisis de este ítem no es un análisis definitivo ni detallado, sino más bien corresponde a algunas observaciones acerca de las tendencias que se pudieran detectar en la dinámica de la mismidad del paciente y que resultan interesantes para tomar la decisión de sugerir o contraindicar psicoterapia.

9) *Evaluar los recursos para la psicoterapia.* Esta evaluación se basa en el material que se desprende de todos los objetivos anteriores y que implica registrar

aquellas características personales del paciente, de su historia y de la forma como estructura su relato para generar una conclusión acerca de si los recursos que el paciente posee van a ser suficientes para sostener un proceso terapéutico que moviliza un alto nivel de angustia, cambio e incertidumbre frente a las reorganizaciones tanto cognitivas como emocionales. Las otras fuentes de recursos son la base de apego segura y profesional que le proporciona o le transfiere el terapeuta, y los procedimientos técnicos necesarios para el desarrollo de la psicoterapia.

10) *Instalar el encuadre de trabajo.* Este objetivo crea las condiciones que van a estar relacionadas con el tipo de relación y los procedimientos a los cuales el paciente va a estar sometido. El encuadre supone las normas que regulan la psicoterapia, por lo tanto está orientado a establecer la cotidianidad de esta y la regularidad, y a bajar los niveles de fantasías o expectativas desbordantes con que el paciente pudiera enfrentar un proceso de este tipo. De modo que es importante aclarar tanto el encuadre de valuación, que es un encuadre transitorio de esta primera fase, para si al final se indica psicoterapia, instalar el encuadre que va a regular todo el proceso (véase apartado 2.3).

Esta fase concluye con esta devolución clínica que se le hace al paciente, y que refleja una visión general que de éste y sus procesos tiene el terapeuta. Instalado en este mapa inicial, precario aún, al terapeuta le corresponde, en la segunda fase de este procedimiento, definir y delimitar los contenidos, las acciones y los procedimientos psicoterapéuticos necesarios para el abordaje de las dificultades de su paciente, tanto a nivel operativo como a nivel estructural.

#### Actividades:

Durante el curso de la fase de evaluación de la psicoterapia, deben cumplirse 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 vida<sup>35</sup>
- 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. En caso que esto no concorra, la indicación es una derivación informada hacia otro modelo de psicoterapia, otro estilo psicoterapéutico u otra especialidad psiquiátrica o médica general.

Es aquí donde se despliega el procedimiento psicoterapéutico propiamente tal. En ella deben operar tanto los factores específicos, -encuadre, técnicas, intervenciones- como los factores inespecíficos, principalmente asociados al tipo de relación o alianza terapéutica, las características personales del terapeuta y las condiciones generales del paciente.

#### Objetivos:

1) *Definir en las primeras sesiones de esta fase, las metas que se pretende alcanzar en cooperación con el paciente.* Se ha definido meta psicoterapéutica como un objetivo general que se propone cumplir a través de un proceso terapéutico en el contexto del estilo de funcionamiento del paciente, (por ejemplo: reducir su nivel de

---

<sup>35</sup> Genograma: representación gráfica de la red familiar que tradicionalmente incluye tres generaciones. Permite visualizar el lugar que ocupa el paciente en la familia y las relaciones entre los miembros de la misma.

Línea de Vida: Representación gráfica del eje diacrónico, que destaca acontecimientos vitales fundamentales, en términos de edad y fecha de ocurrencia. Permite visualizar los aspectos evolutivos que han incidido en la conformación del estilo del paciente.

egocentrismo en las relaciones interpersonales a través de su reorganización o mediante mecanismos compensatorios adaptativos). Las metas estipuladas permiten tener un referente general contra el cual contrastar permanentemente el avance del proceso terapéutico. Estas pueden reformularse y adaptarse de acuerdo con los resultados que se vayan produciendo en el curso del proceso.

2) *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.* El diagnóstico corresponde a una categoría psicopatológica que satisface las características sintomatológicas de un paciente. Los referentes principales para establecerlo son los manuales de clasificación de los desórdenes psiquiátricos DSM-IV y CIE-10.

3) *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: aumentar los niveles de empatía durante la comunicación interpersonal, asociado a la baja de egocentrismo general).

- *Tarea terapéutica.* Actividades concretas que debe realizar el paciente dentro o fuera de la sesión, para facilitar los cambios y su generalización al entorno natural.

- *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.

4) *Instalar la alianza terapéutica*: Sobre la base del acercamiento producido durante la fase de evaluación, y tomando en consideración las características del estilo de funcionamiento del paciente, se instala y fortalece la alianza terapéutica dentro de los márgenes establecidos por el encuadre. Lograr este objetivo es prioritario para obtener resultados ventajosos para el paciente, de modo tal que el estado de la relación debe ser una preocupación constante. Un apoyo teórico importante en este objetivo es el concepto de generatividad aplicado a la alianza terapéutica (véase Tesis de pregrado, Dobry, 2005).

5) *Crear las condiciones interpersonales y técnicas para el cambio terapéutico*. Los componentes de estas condiciones son tanto aquellos factores específicos, entendidos como el encuadre, las técnicas, las intervenciones y herramientas; como los factores inespecíficos, asociados a las variables del terapeuta, del paciente y de la relación.

6) *Abordar la sintomatología del paciente*. Este objetivo debe afrontarse tan pronto como sea posible que las condiciones del proceso terapéutico lo permitan. El paciente debe tener señales alentadoras de la remisión total, parcial o paulatina de sus padecimientos. Por tanto, las técnicas deben estar orientadas hacia una mayor comprensión de las hipótesis clínicas y a la resolución progresiva de los objetivos terapéuticos. Para ello debe mantenerse constantemente el foco psicoterapéutico en el área de funcionamiento vital con mayor compromiso sintomático, y de ser necesario, proveer de tareas concretas dentro o fuera de la sesión. En el cumplimiento de este objetivo es recomendable considerar la utilización de técnicas operativas específicas orientadas a resolver los síntomas.

7) *Comprender el sistema de funcionamiento del paciente*. El esfuerzo por entender el modo particular de funcionamiento del paciente permite al terapeuta manejarse en una red de conocimientos superficiales y profundos acerca de la dinámica consciente e inconsciente del paciente, para así poder establecer las condiciones y relaciones que puedan darse entre el funcionamiento operativo y sintomático del

paciente, y la dinámica u organización interna profunda de los esquemas y contenidos subyacentes a los cuales el paciente suele no tener acceso. Es de vital importancia que las hipótesis clínicas que construye el terapeuta acerca de la estructura profunda, sean flexibles y constantemente puestas en cuestionamiento a partir de las conductas, los relatos y los contenidos concretos del paciente. La cercanía entre las hipótesis que el terapeuta se formula, y la situación real del paciente, facilita el efecto de sentido personal que produce la operación de las técnicas e intervenciones. El principio que opera en esta dinámica, es que los cambios en el nivel profundo y superficial siempre tienen efectos recíprocos; lo importante es que estos efectos sean relevantes para favorecer una reorganización significativa del sistema de funcionamiento del paciente.

8) *Reorganizar o deconstruir los sistemas de significación y funcionamiento del paciente.* Este es el resultado de tener en consideración todos los objetivos anteriores y del involucramiento conjunto del paciente, que pone a disposición su intimidad, y del terapeuta, que dispone sus competencias para generar las condiciones de cambio terapéutico.

#### Actividades:

Durante el curso de esta fase de la psicoterapia, el terapeuta debe:

- 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, y su revisión permite hacerse una idea de cuán eficiente y productivo ha sido para el paciente este proceso; el segundo, frecuentemente ignorado y que, sin embargo, está asociado al anterior, 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.

Respecto de esta fase de cierre, al que Kleinke denomina “terminación”, es importante dejar abierta la relación entre paciente y terapeuta, de modo que se brinde la oportunidad de retomar otro proceso cuando sea pertinente hacerlo. Esta decisión corre principalmente por cuenta del paciente, y al terapeuta le compete sólo hacer indicaciones o sugerencias, basadas en fundamentos técnicos y apreciaciones personales. Al respecto, Kleinke (1995, Págs. 265 y 266) señala: “Una veta importante de la terminación es enseñar a los clientes cómo concluir las relaciones con una sensación de seguridad y dominio. Por esta razón, la terminación es un proceso esencial en terapia y no debe ser evitado.... La tarea del terapeuta es permanecer emocionalmente accesible y reconocer, aceptar y experimentar con el cliente cualquier sensación de ansiedad, negación y dolor que pueda acompañar al proceso de la terminación”.

#### Objetivos:

1) *Revisar los logros de las metas terapéuticas.* En esta última fase de la terapia, la revisión de metas concurre incorporada al diálogo permanente del paciente y del terapeuta en la sesión; en otras palabras, se debe referir a ellas con categorías conceptuales específicas de una manera más frecuente. Las experiencias diarias o relatadas por el paciente deben procurar asociarse con el logro de estas metas. La revisión de estas metas no es una revisión del tipo objetivo y concreto, sino más bien la generación de un entendimiento mutuo en torno al nivel de logro alcanzado en ellas. Para ello se deben considerar dos aspectos: (a) las metas relativas a la remisión sintomática y (b) las metas referidas a la reorganización del funcionamiento profundo del paciente.

2) *Evaluar la participación y los beneficios para el paciente de haber estado sometido a una experiencia psicoterapéutica.* Es importante que el terapeuta cree las condiciones para que la experiencia interpersonal durante la psicoterapia, sea un “modelo de rol” que le demuestre al paciente, con evidencias, que puede vivir experiencias interpersonales significativas, intensas y correctivas en la línea de lo señalado por la teoría de la generatividad (Véase Anexo 1).

3) *Evaluar la disposición del paciente al cierre.* Como se señalara en el comienzo de este apartado, la disposición al cierre del paciente se inicia con la información de que la terapia tiene un tiempo limitado, sin embargo, producto de la experiencia intensa de psicoterapia, puede ocurrir que se movilicen emociones de angustia o de pérdida frente a la inminencia del cierre. Estas situaciones deben ser abordadas en profundidad durante esta última fase, de modo que queden resueltas antes de finalizado el proceso.

4) *Decidir el cierre o la continuidad de la terapia.* En muchos casos es necesario indicar o sugerir la continuación del proceso terapéutico con nuevas metas, producto del material surgido durante la terapia breve, ya sea como continuidad del mismo proceso, o bien como derivación a otras especialidades, por ejemplo, terapia familiar, terapia de pareja, terapia sexual, terapia de desarrollo, etc.

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.

### **3.2 PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA INVESTIGACIÓN PSICOTERAPÉUTICA**

*“No enamorarse en exceso de las propias teorías psicoterapéuticas... El principal aspecto científico y clínicamente son los hechos. ¿Es útil? ¿Con quién? ¿Cuándo? El cómo y por qué llegarán después.” London. 1972.*

La metodología que permite asegurar la relación entre lo que se dice que se hace y lo que efectivamente se logra, requiere de las condiciones señaladas en el apartado 3.1, al que se le suman una dotación de instrumentos posibles de utilizar y que están orientados a evaluar, desde la perspectiva del paciente y del terapeuta, las variables involucradas en los cambios. La decisión de ocupar algún instrumento va a depender de los contenidos que se quiera evaluar y de la intención acerca del proceso o de los resultados. Algunos de estos instrumentos pueden ser los siguientes:

#### **Instrumentos posibles de utilizar en Psicoterapia Breve Constructivista Cognitiva:**

- Formulario de Evaluación de la Adecuación a la Terapia Cognitiva Breve (Safran & Segal, 1994)
- Escala Visual Analógica para Evaluar Metas y Objetivos Terapéuticos
- Cuestionario Multimodal de la Historia de la Vida (Cormier & Cormier, 1991).
- Cuestionario sobre la Historia de la Vida (Lazarus, 1980)
- Informe del Paciente sobre la Sesión Terapéutica (Lazarus, 1980)
- Instrucciones Generales de Relajación (Lazarus, 1980)
- Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983)
- Escala de Pensamientos Suicidas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983)
- Registro Diario de Pensamientos Distorsionados (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983)
- Esquema de Historia Clínica (Bartolomé, Carboles, Costa & Del Ser, 1979)
- Escala de Hamilton - Síntomas de Ansiedad (Bartolomé, Carboles, Costa & Del Ser, 1979)

- Cuestionario de Temores de Wolpe (Bartolomé, Carboles, Costa & Del Ser, 1979)
- Manual de Entrenamiento en Desensibilización Sistemática (Bartolomé, Carboles, Costa & Del Ser, 1979)
- Escala de Asertividad de Rathus (Bartolomé, Carboles, Costa & Del Ser, 1979)
- Cuestionario de Miedos Sexuales de Annon (Bartolomé, Carboles, Costa & Del Ser, 1979)
- Inventario de Perfil Estructural (Lazarus, 2000)
- Perfil Estructural Ampliado (Lazarus, 2000)
- Cuestionario de Satisfacción Marital (Lazarus, 2000)
- Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (Cía, 1994)
- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Cía, 1994)
- Breve Escala de Fobias Sociales (Cía, 1994)

Diseño de Investigación.

El diseño de investigación que se pretende aplicar, corresponde a uno de tipo experimental, (Diseño de Solomon), cuyos factores de análisis permiten evaluar el tratamiento versus no tratamiento de un grupo, y además el efecto del pretest, de modo de evitar lo que suele ocurrir en el caso de las investigaciones en psicología clínica, en que el factor pretest entrega mucha información, contaminando los indicadores que se desprenden de la variable experimental (tratamiento). Este diseño se construye a partir de 2 grupos controles, uno con pretest y posttest, y el otro sólo con posttest; más 2 grupos experimentales, uno con pretest y posttest, y el otro sólo con posttest. El diagrama del diseño es el siguiente:

<b>Grupos</b>	<b>Pre Test</b>	<b>Variable experimental</b>	<b>Post Test</b>
A experimental	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
A control	O <sub>3</sub>	-	O <sub>4</sub>
A experimental	-	X	O <sub>5</sub>
A control	-	-	O <sub>6</sub>

Lo interesante de este diseño es que se pueden comparar los grupos experimentales con pretest y sin pretest, del mismo modo que los grupos controles con estas mismas características. De esta manera, como ya se señaló, se controlan los posibles efectos de sensibilización al pretest.

En el caso de la investigación en psicología clínica, esta sensibilización que se puede producir en el grupo control con pretest y posttest, puede afectar importantemente los resultados de la investigación, dado que las variables necesarias de evaluar son variables cargadas de simbolismo y significación, y cuya sola mención puede influir de alguna manera en los resultados. En otras palabras, no basta con abstenerse de aplicar la variable experimental al grupo control, se requiere también controlar los posibles efectos del pretest.

Al respecto, Kazdin (1980, Pág. 103) señala: “Probablemente debieran dirigirse esfuerzos adicionales a estudiar los efectos de los pretest. El diseño de grupo control pretest-posttest se usa mucho y la influencia de los pretest se estudia muy rara vez en los contextos de la investigación clínica. Unos cuantos estudios que usan el diseño Solomon de cuatro grupos, en área bien investigadas, serían muy valiosos. Las demostraciones entre las medidas dependientes podrían establecer que, en la investigación clínica con medidas o intervenciones ampliamente usadas, la sensibilización a la prueba previa se restringe a un estrecho conjunto de condiciones o pueden no ocurrir en lo absoluto”.

## CONCLUSIONES

La pretensión general de este trabajo ha sido el de proponer una metateoría acerca del funcionamiento humano que permita dar cuenta de su complejidad ontogénica, para la elaboración de una teoría clínica y de procedimientos psicoterapéuticos, que basados en ella, sean capaces de producir las condiciones necesarias que faciliten el cambio en el modo de vivir disfuncional y doloroso de un paciente. Un objetivo secundario, pero no por eso menos relevante, es el de sentar las bases generales, con una propuesta, de una psicoterapia Constructivista Cognitiva breve, basada en la evidencia, y cuya especificación detallada sea parte de un segundo momento de este trabajo. Para el cumplimiento de estos propósitos, la propuesta contenida en este trabajo aporta con las siguientes condiciones:

(a) En primer lugar, cabe señalar la importancia y el papel que juega, para la construcción de un procedimiento psicoterapéutico, una metateoría acerca del funcionamiento humano. En la Parte 2 de este trabajo, se ha detallado la vinculación entre el nivel de la metateoría y el nivel de la teoría clínica Constructivista Cognitiva. Sin embargo, cabe resaltar, que el lugar de la metateoría es el de proveer un marco de referencia conceptual, riguroso, que proviene de la acumulación del conocimiento y de la experiencia clínica, y que respalda el despliegue de los aspectos aplicados del modelo, a la vez que los efectos de la aplicación, realimentan al modelo con conocimiento fáctico, de modo de permitir la reformulación de sus principios conceptuales. Esta interacción entre metateoría, teoría clínica y aspectos aplicados, es la base y la dinámica del progreso del modelo. Actualmente el Grupo de Psicología Clínica Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile, que dirige el autor, ha aplicado en la práctica e investigación clínica las metateoría, teoría clínica y procedimientos reseñados en esta obra, con resultados clínicos evidentes aunque no sistematizados experimentalmente. La siguiente fase, es precisamente la aplicación de esta metodología bajo condiciones experimentales rigurosas, que permitan producir mayor conocimiento basado en evidencias de la investigación clínica. En otras

palabras, necesitamos confirmar, replicar y compartir las aseveraciones formuladas por la metateoría Constructivista Cognitiva.

(b) El modelo se basa en una perspectiva metateórica que hace acopio de lo que sería la evolución conceptual de sujeto, por lo tanto, de la subjetividad, desde el punto de vista cognitivo, para permitirse ampliar los alcances explicativos con miras a incorporar nuevas concepciones y técnicas, que den cuenta de la complejidad del funcionamiento humano. En este sentido, se ha revelado el hecho de que la subjetividad opera con propiedad, en distintos niveles de integración, o sea que es perfectamente posible, hablar de un sujeto mecánico, debido a la atribución que le hace un observador como movilizado en base a principios como condicionamiento y manejo de consecuencias, pero al mismo tiempo, es factible pensar un sujeto que opera desde una proactividad, con estructuras cognitivas preconceptuales sobre una realidad compleja y cambiante, y en esa medida, construye una subjetividad basada en un equilibrio por oscilaciones. En este trabajo, se rescata el progreso coherente del modelo cognitivo desde nociones mecanicistas hasta nociones constructivistas, con la intención de aproximarnos al sujeto de una manera integral y respetuosa de sus condiciones y características propias.

(c) Una segunda condición significativa, es la capacidad y la apertura del modelo propuesto, para integrar conocimientos que provienen de otras disciplinas, tales como la física, la biología, la filosofía, la lingüística y la psicología social. Esto se expresa en la inclusión de propuestas conceptuales de diverso origen, que las toman en consideración y se extrapolan hacia la psicología clínica, lo que se ve reflejado en las citas, referencias y bibliografía de esta tesis. En este mismo sentido, se postula una evolución del modelo que considera sus orígenes conductual, cognitivo clásico, interpersonal, y los nuevos aportes del constructivismo, momentos del modelo respecto de los cuales se integran, tanto los aportes teóricos como los aplicados, lo que se ve reflejado en la teoría clínica propuesta y en la reseña sobre técnicas. Esta condición de integración, también se ve reflejada al incorporar los aportes aplicados y teóricos de otras modalidades terapéuticas: conceptos como transferencia, genograma, deseo,



abstención, representan el aporte genérico de los diversos modelos de psicoterapia y que éste modelo logra incluirlos justificadamente en su propuesta, sin que se produzcan disonancias teóricas ni estratégicas.

(d) Otra condición importante que queda contenida en esta propuesta, es la elaboración de una teoría clínica que, como modelo, explique la compleja situación que supone el acto concreto de la psicoterapia, desde la perspectiva del terapeuta, el paciente y la relación terapéutica, en el entendido que éste último, es un encuentro profesional y técnico entre un sujeto que padece y un profesional experto en catalizar los cambios necesarios para su reordenamiento. Este encuentro se da entre idiosincrasias diferentes que, en una complementariedad de intenciones, generan un emergente de conocimiento que en sí contiene los elementos para el cambio. Este emergente es el resultado de la interacción, en la cual, el paciente es incluido en la construcción de esas condiciones de cambio, cuyos referentes son su propia historia, sus contenidos y su subjetividad. El terapeuta sólo dispone de las competencias personales y técnicas para favorecer esta condición. Visto de esa manera, el terapeuta Constructivista Cognitivo, es un experto en relaciones interpersonales para la construcción de la alianza terapéutica, y en ser un perturbador estratégicamente orientado; al mismo tiempo que el paciente es un experto en su propia historia y condiciones vitales. El emergente y la alianza terapéutica se expresan en un contexto interpersonal regulado por el encuadre psicoterapéutico, cuyos principios son la neutralidad y la abstención, aspectos que definen las reglas que regulan esta interacción. Dentro de esta teoría el encuadre es considerado una variable específica, y es una condición que forma parte de este modelo y que no se encuentra definida ni resaltada en otras variantes de modelos cognitivos, a pesar de ser un factor preponderante asociado al cambio.

(e) El aporte de los procedimientos en el modelo Constructivista Cognitivo, refleja tanto las concepciones acerca del funcionamiento, la subjetividad y su dinámica, como la comprensión de los estados disfuncionales o sintomáticos, producto del bloqueo o la

interferencia de la coherencia del sujeto. La propuesta de técnicas está basada principalmente en lo que se ha denominado técnicas procedurales, entendidas como la exploración experiencial y la metacomunicación, y que dan cuenta del proceso terapéutico longitudinalmente y le otorgan su sello. En otras palabras, la condición del terapeuta de ser un perturbador estratégicamente orientado, se debe principalmente a la operación de estas técnicas y de las intervenciones. Se ha descrito un set de intervenciones terapéuticas, que pueden ser incorporadas en la sesión, durante la comunicación terapéutica o durante la aplicación de una técnica, o sea que son recursos que el terapeuta puede utilizar en cualquier momento del proceso, y cuyos objetivos y resultados se han descrito en los apartados respectivos. Estos procedimientos cumplen con la condición de ser rigurosos, sin llegar al extremo de su manualización, para permitir una acción terapéutica técnica y especializada, y al mismo tiempo, flexible y ajustada a la particular realidad personal de cada paciente.

(f) Los procedimientos antes señalados, se encuentran descritos en detalle y son factibles de ser incorporados mediante un proceso de formación especializada, orientado a la incorporación de competencias técnicas en un terapeuta. Esto implica que el modelo Constructivista Cognitivo puede ser, y es parte, de los programas de formación académica en las universidades o en centros psicoterapéuticos especializados, a través de una malla curricular. En la Universidad de Chile, en el Departamento de Psicología, este modelo es parte de la malla curricular de la formación de psicólogos, y además opera, en su sexta versión, desde el año 1997 a la fecha, dentro de la formación de los cursos de actualización de postítulo, cuyo objetivo, a breve plazo, es convertirse en un programa que otorgue el grado de Magíster, orientado tanto a la especialización como a la investigación.

(g) La opción del modelo propuesto, por una psicoterapia breve basada en la evidencia, tiene que ver con tres aspectos centrales: uno, que a nivel de la producción de conocimiento se requiere incorporar información validada y verificable, mediante una

metodología experimental, pre-experimental, o cualitativa, que permita confirmar o respaldar las propuestas metateóricas y de la teoría clínica que sustentan los procedimientos. Hasta ahora el acopio de información ha provenido de otras disciplinas y de la experiencia clínica aplicada, por tanto, es imprescindible sumar el aporte que pueda hacer una metodología más rigurosa. Un segundo aspecto, para la opción de una psicoterapia breve basada en la evidencia, tiene que ver con responder con mayor eficiencia a las demandas de psicoterapia por parte de la población. Es sabido que, según el Ministerio de Salud de Chile (1999), tenemos uno de los más altos índices de dificultades psicológicas y, por otra parte, la mayoría de los pacientes psicoterapéuticos reciben una pequeña cantidad de sesiones de terapia, de hecho, de acuerdo a lo citado por Juan Pablo Jiménez (en Gril et al., 2000, Pág. 32), los estudios han arrojado que en Estados Unidos, la estimación promedio de sesiones es entre 5 y 8. Una tercera consideración, tiene relación con la cobertura económica para los pacientes, que presentan los sistemas de salud, los que en sus mejores planes, sólo cubren una baja cantidad de sesiones al año, y que claramente dificulta y entorpece, en la mayoría de las personas, la decisión individual para acceder a una terapia.

Finalmente, se ha elaborado esta propuesta, en la perspectiva de crear una base teórica y de experiencia clínica, que sustente la proyección de un modelo teórico en desarrollo progresivo, a través de la investigación y de la práctica clínica, de modo que enriquezca sus bases conceptuales y haga más eficientes sus aspectos aplicados. Y que, al mismo tiempo, se constituya en un modelo de atención clínica ajustado a las características peculiares de la demanda por servicios psicoterapéuticos en nuestro país, que contribuya a la salud mental y a la calidad de vida de las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

Arriero, G. P. (2004). *Reflexiones sobre la experiencia personal*. España, Ed. Colegio Oficial de Psicólogos Las Palmas – España.

Balbi, J. (1994) *Terapia cognitiva posracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano*. Argentina, Ed. Biblos.

Balbi, J. (2004) *La mente narrativa. Hacia una concepción posracionalista de la identidad personal*. Argentina, Ed. Paidós.

Bandura, A. (1987) *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona, España, Ediciones Martínez Roca.

Bartolomé; Carrobes; Costa; Del Ser (1985) *La práctica de la terapia de la conducta*. España, Ed. Pablo del Río.

Beck, A. (1990) *Con el amor no basta*. Argentina, Ed. Paidós.

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

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.

Béla Székely, L. (2000). *Diccionario de Psicología*. Colombia, Ed. Claridad.

Brain, R. (1975) *Psicología social y humanismo*. Argentina, Ed. Paidós.

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.

Bowlby, J. (1993). *La separación afectiva*. España, Paidós.

Bruner, J. (1998). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. (ed. 2002). España, Ed. Alianza.

Caballo, V. (1993) *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (ed. 2000), España, Editorial Siglo XXI.

Capra F. (1996). *La Trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona, Editorial Anagrama.

Cautela, J. (1970). *Covert reinforcement*. Revista *Behavior Therapy*, 1, 33-50.

Cayazzo, F. & Vidal, S. (2002) *Definición de los conceptos de deseo, intención y complementariedad de intenciones en el modelo de la asertividad reformulada desde el marco del modelo cognitivo*. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile.

Cía, A. (1994) *Trastornos por ansiedad. Evaluación diagnóstica, neurobiología, farmacoterapia, terapia cognitiva-conductual*. Argentina, Ed. Estudio Sigma.

Cía, A. (1995) *Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados*. Argentina, Ed. El Ateneo.

Corcuff, P. (1995) *Las nuevas sociologías*. España, Alianza Editorial.

Cormier, W. & Cormier, S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. España, Editorial Desclee de Brouwer.

Cornwell, J. (editor, 1997) *La imaginación de la naturaleza*. Chile, Editorial Universitaria.

Corominas, J. (1961). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. (ed. 1973). España, Ed. Gredos.

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.

Derrida, J. (1989). *La deconstrucción de las fronteras de la filosofía*. España, Ed. Paidós.

Derrida, J. (1997). *Cómo no hablar, y otros textos*. España, Ed. Proyecto a.

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.

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.

Ferrater Mora, J. (1994). *Diccionario de Filosofía*. (ed. 1999). España, Ed. Ariel S.A.

Fischer, A. (2000). *Evolución... El nuevo paradigma*. (ed. 2001). Chile, Ed. Universitaria.

Frances, A.; First, M. & Pincus, H.A. (1997) *DSM – IV: Guía de Uso*. España, Ed. Masson.

Froufe, M. (1997) *El inconsciente cognitivo*. Madrid, España, Ed. Biblioteca Nueva.

Garfinkel, (1967) *Studies in Ethnophenomenology*. USA, Prentice-Hall.

Gear, M.C.; Liendo, E.C. & Reyna, F. (1990) *Supervisión terapéutica. Análisis y síntesis de un caso clínico*. Argentina, Ed. Paidós.

Giannini, h: (1987). *La re-flexión cotidiana*. (ed. 1999), Chile, Ed. Universitaria.

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.

Greenberg, L., Rice, L. & Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional*. España, Editorial Paidós.

Greenberg, L. & Safran, J. (1987). *Emotion in psychotherapy*. USA, Ed. The Guilford Press.

Gril, S.; Ibáñez, A.; Mosca, I. & Sousa, P. (1998) *Investigación en psicoterapia. Procesos y resultados*. Brasil, Ed. Educat.

Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. New York, Editorial Guilford Press.

Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. España, Editorial Paidós.

Kanfer, F. & Phillips, J. (1977) *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México, Ed. Trillas.

Kazdin, A. (1980) *Métodos de investigación en psicología clínica*. (ed. 2001) México, Ed. Prentice may.

Kelly, G. (Comp.) (2001). *Psicología de los constructos personales*. Barcelona, España, Editorial Paidós.

Kendall, P. & Norton-Ford, J. (1988). *Psicología clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México, Ed. Limusa.

Kühne, Walter (2002). *Reflexiones nocturnas. Los sueños y la psicoterapia cognitiva*. Chile, Editada por Centro de Psicología Aplicada, Universidad de Chile.

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



Lazarus, A. (1980) *Terapia conductista. Técnicas y perspectivas*. Argentina, Ed. Paidós.

Lazarus, A. (2000). *El Enfoque Multimodal. Una Psicoterapia breve pero completa*. España, Editorial Desclée de Brouwer.

Mahoney, M. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. México, Editorial Trillas.

Mahoney, M. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. USA, Ed. Basicbooks.

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.

Marks, I. (1986). *Tratamiento de las neurosis*. España, Editorial Martínez Roca.

Marx, M. & Hillix, W. (1969). *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneas*. Argentina, Ed. Paidós.

Maturana, H. (1997). *La objetividad*. Chile, Ed. Dolmen.

Maturana, H. & Varela, F. (1998). *El árbol del conocimiento*. Santiago, Chile. Editorial Universitaria.

Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad*. Barcelona, España, Editorial Masson.

Ministerio de Salud de Chile. (1999) *Las enfermedades mentales en Chile. Magnitud y consecuencias*. Santiago, Chile.

Morin, E. (1998). *El Método. La vida de la vida*. España, Ed. Cátedra.

Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. España, Ed. Paidós.

Organización Mundial de la Salud. (1992 a). *CIE 10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades – Trastornos mentales y del comportamiento*. España, Ed. Meditor.

Organización Mundial de la Salud (1992 b). *CIE – 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España, Editorial Meditor.

Organización Mundial de la Salud (1994). *DSM – IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España, Editorial Masson.

Osgood, C. & Sebeok; T. (1965). *Psicolingüística: Problemas teóricos y de investigación*. España, Ed. Planeta.

Patiño, J. F. (2001). Las Teorías de Caos y de Complejidad. Revista colombiana Sociedad Colombiana de Cirugía, Bogotá, Colombia.

[:www.encolombia.com/rcirurgia.htm](http://www.encolombia.com/rcirurgia.htm)

Pérez, E. (1995) Forma y estructura e el universo. La complejidad como nuevo paradigma científico. IAA (CSIC). <http://www.iaa.csic.es/~eperez/research/complex/>

[charla/tribuna.html](#)

Piaget, J. (1996). *Estudios de psicología genética*. Buenos Aires, Argentina, Emecé Editores.

Piaget, J. & García, R (1987). *Hacia una lógica de las significaciones*. (ed. 1997) España, Ed. Gedisa.

Popper, K. & Eccles, J. (1993). *El yo y su cerebro*. España, Ed. Labor.

Reda, M. A. (1986). *Sistemi cognitivi complissi e psicoterapia*. Roma. La nuova Italia scientifica. (Traducción personal Luis Onetto).

Rimm, D. & Masters, J. (1980). *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. (ed. 1987) México, Editorial Trillas.

Safran, J. (1998) *Widening the scope of cognitive therapy. The therapeutic relationship, emotion, and the process of change*. USA, Ed. Jason Aronson.

Safran, J. & Muran, J.C. (1998). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*. USA, Ed. American Psychological Association.

Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España, Editorial Paidós.

Sallés, P.; Vera, J.; Cruz, S. & Altamirano, G. (2002) *Una propuesta constructivista-cognitiva acerca del papel que cumple la sexualidad en la construcción del sí mismo en las organizaciones de significado personal*. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile.

Searle, J. (1996) *El redescubrimiento de la mente*. España, Ed. Crítica.

Searle, J. (2000) *El misterio de la conciencia*. España, Editorial Paidós.

Smith, J. (1992). *Entrenamiento cognitivo conductual para la relajación*. España, Editorial Desclée de Brouwer.

Spire, A. (2000). *El pensamiento de Prigogine*. Chile, Ed. Andrés Bello.

Strupp, H. & Binder, J. (1993). *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. España, Editorial Desclée de Brouwer.

Sullivan, H. (1959) *Concepciones de la psiquiatría moderna*. Argentina, Ed. Psique.

Varela, F. (2000) *El fenómeno de la vida*. Chile, Dolmen Ediciones.

Veyne, P.; Vermont, J.P.; Dumont, L. ; Ricoeur, P. ; Dolto, F. ; Varela, F. & Percheron, G. (1990). *Sobre el individuo*. España, Ed. Paidós.

Wolpe, J. (1977) *Práctica de la terapia de la conducta*. (ed. 1979) México, Ed. Trillas.

Yáñez, J. (1996) *Reformulación del concepto de asertividad*. Documento de trabajo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

Yáñez, J., Centro de Psicología Aplicada, CAPs, (1999). *Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs*. Santiago, Chile, Ediciones Lom.

Yáñez, J., Centro de Psicología Aplicada, CAPs, (2000). *Memorias de las jornadas clínicas del CAPs*. Santiago, Chile, Ediciones Lom.

Yáñez, J., Gaete, P.; Harcha, T.; Kühne, W.; Leiva, V. y Vergara, P. (2001). Artículo: *Hacia una metateoría constructivista cognitiva*. Revista de Psicología, Universidad de Chile, Vol. X, N°1

## GLOSARIO

**ABSTENCIÓN TERAPÉUTICA:** Habilidad del terapeuta para desentenderse de los propios contenidos personales dentro del contexto terapéutico.

**ADAPTACIÓN:** Aptitud para transformar la perturbación que nace de la interacción con el mundo en información significativa para el propio orden experiencial. (Guidano, 1994).

**ASERTIVIDAD GENERATIVA:** Competencia interpersonal orientada a dar expresión a un deseo (intención asertiva) a través de la acción de un sujeto (acto asertivo), y cuya satisfacción sólo es posible de alcanzar en una dinámica interpersonal, como consecuencia secundaria e implícita se produce un efecto generativo (generatividad intra e interpersonal) en la relación de los sujetos involucrados.

**AUTOCUIDADO PROFESIONAL:** Corresponde a aquellas competencias orientadas a equilibrar las carencias y restricciones interpersonales que se producen, debido al encuadre profesional, durante el ejercicio de la psicoterapia.

**BURNOUT:** Desgaste Personal producido por el ejercicio de la psicoterapia, que se expresa en dificultades emocionales, cognitivas y comportamentales, y que interfieren las relaciones interpersonales profesionales y personales. Una de las consecuencias más complicadas para la psicoterapia es el bloqueo de la generatividad, lo cual interfiere con la alianza terapéutica (Yáñez, 2002).

**COMPETENCIA:** (a) Conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas, sobresalientes en un área específica del funcionamiento humano. Involucran al sujeto como una totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo. Son el resultado de cuatro componentes: conocimiento, habilidad, actitud y autoconcepto. (b) Efectividad con la que un individuo es capaz de superar una situación vital problemática, de forma tal que resuelva la situación de naturaleza problemática con el mínimo número de consecuencias negativas y preferentemente con consecuencias positivas en otras áreas de la vida la persona”. (Goldfried, 1996, Pág. 32).

**CONOCIMIENTO:** Internalización de un conjunto de contenidos conceptuales que se expresan en dispositivos cognitivos acerca de un determinado campo del conocimiento. Implica manejo y dominio teórico sobre un tema.

**CONOCIMIENTO PROACTIVO:** proceso de conocimiento en que el sujeto cognoscente controla tanto las cualidades sensoriales como motoras del procesamiento a través de estructuras centrales. Basado en la primacía de lo abstracto de Hayek (1978) y teoría motora de la mente de Pribram (1982).

**COTIDIANEIDAD:** Es un estado interpersonal de la pareja, cuya función principal es crear condiciones contextuales e interpersonales para que la dinámica de la mismidad se despliegue primordialmente en el nivel de los procesos de mantenimiento del sí mismo.

**DINÁMICA:** conjunción de componentes de un sistema que interactúan en red capaz de desarrollar propiedades emergentes. (Varela, 2000, Pág. 109)

**DINÁMICA DE LOS SISTEMAS DE CONOCIMIENTO HUMANO:** interacción de componentes de los sistemas de conocimiento orientados a generar procesos de mantenimiento (mismidad) y procesos de cambios (ipseidad). Dicha actividad interactiva

conlleva la perspectiva de la construcción, deconstrucción y complejización de los sistemas de conocimiento.

**DECONSTRUCCIÓN:** Propuesta de Jacques Derrida (1989, Pág. 15), desautorización teórica y prácticamente de los axiomas hermenéuticos usuales de la identidad totalizable de la obra y de la simplicidad o individualidad de la firma. La deconstrucción va acompañada de, o se haya entrecruzada con, la recomposición, el desplazamiento, la disociación de significantes como interrupción de síntesis, de todo deseo de una separación... A toda deconstrucción le sigue una construcción que deberá ser deconstruida y así sucesivamente.

**DESCENTRAMIENTO:** proceso a través del cual un individuo puede distanciarse de su experiencia inmediata, cambiando así la índole misma de esa experiencia. Su función es permitir al sujeto distinguir entre la realidad y su interpretación. (Safran 1994).

**DESENGANCHE O DESVINCULACIÓN:** proceso de tomar conciencia de los propios sentimientos y tendencias a la acción mientras se interactúa con un paciente. El primer paso consiste en advertir, estar atento a, para luego catalogar los compromisos emocionales que le acarrea el enganche con el influjo del paciente. (Safran 1994).

**DIACRÓNICO:** Análisis ontogénico del paciente, o sea, en el decurso del tiempo. Estudio referente a los fenómenos o procesos que ocurren a lo largo del tiempo.

**DIMENSIONES OPERATIVAS:** 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.

**EPISTEMOLOGÍA EVOLUCIONISTA:** Es un enfoque que utiliza y relaciona datos procedentes de la ciencia cognitiva, biológica y evolucionista, para rastrear los patrones y procesos subyacentes a la interdependencia entre el conocimiento en evolución y los sistemas de conocimiento. (Guidano, 1994, Pág. 21).

**EROTISMO:** Se refiere al estado interpersonal en pareja en el que, instalado un espacio de intimidad, la relación progresa a nivel de incorporar los cuerpos en las interacciones que expresan la intención del deseo erótico.

**ESQUEMAS INTERPERSONALES:** Estructuras cognitivo-afectivas que se conciben como representaciones prototípicas de muchas interacciones relativas al mantenimiento de las relaciones interpersonales. Sus componentes son: Imágenes y recuerdos episódicos específicos; Conductas expresivo-motoras asociadas; Activación autónoma y planes y contingencias de tipo consecuencial. (Safran, 1994).

**ESTRUCTURA:** Disposición particular (intrínseca) de los componentes y sus relaciones de una unidad. Disposición, ordenación de relaciones y conexiones entre las partes de un sistema. Enfatiza la distribución de los elementos. Es lo que cambia. Es más que la suma de las partes.

**ESTRUCTURA DEL SÍ MISMO:** La estructura de un sistema se refiere a los elementos que lo componen y a su particular disposición espacio-temporal, que nos remite a una ordenación jerárquica entre las partes del sistema. Enfatiza la distribución de los elementos. Es lo que cambia. Es más que la suma de las partes.

**ESTRUCTURA MORFOGENICA NUCLEAR:** Reglas de ordenación abstractas, generalizadas y generativas del sí mismo (sujeto) y la realidad. Corresponden a reglas de conocimiento tácito. Ordenación que limita, en el sentido individual del self y del mundo. Impone límites al conocimiento tácito y explícito. Dan ocasión al equilibrio oscilante de la presión de la mismidad. Articula y desarticula el proceso de cambio y mantenimiento de los sistemas de significado.

**GENERATIVIDAD:** Efecto interpersonal de un acto asertivo, en el sentido de una progresión ortogenética de la relación: se refiere a la relación interpersonal en un acto



asertivo, en el sentido de aumentar el nivel de complejidad de la relación, en sus componentes intensidad, permanencia, proyección, intimidad y progresión.

**HETERARQUÍA:** Entendemos al ordenamiento descentralizado de los procesos de conocimiento y a la competencia y coalición entre subsistemas interdependientes por la predominancia en el sistema. (Mahoney, 1988, Pág. 41).

**INTENCIÓN DE ABSTINENCIA:** se refiere a la actitud del terapeuta de no desplegar contenidos personales durante el proceso terapéutico.

**INTENCIÓN DE NEUTRALIDAD:** se refiere a no responder consecuentemente con el impacto que producen el despliegue de contenidos del paciente.

**INTERSUBJETIVIDAD:** Proceso interpersonal de coordinación y sincronización de acciones, en que el conocimiento del mundo y el sentido de sí mismo es el resultado de vivir en un a relación inextricable con los demás.

**INTERVENCIONES TERAPEUTICAS:** Procedimientos terapéuticos que se despliegan dentro del discurso del terapeuta, que se expresan como actos de habla y pueden distinguirse jerárquicamente, teniendo en consideración el grado o nivel de participación del terapeuta. Son inmediatas y tienen que ver con las competencias del terapeuta, “cuyo objetivo es articular y rearticular el discurso del paciente, es decir, hacer significativo el discurso del paciente para darle significación a sus contenidos.” (Yáñez y Cols., 2001).

**INTIMIDAD:** Estado interpersonal de la pareja que está orientado a la construcción de un espacio contextual y relacional, que permita el despliegue progresivo de las intenciones eróticas recíprocas, como una expresión posible del deseo erótico y que aspira a la complementariedad de esa intención.

**IPSEIDAD:** sistema de conocimiento descentralizado que provee un sentido discrepante de uno mismo a partir de experiencias desbordantes que deben ser explicadas para ser

asimiladas a los procesos centralizados de conocimiento. Asociadas con procesos de cambio y de predominio de contenidos emocionales expresados en activaciones emocionales recurrentes.

**MARCADOR DE CONCIENCIA DIVIDIDA:** Es cuando los pacientes manifiestan una percepción inadaptada o disfuncional, pero al mismo tiempo cuestionan o invalidan su propia percepción. (Safran & Segal, 1994).

**MARCADOR DE INMERSIÓN PLENA:** Corresponde a cuando los pacientes verbalizan una percepción disfuncional o problemática y no parecen cuestionar su validez. (Safran & Segal, 1994).

**MARCADOR INTERPERSONAL:** Acciones del paciente que parecen estar asociadas o vinculadas con los sentimientos y tendencias a la acción suscitados en el terapeuta. Estas acciones van desde conductas manifiestas hasta sutiles comunicaciones y posturas corporales paralingüísticas y no verbales. (Safran, 1994).

**METATEORÍA CLÍNICA:** un sistema de dispositivos cognitivos conceptuales que permiten conocer, comprender y predecir la emergencia de fenómenos complejos asociados a los distintos ámbitos cotidianos de acción de un sujeto, y más particularmente cuando se encuentran amenazados los procesos de mantención de la coherencia del Sí Mismo.

**MISMIDAD:** sistema de conocimiento centralizado que provee un sentido concordante de uno mismo a través de un sentimiento de continuidad y unicidad personal. Vinculado a los procesos de mantenimiento y de predominio simbólico en cuanto a esquemas cognitivos y emocionales.

**NEUTRALIDAD TERAPÉUTICA:** Habilidad terapéutica para contener, sin reaccionar consecuentemente, toda clase de transferencias por parte del paciente.

**ORGANIZACIÓN:** Modalidad particular de las interacciones internas y externas de una unidad, y que definen su identidad como tal. Dentro de la unidad, hay ciertas relaciones que son más importantes que otras, por lo tanto, relaciones jerárquicas (Guidano).

**PATRONES DE ACCIÓN FIJA:** Son patrones estructurados y altamente estereotipados de movimiento, que una vez que se ponen en marcha siguen su curso típico hasta completarse. (Safran, 1994, Pág. 79).

**PATRONES DE OBJETIVO ESTABLECIDO:** Tienen incorporado biológicamente su objetivo, pero no está especificado el patrón para su consecución. Es un sistema corregido por el objetivo, puesto que el sistema selecciona determinadas conductas en respuesta a una retroalimentación continua sobre el progreso que realiza el organismo en la consecución del objetivo.

**PRÁCTICA SEXUAL:** Es el estado interpersonal que cierra el proceso de complementariedad de la intención erótica de la pareja.

**PROCESO:** Sucesión temporal de distintos momentos de un sistema o un fenómeno.

**PSICOLOGÍA CLÍNICA:** conjunto de efectos de sentidos sistemáticos, organizados, que facilitan la descripción, la explicación y predicción de los fenómenos clínicos, a través de la construcción de objetos modelos teóricos que se constituyen dispositivos cognitivos del terapeuta, para facilitar la reorganización de la experiencia del sujeto, objeto de la psicoterapia.

**RELACIÓN TERAPÉUTICA:** Es una interacción técnico – profesional que contiene características especiales que definen el modo y el alcance de ésta, que aún cuando hace uso de los hábitos y costumbres sociales naturales, está delimitada por el encuadre psicoterapéutico, cuyas reglas regulan esta relación, dándole un carácter que no se encuentra en las interacciones cotidianas.

SÍ MISMO: (1) Sistema de conocimiento invariante básico que otorga un sentido constante, personal y único. Surge de la tensión esencial entre la experiencia en curso (YO) y la explicación de esta (MI). (2) Patrón constante de la percepción (sensación, percepción, motor, cognitivo), que organiza los procesos psicológicos. Experiencia subjetiva, organizadora, que otorga sentido, coherencia, unidad y permanencia al sujeto. (3) Sistema de conocimiento personal que provee al sujeto de un sentido de identidad coherente y permanente, a través de la dinámica de los procesos de continuidad y de cambio, en relación con el mundo.

SIGNIFICADO: Efecto de sentido de reconocimiento como propio del sistema, que se produce con la inclusión de un nuevo contenido y la consecuente reorganización y reestructuración ortogenética.

SINCRÓNICO: Análisis del paciente en el momento presente, sin tener en cuenta su evolución histórica. Proceso o efecto que se desarrolla en perfecta correspondencia temporal con otro proceso o causa.

SISTEMA: (a) Unidad autopoietica distinguible de su contexto mediante una delimitación física o simbólica como resultado de la Operación de la estructura y de la organización de una unidad. (b) Sistema: Conjunto de unidades, auto-organizadas en varios niveles de jerarquía, que interaccionan entre sí de manera no-lineal mediante un cierto número de reglas, de manera que los cambios en alguna parte de este sistema se propagan a otras partes del mismo, y tal que el sistema en su globalidad exhibe un comportamiento y propiedades emergentes, que no pueden inferirse por el análisis de sus unidades componentes". Pérez, E. <http://www.iaa.csic.es/~eperez/research/complex/charla/tribuna.html>

SISTEMA DE CONOCIMIENTO: Es la operación de una estructura y su organización para producir significado viable a la coherencia del sistema, a partir de las perturbaciones a las que se encuentra sometido durante el curso de su existencia.

**SISTEMA PROTESICO:** Conjunto de competencias compensatorias de déficits o inhabilidades biológicas, psíquicas o comportamentales, que le permiten a un sujeto responder eficientemente a las demandas de su entorno.

**TEORÍA:** Designa una construcción intelectual que aparece como resultado del trabajo filosófico, científico o de ambos... la teoría es una descripción de la realidad, la cual puede ser descripción de percepciones o descripción de datos de los sentidos,... además puede ser entendida como una verdadera explicación de los hechos. (Diccionario de Filosofía, 1999).

**TEORIA CLINICA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA:** Sistema de dispositivos cognitivos conceptuales que permiten conocer, comprender y predecir la emergencia de fenómenos complejos asociados a los distintos ámbitos cotidianos de acción de un sujeto, y más particularmente cuando se encuentran amenazados los procesos de mantención de la coherencia del Sí Mismo.

**TRASTORNO MENTAL:** Según el DSM-IV, un trastorno mental es un síndrome o patrón comportamental o psicológico que debe cumplir con el requisito de provocar “un deterioro o malestar clínicamente significativos”, sin definir claramente a qué alude el término *significación clínica*. (DSM-IV).

**UNIDAD:** Entidad, objeto que queda definido por un acto de distinción del observador, merced su organización y estructura que definen una frontera o límite de la unidad. Característica que no es intrínseca del sistema observado. Es más amplio como concepto, que sistema.

**VARIABLE MEDIACIONAL:** Es un factor inferido, no observado, que relaciona un estímulo de entrada con una respuesta de salida en el contexto de las teorías acerca del origen y funcionamiento de la conducta. Esta mediación es de tipo estructural, en el sentido que está compuesta por elementos físicos potencialmente observables. (Mahoney, 1983, Pág. 31).

# ANEXOS

# **ANEXO 1: TEORÍA COGNITIVA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES: ASERTIVIDAD GENERATIVA.**

Juan Yáñez Montecinos<sup>36</sup>

2002

## **INTRODUCCIÓN**

Los logros de la civilización actual, son principalmente el resultado de la compleja y frenética actividad de la red de relaciones que interpersonales conforman la humanidad que construimos. Los fenómenos sociales y culturales que caracterizan a las sociedades, no serían posible sin la trama de interacciones que existen entre la gran diversidad de sujetos que la componen. Es más, esta red es condición esencial para la sobrevivencia de los seres humanos, puesto que, es la cercanía protectora y reguladora con los demás, la que en una constante dinámica de reciprocidades polares que se expresan en conductas que le permiten apearse a una figura protectora (identificarse), o distanciarse de ella (individuarse), la responsable de la construcción del particular modo de ser que en psicología llamamos: Estilo de Personalidad, Sí mismo o Personalidad, haciendo referencia a aquellas características que permiten distinguir certeramente a una persona de otra. En otras palabras, la idea es que llegamos a ser quienes somos, gracias a la convivencia diaria con los demás, distintos de nosotros mismos, y que en ese proceso, está el origen de la inconmensurable diversidad de subjetividades. El desafío consiste precisamente en hacer que este mundo de interacciones se incremente, mantenga y proyecte hacia el futuro, puesto que de este modo se crean las condiciones para el crecimiento de las personas, de un grupo, organización o sociedad. El principio que propongo es que estas condiciones se suscitan principalmente a partir de micro dinámicas interpersonales cotidianas de alta frecuencia, en las cuales estamos involucrados y sobre las que tenemos un substancial grado participación y de responsabilidad. Respecto de esta misma idea, Garfinkel señala que sus investigaciones van “dirigidas sobre todo a la acción práctica,

---

<sup>36</sup> Ps. Juan Yáñez Montecinos: Profesor Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas – Universidad de Chile.

a las interacciones cotidianas y a la forma de razonamiento práctico... el orden, la regularidad, la congruencia que muestran los fenómenos sociales son el resultado de operaciones interactivas realizadas en el momento” (Garfinkel, 1967, “Studies in Ethnophenomenology”, Englewood Cliffs, Prentice-Hall). Al mismo respecto, Philippe Corcuff señala “Al contrario que en ciertas interpretaciones de Durkheim [...] la realidad objetiva de los hechos sociales [se concibe] como la realización continua de actividades concertadas en la vida diaria” (“Las nuevas Sociologías”, Alianza Editorial, 1998, página 58). La interacción cotidiana es patrimonio del sujeto que a diario despliega su quehacer rutinario y sobre el cual se descargan las complejas presiones y demandas sociales, tales como el trabajo, el progreso, la política, la familia, la economía, las redes de interacción, etc. Es en esa interacción donde crece y se desarrolla como tal, pero también yerra y detiene su andar tras un traspié que lo inhibe de enfrentar sus propias desventuras, en el entendido que son las aventuras que sobre esa rutina diaria la que lo provee de oportunidades de cambio personal generalizable a los demás y al mundo, pero que a veces no las enfrentamos por el miedo a las amenazas de lo desconocido, en otras palabras: lo no rutinario. Un sujeto para crecer al máximo de sus potencialidades, debe ser competente en el área de las relaciones interpersonales, tener un buen manejo de sí mismo, de los demás y de las circunstancias en las cuales se desempeña. Ello se vería reflejado en la calidad y extensión de las redes de relaciones interpersonales, en su utilización y en el lugar que en ellas ocupe el sujeto. Gran parte de su identidad depende de la capacidad de estas redes para responder a su necesidad de vinculación protección y proyección.

En este contexto dinámico y cambiante, se elabora progresivamente un mundo subjetivo simbólico (cognición) y experiencial (emoción), con el cual el sujeto se despliega (conducta) en sus ámbitos vitales: familia, trabajo, amistades, cultura, etc. En cada una de las actividades el sujeto, no sólo se revela a sí mismo, si no que deja su huella en las cosas que forja, pero su sello principal se expresa en las relaciones que establece con los demás, en una interacción constante entre influir a los otros y ser influido por ellos. Es por esto que no podemos sustraer el valor y la importancia que tienen las relaciones interpersonales en los distintos ámbitos sociales en que las



personas se desempeñan, dado que es en esta dinámica diversa donde se juegan los contenidos que constituyen la identidad personal, que caracterizan al sujeto y que los distinguen entre los demás.

Estas condiciones resultan particularmente interesantes y críticas al ser aplicadas al ámbito de las organizaciones productivas y de servicios, en que la comunicación y las relaciones entre los integrantes están reguladas por metas, objetivos, jerarquías, productividad, incentivos y la obligatoriedad de mantener relaciones, a veces independientemente de los intereses personales de cada sujeto. Técnicas como el Análisis Organizacional, Gestión de Recursos Humanos, Proyectos de Desarrollo Estratégico, Estudios de Clima Laboral, y Cultura Organizacional tienen el buen propósito de ordenar y hacer una puesta en común de las estructuras de las diversas organizaciones; sin embargo el resultado ineludible es que cada una de estas organizaciones productivas o de servicios, a las que pertenecen los sujetos, son finalmente únicas, y esto se explica, entre otras hipótesis, por que están compuestas por sujetos diferentes en todos los niveles jerárquicos. Dicho de otra manera, este aspecto, es el valor agregado actual a considerar en cualquier proyecto de negocios o empresarial que pretenda operar en un mundo competitivo, cambiante y complejo.

El modelo Cognitivo en psicología, es un desarrollo teórico y aplicado novedoso, productivo y de amplio alcance, en cuanto a su capacidad de explicar, predecir y controlar las particularidades de los diversos fenómenos psicológicos, interpersonales, clínicos, organizacionales e incluso sociales. Su propuesta se enmarca en los principios de la producción de conocimiento basado en una metodología científica y en el desarrollo consecuente de tecnologías que, basadas en la evidencia, sean susceptibles de ser aplicadas a los distintos requerimientos profesionales, para satisfacer las demandas de la población. La **Asertividad** es el marco teórico desarrollado por el modelo, que permite dar respuesta y elaborar técnicas para ser aplicadas en los distintos niveles de las organizaciones en que se encuentren involucrados las relaciones interpersonales, de modo tal, que ésta se convierte en una herramienta útil para: el área de los recursos humanos, trabajo en equipo, habilidades de liderazgo,

estrategias de negociación y relaciones interpersonales generales en la organización. El origen etimológico de este vocablo proviene del latín tardío “Assertum” (aserto), que quiere decir *afirmación*. De este modo, el origen gramatical del concepto, nos remite a que la asertividad es una característica personal, que supone una afirmación del sujeto acerca de algo, de sí mismo o de los otros, lo que es más, esta afirmación tiene como resultado el respaldado y el refuerzo de la personalidad del sujeto que tiene una actitud asertiva ante los demás.

Tradicionalmente la **asertividad** es entendida principalmente como una habilidad compleja que está supeditada a las leyes del aprendizaje. Su objetivo es la consecución de un fin instrumental, que resuelve una necesidad del sujeto que emite el acto asertivo. Su resultado, por tanto, puede ser evaluado por el nivel de logro del fin propuesto. Desde la perspectiva de la asertividad se puede hablar entonces, de personas más o menos asertivas, dependiendo de cuan hábiles o capaces son para desplegar distintos tipos de repertorios ante los requerimientos complejos que plantean las relaciones interpersonales. Es así como podemos hablar de sujetos hipoasertivos, sería aquellas personas inseguras, tímidas, con baja capacidad para enfrentar a los demás y que presentan angustia en las relaciones interpersonales. En cambio los sujetos asertivos son aquellos capaces de: defender sus derechos personales, respetar a los demás, disfrutar las relaciones interpersonales y actuar con una actitud segura ante el mundo. Sin embargo, esta es una habilidad aprendida, lo que implica que es posible incrementar los niveles de asertividad de las personas, a partir de estrategias y técnicas tanto personales como grupales, de modo que permiten instalar o ajustar los repertorios asertivos de acuerdo a las circunstancias personales de cada uno.

Durante los años setenta y ochenta se acumuló mucha información en torno al concepto de asertividad producto de la gran cantidad de investigaciones en torno al tema. De la misma manera fueron incrementándose las técnicas de tratamiento para la resolución de las dificultades asertivas. En esos años la asertividad que llamaremos clásica, se define y caracteriza como: *“Habilidad interpersonal que le permite a una persona la expresión libre, directa y honesta de emociones e ideas acerca de sí mismo,*

*los otros o el mundo, de acuerdo con su propio interés, de manera que lo dejen satisfecho consigo mismo y sin transgredir los derechos del otro”* (Yáñez, 1996). Definida de esta manera, lo central de la asertividad es que el sujeto actúa o se mueve principalmente a partir de una necesidad personal, que tiene como destino su satisfacción. No se hace referencia a que la relación de los sujetos es una condición imprescindible de satisfacción del fin instrumental (necesidad), ni a su dinámica, ni a los particulares estilos personales de los involucrados, ni tampoco al efecto interpersonal del acto asertivo. La consideración del otro tiene que ver con una ética de respeto por sus derechos, de modo que en el fondo sólo se transforma en reglas de buena convivencia social y cuyo respeto depende de los estilos morales, culturales y educacionales de los sujetos.

Estas insuficiencias que no logran ser cubiertas por la asertividad clásica crean la necesidad de ampliar el alcance del concepto desde una perspectiva teórica actual, que permita dar respuesta y desarrollar nuevas estrategias y técnicas para el abordaje de la compleja relación entre los sujetos. Abordar esta dinámica demanda un cambio a nivel paradigmático<sup>37</sup> y epistemológico que genere los fundamentos conceptuales que permitan entender con propiedad la complejidad de los procesos interpersonales involucrados en la asertividad.

---

<sup>37</sup> Por Epistemología entendemos una noción de lo que es la realidad y la relación que el sujeto establece con ella, y cuyo producto es el conocimiento. Por Paradigma, entendemos el método y el objeto de estudio de una realidad restringida o particular, y que constituye un área de estudio, una disciplina o una teoría específica.

## ASERTIVIDAD GENERATIVA

### Acerca de la Asertividad Generativa

La necesidad de reformular el concepto de asertividad surge, por una parte, de la insuficiencia del modelo cognitivo conductual clásico para incorporar fenómenos propios de las relaciones interpersonales que eran, o inapropiadamente abordados o definitivamente descartados en su conceptualización. Por otra parte, de la emergencia de nuevas teorías acerca de las relaciones interpersonales que contribuyen a dar cuenta de la complejidad involucrada en este fenómeno (Teoría del Apego, Constructivismo, Lingüística Pragmática, entre otras). Estos antecedentes teóricos nos permiten desarrollar una propuesta de la asertividad desde una perspectiva teórica nueva, que llamaremos asertividad generativa y que la definiría como una: *“Competencia interpersonal orientada a dar expresión a un deseo (intención asertiva) a través de la acción de un sujeto (acto asertivo), y cuya satisfacción sólo es posible de alcanzar en una dinámica interpersonal, como consecuencia secundaria e implícita se produce un efecto generativo (generatividad intra e interpersonal) en la relación de los sujetos involucrados”*

Por lo tanto, desde esta perspectiva se pueden delimitar dos efectos posibles involucrados en un acto asertivo. El primero de ellos, continúa siendo el fin instrumental de una necesidad del sujeto que lo mueve una intención y cuya representación es consciente, en otras palabras esta cierto de que esta realizando un acto en beneficio de consecución de un fin concreto. Por ejemplo cuando solicito ayuda para satisfacer una necesidad de protección, placer, de compañía o de apoyo técnico. Este punto se va a constituir en uno de los componentes que le van a dar retroalimentación positiva o negativa acerca de su acto asertivo fue eficaz o no. Entonces, la consecución del fin instrumental es uno de los elementos que concurren al sentimiento de satisfacción de la asertividad (véase variable Satisfacción descrita más adelante).

En segundo lugar, a nivel inconsciente, se produce un cambio en el estado de la relación de los sujetos involucrados, lo que llamamos *efecto generativo*, en el sentido

que cambia la *intensidad, permanencia, intimidad y proyección* de la relación, de acuerdo con el resultado del acto asertivo. Este efecto no esperado y frecuentemente inconsciente, dado que no forma parte de la intención asertiva que sólo se remite a la satisfacción de la necesidad, es de mayor importancia para la evaluación del grado de satisfacción posterior a un acto asertivo y suele ser fruto de contenidos distorsionados que dan origen a esquemas cognitivos que inhiben o alteran las competencias asertivas. Por ejemplo, si deseamos pedirle prestada la guitarra a un amigo, y antes de hacerlo, comenzamos a cuestionarnos: ¿Qué va a pensar él?, ¿Cómo se va a sentir con nuestra petición?, etc., probablemente comenzaremos a sentirnos inhibidos para realizar tal petición. O sea, nos sentimos complicados para ejercer nuestra asertividad, precisamente por el efecto generativo en la relación y no por otra cosa. Dicho de otra manera, es posible que un sujeto tolere no haber satisfecho su necesidad específica de ayuda, protección o apoyo técnico y puede buscar alternativas para lograr satisfacerla, pero lo que resulta intolerante para el sujeto es que haya sido la persona específica a quién solicito el apoyo quién se lo negó. No es tan fácil resolver la amenaza a la ruptura de la relación producto de este acto asertivo frustrado, ya que cierra la posibilidad de muchos otros actos asertivos. Otro aspecto que señala que el valor del efecto generativo es más importante que la consecución del fin instrumental, es el hecho de que independientemente de las transacciones concretas y temporales que existan en los sujetos, la mantención de la red de relaciones asegura el intercambio de otras transacciones ni siquiera imaginadas por el sujeto. La mantención de la red de relaciones interpersonales abre perspectivas de futuro y proporciona un sentimiento de estabilidad y disponibilidad de los demás para satisfacer los deseos propios, al mismo tiempo que el sujeto es también parte de esa oferta de intercambio.

En síntesis, el fin instrumental (objetivo consciente) y el efecto generativo (objetivo inconsciente) de un acto asertivo, conjugan un panorama complejo de mutua influencia que hay que considerar en la evaluación y tratamiento de la asertividad. El aporte de la asertividad generativa consiste justamente en definir las variables que están en juego en esta dinámica y al mismo tiempo contribuir, por esta vía, a ampliar el horizonte explicativo del modelo cognitivo en el área de las relaciones interpersonales.

### Características del Concepto de Asertividad Generativa:

Como consecuencia de este marco conceptual encontramos que la condición previa al despliegue de un acto asertivo, es el *deseo del sujeto*. Este deseo lo moviliza en pos de una completitud, vivenciada como una carencia, una necesidad de diverso nivel, que puede ser satisfecha por otro, quien se convierte en “*otro significativo*” con el sólo hecho de ser objeto o instrumento del deseo de ese sujeto. De modo tal que un acto asertivo abre una gama de posibilidades de interacciones interpersonales, las que van a producir contenidos que circulan entre los sujetos involucrados en la interacción, lo que puede cambiar la significación recíproca de dicha relación, en el sentido de la generatividad.

Entonces, como consecuencia del acto asertivo, vamos a encontrar que los sujetos ya no son los mismos de antes, ha emergido un sentido nuevo recíproco de quienes son, el cual va dar como resultado un cambio en los niveles de la *generatividad*. Ambos se reconocerán como sujetos válidos para el otro, tanto en el sentido de mantención y proyección de la relación, como el de supresión de una relación amenazante para la integridad del sí mismo.

Hechas estas consideraciones, se entenderá como *deseo* a la sensación o impresión de que algo falta en la condición actual del sujeto y que hace inminente su satisfacción, ya sea a través de la consecución de lo deseado o de la supresión de lo indeseado, que finalmente viene a ser lo mismo, en cuanto al grado de satisfacción que el acto conlleva.

Concebimos la asertividad generativa como una competencia, que corresponde a un conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas, sobresalientes en un área específica del funcionamiento humano. Involucran al sujeto como una totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo. Son el resultado de cuatro componentes:

a) Conocimiento: Conjunto de contenidos conceptuales que se expresan en dispositivos cognitivos acerca de un determinado campo del conocimiento. Implican manejo y dominio teórico sobre un tema.

b) Habilidad: Repertorios de acción que resuelven eficientemente las demandas operativas o técnicas de un área del funcionamiento humano.

c) Actitud: Evaluación emocional que hace el sujeto del conocimiento y sus habilidades en esa particular área de actividad. Implica el nivel de motivación con que se expresa su conducta. Lo que está en cuestión son los contenidos concretos de las competencias.

d) Autoestima: Corresponde a la imagen que el sujeto ostenta en torno de sí mismo y ante los demás, como representante de una determinada área de acción. Lo que está en juego es la auto estima del sujeto, por lo tanto es el componente más difícil de manejar en un programa de desarrollo de competencias, dado que depende en buena medida de su estructura idiosincrásica.

La condición de ser *interpersonal* supone la validación intersubjetiva que se sustenta principalmente en el hecho de que los otros son dramáticamente necesarios para la sobrevivencia del individuo humano. Es en respuesta a las carencias con que somos arrojados al mundo, en un estado de incompletitud, y que resolvemos en la relación estrecha que establecemos con los otros (vínculo interpersonal, ejemplo: figura materna), lo que nos permite evolucionar y desarrollarnos como sujetos ya que nos provee de seguridad, protección y confort. El aprendizaje, en tanto, es un componente fundamental para la incorporación de repertorios interpersonales de complejidad progresiva, que van a posibilitar mantenernos y proyectarnos en una red de relaciones con otros significativos.

Entonces el acto asertivo es un acto en un *contexto interpersonal* que está orientado a un propósito, en un primer lugar instrumental (*satisfacción del deseo*), y en

un segundo lugar, a un fin generativo (*cambio en el estado de la relación*). Tanto el fin instrumental como el efecto generativo en la relación, suponen el compromiso del sujeto en su totalidad en otras palabras, lo involucra en los tres niveles de respuesta humana:

A. *Nivel de respuesta comportamental*, este nivel de respuesta es de fácil acceso a la observación de los otros y, por lo tanto, frecuentemente calificado de “conducta objetiva u observable”. Es predominantemente voluntario (aún cuando bajo ciertas condiciones puede aparecer como involuntario, producto de la automatización de las conductas) ya que incluye la musculatura estriada y el aparato locomotor, cuyo comando depende del sistema nervioso central.

B. *El nivel de respuesta emocional*, este nivel de respuesta es más privado, de difícil acceso a la observación, a no ser que los indicadores emocionales se desborden en sus niveles y se muestren públicamente, como suele suceder en las crisis de pánico (miedo), en las rabietas (rabia) o enrojecimiento indeseado (vergüenza). Sin embargo, la mayor parte de sus contenidos suelen pasar inadvertido para los otros, incluso para el sujeto mismo. El acceso a este nivel de respuesta es indirecto. Se puede hacer a través de la interpretación del lenguaje no verbal, que acompaña los actos de habla, y del análisis de los elementos suprasegmentales<sup>38</sup> del discurso asertivo. Involucra la musculatura lisa, entendida genéricamente como las vísceras y tegumentos internos. Está organizado principalmente por el sistema nervioso autónomo en sus expresiones Parasimpática y Simpática, cuyas funciones son incompatibles o antagónicas, de modo tal, que la operación de uno inhibe la acción del otro. Su carácter es preferentemente involuntario y opera por el principio de mantención de la homeostasis del sujeto con el medio. Es un sistema que informa acerca del estado interno del sujeto en relación con el contexto. Su expresión va a ser decisiva en el desarrollo y aplicación del repertorio asertivo.

---

<sup>38</sup> Por elementos suprasegmentales se entienden aquellas condiciones adjuntas a la expresión verbal y que, por sí mismas, son capaces de aumentar la fuerza elocutiva. A saber: tono, timbre, pausas, entonaciones, silencios.



Por otra parte, también tiene que ver con un estado de confort y seguridad asociado al placer, la protección y el equilibrio homeostático. En la perspectiva de la Teoría del Apego, esta condición correspondería a la conducta exploratoria en el polo del vínculo y que refiere a la operación del sistema nervioso autónomo parasimpático asociado al placer, la seguridad y comodidad. El organismo se encuentra en un estado de reposo, renovación y recuperación de sus recursos internos. De acuerdo con esta teoría, es en la forma en que transita el sujeto en el eje apego-alejamiento y la disponibilidad de las figuras vinculares (sujetos significativos), donde se va a instalar la tonalidad emotiva básica que caracteriza la forma en que el sujeto organiza el mundo y se relaciona con éste, y cuya expresión va a ser decisiva en el desarrollo y aplicación del repertorio asertivo.

C. *Nivel de respuesta cognitivo*, este es un nivel de organización abstracto y simbólico, por cuanto tiene que ver con las significaciones que atribuimos a los otros, al mundo y a sí mismos, a través de símbolos que conforman nuestro lenguaje. La función de este nivel es la integración total del funcionamiento del sujeto, éste no está representado por un sistema orgánico específico, sino que es la síntesis del funcionamiento global. Está constituido por procesos mediacionales, representaciones y esquemas cognitivos interpersonales que organizan un sentido de sí mismo coherente, unitario y continuo en el tiempo. Así, la noción de uno mismo se genera a través de la reciprocidad experiencial con los otros, donde el lenguaje viene a constituirse en el medio y el fin que permite hacer consensuales las interpretaciones particulares del mundo. Esta consensualidad abstracta, en el nivel de la explicación, se expresa también en el nivel emocional haciendo posible la consonancia recíproca de los deseos en un acto asertivo - que en un primer momento se origina en un objeto instrumental y que, secundariamente resulta en una progresión ortogenética de la relación - cuyo efecto en los sujetos es el contenido que proveerá de sustento, la evaluación final del acto asertivo.

Para aproximarnos a los aspectos aplicados que se desprenden de este nivel de respuesta cognitivo, utilizamos los conceptos desarrollados por John Searle, y

originalmente por John Austin en la lingüística pragmática, acerca de los actos de habla y sus niveles locutivo, ilocutivo y perlocutivo. Esta propuesta nos permite abordar el análisis del discurso asertivo en cuanto a su ordenación o estructuración morfosintáctica (nivel locutivo), la intención vehiculada en lo dicho por el sujeto, que constituye la fuerza ilocutiva, si consideramos los elementos suprasegmentarios del discurso, además de los componentes de expresividad facial y gestual (nivel ilocutivo) y finalmente el efecto del discurso sobre el otro hablante / efecto, en el que se evalúa e interpreta la intención, (nivel perlocutivo). Entendemos un acto de habla, entonces, como una proposición hecha por un hablante / oyente y que comprende los niveles locutivos, ilocutivos y perlocutivos, con el fin de producir una perturbación deseada en el otro.

Este modelo teórico de Asertividad Generativa ha sido operacionalizado en trece variables, las cuales se refieren a los aspectos teóricos anteriormente señalados. Cada una de ellas está definida tanto conceptual como instrumentalmente y son el referente de la construcción del Cuestionario de Asertividad Generativa. En este apunte sólo se hará referencia a la definición conceptual de cada una de ellas.

## **VARIABLES**

1. *Autodiálogos*: Verbalizaciones encubiertas o internas del sujeto, en términos de representación cognitiva de los resultados posibles de la conducta asertiva.
2. *Conocimiento del Comportamiento Asertivo Apropiado*: Información que tiene el sujeto sobre el repertorio asertivo propio, sobre el contexto y el sujeto al que se dirige la acción.
3. *Autoevaluación*: Habilidad del sujeto para apreciar el nivel de desempeño propio en una interacción asertiva.

4. *Satisfacción*: Grado de conformidad que tiene el sujeto acerca de su desempeño en un acto asertivo.

5. *Responsabilidad*: Evaluación que el sujeto realiza acerca del grado de participación que le corresponde a sí mismo y al otro en una interacción asertiva. Este grado puede variar situacional o contingentemente en cuanto a su distribución, pero generalmente se espera que tienda a ser equilibrado.

6. *Generatividad*: Efecto interpersonal de un acto asertivo, en el sentido de una progresión ortogénica de la relación: se refiere a la relación interpersonal en un acto asertivo, en el sentido de aumentar el nivel de complejidad de la relación, en sus componentes intensidad, permanencia, proyección, intimidad y progresión.

7. *Respeto*: Habilidad del sujeto para reconocer los límites de la responsabilidad mutua, procurando no transgredir ese límite.

8. *Adecuación Interpersonal*: Habilidad del sujeto para ajustar permanentemente sus niveles de responsabilidad y respeto a los distintos contextos interpersonales, en el entendido que los límites de ambos varían de acuerdo con las circunstancias.

9. *Variables del Mensaje*:

9.1. *Claridad del Mensaje*: Se refiere a que en el discurso a nivel morfosintáctico, se manifiesta la intención comunicativa.

9.2. *Dirección del Mensaje*: Se refiere a que el discurso debe estar dirigido hacia el receptor de una manera personalizada.

9.3. *Autenticidad del Mensaje*: Supone la habilidad para expresar un deseo (intención asertiva) a través del discurso, en los niveles morfosintáctico, suprasegmentario y no verbal.

9.4. *Consistencia del Mensaje*: Se refiere a una correspondencia unívoca que se manifiesta entre los planos verbal, suprasegmentario y no verbal, durante el discurso.

## ***ANEXO 2: TEORÍA SEXUAL COGNITIVA***

Juan Yáñez Montecinos, Abril 2004.

Documento de circulación restringida a docencia

### **INTRODUCCIÓN.**

El proceso de construcción de pareja y su progresión y proyección en el tiempo dependen de múltiples factores complejos, tanto personales como contextuales, pero de diversa índole y con distintas relevancia en la mantención y cambio durante la historia de la pareja. Uno de estos factores relevantes es la interacción en el área de la sexualidad, o más propiamente dicho, el deseo expresado como intención erótica. Los repertorios eróticos cuando se despliegan revelan a la totalidad del sujeto involucrado en una interacción que lo demanda en los diferentes niveles de integración. En primer término el nivel biológico que involucra una serie de respuestas corporales específicas, sin las cuales no es posible un desempeño adecuado en la interacción y que además es el que entrega las claves o señales más importantes del estado de rendimiento al sujeto, por ejemplo erección del pene o lubricación vaginal.

El devenir de la pareja experimenta diversos estados de interacción, tanto durante su historia en términos de inicio, permanencia y declinación, como en lo referido a curso diario de niveles de relación posibles que dependen del contexto, del estado de la relación, de los deseos involucrados o, entre otros de lata enumeración, del estado psíquico de los participantes. Estos últimos estados han sido agrupados en cuatro, a saber:

## **Cotidianeidad**

Es un estado interpersonal de la pareja, cuya función principal es crear condiciones contextuales e interpersonales para que la dinámica de la mismidad se despliegue primordialmente en el nivel de los procesos de mantenimiento del sí mismo. Se caracteriza por el predominio de los estados rutinarios tanto del contexto físico (Domicilio, Giannini, H.), como de repertorios de conductas automáticas reiterativas en un medio ambiente habitual y en la interacción rutinaria con el otro conocido. Durante este estado los sujetos involucrados en la interacción no están sometidos a demandas o amenazas puedan desbordar los niveles de coherencia o sus posibilidades de respuesta dentro de la integridad sistémica. Emocionalmente están ubicados en el polo del apego, que implica bajos niveles de activación, protección, seguridad y mantenimiento de los estados emocionales y del deseo. “El músculo duerme la ambición descansa”. Gardel y Le Pera, en tango: “Silencio en la noche” Las tonalidades emotivas básicas curiosidad y sorpresa están ausentes como disposiciones a la acción en la línea de los procesos de cambio.

## **Intimidad**

Estado interpersonal de la pareja que está orientado a la construcción de un espacio contextual y relacional, que permita el despliegue progresivo de las intenciones eróticas recíprocas, como una expresión posible del deseo erótico y que aspira a la complementariedad de esa intención. Ésta se despliega, en primer lugar, mediante repertorios recíprocos de seducción a través del *componente verbal* que involucra códigos simbólicos habituales, que señalan la pertenencia a una misma comunidad comunicacional y cultural y, al mismo tiempo, nuevas señales que remiten a una invitación hacia dominios o límites desconocidos, que aportan el componente de aventura e incertidumbre, que moviliza la emoción básica de curiosidad, tan propio de los caminos de la seducción y, en su polo extremo, de la perversión. El *componente no verbal*, en segunda instancia, es el resultado de una ancestral forma de comunicación gestual, corporal y facial, cuya decodificación discurre principalmente a nivel de automatismo subconsciente, lo que implica que se gatillan vivencias y emociones

intensas, perturbadoras y, frecuentemente ambiguas, las que desde una perspectiva racional, suelen resultar incomprensibles para el sujeto, pero que sin embargo, funcionan proporcionando señales emocionales acerca del estado de la relación, que pese a ser ambiguas, difusas y requerir de interpretación, incitan a los involucrados a continuar o a desistir con el despliegue de seducción en curso. La construcción de la intimidad se caracteriza por el constante desplazamiento de los sujetos entre la necesidad de apego y confirmación, y la necesidad de alejamiento y exploración. La *actividad de Exploración* del estado del otro y de la interacción, elevan los niveles de activación, producto de la incertidumbre propia de la aventura que supone una relación con intención de seducción erótica, y conduce a los sujetos a constantes oscilaciones en el equilibrio del sistema personal, la que presiona los mecanismos de consonancia (reconocimiento) y de discrepancia (desconocimiento) de la dinámica de la Intimidad al borde de la mantención de su coherencia. Sin embargo, dichas oscilaciones suelen ser transitorias, rara vez de nivel patológico y frecuentemente connotadas como desafíos conocidos y controlados al equilibrio del sistema. Por otra parte, durante la *actividad de Apego*, los niveles de perturbación disminuyen transitoriamente para dar lugar a un estado de baja activación, asociado más frecuentemente con el placer, pero que sin embargo requiere del referente de activación propio de la exploración, para desplegar su máxima intensidad de goce. Dicho de otra manera, el sistema de conocimiento personal está disponible a la influencia del otro, y también para vivenciar nuevas experiencias perturbadoras, durante el estado interpersonal de intimidad, siendo esta situación un componente importante del goce. La construcción de una intimidad consigue poner a disposición de los demás, la proxémica personal, en un gesto de tolerancia, de entrega y de generosidad con el otro deseado. Es este espacio personal el que se intersecta con el del otro, pasando a constituir un contexto clausurado mutuo que soporta la interacción íntima y las posibles trasgresiones recíprocas. Es también el componente que aporta el factor de incertidumbre y tensión, propio de la exploración recíproca, que busca la complementariedad de intenciones eróticas, desde un referente inicial de deseo por otro. Durante esta etapa, la intención erótica se mantiene predominantemente en un sutil y precario nivel abstracto, pleno de

señales recíprocas, que progresivamente aspiran a una mayor concreción, la que es posible de expresar en un acto erótico con componente corporal.

### **Erotismo**

Se refiere al estado interpersonal en pareja en el que, instalado un espacio de intimidad, la relación progresa a nivel de incorporar los cuerpos en las interacciones que expresan la intención del deseo erótico. La complementariedad se materializa en la naturaleza reflexiva y recíproca de las interacciones corporales, encausadas por el progreso incontenible del placer en curso. El componente verbal, pierde relevancia a favor de la comunicación no verbal, matizada de códigos simbólicos más ancestrales y biológicos. La actividad exploratoria se concentra en un objeto específico: el cuerpo propio y del otro. Al mismo tiempo que disminuyen los niveles de activación, incertidumbre y ambigüedad de las interacciones, aumentan en intensidad la excitación y la audacia en la búsqueda de satisfacción. La actividad de apego y exploratoria tienden a unificarse en el complejo entramado de coordinaciones conductuales que implican las prácticas eróticas recíprocas, aportando un cierto nivel de descontrol corporal, emocional y cognitivo, que lleva a un estado de pérdida temporal de conciencia, comparable con el estrechamiento tubular de conciencia propio de algunos fenómenos psicopatológicos: “los verdaderos amantes existen solo para sí mismo y para el otro...y nada más” En este estado predomina la confirmación de la carencia del otro y la conciencia de lo oportuno de la interacción erótica en curso para su satisfacción. En otras palabras, la Mismidad se ve confirmada en el acto y, está disponible para experimentar cambios posibles en su coherencia sistémica. Esta idea implica que la dinámica de la Mismidad no solo es perturbada por condiciones de tensión amenazante, sino también por tensión placentera que dispone al sistema para el cambio.



## **Práctica sexual**

Es el estado interpersonal que cierra el proceso de complementariedad de la intención erótica de la pareja. Es aquí donde confluyen todos los estados interpersonales anteriores, cuya contribución va a depender de cómo fueron resueltos previamente. Los repertorios sexuales personales, se despliegan al máximo para sustentar la complementariedad erótica necesaria para la satisfacción sexual de la pareja. En esta fase se produce la máxima intensidad sexual, al mismo tiempo que alivio erótico. La interacción está concentrada predominantemente en sí mismo, teniendo como referente secundario al otro. En la conciencia predominan las sensaciones originadas en el cuerpo, especialmente en el área de los genitales. Desde el punto de vista psíquico, se produce una transitoria sensación de completitud y de satisfacción, a la que contribuye el estrechamiento tubular de conciencia que conlleva el éxtasis erótico. Este estado da paso a un nuevo ciclo de pareja, que habitualmente va en dirección de una mayor generatividad (generatividad interpersonal) mutua y hacia una mayor complejidad personal (generatividad intrapersonal).

## **METODOLOGÍA PSICOTERAPÉUTICA SEXUAL EN PAREJAS**

### **FASE Nº 1: EVALUACIÓN**

#### **OBJETIVOS:**

- Recopilación de la información relevante en torno al motivo de consulta, el estado actual de la pareja en términos de recursos y deterioro, el valor de la sexualidad como sintomatología, la importancia de las disfunciones personales de los integrantes, revisión del patrón familiar, la posibilidad de hacer terapia de pareja y su pronóstico.

#### **PROCEDIMIENTO:**

- Tres a cuatro sesiones en pareja, de las cuales una puede ser individual.
- En la sesión final se debe hacer una devolución y encuadrar las condiciones de la psicoterapia.
- De no recomendarse la psicoterapia de pareja se hará la derivación pertinente.

## **FASE Nº 2: CONSTRUCCIÓN DEL CONTEXTO TERAPÉUTICO**

### OBJETIVOS:

- Construcción de la alianza y del encuadre terapéutico
- Revisión de las historias vinculares personales
- Revisión de la historia de la pareja y su sexualidad
- Abordaje de las conductas sexuales de la pareja
- Revisión de los estados interpersonales de la pareja
- Construcción del foco terapéutico

### PROCEDIMIENTO:

- Cinco a diez sesiones donde se revisan los objetivos de ésta fase, respetando una secuencia natural posible del despliegue del contenido hecho por los pacientes.
- Las sesiones discurren cuidadosamente respetando la intimidad de la pareja de acuerdo a su propio ritmo, permitiendo que los contenidos conflictivos se resuelvan en el curso de la sesión.
- Se le solicita a la pareja no conversar fuera de sesión los contenidos que en ella se han tratado, con el fin de mantener los temas conflictivos en la discusión controlada de la sesión de pareja.
- Se realizan intervenciones y se aplican técnicas incipientemente, pero con el fin primordial de obtener información significativa, más que para producir cambios.
- Se revisan las historias familiares en busca de relaciones funcionales entre la ideología sexual familiar, las conductas sexuales y la sintomatología presentada por los pacientes. Se analizan principalmente los modelos eróticos sexuales de género y la relación de pareja parental.
- Se abordan las prácticas sexuales de la pareja de una manera detallada y minuciosa en busca de conductas interpersonales disfuncionales o ansiedad de rendimiento en las relaciones eróticas y sexuales.
- Se analizan los estados interpersonales de la pareja, entendidos como: cotidianeidad, intimidad, erotismo y prácticas sexuales.

### **FASE Nº 3: PSICOTERAPIA SEXUAL COGNITIVA**

#### OBJETIVOS:

- Enfrentar la psicoterapia en término de focos específicos
- Abordar los síntomas más relevantes del motivo de consulta y los definidos por los terapeutas en la etapa anterior
- Aplicar técnicas operativas y procedurales para las condiciones de cambio y para lograr el cambio de conductas específicas
- Producir cambios en los distintos estados de la pareja asociados con el foco sexual

#### PROCEDIMIENTO:

- La duración de esta etapa depende del contenido y la delimitación de los focos, pero suele ser entre tres meses y un año.
- Se aplican técnicas operativas tales como: la prescripción de tareas, focalización sensorial, desensibilización sistemática, técnicas de aprendizaje de conductas sexuales correctivas, etc.
- La psicoterapia discurre en el contexto de la aplicación de las técnicas procedurales como base para la creación de condiciones de cambio dentro de la sesión y fuera de la sesión terapéutica.
- En esta fase, también puede ocurrir que se realicen entrevistas individuales para abordar focos personales específicos interferentes con el proceso terapéutico.
- Se resguardan las condiciones de los estados interpersonales de la pareja que contribuyen a mejorar la aproximación a la práctica sexual. Por ejemplo, el papel que juega la construcción de la cotidianeidad y de la intimidad en la progresión de la sexualidad de la pareja.
- Se trabaja con el modelo de Asertividad Reformulada y la Teoría Cognitiva del Deseo, para generar las condiciones motivacionales y eróticas de la práctica sexual.

## PROPUESTA CONCEPTUAL ACERCA DE LA SEXUALIDAD

Autores: J. Yáñez, G. Altamirano, M. Cruz, P. Sallés, J. Vera (\*)<sup>39</sup>

En esta investigación se define Sexualidad como *un patrón de objetivo establecido, que posee la función filogenética de reproducción de la especie, y la función ontogenética de aportar a la construcción del sí mismo.*

El *patrón de objetivo establecido* es un patrón de acción, incorporado evolutivamente a la especie humana, a través de un proceso de selección natural. Dicho patrón se constituye en la estructura básica para ciertas secuencias de conducta social. “El particular objetivo del patrón de acción está biológicamente incorporado, y el sistema va seleccionando determinadas conductas y combinaciones de conductas de un amplio repertorio hasta que se alcanza el objetivo” (Safran y Segal, 1994, Pág.79). Dichos patrones también han sido denominados *sistemas corregidos por el objetivo* ya que, producto de la retroalimentación del sistema, se seleccionan ciertas conductas en la medida que aportan al logro del objetivo establecido.

Es importante recalcar que el patrón de objetivo establecido opera en los seres humanos con gran flexibilidad, ya que “cuanto más complejo es el organismo, más intervienen los procesos cognitivos para organizar y coordinar distintas secuencias de acción y sistemas conductuales a efectos de tratar de alcanzar objetivos biológicamente incorporados” (Ibid., Pág.79).

A partir de lo anterior, se reconoce la importancia del dominio biológico en el establecimiento de los objetivos de la sexualidad, sin ir en desmedro del papel central y constitutivo de la intersubjetividad humana, la que finalmente posibilita el modo de cumplir con dichos objetivos. En este sentido, es importante establecer una distinción

---

<sup>39</sup> Apartado de las Memorias de Pregrado para optar al título de Psicólogo, Autores: Altamirano, G.; Cruz, M.; Sallés, P.; Vera, J. Universidad de Chile, 2003.

con respecto a la intersubjetividad, ya que si bien, todo conocimiento de sí mismo y del mundo recae en la experiencia interpersonal, es característica del ser humano que "(...) su desarrollo ontológico se produce a través de procesos crecientemente individualizados de diferenciación del propio sí mismo respecto de los atributos y significados comunes, compartidos con los otros (...) por lo que convertirse en un sí mismo ontológico corresponde a un ordenamiento autorreferencial de la tensión esencial percibida en la sincronía interaccional con los demás" (Guidano, 1994, Pág.31).

Por otra parte, cuando se plantea que existe una función filogenética, se hace referencia a la cualidad específica de la sexualidad de permitir *la reproducción de la especie*, es decir, posibilita que los seres humanos perpetúen evolutivamente su desarrollo. Esta función puede considerarse como un fin instrumental que está sujeto a la elección de los individuos y, por tanto, puede no estar presente. Sin embargo, esto no implica que la reproducción posea una importancia menor que la función ontogenética, puesto que su ausencia tendría como consecuencia la extinción de la especie humana.

Guidano plantea que dentro de los primates, la hembra humana, producto de los ciclos menstruales, se constituye en la única que es receptiva sexualmente durante todos los días del año surgiendo, en ese instante, una separación entre la actividad sexual y la actividad reproductiva. Dicha separación es, para Guidano, un fenómeno revolucionario que permite pensar que la sexualidad tiene como función el establecer y conservar relaciones y vínculos afectivos (Ruiz, 2002). En este contexto, es posible apreciar que la sexualidad en los seres humanos posee objetivos que van más allá de lo filogenético (que los constituye como especie), es decir, una función ontogénica que constituye al ser humano como individuo.

La función ontogenética, entonces, apunta a que la sexualidad *aporta a la construcción y complejización constante del sí mismo*, ya que orienta proactiva e

inevitablemente a los individuos hacia lo intersubjetivo, contribuyendo a la progresión ortogenética del sistema de conocimiento humano.

La sexualidad forma parte de la estructura del sí mismo, es un componente de éste, por tanto, juega un rol fundamental en su organización. En este sentido, existe una relación dialéctica entre el sí mismo y la sexualidad, puesto que esta última se construye en la medida que se construye el sí mismo, y viceversa.

Al constituirse el sí mismo como un sistema de conocimiento, es posible asumir la sexualidad como conocimiento y, puesto que conocer es inherente a la existencia humana, es inevitable que ésta contribuya a la construcción y complejización permanente del sí mismo al permitir una reorganización sistémica de las pautas de coherencia interna, posibilitando la emergencia de niveles más inclusivos de conocimiento acerca de sí mismo y del mundo. Consecuentemente, la función ontogenética de la sexualidad se encuentra siempre presente en los individuos, y no está sujeta a la volición.

Los sujetos se relacionan, en la complejidad del mundo intersubjetivo, como seres sexuados. Cada individuo interactúa con los otros desde la experiencia de sí mismo como sujeto sexual, la que se ha construido a lo largo de su historia evolutiva configurándose como elemento fundamental de su identidad. Es necesario aclarar que si bien, como se expresó anteriormente, la sexualidad es un componente de la estructura del sí mismo y, por lo tanto, participa de manera fundamental en su organización, el ser humano y sus interacciones no se reducen sólo al ámbito sexual. Asumir que toda vivencia humana es equivalente a experiencia sexual, implica restringir la concepción del ser humano a un componente del sí mismo, siempre presente, pero no abarcativo de la totalidad de las vivencias.

Pueden distinguirse en la sexualidad dos niveles de conocimiento; un nivel tácito y un nivel explícito, lo que implica que la sexualidad opera en el sujeto a través de su experimentar directo e inmediato y, paralelamente, a través de modelos conscientes y explícitos de sí mismo y el mundo, en relación con su sexualidad y los discursos

sociales en torno a ésta. Es así como la sexualidad es experimentada, en un nivel tácito, mediante lo corporal y lo sensual<sup>40</sup>, haciéndose explícita a través de la trama narrativa articulada en el lenguaje.

Así, el lenguaje se transforma en un elemento fundamental para la sexualidad, pues permite separar el contenido informativo del afectivo y transformar éste último en información. Al conceptualizar y, en consecuencia, objetivar la sensorialidad, se abre la posibilidad de comunicar y compartir estados internos, lo que implica un contacto con los significados comunes acerca de lo erótico. De este modo, y desde los primeros estadios del desarrollo, el ser humano accede a los significados sociales en torno a la sexualidad, confrontando dicha información con aquella proveniente de su subjetividad, a partir de lo cual, construye esquemas propios en los que se encuentran diferentes categorías acerca de lo que es o no erótico, y lo que es considerado como positivo y negativo en el campo de la sexualidad.

Ahora bien, al contar el lenguaje con la cualidad de conferir una estructura narrativa a los fenómenos, facilita la construcción de una trama en torno a la sexualidad, constituyéndola como tema, con un inicio, un desarrollo y un final. Esta construcción de una trama narrativa permite organizar y clasificar la información a lo largo del desarrollo, implicando que los esquemas de conocimiento referidos a la sexualidad se encuentran en constante construcción. Esto posibilita que el individuo se autorrefiera una imagen de sí mismo con respecto a la vivencia de su propia sexualidad, es decir, que sea capaz de articular, de acuerdo a las capacidades cognitivas desarrolladas hasta ese instante, una narrativa con respecto a sí mismo en el plano sexual. A partir de esto, el conocimiento que el sujeto posee de su propia sexualidad se incorpora a la dinámica de la mismidad, según las características particulares de su organización de significado.

La sexualidad está sujeta a mecanismos de control descentralizado, que protegen la coherencia del sistema al desviar la atención y excluir información del

---

<sup>40</sup> Con "sensual" se hace referencia al dominio de los sentidos, a lo sensorial.

procesamiento consciente de aquellos contenidos, relacionados a la sexualidad, que pueden ser discrepantes para el sí mismo. A la vez, los mecanismos de control centralizado permiten la asimilación de aquellos contenidos, relacionados a la sexualidad, que resultan coherentes para el sistema.

La dinámica constructiva de la sexualidad opera a través de procesos de mismidad e ipseidad. Por una parte, transcurre dentro de los límites de la coherencia sistémica, en tanto las experiencias puedan ser asimiladas mediante su semejanza con los esquemas preexistentes. De este modo, la mismidad es generativa de la experiencia de continuidad también en el ámbito de lo sexual. El individuo posee un desarrollo evolutivo ligado a la sexualidad, es decir, ha estructurado, a través del lenguaje, una trama narrativa acerca de su experimentar sexual (corporal, sensual, etc.) que posibilita la construcción constante de una autoidentidad sexual (sentido de sí mismo como hombre o mujer, con una particular orientación sexual).

La mismidad controla los procesos de mantenimiento, dirigiéndose a la producción de confirmaciones acerca de la fiabilidad de los modelos sexuales sobre sí mismo y el mundo. En la mismidad el sujeto se despliega dentro de los límites del sí mismo. La posibilidad de que estos límites sean sobrepasados depende de manera significativa de la capacidad del sujeto de protegerse de las perturbaciones y las condiciones en que éstas se desarrollan.

La ipseidad se hace presente en la sexualidad toda vez que las experiencias ligadas a ésta sobrepasen los límites de la organización del sí mismo. El surgimiento de discrepancias y presiones ambientales puede forzar la evocación de un mayor grado de distanciamiento y descentramiento, obligando al sí mismo a reorganizarse y, por tanto, a complejizarse.

En la sexualidad, como en todo ámbito de la existencia humana, la ipseidad opera a través de los mecanismos descentralizados, que actúan a partir de las presiones que obligan al sí mismo al cambio y, por tanto, a la complejidad, por esta



razón, puede considerarse a los procesos de cambio como generativos. Los mecanismos de control descentralizado, actúan también en la sexualidad a partir de la capacidad de exclusión de la información y la distracción por medio de actividades diversivas, como se mencionó anteriormente. Éstos conllevan un costo para el sistema y son desbordantes para la organización del sí mismo.

A través del desarrollo evolutivo, el sujeto experimenta su propia sexualidad a partir de los otros y de sí mismo. Estas experiencias son autorreferidas y se transforman en conocimiento acerca de sí mismo, permitiendo que éste se complejice, haciéndose más flexible, abstracto e inclusivo de la sexualidad.

Es posible afirmar que la sexualidad es potencialmente generativa. Las relaciones de pareja implican la apertura de un espacio intersubjetivo, en que el logro de una complementariedad entre las intenciones de ambos miembros, posibilita la emergencia de una generatividad tanto intra como interpersonal, existiendo una relación dialéctica entre ambas categorías. Los sujetos envueltos en esta interacción y, al mismo tiempo, la relación, entendida como un sistema de conocimiento unitario, se complejizan existiendo la posibilidad de aumentar sus niveles de generatividad.

La sexualidad se encuentra presente en toda relación humana, lo que no significa, en modo alguno, que todas las relaciones tengan un carácter erótico.

Cada pareja adopta una dinámica característica, que se estructura a través de la construcción de significados comunes. La pareja “significa” de un modo específico, que depende de las cualidades de cada sistema individual y, al mismo tiempo, de las características de la relación. El conocimiento construido en pareja se organiza en torno a una trama narrativa común y particular, en la cual se objetiva lo sensorial y emocional, existiendo la potencialidad de lograr una complementariedad reflexiva en los diversos estados interpersonales experimentados por la pareja. En este contexto, se presenta la eventualidad de un encuentro erótico, que comienza con la clausura de un espacio de intimidad y puede conducir a la pareja a una complementariedad de

intenciones en busca de la satisfacción y la completitud. Estas experiencias, que resultan ser emocionalmente perturbadoras para el sistema, obligan al sujeto a significarlas y, a su vez, a significarlas en pareja. De este modo, la relación puede volverse más generativa y, por tanto, complejizarse.

La dimensión intersubjetiva en el ser humano, como se ha señalado a lo largo de esta investigación, permite que el proceso de construcción del sí mismo se desarrolle de manera progresiva y compleja. A su vez, como se mencionó en un capítulo anterior, la necesidad de coordinación interpersonal se ve facilitada por la capacidad humana de atribuir intenciones y estados emocionales a los otros y, asimismo, fingir o no expresar los propios. Así entonces, el mentalismo posibilita la adaptación del individuo en un mundo intersubjetivo complejo al permitirle anticiparse a la percepción de los otros acerca de las propias acciones y, de ese modo, apreciarse a sí mismo desde la perspectiva de aquellos.

Lo anterior resulta fundamental en el plano de la sexualidad, pues permite coordinar la propia intención erótica en pos del logro de la complementariedad de intenciones con un otro, facilitando un mayor nivel de autoconocimiento. Se puede afirmar entonces, que el mentalismo sitúa al sujeto dentro de una red de estados intencionales, generándole la posibilidad de, a través de la sexualidad, desplegar su intención erótica en busca de su satisfacción y, paralelamente, coordinarse con un otro, accediendo así a la construcción de una dinámica de interacción que facilita el desarrollo constante del sí mismo de ambos, por medio de la capacidad recíproca de reflejarse en la conciencia de otro.

Es entonces, en este contexto, que la sensación de carencia de otro, presente en el deseo, se constituye como elemento basal para la sexualidad. Dicho estado mental, que opera como disposición a la acción, dirige al sujeto hacia otro, concreto, generalizado y/o simbólico, orientándolo hacia el cumplimiento de los objetivos de la sexualidad. En otras palabras, el deseo, opera dirigiendo al sí mismo hacia la

dimensión interpersonal en busca de otro, generando las condiciones que permiten que el ser humano, por una parte se reproduzca y, por otra, se construya proactivamente.

Es posible afirmar que una de las formas a través de las cuales el deseo se vehiculiza es la sexualidad, buscando la satisfacción con y desde “un otro” específico. En ese instante, surge la intención erótica que aspira al logro de una complementariedad de intenciones, disponiendo al sujeto, en todas sus dimensiones, para una relación con el otro que culmine en el encuentro de los cuerpos. En esta interacción se hace posible el reconocimiento y la trascendencia del sí mismo, a través de la construcción de significados comunes.

Cuando la intención tiene por objetivo “lo erótico”, es decir, sacar al sujeto de la cotidianidad, aspirando al encuentro de los cuerpos, la intención adquiere la cualidad de “erótica”.

Al surgir la intención erótica, se liga su satisfacción con una acción concreta, estableciéndose así las condiciones de la satisfacción. Es decir, emerge en la conciencia un otro, perturbando y obligando al sí mismo a movilizarse en busca de un objeto determinado. En ese momento, la mismidad se altera, el sí mismo se moviliza y transita hacia la ipseidad, surgiendo la posibilidad de ampliar sus límites.

Por otra parte, ese otro particular que emerge junto a la intención erótica, se constituye como tal, producto de la atribución de significados que el sujeto le asigna. Es decir, el objeto de la acción erótica no sería necesariamente erótico o sexual en sí, sino que es la significación surgida en la intención erótica, la que le otorga a un objeto la cualidad de “erótico”. Debido a esto es posible que un individuo se aparte de los significados construidos social y culturalmente acerca de lo erótico, estableciendo en su desarrollo ontogénico significados particulares y/o exclusivos

En la niñez, por ejemplo, se producen encuentros corporales que, desde la perspectiva adulta, pueden ser interpretados como “sexuales”, sin embargo, debido a la precaria evolución de sus significados, la falta de abstracción y, en definitiva, las

limitaciones propias de esta etapa del desarrollo, los niños no los significan como eróticos. Este es un período de descubrimiento, reconocimiento y construcción de la significancia del objeto como erótico.

En relación al encuentro erótico, puede afirmarse que la sexualidad encuentra en el goce una ganancia paralela que resulta generativa tanto intra como interpersonalmente. Resulta necesario aclarar que entre los conceptos placer y goce existe una diferencia importante que radica en su naturaleza e implicancia. El placer hace referencia a un fenómeno fisiológico producido por la estimulación sexual, mientras el goce es un fenómeno intrapsíquico, que corresponde a la sensación subjetiva del sujeto con respecto al placer, en el cual la emocionalidad tiene un papel central. Ambos se transforman entonces en el aliciente que permite el surgimiento de una nueva intención erótica abriéndose, de este modo, un nuevo ciclo erótico. De acuerdo a esta perspectiva, el placer y el goce no son considerados un fin en sí, sino una ganancia que acompaña al encuentro con el objeto erótico. Dicha ganancia puede actuar como un potente incentivo para el establecimiento de nuevos ciclos eróticos, así como el displacer puede constituirse en un inhibidor de dicho proceso.

### *La sexualidad en la construcción de la identidad*

La identidad, como sentido de sí mismo, corresponde a la identidad de un sujeto sexuado. Por tanto, en su definición más amplia, incluye lo que se denomina “identidad genérica”, concepto que hace referencia al sentido de sí mismo del sujeto, momento a momento, como ser sexuado. Identidad genérica, en este contexto, incluye la propia percepción de uno como ser sexuado, el sentimiento de pertenencia a un género determinado, la orientación sexual y el rol sexual. En definitiva, en el concepto “identidad genérica”, se aborda lo que algunos autores han definido como identidad sexual y orientación sexual, pues se considera que éstos forman parte fundamental del proceso que lleva al sujeto a obtener un sentido de unicidad y singularidad, al contribuir en la adquisición del conocimiento de uno como diferente de los otros, con sus propios atributos.

A partir de lo anterior, resulta relevante establecer una distinción entre identidad y rol. Este último corresponde al ámbito de lo interpersonal, al referirse a las expectativas sociales acerca del comportamiento de un sujeto en particular. El rol se integra en el proceso de construcción ontológica del sujeto, pasando a formar parte del sentido de sí mismo, construyéndose este último a partir de lo interpersonal, pero asentándose finalmente en el significado personal de cada sujeto. En definitiva la identidad genérica es idiosincrática para cada ser humano, mientras el rol es particular a cada género.

En este sentido, los criterios de normalidad/anormalidad referidos a la identidad genérica tienen un carácter meramente estadístico-descriptivo, ya que sólo dan cuenta de la presencia o ausencia de concordancia entre el sexo biológico y la identidad genérica, dentro de un particular contexto sociocultural. Para efectos de la presente investigación, la “discordancia” entre los elementos que componen la identidad genérica y el sexo biológico es parte de la amplia gama de posibilidades que, en el ámbito sexual, presenta la especie humana. Así entonces, es importante resaltar el concepto de diversidad en contraposición al de normalidad, considerando la sexualidad como un fenómeno plural, con múltiples características y posibilidades de expresión, y no como una dimensión humana sujeta a una normatividad intrínseca ajena a la expresión cultural.

Acorde a este planteamiento, se encuentra el concepto de “sexualidad plástica” desarrollado por Giddens, el que hace referencia a que la sexualidad estaría incorporada como propiedad potencial de los individuos, abierta a una configuración de diversas formas. En este sentido, concordando con la idea de Palma (2001), la sexualidad sería el punto de conexión entre la cultura, la corporalidad y la construcción del sentido de sí mismo.

En relación a lo anterior, por ejemplo en el caso de los sujetos homosexuales, la falta de concordancia entre el sexo biológico y su identidad genérica, no implica una menor complejidad del sí mismo y, de ninguna manera, altera la función ontogénica de

la sexualidad, la cual, como se mencionó con anterioridad, tiene un carácter inevitable al formar parte del proceso de construcción del sí mismo.

Por otra parte, en el desarrollo humano, es fundamental la relación dialéctica entre los procesos de apego y la construcción de un sentido de sí mismo consistente, estable y continuo en el tiempo.

Desde las relaciones de apego tempranas, el sujeto comienza a estructurar un sentido de sí mismo en relación a su propia sexualidad. Producto de la sensibilidad innata de los individuos a la información transmitida por los otros, se hace posible una lectura de los estados afectivos a través de un proceso empático que, finalmente, influencia el modo como el niño llega a percibirse a sí mismo, con las características que lo definen como ser humano, que incluyen los caracteres sexuales anatómicos y la identidad de género.

Durante los primeros años del desarrollo evolutivo, se produce una confrontación de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres. Esta confrontación incide de un modo directo en la construcción del sí mismo, siendo las diferencias corporales representadas simbólicamente mediante el rol de género, integrándose finalmente, a la identidad genérica. En este sentido, la identidad genérica es significada a través del cuerpo y es expresada y comunicada mediante la corporalidad.

En el proceso de construcción de la sexualidad, juega un rol fundamental la corporalidad. Acorde al planteamiento de Gagnon y Simon, en un contexto intersubjetivo, el sujeto estructura la capacidad para reconocer los estados corporales, tanto propios como ajenos, a través de claves corporales y de la forma de interacción de los cuerpos, dentro del contexto socio-histórico del individuo. En concordancia con lo anterior, el sujeto es capaz de realizar distinciones entre las sensaciones e interacciones, en cuanto a si pertenecen o no al ámbito sexual, construyendo significados personales, a partir de la interacción entre los discursos culturales y su propia experiencia (corporal, emocional, etc.), acerca de lo erótico.

En correspondencia con los planteamientos de Stoller (1986), desde un principio los padres se relacionan con el niño de manera diferenciada a partir del sexo que éste tenga, asignándole un género en particular y posibilitando la decodificación de su experiencia a través de la pertenencia a un género determinado. Es decir, su experiencia tácita es articulada en la interacción con sus figuras significativas. Esta interacción facilita una estructuración de dicha experiencia, en relación a una trama narrativa, que comprende una serie de escenas y su consecuente experiencia emocional en torno a su propia sexualidad, en términos de vivencia y significación. “El apego es un proceso muy complejo y es el sistema de autorreferencia que subyace al desarrollo y al mantenimiento de la identidad personal” (Guidano en Quiñones, 2001). De este modo, es posible afirmar que la manera de reconocer la propia experiencia es a través de la interacción con las figuras de apego.

En un inicio, el bebé se encuentra en un estado más bien indiferenciado con sus cuidadores. El sentido de sí mismo del infante afronta un mundo confuso e ininteligible. Posteriormente, los procesos de identificación y diferenciación permiten la construcción de un sentido de sí mismo diferenciado, estable y continuo en el tiempo. Aproximadamente al final de los años preescolares, el niño adquiere una identidad de género específica y estable. A través del proceso de identificación con el padre del mismo sexo, el sujeto desarrolla gradualmente los atributos de género. Sin embargo, la elaboración de un sentido de sí mismo legítimo implica el posterior abandono de esta fuente de identificación. Por otra parte, en el proceso de diferenciación, el niño imita algunas características de sus figuras de vínculo, integrándolas, lo que permite la construcción de la identidad personal, que involucra la identidad genérica. El padre del sexo opuesto posibilita un ensayo en el cual el niño prueba su aceptabilidad y atractivo al aproximarse su maduración sexual en la pubertad (Guidano).

De acuerdo a Crittenden, a partir de la adolescencia la sexualidad se transforma, junto a la protección, en la principal función organizadora de la conducta. Por esta razón, las estrategias de apego deben combinarse con estrategias tendientes a la mantención de relaciones íntimas. En la adolescencia comienzan a organizarse

conductas en torno a la sexualidad, éstas toman relevancia en la selección y regulación de las relaciones. En las relaciones de pareja se busca un intercambio recíproco de toma de perspectivas, bienestar y protección. Cuando el operar del adolescente, en torno a sus relaciones, es menos generativo, es improbable que éstas se constituyan como una instancia complejizadora del sí mismo y, el resultado puede ser el aislamiento o el conflicto, ambas experiencias displacenteras.

En este período del desarrollo, existe una menor integración entre los procesos cognitivos y afectivos, por lo que es más difícil para el sujeto inhibir la acción. En el ámbito sexual, desde esta perspectiva, puede entenderse por ejemplo, la prevalencia del embarazo adolescente.

Las primeras interacciones sexuales contribuyen a la construcción de la identidad de género y, por tanto, del sí mismo. Las dimensiones operativas cobran relevancia en este aspecto, puesto que la operatividad del sí mismo contribuye proactivamente al proceso constructivo de la identidad genérica, así como también a la confirmación/desconfirmación ontogénica de la autoimagen sexual<sup>41</sup>.

La sexualidad es siempre un ámbito relevante para el ser humano debido a su influencia en el proceso de construcción de la identidad, por lo que, en definitiva un desequilibrio en ésta, puede llegar a amenazar la coherencia del sí mismo.

Es importante recalcar que, así como las experiencias sexuales tienen influencia sobre el proceso de identidad, también las experiencias ligadas a otros ámbitos pueden producir cambios en la identidad genérica, esta relación dialéctica resulta del funcionamiento integrado del sí mismo como totalidad.

De acuerdo a los patrones de apego y, por tanto, a la organización de significado personal de cada sujeto el ámbito de la sexualidad puede presentar diferentes grados

---

<sup>41</sup> Percepción y valoración de sí mismo como ser sexuado, con características y atributos particulares.



de interrupción. Además, las dimensiones operativas cobran un rol importante en la tendencia del sujeto a significar ciertas experiencias sexuales como discrepantes.

Las cualidades de la interacción sexual, por ejemplo, intensidad, duración, contexto, etc. influyen en las consecuencias que ésta tendrá para la organización del sí mismo. Si las experiencias resultan coherentes y viables para la autoimagen sexual, éstas podrán ser incorporadas a la dinámica de la mismidad, dando un salto progresivo y aumentando su complejidad.

Si, por el contrario, las vivencias surgidas de la interacción sexual resultan disruptivas y sobrepasan los límites de la coherencia interna, el sujeto será presionado al cambio, es decir, cuando el equilibrio oscilante de la autoimagen sexual se perturba, el sujeto se ve compelido a focalizar la conciencia en el sí mismo, con lo que se produce una evaluación de su propia imagen sexual, generándose la posibilidad de enriquecer o restringir los límites de su identidad genérica y, en definitiva, de su sí mismo. Cuando, luego de un proceso de cambio, se integran nuevas experiencias al sí mismo, éste se vuelve más generativo y complejo.

Como se explicó con anterioridad, la percepción de una amenaza, por parte del sí mismo, conlleva una discrepancia entre la experiencia y la trama narrativa. En este sentido, en el ámbito de la sexualidad, subyacente a este quiebre, se encuentra el intento del sí mismo por la mantención de la coherencia de su identidad de género percibida, contraria a las presiones desafiantes para evaluar dicha identidad.

Con la finalidad de mantener esta coherencia, el sujeto recurre a los mecanismos de autoengaño. Cuando la utilización de éstos es excesiva, el sujeto no reconoce como propia la experiencia, externalizándola, lo que se constituiría como base para la emergencia de una disfunción sexual. Cuando la experiencia discrepante no logra ser integrada se produce un salto regresivo que restringe los límites de la identidad genérica y, por tanto del sí mismo. Por otra parte, si la utilización de mecanismos de autoengaño es muy limitada y el sujeto refiere una cantidad excesiva

de información proveniente de la experiencia inmediata al sí mismo, su autoimagen se torna muy compleja, por lo que resulta difícil su integración y mantención estable, conduciendo eventualmente al sujeto a un cuestionamiento de su autoimagen sexual que también puede desembocar en la emergencia de disfunciones sexuales. Esto va a depender de aspectos tales como la intensidad percibida de la experiencia, el nivel de abstracción, inclusión, flexibilidad, actividad y exposición del sujeto y, finalmente, del modo en que éste organiza la experiencia.

Cuando las experiencias sexuales disruptivas no logran ser incorporadas a la trama narrativa, emergen los síntomas y signos como información no decodificada. En este sentido, para la presente investigación, las disfunciones sexuales son concebidas como *una alteración en la operatividad del sujeto, en el terreno de lo erótico, que se produce como consecuencia de un quiebre entre los niveles de conocimiento, producto de experiencias disruptivas ligadas directa o indirectamente a la sexualidad*. En este contexto, la disfunción sexual corresponde a la concretización de discrepancias entre los niveles de conocimiento que interfiere en el pleno desarrollo del proceso sexual de la pareja.

En este aspecto, la disfunción sexual juega un rol en la mantención de la coherencia sistémica y, por tanto su relevancia reside en el sentido que ésta tiene para la organización del sí mismo. Por esta razón, la terapia sexual debe basarse en una teoría que abarque las organizaciones de significado personal, de manera tal que la disfunción pueda ser abordada desde el estilo sexual del sujeto, a partir de la propia emocionalidad y de la atribución de significados autorreferidos y no entenderse como un elemento desligado del procesamiento del sí mismo. Un enfoque terapéutico basado en las alteraciones operativas que conlleva la disfunción sexual puede resultar perjudicial para el sí mismo al amenazar el precario equilibrio alcanzado a través del síntoma, llevándolo a un desequilibrio más profundo, debido a que no se considera la etiología de la disfunción que radica en la organización del sujeto y, por tanto en su estilo sexual.

Lo erótico es un terreno de vulnerabilidad para el ser humano, puesto que la sexualidad se constituye como una dimensión que implica la búsqueda de un otro, en la que se juega la seguridad y el peligro, la protección y la exploración a través del apego y el alejamiento, lo que conlleva un importante nivel de emocionalidad. El apego se simboliza en el encuentro de los cuerpos, que potencialmente viabiliza la reproducción. En cambio el alejamiento y el peligro están representados en el despliegue de la intención erótica en pos de la complementariedad, en la cual el sí mismo opera en los límites de su coherencia. En otras palabras, en un único acto el sujeto se encuentra con la seguridad y el peligro concretizado en la relación con el objeto erótico.

En la interacción sexual el otro representa a la vez el apego y el peligro, es decir, implica, por una parte, el eventual encuentro pletórico de goce y, por otra, la posibilidad que en el intertanto emerja una intensa perturbación, la cual amenaza constantemente la autoimagen sexual y la coherencia del sí mismo.

La capacidad del sí mismo de integrar nuevas experiencias, también en el ámbito sexual depende, en gran medida, de sus niveles de abstracción, flexibilidad, inclusión, actividad y exposición. De este modo, a mayor complejidad, menos experiencias resultarán discrepantes para el sí mismo. En definitiva, la asimilación de experiencias es un proceso incesante y, por tanto, la complejización del sí mismo continúa durante todo el ciclo vital.

### **ANEXO 3: MODELO COGNITIVO DEL BURNOUT Y AUTOCUIDADO PROFESIONAL**

Juan Yáñez Montecinos.

Documento de circulación restringida a docencia

La condición principal que nos remite a un modelo teórico de burnout, entendido como el *desgaste personal producido por el ejercicio de la psicoterapia, que se expresa en dificultades emocionales, cognitivas y comportamentales, y que interfieren las relaciones interpersonales profesionales y personales*, tiene que ver con las exigencias propias del rol que ejerce en los trabajadores de la salud mental, entiéndase psicoterapeutas (ya sean psiquiatras o psicólogos) o asistentes de estas funciones, la demanda por una relación interpersonal que suele ser inespecífica y, por consecuencia, insuficientemente abordada en los programas de capacitación o de formación de estos trabajadores. En otras palabras, entenderíamos que las consecuencias del burnout, resultan de la incapacidad para manejar la relación interpersonal como un instrumento de apoyo y cambio para la función que les corresponde desempeñar. Ello se debería a que los programas de formación no incluyen una propuesta teórica o técnica acerca del manejo de las relaciones interpersonales que les permita a los trabajadores de la salud ubicarse en un nivel profesional y no personal para enfrentar las demandas propias del rol.

Esta propuesta consiste en integrar los aportes de la teoría de la Asertividad Reformulada y especialmente lo que tiene que ver con generatividad interpersonal e intrapersonal, que nos remite a la idea general de la formación de la noción de sí mismo e identidad personal a partir de las relaciones vinculares con otros significativos, y en cuya dinámica cotidiana se revela constantemente la tensión esencial de la mismidad. Asunto que también se resuelve en las características propias de la vida profesional y laboral (véase documento de Asertividad Reformulada).

En este apartado dedicaré mi atención a las exigencias propias del rol psicoterapéutico específicamente. En este sentido la propuesta es que la psicoterapia exige sobremanera la complicidad y el compromiso de la relación interpersonal como instrumento fundamental que permite crear las condiciones de cambio necesarias para la remisión sintomática o la modificación de algunas estructuras profundas que producen perturbación en nuestros pacientes. Son las llamadas variables inespecíficas acerca de las cuales abunda la investigación actual en psicoterapia y que se propone son el factor responsable principal de este cambio. De modo tal que las relaciones interpersonales son variables profundamente arraigadas en la constitución de la vida personal del terapeuta, pero al mismo tiempo, deben ser utilizadas técnicamente para la emergencia del cambio. Es decir, al mismo tiempo que las experimentamos como parte de nuestra cotidianeidad personal o las padecemos, por así decirlo, debemos hacer uso de ellas como variables técnicas. Lo que implica un constante “estar dentro y estar fuera” de nuestro mundo experiencial, con el consecuente gasto de energía personal. Algunos de estos factores serían:

1. La ruptura de la cotidianeidad humana natural en el ejercicio del rol de psicoterapeuta.

Nuestra praxis vital discurre sosegadamente en el ejercicio diario de nuestras cotidianeidades, tanto es así que la conciencia personal sólo emerge cuando se produce una ruptura de ésta. Es como si nuestra biología y nuestra psiquis tuvieran la posibilidad de funcionar maravillosamente en una especie de stand by, de modo tal que el sistema utilice la menor cantidad posible de energía para su funcionamiento diario. Podríamos decir que este estado de hibernación se corresponde con los procesos de mantenimiento característicos de la dinámica de la mismidad, o sea, aquellos momentos en que el sujeto opera dentro de los márgenes de sus posibilidades de coherencia sistémica sin que halla demandas limítrofes o que excedan a sus posibilidades operativas. Más allá de esos márgenes están aquellas demandas que desborda las posibilidades de elaboración del sistema y que ejercen una presión por el cambio, ya sea poniendo en acción los sistemas de control descentralizados que

permiten una primera línea de defensa del sistema, o bien definitivamente perturbándose al punto de iniciar un despliegue sintomático que hace inevitable y al mismo tiempo que amenaza con la desorganización del sistema. Este suele ser el estado que lleva a nuestros pacientes a consultarnos por psicoterapia.

De modo que la ruptura de la cotidianeidad humana implica siempre un excedente de gasto energético para el sistema, pero también es la oportunidad para producir un cambio tanto en la estructura profunda como en la estructura superficial del funcionamiento del sistema. Esto es parte del curso natural del desarrollo de un sistema humano que progresivamente va alcanzando niveles mayores de complejidad, o sea lo que se entiende por desarrollo humano y que tan detalladamente han descrito los psicólogos evolutivos (Piaget, Stern, Inhelder, Doltó, entre otros). Esta ruptura de la cotidianeidad también se presenta cuando técnicamente tenemos que romperla para desplegar el encuadre profesional necesario para sostener la relación interpersonal psicoterapéutica, que responsablemente mantenga la característica de ser técnica, o sea que sólo proporcione las condiciones para el cambio, y nada más, dado que cualquier excedente a esta condición puede ser entendido como un actino que va a interferir con seguridad las condiciones de cambio. De este modo la tensión esencial de la relación terapéutica consiste en desplazarse del eje de lo técnico al eje natural “como si”, sin serlo jamás, puesto que de otra manera resultaría interferente con la oferta de posibilidades de cambio para nuestros pacientes. Es en este contexto en que se habla de que la relación terapéutica es una relación no cotidiana, no natural y paradójica, y es el terapeuta quien debe sostener estas características en contradicción con su propia naturalidad que se ve desplazada o puesta en una especie de paréntesis fenomenológico, pero que al mismo tiempo es demandada como instrumento de evaluación del estado de situación de la relación interpersonal terapéutica, pero sin poder dar cauce al acto natural consecuente con esa evaluación, sino que siempre es considerado con el estado natural consecuente del paciente. En otras palabras, lo que ofrece el terapeuta es un estado psíquico auxiliar provisorio que le permita al paciente sostener la inevitable amenaza del cambio en las fronteras de su propia organización psíquica, lo que en nuestro modelo teórico hemos denominado amenaza primaria

esencial y que es responsable de la movilización de la angustia durante el curso del proceso terapéutico. Visto de esta manera. El proceso terapéutico demanda de una energía llámese física, biológica o psíquica extraordinaria para ejercer el rol propio de la psicoterapia, se podría decir que nuestro trabajo consiste en una prestación de servicio psíquico auxiliar que siempre supone un desgaste personal significativo y que la formación dedicada y delicada profesional, debe tratar de disminuir al máximo este costo a través de la formación de competencias profesionales claramente definidas. Este es un punto crucial que tiene que ver con nuestra salud mental como psicoterapeutas, en la formación profesional tanto de psicólogos como psiquiatras y demás trabajadores de la salud mental a quienes se les demande personalmente en el ejercicio de su rol.

## 2. Ajuste constante de las competencias profesionales con las demandas personalizadas de los pacientes.

Del apartado anterior se podría desprender la conclusión de que hay ciertas condiciones en la formación, que a los psicoterapeutas nos garantizarían que las competencias profesionales podrían protegernos del desgaste producido por el ejercicio del rol. No es tal. Una buena formación sólo nos permite disminuir, y eso se aprecia claramente en los terapeutas más experimentados, el desgaste inevitable de este quehacer, y una razón que nos remite a esta situación es que las demandas siempre son complejas, cambiantes e inespecíficas, a pesar de que reconozcamos ciertas continuidades o ciertas estabilidades en ellas, siempre es una suerte de equilibrio por fluctuaciones, según el modelo de los sistemas complejos adaptativos. Por esta razón probablemente la psicoterapia, además de ser una técnica es también considerada un arte humano interpersonal, de modo tal que de lo aquí se desprende es que la tonalidad emotiva básica que impregna la relación terapéutica, desde la perspectiva del terapeuta es la sorpresa que, al mismo tiempo, lo es para los procesos de cambio anteriormente descritos. Ello nos exige, por lo tanto, un ajuste constante entre lo que sabemos desde la perspectiva teórica, con lo que ejercemos como intervención técnica en relación a un despliegue de contenido del paciente. Por lo tanto,

no hay nada cierto en lo que hacemos hasta que esa certeza no es ni siquiera experimentada por el terapeuta, sino que principalmente por el paciente. Es en esa dinámica donde nos percatamos que hemos ejercido correctamente nuestro rol, y no en el referente de nuestros propios dispositivos cognitivos, teóricos o de nuestras habilidades técnicas. En otras palabras nos sostenemos profesionalmente en los efectos que ejercemos a través de las condiciones de cambio en nuestros pacientes y, más aún, el propietario o responsable de ese cambio no somos nosotros sino el otro. Esto, llevado al extremo, podría expresarse en la sentencia de que mientras más te reconozcan como un buen terapeuta, probablemente menos lo has sido. Por ejemplo, el reconocimiento profesional puede ser producto de la íntima convicción del paciente de que algo ha ocurrido en la psicoterapia que le permite sentirse mejor consigo mismo y con los demás y, por lo tanto, operar con mayor flexibilidad o abstracción ante las demandas que ejerce la praxis de su vida, o simplemente ser parte del fenómeno iatrogénico de idealización del terapeuta, que es absolutamente contradictorio con la posibilidad de crear condiciones de cambio y menos de lograrlo. Sin duda este es un factor importante de desgaste profesional y, me atrevería a afirmar que sólo la experiencia prolongada del ejercicio psicoterapéutico permite disminuir ese efecto en los terapeutas.

### 3. El encuadre profesional como un marco que delimita las posibilidades experienciales e interpersonales de la relación terapéutica.

El encuadre psicoterapéutico, aún cuando varía en su forma y presentación según el modelo clínico del psicólogo, siempre esta presente regulando la relación terapéutica, (véase capítulo de encuadre). Bien interpretado y aplicado es una herramienta muy eficiente para resguardar la necesaria neutralidad y abstinencia que debe mantener el terapeuta que le permitan crear las adecuadas condiciones de cambio. Sin embargo, esto conlleva tres factores importantes. Primero, implica un esfuerzo importante dado que para conseguirlo, exige una actitud de desdoblamiento donde se bloquea la reacción interpersonal cotidiana y se ofrece una respuesta técnica encuadrada, acorde con los contenidos en curso del paciente, evitando así las



conductas complementarias que confirmen un ciclo cognitivo interpersonal, o bien aquellas que vehiculen un contenido personal. El alerta constante de esta actitud, supone un “costo energético” que puede sumir al terapeuta en un estado de despersonalización o de desgaste emocional, si es que no concurren al menos: las condiciones de formación técnica para su adecuada utilización y, además una vida personal intensa que le permita desplegar sus interacciones naturales con los otros. En segundo lugar, además de esta doble actitud, se debe concurrir con una constante disposición al análisis y comprensión de los contenidos que transfiere el paciente, lo que conlleva que, al mismo tiempo a bloquear la natural respuesta ante temáticas que pueden gatillar respuestas de rabia, pena, confusión, perturbación, deseo, se debe como devolución, una respuesta comprensiva, empática y analítica constante. Es ahí donde el terapeuta “moja la camiseta” por su paciente. En tercer lugar, sumado a la actitud de encuadre dentro de la sesión, existe también la necesidad de mantener un encuadre de los espacios sociales cotidianos y públicos, donde es posible un encuentro casual con los pacientes que pueda revelar alguna actitud íntima o personal del terapeuta, que le entregue información acerca de su familia, el tipo de relaciones que establece, sus gustos, etc., que evidentemente va a influir en el proceso terapéutico dentro de la sesión. De modo que, dentro de ciertos márgenes es también necesario mantener la “compostura” para mostrarse “neutral y abstenido socialmente”, en resguardo de la integridad del servicio de psicoterapia que entregamos a nuestros pacientes. Ambos esfuerzos implican necesariamente un desgaste personal, y frecuentemente familiar, que si no es bien entendido y manejado, puede ser fuente de conductas bizarras, de interferencia de las relaciones personales significativas y de la vida íntima del terapeuta. La abstinencia y la neutralidad que definen el encuadre, finalmente es sólo una intención nunca plenamente conseguida, y ellas tienen un alto costo personal para el terapeuta. Si alguien me preguntara cómo justificar el a veces elevado valor económico de la psicoterapia, yo respondería que es por esto.

#### 4. La Psicoterapia como un objeto intangible de prestación de servicio.

El trabajo realizado tiene como consecuencia el reconocimiento material (honorarios) y el reconocimiento social e interpersonal (valores asociados). Estos dos aspectos, más algunos otros de índole valórica y cultural, que no es el caso mencionar en este apartado, le dan significado o sentido a quien lo ejerce. Por tanto suele relacionarse con procesos psíquicos de identidad personal: autorreconocimiento, estima personal, auto imagen y autoconciencia. Todos procesos en los que resulta indispensable la consideración de los demás como agentes que validan y sancionan el ejercicio del oficio o profesión.

En el caso de la profesión de psicoterapeuta, esta relación está interferida por dos factores: el primero es que una condición central para el cambio es que el paciente debe ser el principal agente de su propio cambio. Él está permanente y profundamente involucrado en su propio proceso de recuperación de su estabilidad personal y no sólo debe ser así, sino que además debe sentirlo como un cambio autogestionado. El terapeuta presta un servicio profesional indirecto al crear las condiciones interpersonales y simbólicas pertinentes para esa autogestión. En otras palabras, el mejor reconocimiento del paciente de la labor del terapeuta en su proceso, es el no reconocimiento. Pero aunque esta situación es pertinente a la teoría clínica de referencia, no lo es en términos psíquicos para el terapeuta. No podemos ir en contra de procesos ancestrales de intersubjetividad que nos demandan el reconocimiento interpersonal. En este punto se instala un argumento cognitivo que permite sostener esta contradicción, el que es un pariente cercano de un mecanismo de defensa y que, por lo tanto, involucra un costo emocional que va a incidir en un desgaste personal del cual los terapeutas no necesariamente se percatan, generándose así las condiciones específicas que contribuyen a la particular forma de burnout en los psicoterapeutas: el burnout enmascarado, que cursa inconscientemente de los efectos y que implica que se continúa ejerciendo sin percatarse del estado inadecuado del trabajo que está realizando. Un segundo factor que incide en esta dilución del efecto del trabajo sobre el mismo psicoterapeuta es lo 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. Visto desde fuera por un observador común, el proceso no difiere de una conversación social o cotidiana, pero los terapeutas y pacientes experimentan la realidad del significado profundo que se encuentra en esa interacción. Ello no opta para que igual se tenga por parte del terapeuta la impresión que lo transado es insustancial como objeto del trabajo realizado. Nuevamente el terapeuta recurre a un dispositivo cognitivo que lo rescata y persuade que allí ocurrió algo merced su propia gestión y de la cual es también responsable. Los terapeutas deben sentirse satisfechos sólo con mirar de lejos a sus pacientes, en el secreto de su complicidad por ellos y consigo mismo.

##### 5. La soledad del ejercicio profesional terapéutico y el secreto profesional.

El proceso terapéutico necesariamente discurre en un contexto de secreto profesional permanente el que ocasionalmente es ventilado sólo bajo la demanda de supervisión o de presentación de algún caso en reuniones clínicas restringidas a colegas de la profesión. Lo frecuente es que el terapeuta contenga en sí mismo toda la información emocional y cognitiva transmitida por sus numerosos pacientes. Este acto de contención lo remite a una actitud de constante evaluación y diagnóstico que se resume en una idea del funcionamiento superficial y profundo del paciente, idea que le permite la operación de la terapia sesión a sesión. Sin embargo, el esfuerzo de la carga de estos contenidos, necesariamente produce un desgaste que es inevitable y el que sólo puede ser catalizado con una también permanente actitud de desenganche entre paciente y paciente, en términos personales y de los contenidos doloroso que son transferidos. De no ser así, este punto es uno de los más importantes factores de desgaste personal y de despersonalización en los terapeutas. Por lo tanto, el desenganche debe ser un recurso técnico que se instale durante el proceso de formación de los terapeutas. En otras palabras, el terapeuta técnicamente ideal es aquel que puede mantenerse completamente enganchado durante el curso de la

sesión, y que luego puede, con la misma naturalidad, desengancharse de su paciente como medida de resguardo personal y de consideración para con los otros pacientes.

#### 6. Trabajo permanente con el sufrimiento y a largo plazo.

Relacionado con el punto anterior, donde se contienen temáticas de profundo dolor, sufrimiento y de conductas psicopatológicas extremas, al cual además de lo constante de esta situación, se agrega el factor de que ello se extiende durante toda la vida del terapeuta, de modo que este profesional es depositario permanente de estos complejos contenidos, lo que le exige un contacto con ellos que puede terminar desgastándolo. En algunos casos, el recuerdo de estos contenidos puede emerger contaminando los propios contenidos personales del paciente. No es infrecuente la situación en que los terapeutas vivencian la vida a través de las experiencias, o sea se identifican, a través de escuchar los relatos de las vidas de sus pacientes, ello en un rango que va desde situaciones francamente rechazadas a deseadas de ser vividas por el terapeuta. No resulta extremo pensar que un terapeuta con burnout o desgastado perfectamente pudiera diluirse experiencialmente con sus pacientes, y silenciosamente interpretar que está viviendo una vida propia, que no es más que una vida experiencialmente ajena. En otras palabras, puede tener un costo personal grave el no poder hacer esa distinción.

#### 7. Terapeuta: Prótesis existencial del paciente. Disponibilidad a la transferencia.

Durante el proceso terapéutico, y especialmente en la primera parte, el terapeuta oficia fuertemente como apoyo emocional e ideológico del curso turbulento de los acontecimientos cotidianos del paciente. Frecuentemente con sus intervenciones debe generar estados de equilibrio transitorios en la forma de elaborar los contenidos de sus padecimientos. Con esto, no me refiero solamente al acogimiento o a la contención que el terapeuta clásicamente debe brindar como parte del servicio de la psicoterapia. Sino que me remito a aquel acto en que el terapeuta es el aparato psíquico auxiliar que opera como una suerte de prótesis existencial para que el paciente pueda vivenciar,

desde sus propios contenidos y experiencias, otras posibilidades de organizar o estructurar sus propios procesos. Esta condición de disponibilidad generosa y amplia a la transferencia del paciente requiere de una gran integridad psíquica del terapeuta y produce un gran nivel de desgaste en su propio aparato psíquico.

#### 8. Desentendimiento de los estados emocionales turbulentos del terapeuta.

Constantemente el terapeuta durante el proceso de terapia, es movido desde su encuadre estable hacia estados de turbulencia emocional que dependen tanto de su propia fragilidad como de la calidad y cantidad de contenidos emocionales perturbadores que el paciente pone en juego. Por ejemplo, un contenido desplegado con una topografía cercana a algún acontecimiento vital traumático e intenso del terapeuta, basta para revocar el impacto emocional que en su momento le produjo. Desde el punto de vista técnico, esta condición de sensibilidad hacia las emociones turbulentas que se provocan en el eje sincrónico de la psicoterapia, es una herramienta técnica que permite acompañar vivencialmente al paciente, por un lado, y por otro, es el material que da la oportunidad para elaborar una perspectiva narrativa alternativa a las del paciente. Por tanto, esa condición es la dinámica, el material y, al mismo tiempo, la técnica, que está a la base del proceso terapéutico. Sin embargo, esta actitud técnica que debe tener el terapeuta, implica una trasgresión al flujo normal de la dinámica del sí mismo en una condición natural, puesto que en muchas ocasiones el terapeuta debe emocionarse pero no reaccionar a nivel del acto e incluso de la expresión verbal consecuentemente con el sentimiento de base. En otras palabras, la contratransferencia sólo es posible hasta el nivel de la reacción emocional pertinente, pero no debe estar disponible como acting, sino como una intervención técnicamente orientada o, si fuera pertinente como una metacomunicación que crea las condiciones para la toma de conciencia de los propios procesos del paciente. En otras palabras, los estados emocionales del terapeuta están disponibles para la elaboración del mundo del paciente.

#### 9. Demanda social rígida hacia los psicoterapeutas.

Fuera de la sesión, lo esperado es que el terapeuta despliegue su naturalidad sin que existan límites ni condiciones para ello, puesto que si así lo es, el terapeuta puede recuperar el flujo normal de interacción entre la emoción y la experiencia inmediata y la explicación de sus estados cotidianos. Sin embargo, igual existen restricciones, especialmente dos tipos: el primero, es que la sociedad tiene una imagen incompleta y estereotipada de lo que un terapeuta y el resultado es que esta imagen la completa con fantasías más o menos delirantes o finalmente inoportunas, lo que implica que socialmente pueden generarse situaciones incómodas para el terapeuta, por lo que le es más apropiado evitar mencionar su condición de tal. Segundo, en el mundo social cotidiano, mantiene un encuadre extendido a este ámbito, de más o menos rigurosidad, puesto que no es infrecuente que se encuentre con sus pacientes, frente a los cuales debe mantener una actitud igualmente abstenida y neutral, dentro de las normas que regulan las relaciones sociales. Por lo tanto, la alerta al trabajo terapéutico fuera de la sesión, baja considerablemente, pero no al punto que le sea absolutamente indiferente. Igual mantiene una cierta actitud terapéutica para no interferir con su trabajo cotidiano, o finalmente para responder con una actitud comprensiva a las demandas de los otros acerca de su rol.

#### 10. Simultaneidad de la atención terapéutica (múltiples foco de atención).

La complejidad del manejo del proceso psicoterapéutico implica que el terapeuta debe manejar distintos focos simultáneos o sucesivos de atención, casi en forma permanente y a distinto nivel de profundidad, ya sea superficial o profundo. Por ejemplo, debe monitorear permanentemente el estado de la alianza terapéutica y, al mismo tiempo, modularla para utilizarla en beneficio de una mayor o menor profundidad de una intervención, en el mismo tiempo, que se preocupa por el tiempo transcurrido de la sesión para definir si va cerrando una intervención o puede abrir un contenido complejo. Este constante desplazamiento entre niveles, ejes y contenidos, demanda un manejo óptimo de los niveles de respuesta cognitivo, emocional y motor.

## Autocuidado profesional.

En el contexto de las profesiones que implican relaciones interpersonales para desempeñarse, las demandas emocionales y personales están fuertemente involucradas, produciéndose paulatinamente un desgaste, que interfiere la salud física y mental de los trabajadores. Esto es particularmente relevante en el caso de quienes están encargados de velar por la salud mental de la población, entre ellos los psicoterapeutas. *El autocuidado profesional, corresponde a aquellas competencias orientadas a equilibrar las carencias y restricciones interpersonales que se producen, debido al encuadre profesional, durante el ejercicio de la psicoterapia.* Dichas competencias involucran un conocimiento de las demandas personales de la profesión y sus consecuencias, los repertorios de habilidades necesarios para producir las debidas compensaciones al desgaste del trabajo y una actitud constante de interés y aprecio por actividades que enriquezcan la vida personal del terapeuta. Las áreas que están involucradas se expresan en Ejes de Autocuidado y que corresponden a las áreas de funcionamiento vital

## ANEXO 4: FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A LA TERAPIA COGNITIVA BREVE

Safran & Segal (1994)

1 = pronóstico negativo  
5 = pronóstico positivo  
0 = información insuficiente  
(Se permiten medios puntos, por ejemplo 1.5)

Fecha \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Evaluador \_\_\_\_\_

Item	Calificación (1 – 5)
1. Posibilidad de acceso a los pensamientos automáticos	
2. Conciencia y diferenciación de las emociones	
3. Aceptación de la responsabilidad personal por el cambio	
4. Compatibilidad con el planteamiento fundamental cognitivo	
5. Potencial de la alianza (pruebas internas a la sesión)	
6. Potencial de la alianza (pruebas externas a la sesión, incluyendo terapia previa)	
7. Cronicidad de los problemas	
8. Dispositivos de seguridad	
9. Localidad	
10. Optimismo / pesimismo del paciente respecto de la terapia	