



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Estudio de las Competencias del Psicoterapeuta Constructivista Cognitivo desde la perspectiva de la Asertividad Reformulada.

Memoria para optar al título de Psicóloga.

Investigadora:

Lic. Ps. Camila Dobry Mella.

Académico Patrocinante y Asesor Metodológico:

Ps. y Dr. (c) Juan Yáñez Montecinos.

Santiago de Chile

Marzo del 2005

Agradecimientos.

Al Profesor Juan Yáñez Montecinos, por sus enseñanzas y su importante contribución en mi formación profesional, por su gran paciencia y disponibilidad ante los incesantes requerimientos de ayuda, por la confianza y el genuino interés que ha depositado en mi aprendizaje.

A Paula Vergara, por su constante apoyo y participación en la comprensión de la teoría y de lo humano. Por su entrega y contención, por su motivación y esfuerzo durante largas horas de supervisión.

A todo el grupo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile, por darme un espacio donde desarrollarme como persona y profesional.

A mis grandes amigos de la carrera, por avanzar y crecer juntos cada día. Por saber mezclar el trabajo con la diversión y por todos los momentos compartidos.

A mi madre, a mi padre y a mis hermanas, por darme fortaleza y refugio cada vez que lo necesité, por el día a día, por facilitar en todo aspecto mis estudios, por ayudarme y apoyarme en todo momento. Por ser las personas más importantes en mi vida.

A Cristian, por acompañarme al final de una etapa y comenzar conmigo otra, por su amor y entrega, por los sueños que haremos realidad.

Para mis padres, por su preocupación y apoyo permanentes y el amor incondicional. Por darme bases sólidas y seguras para la construcción de mí misma.

Los quiero mucho.

Índice.

I. Introducción	6
II. Objetivos	9
▪ General y Específicos	9
III. Metodología	10
IV. Antecedentes Teóricos	12
IV.I. Teoría Clínica General y Metateoría Constructivista Cognitiva	12
IV.II. Teoría Clínica Constructivista Cognitiva	50
IV.II.i. Psicoterapia	51
IV.II.i.a. Paciente	54
IV.II.i.b. Relación terapéutica	54
IV.II.i.c. Psicoterapeuta	56
Competencias	58
IV.II.ii. Psicopatología	68
IV.II.iii. Proceso psicoterapéutico	75
IV.II.iv. Diagnóstico	77
IV.II.v. Cambio psicoterapéutico	78
IV.II.vi. Encuadre	81
IV.II.vii. Setting	84
IV.II.viii. Técnicas	85
IV.II.ix. Intervenciones	98
IV.II.x. Herramientas de trabajo clínico	100
IV.III. Asertividad Reformulada	101
V. Propuesta Teórica	115

VI. Propuesta de Taller	121
VII. Conclusiones	153
VII. Bibliografía	161
VIII. Anexos	170

I. Introducción.

La historia de la Psicoterapia Cognitiva nos muestra una serie incesante de cambios que buscan en definitiva, poder representar lo mejor posible cómo vivimos nuestras experiencias, considerando los aspectos emocionales, los procesos mentales, cognitivos y del comportamiento humano. Para ello, se han ido incluyendo más y distintos fenómenos que culminan en una complejización de las teorías y de la práctica clínica.

Asimismo en psicoterapia, las distintas corrientes psicológicas han abordado el tema de cómo llevar a cabo exitosamente el proceso terapéutico, para lo cual se han descrito infinidad de variables influyentes, que se han centrado tanto en los pacientes, como en la relación terapéutica y/o en el desempeño específico del psicoterapeuta.

La relación terapéutica, y especialmente, la alianza que se establece entre el paciente y el profesional, ha demostrado ser un factor importante en las diferentes orientaciones teóricas, como la psicodinámica, la cognitiva, la interpersonal, la ecléctica, la experiencial y la conductual (Botella y Corbella, 2003) y en diferentes estilos de terapia, tales como las individuales, las grupales y las familiares, encontrándose en la mayoría de los estudios una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia (Ibidem, 2003).

Considerando la enorme importancia de la alianza en la relación psicoterapéutica, en esta investigación, se pretende estudiar la contribución de la persona del psicoterapeuta en esta labor.

Por lo tanto, este estudio se centrará en las competencias que debería desarrollar el psicoterapeuta para crear las condiciones interpersonales que favorezcan el cambio, es decir, se abordará el cómo y cuándo es la oportunidad más apropiada para hacer sus intervenciones, y encontrarse realmente disponible para el paciente.

Esta idea surge desde el observar la experiencia de mis pares, así como la propia, en el contexto de estar comenzando a realizar psicoterapia, donde se percibe la necesidad de

manejar variables psicoterapéuticas inespecíficas, es decir, que van más allá de las técnicas y tipos de intervenciones propiamente tales, que se desprenden de las teorías.

Podemos encontrar que dichas variables están descritas en la literatura de las distintas corrientes psicológicas, que son consideradas por todos como parte fundamental de la labor del psicoterapeuta, para que su trabajo sea eficaz; pero no encontramos una sistematización de las mismas, ni vemos que a los estudiantes de Psicología se les enseñe, por ejemplo, cómo demostrar la empatía hacia los pacientes.

Por lo anterior, este trabajo pretende abordar las variables inespecíficas personales y profesionales de un psicoterapeuta competente. Esta temática será abordada desde el Modelo de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva que se realiza en el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) de la Universidad de Chile, y se llevará a cabo, fundamentalmente, tomando la propuesta del Modelo de la Asertividad Reformulada y la de competencias psicoterapéuticas desde la perspectiva Constructivista Cognitiva.

Así, se especificará el concepto de competencia, y se propondrá un posible modo de facilitar su aprendizaje a través de talleres de asertividad. Para esto, se planteará la posibilidad de realizar un taller con una estructura definida y con dinámicas que apunten al desarrollo de las habilidades en cuestión.

En síntesis, el presente estudio busca definir qué variables inespecíficas se requieren que el psicoterapeuta desarrolle para su competencia y cómo se podrían desarrollar desde las variables y componentes de la Asertividad Reformulada, dentro del marco de trabajo específico del grupo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile.

Se comenzará con una revisión de la evolución teórica y metateórica de las psicoterapias cognitivas y constructivistas, para luego, describir la forma de trabajo psicoterapéutico desde la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva, donde también se incluirá las variables de la relación terapéutica, del psicoterapeuta y de sus competencias. Posteriormente, se expondrá los fundamentos teóricos de la Asertividad Reformulada y se describirá los

elementos componentes de las habilidades interpersonales. Después, se realizará una propuesta conceptual respecto a las competencias del Psicoterapeuta Constructivista Cognitivo, desde la perspectiva de la Asertividad Reformulada, para finalmente, proponer un taller para el desarrollo de estas habilidades.

Este estudio pretende ser un aporte al Modelo del Constructivismo Cognitivo, y cobra vital relevancia para la teoría y práctica clínica del mismo, ya que entrega nuevas bases y herramientas de trabajo. Además, si pensamos que la aplicabilidad de la asertividad en la dinámica de interacción psicoterapéutica, le confiere al trabajo del clínico, una mayor capacidad para adecuarse a distintas problemáticas y características de los pacientes, y más posibilidades de llevar a cabo un proceso terapéutico favorable para los mismos, entonces, se hace pertinente e indispensable desarrollar e incluir el entrenamiento asertivo en el proceso de formación psicoterapéutico.

Por otra parte, este trabajo pudiera ser útil en próximas investigaciones que busquen medir empíricamente la necesidad de desarrollar las habilidades que aquí se proponen, a través de la creación de metodologías de tipo cualitativo, que aporten a la medición de la variable asertiva, así como también, para la realización de estudios comparativos entre psicoterapeutas novatos y expertos.

II. Objetivos.

- Objetivo general:

Proponer el Modelo de la Asertividad Reformulada como un marco conceptual y aplicado para el análisis y desarrollo de competencias psicoterapéuticas necesarias desde el enfoque clínico Constructivista Cognitivo.

- Objetivos específicos:

- Abordar el manejo de competencias psicoterapéuticas como una variable inespecífica que incide en el proceso de cambio.
- Especificar la conceptualización de competencias psicoterapéuticas desde el marco de la Asertividad Reformulada.
- Proponer la estructura de un Taller de Desarrollo de Competencias Psicoterapéuticas para psicólogos en proceso de formación.
- Aportar al desarrollo conceptual y aplicado de la psicoterapia Constructivista Cognitiva.

III. Metodología.

El siguiente trabajo constituye una investigación de orientación teórica, que busca delimitar la conceptualización de competencias psicoterapéuticas desde el marco de la Asertividad Reformulada. Por ello, la herramienta metodológica central será la revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias.

Las fuentes primarias respecto al Modelo de Asertividad Reformulada y a las competencias psicoterapéuticas, estarán dadas principalmente por documentos de trabajo del Psicólogo Juan Yáñez Montecinos, que conforman su Tesis de Doctorado de Psicología, próxima a ser presentada, así como también por la revisión bibliográfica de distintos autores que pudieran posibilitar una propuesta desde el contexto del Constructivismo Cognitivo acerca de las habilidades que debiera manejar el psicoterapeuta para ser competente en sesión.

En relación a las fuentes secundarias, lo más destacado será la revisión de varias memorias de título realizadas sobre los temas de Asertividad Reformulada, las variables que influyen en la efectividad de la psicoterapia, y la evolución del Modelo Constructivista Cognitivo, efectuadas por alumnos de Psicología, fundamentalmente de la Universidad de Chile.

Es posible señalar que este estudio será principalmente de carácter documental, exploratorio y descriptivo (Wenk, 2001). Lo documental está dado porque la información se obtendrá principalmente mediante la revisión de diversos documentos escritos (Ibidem, 2001). Por su parte, lo exploratorio se debe a que el objetivo primordial de esta memoria será examinar conceptos de competencias psicoterapéuticas que no han sido abordados con anterioridad desde el Modelo Constructivista Cognitivo y se relacionarán con las variables de la Asertividad Reformulada, para lo cual se revisará toda aquella literatura que pudiera ser pertinente en la comprensión de la misma. Finalmente, este trabajo es también descriptivo, ya que está focalizado sobre una variable específica y claramente identificada, que se desea profundizar a partir de una nueva perspectiva.

Con lo anterior se puede concluir que el siguiente trabajo será documental, exploratorio y

descriptivo, ya que consistirá en una revisión, análisis, sistematización y elaboración de contenidos.

IV. Antecedentes Teóricos.

IV.I. Teoría Clínica General y Metateoría Constructivista Cognitiva.

El Modelo Psicológico Constructivista Cognitivo es el resultado de un largo proceso evolutivo, que puede ser analizado desde distintos niveles de conocimiento. Por este motivo, en el siguiente desarrollo teórico, se abordará la metateoría desde un punto de vista epistemológico y, la teoría general desde un nivel paradigmático.

Si intentamos especificar a lo que nos referimos al hablar de *epistemología*, encontramos que en la mayoría de los textos, esta palabra se utiliza en relación a aquella ciencia encargada de la teoría del conocimiento, es decir, que tiene por objeto conocer las cosas en su esencia y en sus causas, averiguar qué es conocer, o bien, cómo conoce el sujeto (Jaramillo, 2003). Así, por ejemplo, para Ceberio y Watzlawick (1998, citados en Jaramillo, 2003), el término epistemología, que deriva del griego episteme y significa conocimiento, es una rama de la filosofía que se ocupa de todos los elementos que procuran su adquisición, e investiga los fundamentos, límites, métodos y validez del mismo.

Por su parte, los *paradigmas* han sido definidos (Kuhn, 1981) como un conjunto de conocimientos y creencias que forman una visión del mundo en torno a una teoría hegemónica en determinado período histórico. Según Thomas Khun (1981), cada paradigma se instauraría tras una revolución científica, con nuevos aportes para el progreso científico, en relación a problemáticas que no podían resolverse en el momento anterior.

Refiere que cada paradigma delimita el campo de los problemas que pueden plantearse, con tal fuerza que aquellos que caen fuera del campo de aplicación del paradigma ni siquiera se advierten. Vemos que una característica fundamental de ellos, es su inconmensurabilidad, puesto que ninguno puede considerarse mejor o peor que otro. Además, para constituirse como tales, deben contar con el consenso total de la comunidad científica que los representa.

De este modo, un paradigma estaría constituido por los supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas para su aplicación, que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica (Kuhn, 1981).

Por lo anterior y una vez que ya hemos comprendido los conceptos de epistemología y paradigma, podremos entender a la metateoría desde un punto de vista epistemológico, como la construcción de un objeto acerca de lo que es la realidad y la relación que establece el sujeto con ella, y a la teoría clínica general, desde un nivel paradigmático, donde encontraremos un objeto de estudio y una metodología específicos que se influyen y actúan recíprocamente en la construcción del conocimiento (Yáñez, 2000).

En este sentido, para entender la metateoría del Constructivismo Cognitivo, nos abocaremos a la evolución epistemológica del modelo, respecto al modo de conocer y entender la realidad, además de la relación del sujeto con ella. Por su parte, en lo referido a los aspectos teóricos generales, se abordará los cambios paradigmáticos que ha tenido este enfoque desde sus inicios hasta la actualidad.

De este modo y con fines didácticos, para poder comprender el proceso evolutivo que ha tenido esta corriente psicológica, ha sido dividida en cuatro momentos diferentes, que son: el Conductual, el Cognitivo, el Interpersonal y el Constructivista (Cortés y Kusanovic, 2002), los cuales no pueden ser vistos como un mero desarrollo histórico, donde las nuevas propuestas de cada etapa han ido borrando a las antiguas, sino más bien, sus supuestos coexisten y son posibles de utilizarse terapéuticamente cuando nos vemos enfrentados a las necesidades de los pacientes (Kühne, 2000, citado en Cayazzo y Vidal, 2002). Es decir, se ha ido complejizando, en la medida que ha integrado e incluido, en su desarrollo, distintos aspectos teóricos y técnicos.

Desde lo metateórico y para la concepción actual de realidad que tiene el modelo Constructivista Cognitivo, destaca un cambio muy significativo en la epistemología de los dos últimos momentos, es decir del Interpersonal y del Constructivista, ya que si bien, en todos podemos encontrar grandes diferencias en sus paradigmas, en cuanto a las visiones

que postulan respecto al conocimiento, al objeto de estudio de la psicología, la noción de sujeto, las técnicas en psicoterapia, la psicopatología y la relación terapéutica (Yáñez y Cols., 2002b), se puede observar que la concepción constructivista respecto a la realidad, se constituye como el mayor cambio a nivel epistemológico en la evolución del modelo.

Por esta razón, se podría decir que el Constructivismo Cognitivo proviene del desarrollo de la teoría cognitiva en conjunto con el surgimiento del constructivismo, como modo de entender la realidad, es decir, como base epistemológica.

Para entender lo anterior, a continuación se hará una revisión histórica de la evolución del Modelo Cognitivo, en sus distintos momentos y abarcando de modo general la teoría y la metateoría que se ha tenido en cada uno de ellos.

Encontramos que en sus inicios, esta corriente de la psicología, provino de una tradición filosófica positivista, donde se consideraba la existencia de un mundo real y cognoscible, el que existiría en independencia del sujeto que conoce, ya que el conocimiento se explicaba como producto de la experiencia sensorial, donde la validez y objetividad de ésta, dependía de una correlación estricta con los principios de la realidad (Yáñez y Cols., 2002b).

Nos estamos refiriendo, al momento conductual, donde se postuló el empleo de procedimientos experimentales para estudiar el comportamiento (Bravo, 2004).

Aunque fue John Watson (1878-1958) quien inauguró y estableció las bases paradigmáticas respecto de la teoría y metodología del conductismo, encontramos las raíces de este enfoque, en el asociacionismo de los filósofos ingleses, en la escuela de psicología estadounidense conocida como funcionalismo y en la teoría darwiniana de la evolución, pues dichas corrientes hacían hincapié en la concepción del individuo como un organismo que se adapta al medio ambiente (Ibidem, 2004).

De este modo, para Watson, la psicología era el estudio de los comportamientos observables y medibles. Su perspectiva se funda en los experimentos de Iván Pavlov, y utiliza el método científico como modo de investigación (Yáñez, 2002a).

Por lo tanto, empezando por Watson y Pavlov, y continuando por Thorndike y B.F. Skinner, el centro de estudio en el momento conductual, fue el desarrollo y examen de los principios de la adquisición y cambio de la conducta (Dowd, 1997).

Watson adoptó un enfoque riguroso en términos de asociación entre estímulos y respuestas (E-R) para explicar la conducta. Las respuestas debían entenderse, por su relación de dependencia, con rasgos observables de la estimulación. La estimulación, pasó a considerarse como exógena, lo que hizo que su concepción fuera marcadamente ambientalista (Bravo, 2004).

Así, el principio del *condicionamiento* surge al describir que en el organismo existen respuestas incondicionadas ante determinadas situaciones. Estudiando los procesos de condicionamiento se podrían detectar unidades o patrones muy precisos de estímulos y de respuestas, pudiéndose definir mejor la interacción entre organismo y ambiente (Saavedra, 1996).

Luego, la rama conductista de Skinner, postulaba que era posible desarrollar un estudio sistemático de la conducta en términos de las relaciones funcionales existentes entre respuestas y estímulos observables, siendo suficiente que un experimentador pudiera observar la conducta, disponer las condiciones de su ocurrencia y expresar directamente la correlación entre los dos (Bravo, 2004), sin hacer referencia a los aspectos “internos” de los organismos. Skinner (1953, en Dowd, 1997) conceptualiza la mente como una *caja negra*, no por creer que no existiera, sino más bien, por la imposibilidad de ser observada por otros individuos.

Para Skinner, el refuerzo, podía ser intermitente en lugar de continuo, así, se produciría tras un número definido de respuestas, o bien sólo se daría si las respuestas estuvieran

espaciadas con un intervalo determinado. Designó estas variaciones o modalidades como contingencias de refuerzo. De este modo, el medio no provocaría los comportamientos, sino que los "seleccionaría", manteniéndolos o eliminándolos, según las contingencias reforzadoras que fueran eficaces en un momento determinado (Saavedra, 1996). Esto lo diferencia bastante de los postulados de Watson, que como señalábamos, han sido considerados más bien ambientalistas.

Con todo lo anterior, se aprecia que en el momento conductual, hay dos grandes principios explicativos del comportamiento, que son el *condicionamiento clásico*, basado en el aprendizaje por asociación y, el *condicionamiento operante*, basado en el aprendizaje por las consecuencias.

El conductismo ve a la psicopatología de modo tal que los síntomas no son expresiones de una enfermedad sino que son la enfermedad misma, siendo estos el tema central de su análisis. De este modo "la psicopatología estaría definida como aquella conducta inapropiada debido a un déficit o exceso de ella misma" (Yáñez y Cols, 2002b, p. 22) y el clínico debía entrenar a sus pacientes en la modificación de estas, de lo que se deduce que se consideraba al psicoterapeuta como un experto en leyes y principios de aprendizaje (Yáñez, 2002a).

Manteniéndonos en el terreno de la psicopatología, vemos que los conductistas asumen tres conceptos fundamentales: conflicto, frustración y tendencia condicionada de evitación (Saavedra, 1996).

Se entiende por *conflicto*, cuando existen dos tendencias simultáneas que conducen a respuestas incompatibles entre sí. Se han considerado tres tipos de conflictos, que son los de aproximación-aproximación, evitación-evitación, y aproximación-evitación. Este último daría lugar a respuestas de ansiedad y desplazamiento (Barcia, 1991).

Plantean que la *frustración* es el estado al que se llegaría cuando se produce el bloqueo de una tendencia (Saavedra, 1996). Puede dar lugar a tres tipos de respuesta: agresión,

regresión y fijación. La agresión se produciría al romperse el equilibrio entre instigación e inhibición a favor de la instigación, mientras que la regresión ocurriría cuando la ruptura es a favor de la inhibición, pudiendo existir conductas que ya habían sido superadas. La fijación, sería la adopción de mecanismos anormales de modo relativamente permanente, insistiéndose en ciertos comportamientos que se ha comprobado que son ineficaces, por ejemplo, las conductas de tipo obsesivo (Barcia, 1991). Así, el conductismo explica los rituales obsesivos, como que son reforzados y mantenidos por el sujeto, para evitar el estímulo aversivo, es decir, para reducir la ansiedad.

Por último, la *tendencia condicionada de evitación* se podría explicar con el ejemplo de la "ansiedad situacional", donde las respuestas vegetativas se condicionarían por simples estímulos neutrales (Ibidem, 1991).

También respecto a las fobias el conductismo hace sus aportaciones explicativas en psicopatología. Plantea que son respuestas aprendidas por transmisión de información de contenido miedoso, por observación de otras personas que reaccionan con temor o por experiencias directas de estímulos muy aversivos (Saavedra, 1996).

Con esto, la psicoterapia conductual desarrolló intervenciones desde ambos principios, es decir, desde el condicionamiento clásico y el operante. Por ejemplo, técnicas como la desensibilización sistemática, basada en el primero; el refuerzo positivo (para condicionar conductas apropiadas) y la extinción (para eliminar conductas no deseables), basadas en el segundo principio (Dowd, 1997).

Por otra parte, se puede deducir de los planteamientos conductistas, tanto por su objeto de estudio, como por la concepción de realidad y forma de acceder a ella, que "la noción de sujeto en este momento es la de un sujeto mecánico, es decir, que responde con una reciprocidad automática ante las demandas medioambientales y su determinación estructural biológica." (Yáñez y Cols, 2002b, p. 21)

Es por esto que se critica que el conductismo tiene una lógica mecanicista dentro de la cual se le niega al hombre toda su autonomía, toda capacidad de generar sus propias conductas y toda posibilidad de darle un sentido a su acción (Bravo, 2004).

Además, en cierta manera, en el conductismo se despreciaba lo congénito en favor de lo puramente adquirido, y se atacaba el síntoma sin tener en cuenta las causas.

Por lo anterior y, por el descuido del patrimonio y la memoria filogenética, es que surge la necesidad de estudiar los procesos mentales, ya que el modelo conductual “conceptualmente era insuficiente para dar cuenta de la complejidad del fenómeno de estudio de la psicología: el hombre” (Yáñez y Cols, 2002b, p. 23), ya que se desconocían aspectos esenciales del ser humano.

De este modo, “la acumulación y la presión de ideas divergentes al interior del propio paradigma van a dar origen a un reordenamiento que mantiene su adscripción a los principios del método científico como fórmula válida para producir conocimiento, pero que propugna una ampliación del objeto de estudio, incorporando aquello que sucede al interior de la ‘caja negra’ o sea, la subjetividad, tan resistida por Watson.” (Yáñez y Cols, 2001, p. 100) Nace así, el momento Cognitivo Clásico.

El Modelo Cognitivo, en cierta forma, es producto tanto del inconformismo que existía en la década de los ´60, de algunos representantes de los modelos conductista y psicoanalítico respecto a los postulados de estos enfoques, como al auge de la etología y la teoría del procesamiento de la información.

El paradigma conductual comienza a cambiar cuando “las variables mediacionales se vuelven un requisito indispensable de considerar para explicar y modificar el comportamiento humano. Así, autores como Bandura, Lazarus, Meichenbaum (en Mahoney, 1983) fueron ampliando sus modelos para integrar el aspecto cognitivo al entendimiento y evaluación de la conducta humana.” (Cayazzo y Vidal, 2002, p. 11) De

esta forma, el cognitivismo supone un paso posterior, en el que se trata de aplicar lo aportado por el conductismo a los procesos mentales internos o no visibles.

Por otro lado, encontramos que los grandes precursores del Modelo Cognitivo, es decir, Aaron Beck y Albert Ellis, provienen de una tradición psicoanalítica, pero ante la imposibilidad de validar las formulaciones de este enfoque a través de datos empíricos, por las contradicciones encontradas en estudios llevados a cabo, y con el fin de desarrollar una forma de psicoterapia más breve y específica (Beck y Cols., 1983) se vieron en la necesidad de cambiar su mirada.

Por su parte, Beck plantea que “el movimiento de la terapia de conducta contribuyó sustancialmente al desarrollo de la terapia cognitiva. El conductismo metodológico, con su énfasis en los objetivos específicos, al delimitar los procedimientos concretos para lograr dichos objetivos y proporcionar feedback (retroinformación), abrió nuevas dimensiones a la terapia cognitiva.” (Beck y Cols., 1983, p. 9-10)

Encontramos que, existirían dos formas de entender y definir lo cognitivo. En la primera, se lo entiende como el estudio de los procesos mentales tales como memoria, percepción, atención, inteligencia, etc., es decir, como el estudio de las funciones cognoscitivas del ser humano, y en la segunda, se lo considera como un modo de entender el psiquismo humano, es decir, como un modelo explicativo de las representaciones mentales y de las cogniciones, como fenómenos observables (Saavedra, 1996). Vemos que esta conceptualización de lo cognitivo es más amplia que la anterior, pues no se reduce al estudio de los procesos puramente cognoscitivos y correspondería al conocido modelo cognitivo que supone, al igual que otros modelos, un fundamento teórico que trata de explicar el psiquismo humano.

El cognitivismo se basa en la noción que a un estímulo le sigue una respuesta, al igual que el conductismo, pero introduce la cognición o los procesos cognitivos del organismo que recibe el estímulo y que elabora la respuesta (Ibidem, 1996).

Es importante destacar que el momento conductual y el cognitivo comparten una misma noción de la realidad, en el sentido que en ambos se postula la realidad como inmanente y externa al sujeto y cognoscible, ya fuera mediante el método científico para los conductistas o a través de la observación, la razón y la experimentación para los cognitivos (Yáñez y Cols, 2001), pero sustentándose siempre en una epistemología positivista.

Lo que se puede observar en este momento es fundamentalmente un cambio a nivel paradigmático, es decir una transformación del objeto de estudio (Ibidem, 2002b), ya que ahora se estudian los procesos mediacionales entre los estímulos y las respuestas de los sujetos, pero siempre desde una perspectiva donde la objetividad sería posible de alcanzar. Estos *procesos mediacionales* serían “constructos hipotéticos que dan cuenta de procesos mentales subyacentes y que determinan la conducta final.” (Ibidem, 2001, p. 101)

Encontramos así, que la idea básica del Modelo Cognitivo es que el hombre es considerado un agente más activo que en el momento anterior, en el sentido que es un ser racional, que selecciona, interpreta y actúa ante los estímulos, y actúa con cierta "intencionalidad" (Saavedra, 1996), considerando también la capacidad de simbolizar la realidad.

Se establece una primacía de lo cognitivo en la estructura de funcionamiento de los individuos, donde la conducta y la emoción serían el resultado de las ideas que presenta el sujeto respecto a sí mismo, a los otros y al mundo (Yáñez y Cols, 2001), y al igual que en el conductismo, tanto la historia de la persona, como la importancia de los vínculos tempranos y de sus relaciones interpersonales en general, entre otros, no se consideran más que a modo de referencia, constituyéndose como un enfoque sincrónico, en vez de diacrónico o ideográfico (Ibidem, 2001).

La idea de los precursores del enfoque cognitivo, era indagar sistemáticamente en las representaciones concientes o preconcientes que preceden, acompañan o siguen inmediatamente a un estado emocional problemático. Beck (1976, en Semerari, 2002) llamó a estas representaciones *pensamientos automáticos* e instruía a sus pacientes en prestar atención a ellos. De este modo, los terapeutas se constituían en “expertos e

investigadores, que intentan mediante la verificación lógica de la realidad instigar cambios en las cogniciones inadecuadas de los pacientes” (Yáñez, 2002a), los que eran considerados colaboradores en esta misión investigadora del terapeuta.

Los pensamientos automáticos se presentarían en la mente sin la experiencia subjetiva de un esfuerzo de reflexión y en forma telegráfica de un lenguaje en esencia, y poseerían, para quienes los producen, una característica obvia de admisibilidad sin distancia crítica, es decir, el sujeto tendría la sensación de estar captando el mundo tal y como es, sin ponerlo en duda. Además, se plantea que expresarían un modo constante y característico de atribuir significado a los acontecimientos por parte de la persona que los produce (Semerari, 2002).

Beck y todos los autores cognitivos (en Ibidem, 2002) exponen que estas recurrencias temáticas indican la existencia de reglas de inferencia y de estructuras de significado estables que engloban a los procesos de pensamiento y a la actividad imaginativa, designando a dichas estructuras como *modelo o esquema cognitivo*, por medio de los cuales se podría considerar, diferenciar y codificar la información.

Con esto encontramos que, para los cognitivos, la base de las diferencias psicológicas entre las personas, así como de las semejanzas de la persona consigo misma, se encuentra en este concepto de esquema, pasando a constituirse como la base de las teorías cognitivas de la personalidad (Beck y Freeman, 1995).

Dentro del momento Cognitivo Clásico, importantes autores y precursores del modelo son Ellis y Beck, entre otros, por lo cual se hará referencia brevemente a sus teorías.

Ellis plantea un enfoque psicoterapéutico llamado *racional-emotivo-conductual*, y utiliza un modelo al que llama A-B-C (Acontecimiento - Belief o creencia - Consecuencia) para la terapia. Postula que los trastornos emocionales derivan de un continuo "autodoctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no sólo tomar conciencia de este autodoctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su

sustitución activa por creencias más racionales, utilizando para ello, prácticas conductuales (Ellis, 1997a).

Su modelo A-B-C del funcionamiento psicológico, propone que la mayoría de las personas suelen mantener atribuciones o causas sobre su propia conducta centrado en los eventos externos, y plantea que en general, no son estos los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas, sino más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre los mismos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos (Ellis, 1997b). Es por esto que, sea que ciertas situaciones tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir, que produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales, dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de cada sujeto en particular. Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto.

Las metas de cada individuo podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un *procesamiento de la información absolutista* y consecuencias psicológicas trastornantes, o bien, siguiendo un procesamiento de la información más racional, se tendría consecuencias emocionales saludables (Ellis, 1997a). Así, una creencia irracional se caracterizaría por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista e inflexible.

Ellis (1997a) plantea que su modelo es “multimodal y utiliza métodos cognitivos, emotivos y comportamentales con la mayor parte de los clientes.” (p. 95)

Por su parte, Beck (1967, 1976, en Robins y Hayes, 1997) plantea que la terapia cognitiva ayuda a los pacientes a ser concientes y a cuestionar sus pensamientos e imágenes automáticas, además de reestructurar las actitudes disfuncionales y del sistema de creencias responsables de los pensamientos automáticos.

Este sistema de psicoterapia se basa en una teoría de la psicopatología que sostiene que los pensamientos automáticos serían el reflejo de la valoración que el sujeto hace de una

situación en vez de la situación objetiva actual, y que conducirían directamente las respuestas emocionales y comportamentales del paciente, las que serán desadaptadas si las valoraciones están distorsionadas o son exageradas, lo que sucedería si provienen de una operación propia de un esquema disfuncional (Robins y Hayes, 1997).

Encontramos que el concepto de esquema cognitivo suele ser nombrado de distintas maneras, tales como estructura cognitiva y/o supuestos personales (Beck, 1979), los que serían también las *creencias* según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990). Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que cada individuo conceptualiza y simboliza de forma única y particular su experiencia. Se refiere en definitiva, a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos o no ser conscientes (Semerari, 2002).

Así, la psicopatología se consideraba en este momento como esquemas disfuncionales que pueden permanecer inactivos o dormidos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas, es decir, procesamiento cognitivo de la información distorsionada, además de cogniciones automáticas o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas (Robins y Hayes, 1997), que son, en definitiva, errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales.

De este modo, y considerando la definición de psicopatología en el momento cognitivo clásico, lo que debía hacer el terapeuta cognitivo, era detectar los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas, para poder generar hipótesis sobre los supuestos personales subyacentes.

Esto lo hace, trabajando en conjunto con el paciente, a través de lo que Beck (1967, en Robins y Hayes, 1997) ha referido como un proceso de *empirismo colaborativo*, donde son fundamentales la confianza recíproca, el grado de congruencia entre las expectativas del

paciente y los objetivos terapéuticos y, el acuerdo y colaboración de paciente y terapeuta respecto a las tareas del tratamiento. Para esto, los terapeutas cognitivos (Semerari, 2002), explican con claridad al paciente lo racional de la terapia, acordando conjuntamente los objetivos finales e intermedios del tratamiento, aclaran el sentido de las tareas asignadas y muestran su congruencia con los fines acordados.

Además, facilitan la comprobación de las hipótesis utilizando el *diálogo socrático*, donde la mayor parte de las intervenciones que hace el terapeuta en sesión son a modo de pregunta, siempre con la intención de identificar los pensamientos automáticos y los esquemas subyacentes, la toma de conciencia crítica y la valoración de las posibles alternativas (Ibidem, 2002). Con esto, se evidencia que el objetivo de esta terapia no es la de convencer al paciente de algo, sino más bien desarrollar una capacidad crítica respecto al carácter disfuncional de sus propios pensamientos.

También es importante mencionar que, aparte del empirismo colaborativo y el uso del diálogo socrático, el proceso de *descubrimiento guiado* de la terapia cognitiva es fundamental (Ibidem, 2002), para lo cual se utilizan de modo flexible las técnicas comportamentales como instrumento para alcanzar el objetivo final, que es la modificación cognitiva.

El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a realizar descubrimientos guiados y a diseñar experimentos conductuales, para poner a prueba la validez de sus pensamientos y supuestos, y puede también actuar de modo más directivo, a modo de educador o entrenador (Robins y Hayes, 1997).

Tanto las técnicas psicoterapéuticas del momento conductual como del cognitivo, son utilizadas en el momento actual del enfoque Constructivista Cognitivo, y como veremos más adelante se han constituido como las llamadas técnicas operativas en el trabajo psicoterapéutico.

Con todo lo anterior, podemos ver que el objetivo de la llamada revolución cognitiva era, en gran medida, recuperar la subjetividad, no muy considerada en el momento anterior, lo que se llevó a cabo, principalmente, intentando abordar los procesos mediacionales de los sujetos, lo cual en un comienzo fue de mucho interés y ha sido de gran eficacia terapéutica demostrada en diversas investigaciones (Beck, 1997; Robins y Hayes, 1997).

A pesar de esto, con el tiempo y con el nacimiento de nuevas miradas para comprender al ser humano, comenzaron a surgir críticas respecto a ciertos aspectos del modelo. Por ejemplo, encontramos que algunos teóricos (Leyton, 1999) objetan que en este período se continuaba sometido al esquema del sujeto mecanicista, sólo que ahora también era racionalista, ya que se entendía lo cognitivo como estructuras mediacionales que determinaban la relación del individuo con la realidad externa, adoptando metáforas tales como la computación para el entendimiento de la mente, lo que llevaba, en cierto modo, a un nuevo reduccionismo, pues se comprendía lo cognitivo en términos de procesamiento de información, por lo que en definitiva, el conductismo habría evolucionado en un cognitivismo que mantuvo las mismas premisas epistemológicas.

Además, poco a poco, la base conceptual cognitiva, se fue haciendo “insuficiente para explicar la complejidad creciente de los fenómenos tales como: procesos afectivos y su participación en el desarrollo de la personalidad, las relaciones interpersonales y su significancia en la construcción de la subjetividad” (Yáñez y Cols., 2001) y, recogiendo el trabajo de diversos teóricos, tales como Sullivan y su Teoría Interpersonal (Sullivan, 1959, en Yáñez y Cols., 2002b), Bowlby y su Teoría sobre los procesos de vinculación y apego (Bowlby, 1986) y aportes de la Psicología Experiencial y de otras disciplinas, como la lingüística; fue que empezó a manifestarse un quiebre en la matriz conceptual del modelo cognitivo, lo que desembocó finalmente, en el comienzo de un cambio a nivel epistemológico y al desarrollo del momento Cognitivo Interpersonal.

En definitiva, este enfoque, surgió por la necesidad que existía de “clarificar no sólo cómo el individuo procesa la información proveniente del exterior, sino también la forma cómo

los procesos afectivos, cognitivos y conductuales se desarrollan a partir de la experiencia evolutiva interpersonal.” (Yáñez y Cols., 2001, p. 101)

De este modo, si revisamos los antecedentes de la Psicología Cognitiva Interpersonal, aparte de la base teórica Cognitiva Clásica que lo precede, encontramos entre otros, a H.S. Sullivan, proveniente de lo que se ha denominado neopsicoanálisis o psicoanálisis cultural (Méndez e Iceta, 2002). Este teórico ha sido considerado como el fundador de la Teoría Interpersonal, por plantear en su obra que el objeto de estudio no debe ser el individuo sino más bien una situación interpersonal en un momento dado.

Así, Sullivan (1978) le concede vital importancia a los efectos de las relaciones humanas en la formación de la personalidad. Su teoría interpersonal se basa en el impacto de las relaciones directas, recordadas o incluso imaginadas, en el desarrollo del ser humano. Considera que las relaciones gratificantes son esenciales para un desarrollo favorable de la personalidad.

Sostenía que el desarrollo de ésta y las enfermedades mentales son determinadas básicamente por el juego de fuerzas personales y sociales, más que por factores constitucionales del individuo (Ibidem, 1978). Los distintos tipos de personalidades, así como los síntomas neuróticos, los explicaba como resultado de la lucha contra la ansiedad que nace de las relaciones con los demás, actuando como un sistema de seguridad que se mantiene con el propósito de mitigarla (Méndez e Iceta, 2002).

Sullivan (1953, en Méndez e Iceta, 2002) desarrolla el concepto de *distorsión paratáxica* como un patrón interpersonal de relación con otros, que engloba pensamientos y emociones inadecuadas, derivadas de experiencias tempranas disfuncionales con los progenitores y otras figuras relevantes.

Por lo anterior, Sullivan (1978) creía que el desarrollo de los seres humanos podía describirse exclusivamente en términos de las relaciones interpersonales.

Debido a esto, se puede decir que, para este autor el hombre es un ser social, y por ello la terapia debe ir encaminada a una orientación constructiva de las relaciones interpersonales. Además, le confiere un rol fundamental e innegable al terapeuta en el proceso terapéutico (Safran y Seagal, 1994), lo que consideramos primordial para la formación psicoterapéutica.

Por su parte, también en el Momento Cognitivo Interpersonal, encontramos como antecedente, la Teoría del Apego, que es tomada para intentar entender por qué los seres humanos tienden a formar vínculos específicos y duraderos con otras personas y por qué las interrupciones y los conflictos en estas relaciones pueden dar lugar a trastornos psicológicos.

Esta teoría psicoevolutiva (Bowlby, 1980, 1982, 1985, en Ruiz y Cano, 1992), ha sido la que más aceptación ha tenido por los clínicos de la corriente cognitiva. Esto se debe a que se basa en una teoría cognitiva sobre los vínculos afectivos y tiene un respaldo demostrativo experimental suficiente (Ainsworth, 1985, en Crittenden, 1997).

Originalmente, la Teoría del Apego emergió de los trabajos de John Bowlby y Mary Ainsworth. Bowlby articuló conceptos de la teoría del desarrollo, del psicoanálisis, de la biología, de la etología, de la cibernética y del procesamiento de la información para formular los principios de base de la teoría. Luego, con Mary Ainsworth desarrollaron métodos de investigación para probar sus postulados (Rice, 1997).

El gran aporte de Bowlby, basado en datos experimentales (Ruiz y Cano, 1992), es la existencia de una necesidad de vinculación primaria. Por esto, todos los infantes necesitan formar un vínculo emocional seguro hacia alguien, ya sea la madre, el padre, otro miembro de la familia o un cuidador sustituto (Bowlby, 1982, en Rice, 1997).

Bowlby, quien pertenecía a la tradición psicoanalítica, criticó la concepción freudiana de la pulsión secundaria según la cual el niño desarrolla un nexo de unión con la madre porque ésta es capaz de satisfacer su necesidad de alimento, y demostró que existe en los seres

humanos un sistema de comportamiento innato, cuyo resultado predecible es el mantenimiento de la proximidad con la figura afectiva, de modo independiente a si le proporciona alimento u otro tipo de gratificación (Semerari, 2002).

La disposición de los bebés a vincularse afectivamente con sus progenitores tendría una función de protección y una función de socialización. Además, les permite el desarrollo del sentido del yo (Rice, 1997).

Es muy importante en el desarrollo de esa disposición filogenética, las respuestas que los adultos van a dar a las demandas de vinculación del niño (Ruiz y Cano, 1992), ya que las experiencias tempranas con el adulto van a jugar un rol relevante en la formación de las primeras estructuras cognitivas.

Esas estructuras cognitivas tempranas contendrían el modelo de funcionamiento nuclear del individuo, sus estructuras básicas de significado, o bien, lo que se ha llamado el nivel tácito del sistema cognitivo (Mahoney, 1997; Guidano, 1999), referido fundamentalmente al significado emocional que le damos a nuestras experiencias.

Numerosos estudios (por ejemplo, Ainsworth, 1978; Main, 1985; Bowlby, 1985, en Ruiz y Cano, 1992 y Bowlby, 1979) demuestran que las influencias negativas de la conducta maternal y de otros adultos significativos para el niño, sobretodo en las experiencias infantiles tempranas, podrían afectar el funcionamiento del sujeto y generar psicopatología.

Al respecto, Bowlby (1979, 1998) mantiene que ciertas actitudes y estilos de comunicación de los padres hacen que el niño deje de procesar conscientemente ciertas informaciones que ha observado, lo que se manifiesta y puede ser visto por el clínico, a través de inconsistencias en el discurso de los pacientes al describir la relación con sus padres y las implicaciones recordadas en relación a ellos. Estas inconsistencias tendrían un carácter de *defensa cognitiva* (Ruiz y Cano, 1992).

Así, se definen distintos estilos de apego (Quiñones, 2001), los que se desarrollan tempranamente y, por lo general, se mantienen durante toda la vida, permitiendo la formación de un modelo interno que integra por un lado, creencias acerca de sí mismo y de los demás, y por el otro, una serie de juicios que influyen en la formación y el mantenimiento de las dinámicas relacionales del sujeto.

Por esto resulta importante la figura del primer cuidador, ya que el tipo de relación que se establezca entre ésta y el niño será determinante en el estilo de apego que se desarrollará. No obstante, otras figuras significativas como el padre y los hermanos pasan a ocupar un lugar secundario y complementario, lo que permite establecer una jerarquía en las figuras de apego (Bowlby, 1998).

De este modo, “Bowlby describió el comportamiento del niño como un plan jerárquico innato, corregido en función del deseo de mantener la proximidad con la figura afectiva. Además, las vicisitudes en la relación afectiva se organizan de forma esquemática, en forma de modelos operativos de sí mismo y del otro, destinado a influir sobre las evoluciones de las estructuras prototípicas con las que el individuo construirá las propias experiencias relacionales.” (Semerari, 2002, p. 107)

Ainsworth (en Quiñones, 2001) define tres estilos de apego en base a cómo responden los individuos en relación a la figura afectiva cuando están angustiados: seguro, ansioso-ambivalente y evitativo.

El apego seguro se daría cuando el cuidador demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. De este modo, en el dominio interpersonal, las personas que han tenido este tipo de patrón de apego, serían seguras, con tendencia a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, serían más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismas (Mikulincer, 1998, citado en Valdés, 2002).

El apego ansioso-ambivalente se daría cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tiene expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia de estos. Mantendría una proximidad con sus padres en base a sus recursos afectivos (Quiñones, 2001). Así, hacia la adultez las personas con este estilo de apego, presentarían un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás (Mikulincer, 1998, citado en Valdés, 2002).

Por último, el apego evitativo se presentaría cuando la persona que cuida al niño deja de atender constantemente sus señales de necesidad de protección, lo que no permitiría el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Estos niños, a diferencia de los de apego ambivalente, mantendrían un grado de proximidad con sus padres empleando sus recursos cognitivos para controlar lo exterior, anticipando así, las posibles situaciones de rechazo o indiferencia (Quiñones, 2001). Por esto, por lo general, se desarrollarían como sujetos que se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono (Mikulincer, 1998, citado en Valdés, 2002).

Según Bowlby (1998), el estilo de apego refleja la interacción entre la personalidad del niño, la familia y el entorno social más amplio, por lo que no debe resultarnos extraño que exista una influencia conjunta entre las variables propias del cuidador y el temperamento infantil.

Hay varios estudios posteriores (Quiñones, 2001) que plantean la existencia de otros estilos de apego, como el desorganizado, que sería una mezcla entre el ambivalente y el evitativo. Además se han descrito diversos subtipos de los ya mencionados, pero no los describiremos aquí, ya que los aspectos fundamentales de la Teoría del Apego que fueron integrados para la comprensión psicológica del ser humano desde la Teoría Cognitiva Interpersonal, ya han sido expuestos.

Hemos visto que “la conducta de apego tiene un papel significativo en el desarrollo del bebé, pero no termina al concluir la infancia sino que continúa, en distintas formas, durante toda la vida. Mantener la proximidad con otros seres humanos tiene una importante función de supervivencia en los adultos y fue particularmente trascendente en el medio de adaptación evolutiva de los seres humanos.” (Safran y Segal, 1994, p. 80) Por esto que en el enfoque Cognitivo Interpersonal, se establece la noción de *sujeto interpersonal*, “cuya conducta estaría determinada por las pautas de interacción que el individuo establece con personas significativas durante los primeros años de su vida y que en el presente se actualizan de modo inconsciente¹.” (Yáñez y Cols., 2001, p. 102)

La vida psíquica de los individuos se constituirá en una forma particular de ordenar la realidad, y se dará a partir del proceso de interacción que establezca el sujeto con otros y con el medio en su primera infancia. Safran y Segal (1994) proponen la noción de *esquema cognitivo interpersonal*, que se definiría como una estructura cognitiva que permite el conocimiento y ordenamiento de la realidad por parte del sujeto (Yáñez y Cols., 2002b).

El proceso de apego interviene para coordinar los sistemas conductuales en una configuración particular, lo que podría homologarse con el Esquema Cognitivo Interpersonal, propuesto por Safran y Seagal. Entonces, el sistema emocional sería el principal sistema de motivación del organismo, por lo que se torna vital el acceso y la comprensión de los afectos en el proceso terapéutico, como también el vínculo que se establece entre terapeuta y paciente (Cayazzo y Vidal, 2002).

La corriente Cognitivo Interpersonal, también incluye información proveniente de la Psicología Experiencial, ya que se considera a cada individuo como único experto en lo concerniente a su propia realidad (Perls, 1973, Rice, 1974 y Rogers, 1986 en Safran y Segal, 1994), surgiendo así la noción de sujeto activo en el proceso interpersonal.

¹ El “inconsciente cognitivo” definido por Kühne (1999) corresponde a un nivel de la experiencia humana que considera el procesamiento de información de modo principalmente emocional, y que no accede a la conciencia, incluyendo aspectos de la cognición a los que no se ha puesto atención, pero también abarcando un terreno mucho mayor compuesto por el procesamiento de las tonalidades emocionales, imágenes y narrativas. Se constituye como un nivel de procesamiento tácito, que es vivenciado de modo constante e inevitable, y es paralelo al nivel de procesamiento explícito, racional y conciente, con el que interactúa permanentemente, ya que éste lo explica y reordena en términos racionales, secuenciales y semánticos. El sistema experiencial inconsciente cumpliría la función de organizar la experiencia y dirigir el comportamiento.

Como podemos ver, el momento Cognitivo Interpersonal integra información proveniente de otras tradiciones teóricas y será la base que antecede la emergencia del modelo constructivista, pero “es relevante señalar que a pesar de la integración de estos aportes, se mantiene la visión de una teoría cognitiva, ya que pone acento en el modo cómo las personas construyen representaciones de su experiencia.” (Safran y Segal, 1994 en Yáñez y Cols, 2001, p. 102)

En síntesis, en este período, los teóricos cognitivos comenzaron a cuestionar las bases teóricas en las que se fundamentaba gran parte del tratamiento cognitivo, mostrando curiosidad por el rol de los procesos inconscientes e incorporando elementos de la psicoterapia interpersonal, no con la intención de desarrollar una nueva escuela de psicoterapia, sino con el deseo de “iniciar un proceso de expansión conceptual y técnica en la teoría cognitiva fundamentada en información procedente de otras tradiciones terapéuticas.” (Safran y Segal, 1994, p.17)

El modelo psicopatológico que se desprende de este enfoque propone el concepto de *ciclo cognitivo interpersonal* (Ibidem, 1994; Yáñez y Cols., 2002b), que correspondería a la manera en que el sujeto actúa en el mundo, a partir de su autoconcepto y de su estilo interpersonal (Ibidem, 2002b), los que por supuesto estarían determinados por su estilo de apego. Este ciclo cognitivo interpersonal, podría resumirse como el operar del esquema cognitivo interpersonal disfuncional de una persona en relación a otra que responderá con conductas y emociones complementarias a las desplegadas por el sujeto en cuestión (Ibidem, 2002b).

De este modo, y por la relevancia del estilo de interacciones que establecen los individuos, la psicología cognitiva interpersonal se centra en el rol del vínculo terapéutico en la psicoterapia cognitiva y en la naturaleza de la relación entre los procesos cognitivos e interpersonales, otorgándole vital importancia a la relación terapéutica y a los aspectos no específicos de la terapia, dejando de considerarla como un requisito previo para el proceso de cambio, como en el momento cognitivo clásico, y más bien pensándola como una parte intrínseca de éste (Safran y Segal, 1994).

Se plantea que la teoría debe explicar el proceso a través del cual el encuentro entre el terapeuta y el paciente origina el cambio, y que las técnicas pertinentes deben incluir la capacidad de utilizar la propia humanidad del clínico como instrumento terapéutico. Por esto, un postulado fundamental de este enfoque, “derivado de la tradición interpersonal de la psicoterapia, es que el individuo siempre debe ser considerado como parte del sistema interpersonal en el que está participando. Por lo tanto, no se puede considerar al paciente que sigue una terapia, independientemente del terapeuta.” (Ibidem, 1994, p.17) Esto último, se constituye como uno de los aspectos fundamentales del momento actual del enfoque que serán considerados para la propuesta teórica de esta investigación.

Por todo lo anterior, se puede deducir que el objeto de estudio en el Momento Cognitivo Interpersonal es el sujeto inserto en una realidad específica donde se relaciona de una manera única y particular con otras personas, otorgándole gran importancia al vínculo y a los aspectos emocionales que conforman la identidad de los individuos. El sujeto sería activo en el proceso interpersonal que lo determina (Yáñez y Cols., 2002a), y un experto en sí mismo, aunque no sea conciente de ello.

La terapia y la relación terapéutica se constituirían en un proceso de descubrimiento y de conocimiento tanto para el paciente como para el terapeuta, en una dinámica de construcción de significados. El terapeuta sería un experto en sí mismo y en la teoría, con lo que se le facilitaría el reconocimiento de los ciclos interpersonales del paciente y su funcionamiento psicológico general, a partir del contexto interpersonal que se desarrolle entre ellos (Ibidem, 2002b).

Daremos gran importancia a las técnicas psicoterapéuticas que se desprenden de este momento del enfoque, ya que tienen por objeto posibilitar en el paciente el reconocimiento de su modo de operar, y el terapeuta mediante la relación que establece con el paciente, podría intervenir sobre su ciclo cognitivo interpersonal.

Encontramos, por ejemplo, las técnicas de la exploración experiencial y la metacomunicación, que son muy utilizadas en la terapia Cognitivo Constructivista, constituyéndose como las técnicas procedurales que veremos más adelante.

En cuanto a la epistemología del Momento Cognitivo Interpersonal, se aprecia que “el sujeto interpersonal no es un ente pasivo que recibe información proveniente de una realidad objetiva, visión del sujeto mecánico y cognitivo, sino que es un sujeto activo que construye su realidad según su propia estructura y organización, lo que habla más de su funcionamiento que de una realidad externa y objetiva.” (Yáñez y Cols., 2001) Pasamos así de una visión positivista de la realidad a una constructivista de ella.

El movimiento Constructivista, entendido como una confluencia interdisciplinar de autores provenientes de la Biología (por ej., Maturana y Varela), la Cibernética (por ej. Von Foerster), la Filosofía de la Ciencia (por ej., Popper), la Física cuántica, etc., propone que la realidad no se nos revela directamente sino a través de un complejo proceso de construcción de la misma. En Psicología, esta visión ha sido defendida, de distintas formas, por autores como Barlett, Piaget, Vigotsky, Bruner, Kelly, Guidano, Mahoney, entre otros (Feixas, 2003). De este modo, esta nueva perspectiva plantea la existencia de un observador como parte integrante de lo que observa, y que todo conocimiento, en consecuencia, es en cada circunstancia una actividad autorreferencial. Esto quiere decir que el conocimiento siempre está reflejando las estructuras del organismo que está conociendo, mucho más que la estructura de la realidad externa o la realidad en sí (Ruiz, 1992).

Se descarta la idea de objetividad y de un mundo independiente del observador, y se reconoce que el conocimiento surge en las distinciones que el observador realiza a medida que trae a la mano lo distinguido a partir del lenguaje (Maturana y Varela, 1989).

Históricamente, esta visión la encontramos incluso en la antigua Grecia, ya que “desde una mirada contemporánea, asumiendo los riesgos de toda interpretación no consagrada, es posible afirmar que Protágoras fue el primer constructivista.” (López, 2001, p. 27) Hacia la mitad del siglo V antes de Cristo, en un mundo cuya tradición intelectual tenía una

concepción de hombre capaz de alcanzar la verdad universal y objetiva, este sofista griego irrumpe con una propuesta en la cual cada hombre es el único responsable de sus criaturas (Ibídem, 2001). Entonces, criticando las supersticiones y los ritos religiosos de su tiempo, Protágoras negó la posibilidad de un conocimiento de la realidad que vaya más allá de las apariencias sensibles.

Para este filósofo, el hombre sería la medida de la verdad, el valor, la ley y las normas, ya que plantea que “el hombre es la medida de todas las cosas, de las que son en cuanto son, y de las que no son en cuanto no son.” (Fragmento I, Protágoras citado en López, 2001, p. 27).

A pesar que hay quienes piensan que los orígenes del constructivismo están en la Grecia Pre-Socrática, hay otros pensadores, como Bruner (1988), que plantean que sería Kant, con la idea de “un mundo allí afuera” construido con productos mentales, quien inició el movimiento constructivista. Además, las ideas de Protágoras no fueron influyentes, porque fueron rápidamente olvidadas, pues en su época predominaba el pensamiento platónico, con un paradigma idealista y racionalista (González, 2001).

Luego, dicho paradigma fue reemplazado por uno empirista y realista, basado en un modelo biológico y en las ideas aristotélicas. Esto imperará hasta el renacimiento, en que comenzará a ser sustituido por las nuevas ideas de la Modernidad (Ibidem, 2001).

Con la Física Relativista y Cuántica, la visión del mundo comienza a cambiar profundamente, generándose una nueva revolución científica, en que las nociones de tiempo y espacio pierden el carácter de absolutos para hacerse interdependientes y relativizarse (Einstein, 1993).

Además, se considera el principio de incertidumbre o indeterminación, de Heisenberg, donde se plantea que no es posible saber al mismo tiempo la posición y la velocidad de un electrón dentro de un átomo, ya que en la acción de observar al electrón se lo está modificando e influyendo. Por lo mismo, Heisenberg (1985) sostiene que la ciencia no nos

habla de la naturaleza, sino que nos ofrece respuestas a nuestras preguntas sobre ella. Así, lo que observamos no sería la naturaleza en sí misma, sino la naturaleza a través de nuestro método de preguntar.

Entonces, el mundo de la modernidad se ve obligado a abandonar al paradigma racionalista para sustituirlo por uno nuevo. Nace así, el Paradigma Post- Racionalista (González, 2001).

Este paradigma, asienta sus bases en una epistemología constructivista, donde “todo hacer es conocer y todo conocer es hacer.” (Maturana y Varela, 1989, p. 13) Lo que existe es producto de lo que es pensado (Bruner, 1988).

El matemático y físico Von Foerster (en López, 2001), estima que es una ilusión pretender que las propiedades de un observador no entran en la descripción de sus observaciones, por lo que la objetividad sería la ilusión que las observaciones pueden hacerse sin un observador.

Asimismo, Maturana y Varela (1989) manifiestan que “todo lo dicho es dicho por alguien”, y el fenómeno de conocer, no puede ser tomado como si hubieran hechos u objetos afuera de los individuos, posibles de ser captados e introducidos en las cabezas de cada hombre, sino que “la experiencia de cualquier cosa allá afuera es validada de una manera particular por la estructura humana que hace posible ‘la cosa’ que surge en la descripción.” (Maturana y Varela, 1989, p.13)

Cualquier observación, lejos de ser externa y objetiva, es “autorreferencial”, ya que “siempre se refleja a sí misma, es decir, al orden perceptivo en que se basa, más que a las cualidades intrínsecas del objeto percibido.” (Guidano, 1994, p. 16)

Esto se relaciona con los planteamientos de Piaget (1971) respecto a la epistemología, donde dice que no se debiera estudiar el conocimiento, sino que habría que estudiar cómo se pasa de una situación de menor conocimiento a una de mayor conocimiento. Esto

transforma la problemática epistemológica, pues hay que investigar la génesis del conocimiento.

Piaget llega a una concepción de lo que es conocer, por lo que ha sido considerado el padre de las ciencias cognitivas (Molina, 1999). Para él, conocer sería asimilar el mundo (lo real) a las estructuras previas del sujeto (Piaget, 1969b).

Si consideramos que asimilar es un fenómeno biológico (por ejemplo, asimilamos alimento), donde el organismo toma un elemento del entorno, lo transforma y luego, lo asimila, entonces el conocimiento implicaría el conocer la realidad ya transformada. En definitiva, no se puede conocer la realidad en esencia (Molina, 1999).

El conocimiento dependería entonces, de las estructuras previas del sujeto. Estas serían maneras de operar respecto de la realidad. No son biológicas, ni innatas, ni adquiridas, sino que son ontogenéticas, construidas por el individuo, fruto de una psicogénesis. Piaget dice que (1969b, p. 246): “No hay estructuras innatas: toda estructura supone una construcción. Todas esas estructuras se remontan poco a poco a las estructuras anteriores.”

Las estructuras iniciales, por así decir, serían los mecanismos biológicos que están a la base, como los reflejos, que serían lo único innato. Para Piaget (1969b), un recién nacido, ya posee estructuras (heredadas filogenéticamente) que le permiten operar con el medio. Un ejemplo de ello sería el reflejo de succión, acción que le permitirá al bebé interactuar con el mundo. Así, el conocimiento que un sujeto tenga respecto a la realidad, dependerá de la capacidad de actuar que tenga respecto a esta (Molina, 1999). Nace así, la idea del sujeto activo y proactivo, donde el comportamiento es una acción hacia el medio, y no sólo una reacción frente al mismo.

De este modo, el término Constructivismo se ha usado para hacer referencia a una familia de teorías que comparten la afirmación que el conocimiento y la experiencia humana suponen una participación proactiva por parte de las personas (Mahoney, 1998), que se puede dar sólo en interacción con otros sujetos.

Por esto, “el mecanismo evolutivo fundamental de lo humano depende de la transmisión sociogenética de información mediante la enseñanza-aprendizaje.” (Waddington, 1975, p. 49) Esta transmisión sociogenética o psicosocial, es única de la especie humana, y corresponde a información puesta en símbolos (lenguaje). Dicha información ha sido creada y generada por la especie, en la medida que emerge la función simbólica que se deposita en la cultura y que se transmite a partir del aprendizaje (Ibidem, 1975). Por lo tanto, para el desarrollo y crecimiento del niño es indispensable la interacción con el ambiente social, ya que el ser humano, a diferencia de otras especies, no nace hombre, sino que se constituye como tal en la interacción con la cultura y el ambiente (Molina, 1999). Los otros individuos son indispensables para su desarrollo.

Además, vemos que este proceso es lento y progresivo, por ejemplo, el sistema nervioso de los humanos termina de desarrollarse como a los 18 años, y las estructuras cognitivas que permiten un pensamiento abstracto, se van conformando hacia la adolescencia. Es así como la concepción piagetiana demuestra que el desarrollo del pensamiento reflexivo infantil sólo aparece en la medida que el sujeto va enfrentando desequilibrios medioambientales, constituyéndose lo social como fuente de perturbaciones, aunque no de determinaciones. Es decir, sin lo social, no se generarían procesos de cambios en el sujeto, ni tampoco el desarrollo de la mente, pero cuando se generan los procesos de evolución de ésta, por la estimulación social, el desarrollo en sí, será propio del organismo (Piaget, 1971).

Por lo mismo, Piaget (1969a, p. 317) plantea que “la realidad vital fundamental está constituida por procesos continuos de autorregulaciones que implican, a su vez, desequilibrios y un dinamismo constante de equilibración.” Intervienen simultáneamente factores exógenos y endógenos. Hay interacción.

Es importante el concepto de equilibración y autorregulación que encontramos en Piaget (1969a), ya que se relaciona con lo que plantea Guidano (1997) respecto a que los organismos, los sistemas vivos se auto-organizan.

Los sistemas humanos se caracterizan por un desarrollo auto-organizador, que evoluciona de tal modo que protege su coherencia interna y su integridad (Maturana y Varela, 1989).

Entonces, si un organismo vivo es un sistema que se auto-organiza, es decir, que actúa en el medio en el cual interactúa, el orden experiencial, la experiencia del sistema vivo, no es algo que le es dado desde el exterior, sino que será producto de la interacción del sistema con el medio en el cual está. No podemos tomar la experiencia, ni la manera de ordenarla o vivirla, como algo dado desde afuera, sino que debemos empezar a investigar cómo se llega a la experiencia humana, cuál es la particular manera de llegar a ser quiénes somos, para empezar a comprender nuestra manera de ver el mundo, de percibir la realidad, de percibirnos a nosotros mismos (Guidano, 1997).

Por su parte, Vygotsky (1982) describe que el aprendizaje humano tendría una diferencia fundamental y específica respecto al desarrollo de los otros animales, y esto es que se basa en un proceso social, es decir, consiste en el acceso del sujeto a la vida intelectual de los que lo rodean.

Este autor distingue aprendizaje de desarrollo, planteando que el aprendizaje provocaría desarrollo, al revés de lo que plantea Piaget, donde primero habría procesos de desarrollo que llevarían al aprendizaje (Molina, 1999), pues la acción del entorno no es más que una perturbación. Vygotsky (1982) ve esa perturbación como ayuda, pero que a la vez determina procesos de desarrollo.

Es la vida intelectual la que posibilita al hombre evolucionar, ya que no sólo implica a lo genético y a lo biológico, sino también la evolución de un *universo simbólico*, que se comparte en el lenguaje y la cultura (Molina, 1999).

Podemos ver que Vygotsky (1982) da gran importancia a lo social en la construcción de significados. Esto se evidencia en el siguiente ejemplo: un bebé que no alcanza un juguete, estirará el brazo para intentar agarrarlo. Si la madre ve lo que hace el bebé, irá y le pasará el juguete, interpretando que el bebé estaba señalándolo para que se lo pasara. Después de un

tiempo, el bebé transformará su gesto de asir el juguete por el de señalar un objeto. Utilizará su gesto, que era espontáneo, con un significado distinto. A través de este simple ejemplo, podemos percibir la base del desarrollo del intelecto humano, ya que vemos que el significado que estaba en la madre, en el ámbito de las relaciones interpersonales, ahora está en el bebé. Lo que estaba afuera ahora está adentro. No es una internalización, sino que en el sujeto ha habido un proceso de construcción de significado. Hay un paso de lo interpersonal a lo intrapersonal.

Una de las herramientas simbólicas más relevantes para el hombre es el lenguaje (Vygotsky, 1982; Bruner 1987). A partir de la figura materna, que es la que introduce al niño en el lenguaje, éste podrá significar y rotular sus emociones, que hasta antes de la aparición de las palabras eran experimentadas por él sólo como difusos factores corporales que con el tiempo, en la medida que se constituye el aparato psíquico, se van diferenciando (Bruner, 1987).

De este modo, para Vygotsky (1982), la relación entre el hombre y la naturaleza está mediada por el lenguaje. Esta será una herramienta que le servirá al ser humano para transformar su naturaleza interna.

En definitiva vemos que, tanto Piaget como Vygotsky postularon el conocimiento como construcción, lo que contradecía los supuestos epistemológicos de su época, enmarcados en el paradigma mecanicista (ingenuo, naturalista, racionalista y positivista) que tendía a privilegiar el conductismo y a conceptualizar el aprendizaje como un resultado de asociaciones entre estímulos y respuestas, causas y efectos.

Para Piaget y para Vygotsky, el desarrollo cognoscitivo es mucho más complejo, porque no se trata de adquisición de respuestas sino de un proceso de construcción de conocimiento. El constructivismo, como perspectiva epistemológica y psicológica, propone que las personas forman o construyen mucho de lo que aprenden y entienden, subrayando la interacción de las personas con su entorno en el proceso de adquirir y reelaborar conocimientos.

Vemos que, de acuerdo a Piaget, esta adquisición se hace, primordialmente, mediante la actividad, en cambio para Vygotsky, la acción humana, por definición, utiliza instrumentos mediadores, tales como el lenguaje, los que dan a la acción su forma esencial, por lo que, más importante que la acción en sí misma, sería la acción mediada: las estructuras cognoscitivas se modifican no por la actividad por sí sola sino por la forma en que las herramientas y signos de los que se dispone hacen posible esa actividad (Vygotsky, 1988).

Es evidente que la epistemología constructivista presenta grandes diferencias respecto a la objetivista, lo que conlleva también diferencias prácticas fundamentales entre las tradiciones psicológicas (Niemeyer, 1997), lo que vemos también en la evolución y en los distintos momentos de este mismo enfoque que estamos revisando.

Recordemos que Karl Popper, si bien atraído inicialmente por el positivismo, prontamente se separa de sus principios clásicos al postular la imposibilidad de la verificación empírica de las teorías científicas, al destacar que las únicas proposiciones verdaderas son las que no nos permiten verificarlas (criterio de falseabilidad). El quehacer científico consistiría en refutar afirmaciones. Con tal acercamiento el filósofo deja a la verdad como una meta inalcanzable que permanece como regulativa del quehacer empírico (Arnold, 2004). Del mismo modo, muchos clínicos cognitivistas, cambian su visión de la realidad, desde una epistemología positivista a una constructivista. Esto lo consideramos como una de las principales características del momento Constructivista del modelo.

Niemeyer (1997) resume las principales diferencias y contrastes filosóficos entre las epistemologías constructivistas y objetivista, presentadas en un cuadro comparativo en el anexo N° 1.

En lo esencial, el Constructivismo se diferencia de los modelos tradicionales de procesamiento de la información en tres aspectos fundamentales: (Zagmutt, 1997)

- A) El conocimiento es activo y proactivo, pues conocer no se iguala a un corresponder a una realidad externa pasivamente copiada.

- B) La primacía de lo abstracto en el saber y en el sentir. Los aspectos tácitos y apriorísticos del conocimiento constriñen sin especificar, el contenido de nuestra experiencia conciente.
- C) El conocimiento es autoorganizado. La construcción de una realidad personal es independiente del mundo externo y, a la vez, subordinada a la mantención de la continuidad del sujeto.

De este modo, la realidad sólo sería posible desde el conocimiento, tesis que da lugar a diferentes posturas (Yáñez y Cols., 2001).

Por esto, es importante señalar que dentro del Constructivismo surgen diferentes propuestas, tales como el *Constructivismo Radical* y el *Constructivismo Crítico*, los que se distinguen en que los primeros adquieren una actitud solipsista, consideran que toda experiencia es construcción personal y rechazan el objetivismo y todas las formas de realismo, en tanto que los segundos sostienen una visión más dialéctica, siendo esencialmente realistas, aunque realistas hipotéticos, críticos y representativos. No niegan la existencia de un mundo físico real, aunque reconocen las limitaciones a la hora de conocer dicho mundo, ya sea de un modo directo o aproximado (Mahoney, 1988, en Goncalves, 1998). Esta visión dialéctica y crítica es la que caracteriza al último de los momentos del Modelo Cognitivo, es decir al momento actual del modelo.

El enfoque Constructivista Cognitivo se concibe como un momento continuador y consolidador del momento interpersonal. En él se afianza la noción de realidad como construida a partir de la experiencia subjetiva del individuo, pero se añade la idea de realidad “pluridimensional” (Guidano, 1994) o de “multiverso” (Maturana, 1984, 1986, 1993, en Yáñez y Cols., 2001), en el sentido que la experiencia subjetiva e idiosincrásica de los individuos constituye un universo propio, pleno de significado, pues surge y se conforma a partir de un entrelazado o red relacional e interaccional que se ordena en el lenguaje (Ibidem, 2002b).

Se postula también (Maturana y Varela, 1989) que todos los cambios que puedan experimentar los sistemas autopoieticos son determinados por su propia organización y estructura², y que los seres vivos mantenemos nuestra organización durante toda la vida. Precisamente, el que nos reconozcamos siempre la misma persona, desde nuestra infancia a nuestra vejez, está en relación a que nuestra organización ha permanecido invariante. Pero la estructura es variable: determina qué cambios son posibles para una "unidad compuesta" y que interacciones específicas se requieren para desencadenar esos cambios.

En consecuencia de ser sistemas cerrados, no tenemos acceso al conocimiento de una realidad objetiva y el conocimiento, antes que una representación correspondiente a un supuesto orden unívoco de la realidad (momentos predominantemente racionalistas en la evolución del modelo), es un orden interno de cada organismo en particular, según sea su propia estructura. Así, el conocimiento es la autoorganización de la propia experiencia y es, por lo tanto, indicativo de la estructura del organismo que conoce y no de la realidad supuestamente conocida (Balbi, 1997).

De este hecho se deriva que siendo el conocimiento humano, la autoorganización de la propia experiencia, podemos considerarlo, como a ésta, no solamente desde lo cognitivo, sino que también compuesto por aspectos emocionales que son, en definitiva, conocimiento, pues como señala Guidano: "En los seres humanos, como en todos los organismos vivientes, el sistema afectivo-emocional corresponde a una aprehensión inmediata e irrefutable del mundo." (1994, p. 90)

Estos dos aspectos, es decir, que el conocimiento es la autoorganización de la propia experiencia y que ésta es predominantemente afectiva-emocional, se han constituido como el núcleo central en la concepción del Modelo Constructivista Cognitivo.

² Aunque estos dos conceptos son propiedades de los seres vivos (entendidos en la terminología de Maturana como "unidades compuestas de una clase particular"), no son sinónimos. La organización se refiere a la relación que se da entre los componentes de una "unidad compuesta" y que determina las propiedades de esa unidad. La estructura, en cambio, apunta a los componentes actuales y a la relación que ellos deben satisfacer al participar en la constitución de una "unidad compuesta".

Por su parte, encontramos que el uso del lenguaje nos provee un mundo y una realidad, pues al comunicarnos con los otros en las distinciones del lenguaje conceptual, en un acuerdo tácito y consensuado, surge un mundo de objetos, palabras y significados, un mundo lógico y semántico, experimentado como objetivo y real.

Así, al crear un mundo objetivo diferente y separado de nosotros, el lenguaje crea las condiciones para el aumento de un sentido de mismidad³. Al mismo tiempo, facilita una ampliación y complejización crecientes de nuestra necesidad de reconocimiento y vinculación afectiva (Balbi, 1997).

Como hemos señalado, el lenguaje da una nueva dimensión de experiencia a los seres humanos, ya que a la experiencia inmediata, sensitiva, emotiva, afectiva, tácita e implícita, se agrega, en una relación funcional continua con ésta, la explicación de esa experiencia, como una nueva dimensión experiencial que los humanos no podemos evitar, y que es la experiencia mediata, explícita, cognitiva.

De este modo, el vivir en el lenguaje, además de darnos la posibilidad de autoobservarnos y de alcanzar un mayor conocimiento del mundo y de nosotros mismos, genera a su vez, un incremento del sentido de diferenciación de los otros y del mundo, que nosotros experimentamos como objetivo, y produce una complejización en nuestra subjetividad (Guidano, 1987). Por lo tanto, así como ordenamos el mundo externo, debemos ordenar también ese mundo interno subjetivo de un modo tal que nos de un sentido de estabilidad y continuidad y nos haga viable la experiencia de ser uno diferenciado entre los otros.

La identidad de cada individuo surge al diferenciarse de los otros y del mundo, en el acto de observar su propia subjetividad y en la distinción en el lenguaje que hace de ella, por lo que esta individualidad cobra un significado único para cada sujeto (Balbi, 1997).

³ 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 (Yáñez, 2004).

Y esta significación, no es una entidad estática, ni un conjunto de elementos agrupados, sino que es un proceso abierto que se va reestructurando y complejizando de modo creciente en los distintos niveles de experiencia (Ibidem, 1997).

Por otra parte, para comprender a los sujetos, el Constructivismo Cognitivo, considera los aspectos explicativos y comprensivos más que los descriptivos de los procesos psicológicos, y se le da más importancia a la forma de procesar la experiencia, que a los contenidos propiamente tales del pensamiento (Guidano, 1999b), que serían sólo un modo de acceder a los procesos subyacentes. De este modo, se puede decir que, considera los procesos de pensamiento lógico y los emocionales de los seres humanos.

Es esencial la característica, que presenta el modelo, de reconocer “la primacía funcional y estructural de los procesos abstractos (tácitos) sobre los concretos (explícitos) en toda experiencia emocional y conciente” (Yáñez y Cols., 2001, p. 104).

Se considera al sujeto proactivo, es decir, que se genera a sí mismo en una dinámica que ocurre entre la realidad y la propia organización y estructura del individuo (Ibidem, 2001), concibiendo al psiquismo humano como un sistema cerrado que se autoorganiza en función de su propia experiencia (Guidano, 1999b). “La realidad es construida en la interacción entre el medio que circunda a una sujeto dado (que incluye también al medio intraorganísmico) y la discriminación de este mismo organismo entre sus propias operaciones o estados.” (Yáñez y Cols., 2001, p. 104).

Así, si bien todo un sistema está operacionalmente constituido por su organización, su operación efectiva es realizada en y a través de su estructura, de modo tal que, aunque el dominio (o espacio) de interacciones del sistema como totalidad está especificado por su organización, las interacciones efectivas ocurren a través de sus componentes. A la luz de esto, el afirmar que los sistemas son estructuralmente determinados implica que todo lo que en ellos ocurre no está determinado por nada externo a ellos, y que cuando, como observadores, vemos algo que incide sobre un sistema, no es ese algo lo que provoca el

cambio, sino sólo lo que desencadena dentro del sistema un cambio estructural que estaba previamente determinado en la configuración del mismo (Maturana y Varela, 1989).

Por su parte, se entiende a la mente humana como una constructora de significados, los cuales se forman como resultado de la relación dialéctica entre la experiencia inmediata (conocimiento tácito/emotivo) y la reformulación en el lenguaje de esta experiencia (conocimiento explícito/racional), manteniéndose la coherencia interna de la narrativa personal (Zagmutt, 1997).

“La subjetividad es entendida como un ‘Sí Mismo’ que opera a través de un sistema de conocimiento y autoconocimiento que le permite hacer consistente, en la explicación, la experiencia de la praxis del vivir.” (Yáñez y Cols., 2001, p. 105).

El sujeto se constituye en la relación entre sus experiencias vitales y su forma de ordenar o explicar esas experiencias, de tal modo que pueda progresivamente encontrar aquellas explicaciones que sean coherentes con sus esquemas prototípicos evolutivos. Es la “dinámica, de la necesidad de conocer el mundo y al mismo tiempo de procesarlo de una manera consistente con los propios esquemas” (Ibidem, 2001, p.105), lo que va conformando la subjetividad de cada individuo en particular.

La intersubjetividad (Guidano, 1994) es un prerrequisito para la individuación y el autorreconocimiento estable, generando un sentido del sí mismo como sujeto (*yo*) y como objeto (*mí*). A través de las regularidades que aportan los comportamientos y mensajes afectivos de los cuidadores, el bebé empieza a construir sentimientos básicos que son inseparables de las primeras percepciones, acciones y recuerdos. La emergencia de esta experiencia subjetiva va unida a la percepción de que uno es una entidad diferenciada de otros objetos y personas en el mundo. Los ritmos psicofisiológicos y los esquemas emocionales se convierten así, en ingredientes básicos de la conciencia del sí mismo del sujeto infantil, conciencia que es fundamentalmente afectiva.

La autoconciencia emerge como una posibilidad de autorreconocimiento, y debe considerarse como un “proceso ontológico en el que la aptitud para lograr el equilibrio en la distinción entre la experiencia inmediata y su evaluación, a través de las interacciones con otros individuos, va acompañada por la capacidad para referir el *yo* que experimenta el *mi* que evalúa.” (Guidano, 1994, p.26) Por lo tanto, la conciencia de sí mismo sólo es posible gracias a la habilidad empática de incorporar la actitud de otro y posteriormente elaborar una imagen consciente de uno mismo dibujando emocionalmente el perfil del yo como objeto a partir de la experiencia como sujeto.

Guidano (1994) ve el desarrollo vital de la persona como un proceso en espiral en el que los continuos cambios en el equilibrio entre el yo como objeto y el yo como sujeto aportan un andamiaje que permite mantener una continuidad coherente de experiencia mientras se asimilan las perturbaciones que emergen de tal experiencia. En este proceso vital hay dos variables importantes: el papel de la conciencia de sí mismo en la regulación de las perturbaciones y el papel de la afectividad como desencadenante de tales perturbaciones.

La relación entre la estructura y la organización en constante interacción con las perturbaciones medioambientales, determinan la dinámica particular del organismo que las enfrenta (Yáñez y Cols., 2001).

Así, los aspectos discrepantes que surgen de dicha interacción, el sistema los incluye a partir de explicaciones parciales y los síntomas psicopatológicos son resultado de los esfuerzos infructuosos del sistema de conocimiento explícito en reconocer, reformular e integrar la experiencia (Zagmutt, 1997).

En ciertas ocasiones la organización interna de los individuos se vuelve extremadamente rígida, concreta y desadaptativa, por lo que surge la sintomatología como un acto cargado de significado y de sentido, el que más allá de ser resuelto en términos de extinción de conducta desadaptada, en el proceso psicoterapéutico cognitivo constructivista, busca ser comprendido y significado (Cayazzo y Vidal, 2002).

La terapia debiera buscar alcanzar una psicopatología explicativa y comprensiva en que los rasgos y síntomas de un sujeto están intrínsecamente unidos a una forma particular de asimilar e integrar la experiencia de un modo congruente y complejo (Guidano, 1994).

Guidano propone entonces a la psicología explicativa como una ciencia del significado, enfoque que toma en cuenta que es el individuo quien autoorganiza su conocimiento, lo que implicaría que la única comprensión etiológica adecuada es la de una psicopatología del desarrollo, es decir, poder mirar a la persona desde una reconstrucción de experiencias que van transformando nuestra historia, nuestro ser en el mundo y que nos llevan a entregar un significado a nuestra vida en la actualidad (Cayazzo y Vidal, 2002).

Por lo anterior, la psicoterapia buscaría un cambio en la experiencia del paciente, que el yo como sujeto tiene del yo como objeto, ya que esto permitiría reordenar la experiencia inmediata en el sentido en que los afectos negativos puedan ser vividos como propios y reales. La cualidad del cambio dependerá en gran manera del nivel de autoconciencia del sujeto, para lo cual, a través de métodos de autoobservación, se logra la diferenciación entre la autopercepción inmediata y las creencias y actitudes concientes, para luego reconstruir los patrones de coherencia que usan para mantener consistencia con sus sentimientos (Guidano, 1994).

Esta capacidad de autoobservación y de descentramiento se lograría a través de técnicas específicas, como la *Moviola* de Guidano, donde el *mi* (conocimiento explícito) comienza a cuestionar al *yo* (conocimiento tácito), permitiendo la aparición de nuevos aspectos emotivos, con lo que el cambio en la evaluación que hace el *mi* del *yo* acarrea un reordenamiento de la experiencia inmediata con una reestructuración del rango de emociones que se pueden percibir, para finalmente pasar de una actitud en que se padece externamente, a una percepción de responsabilidad interna en lo que acontece (Guidano, 1999a).

Así, la psicoterapia Constructivista Cognitiva busca un cambio en la experiencia del paciente, ya que esto permite reordenar la experiencia inmediata en el sentido que los

afectos negativos puedan ser vividos como propios y reales. La idea es lograr la diferenciación entre la autopercepción inmediata y las creencias y actitudes concientes, a través de lo que hemos llamado autoobservación y descentramiento⁴, permitiendo la aparición de nuevos aspectos emotivos, para finalmente pasar de una actitud en que se padece externamente, a una percepción de responsabilidad interna en lo que acontece (Guidano, 1999a).

Vemos que el psicoterapeuta sólo puede establecer las condiciones que puedan desencadenar una reorganización, pero no puede controlar cómo los pacientes organizan el resultado final. “La noción de terapeuta desde el modelo constructivista pasa desde una dimensión de la experticia interpersonal a la de un perturbador estratégicamente orientado, que permite a su paciente experimentar su propia subjetividad desde una nueva mirada y lugar.” (Yáñez y Cols, 2002b, p. 31)

Además, al apartarse de la epistemología positivista y acercarse a la constructivista, la psicoterapia Constructivista Cognitiva considera que la tarea del terapeuta ya no consiste en ayudar al paciente a adquirir una visión más acertada u objetiva de la realidad, sino que, dado que tanto el paciente como el terapeuta se constituyen como dos seres humanos activos que interpretan y construyen la realidad de manera activa, dan paso a la constitución de un sistema en el que el terapeuta se involucra en el proceso de construcción de la realidad del paciente y aporta a éste último la toma de conciencia de dicho proceso.

Por último, y a modo de conclusión respecto a la evolución teórica clínica general y metateórica que hemos revisado del modelo Constructivista Cognitivo, es importante destacar que “la referencia a lo constructivista pretende hacer énfasis en la naturaleza activa y proactiva del conocimiento. El aspecto cognitivo hace hincapié en que estos procesos de conocimiento ‘son el resultado del emparejamiento continuo entre la información que llega y los esquemas contextuales que resultan del nivel tácito y explícito del conocimiento’ (Guidano y Liotti, en Mahoney, 1998).” (Yáñez y Cols., 2001, p. 107)

⁴ Se explicará en detalle en el capítulo de “cambio Psicoterapéutico”.

IV.II. Teoría Clínica del Modelo Constructivista Cognitivo.

La Teoría Clínica Constructivista Cognitiva ha ido evolucionando en conjunto y como consecuencia de los cambios y avances que ha tenido la teoría y metateoría del mismo enfoque.

Encontramos que el Constructivismo y las diferentes versiones del mismo, en las cuales se enfatizan diversas premisas, no se ha consolidado como un cuerpo teórico unitario, sino que más bien se han delimitado diversas formas del mismo, en conexión a otras tradiciones psicológicas. Aunque estas distintas formas compartan un único criterio epistemológico general, este criterio no es suficiente para sostener la existencia de un marco conceptual coherente, junto con una práctica psicoterapéutica correspondiente (Zagmutt, Lecannelier, Silva, 1999), por lo que cada modelo de psicoterapia, tiene que tener un paradigma claro y delimitado, además de una forma específica de trabajo en el ámbito clínico, a pesar de provenir de una misma epistemología común.

Dentro de estas diversas formas de Constructivismo, se encuentra el Modelo de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva que se realiza en la escuela de Psicología de la Universidad de Chile y en el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) de la misma universidad, con una metateoría propia, proveniente de una serie de cambios epistemológicos, paradigmáticos y teóricos que la ciencia ha experimentado a lo largo del tiempo, y un elemento aplicado, ya que esta metateoría repercute en una particular forma de hacer psicoterapia, propia del grupo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile (Yáñez, 2002b).

De este modo, la Teoría Clínica Constructivista Cognitiva será aquella propuesta conceptual que se desprende de la teoría general y metateoría del mismo modelo, y que delimita un campo específico de actividad psicoterapéutica, permitiendo abordar los aspectos teóricos y aplicados de la evaluación, diagnóstico y procedimiento psicoterapéutico (Yáñez, 2001).

La forma particular de trabajo que postula el Grupo Constructivista Cognitivo, tiene una metodología que se estructura en torno a un particular setting, encuadre y proceso psicoterapéutico determinado (Yáñez, 2002b). Además, presenta otros elementos distintivos, como su concepción de psicoterapia, psicopatología, diagnóstico, cambio psicoterapéutico, técnicas, intervenciones y herramientas de trabajo clínico.

A continuación se presenta separadamente cada uno de estos elementos con sus respectivas variables.

IV.II.i. Psicoterapia.

Actualmente la psicoterapia se aplica a prácticas muy diferentes, en distintas modalidades y con diversos propósitos. A su vez, cada una de las distintas psicoterapias que existen, han ido evolucionando junto con los continuos procesos de cambio que hay en las formas de ver y entender el mundo.

La investigación de los resultados de la psicoterapia, demuestran los siguientes hechos: (Luborsky, 1975; Lambert y cols. 1986, 1992, en Ruiz y Cano, 2001):

- 1- La psicoterapia es más efectiva, rápida y duradera que los cambios naturales de los pacientes sin tratamiento.
- 2- La psicoterapia es más efectiva que los pacientes en lista de espera de ser tratados, y estos últimos alcanzan mejores resultados que los pacientes no tratados.
- 3- La psicoterapia suele mantener sus resultados a largo plazo.
- 4- No es posible determinar la superioridad de un enfoque terapéutico sobre otro en términos generales.

5- Respecto a los componentes de los resultados de la psicoterapia estos se centran sobre todo en la propia personalidad del paciente y en la relación terapéutica. Casi el 40% del cambio se debe a las propias características del paciente, un 30% a los factores comunes a todas las terapias o factores inespecíficos (empatía, relación, apoyo y confrontación de emociones), un 15% al efecto placebo (expectativas del paciente de que la psicoterapia le será de ayuda) y el 15% restante a las técnicas particulares de cada enfoque (por ejemplo asociación libre, exposición, análisis de cogniciones, reformulación del síntoma, exploración empática, etc.).

Por su parte, la psicoterapia Constructivista Cognitivo, integra el procesamiento cognitivo y emocional, el conocimiento declarativo y procedural, además de considerar los procesamientos psíquicos en forma lineal o secuencial y, a la vez, de manera múltiple, es decir, tomando en cuenta varios factores en paralelo.

Desde el punto de vista técnico, está doblemente orientado hacia el insight y la acción, hacia la eliminación de síntomas y al autoconocimiento, favorece la adaptación y la crítica, por lo que se puede decir que es una psicoterapia auténticamente Bio-Psico-Social, pues se sitúa en la intersección de la integración longitudinal (intersistema) y la transversal (intrasistema).

En esta psicoterapia, se considera la presencia de motivaciones y contenidos cognitivo-emocionales que son desconocidos para el sujeto, ideas que están en un nivel inconsciente, deseos y registros de memoria que no son accesibles a la capacidad de autoobservación del sujeto sin una ayuda específica para ello. Las experiencias tempranas se entienden como fundamentales, de tal forma que la personalidad se conforma en base a los procesos de relación interpersonal, incorporando los desarrollos teóricos derivados de la teoría del apego de Bowlby, como vimos en el capítulo anterior de esta investigación.

La carga afectiva de las experiencias es la que les confiere una auténtica importancia individual, por lo tanto, toda intervención, para ser efectiva, ha de estar mediada emocionalmente. Para ello, la relación terapéutica es la mejor instancia para que el paciente

despliegue su forma de interacción con los otros y los procesos de relación interpersonal, de tal forma que los modelos actuales de relación son una reedición de patrones antiguos y éstos se evidencian y se pueden modificar en el aquí y ahora de la relación terapéutica. De ahí la importancia que se le da a la metacomunicación⁵ y a la necesidad de una formación exigente que incluye una terapia personal y supervisión de los terapeutas en entrenamiento.

Cognitivamente, se utiliza a plenitud la capacidad del paciente para pensar acerca de sí mismo, fenómeno común a todas las terapias (Horowitz, 2002, en Ruiz y Cano, 1992), de sus rutinas cognitivas disfuncionales, de sus estrategias cognitivas de afrontamiento, de sus esquemas básicos (estructuras centrales de significación). Por otro lado, es una terapia que utiliza los autorregistros y las tareas para casa, y muchas de las técnicas operativas utilizadas son tomadas de los momentos cognitivo-conductuales (Caro, 1997).

Desde el punto de vista constructivista propiamente tal, Neimeyer (1998, p.18) define lo que podría ser la psicoterapia, señalando que “es un intercambio abigarrado y sutil y una negociación de significados (inter)personales. El objetivo es articular, elaborar y revisar aquellas construcciones que utiliza el cliente para organizar su experiencia y sus actos.”

Así, para el constructivismo, la psicoterapia sería un facilitador de la asimilación de la experiencia inmediata, a través de la autoobservación y comprensión de la propia dinámica emocional, con la intención que el paciente logre conocer cómo al interior de su sistema personal de funcionamiento va construyendo su significado, logrando así, nuevas nociones de sí mismo, articuladas en niveles más flexibles, plásticos, abstractos e integrados (Zagmutt, Silva, 1999).

Desde esta perspectiva se pueden facilitar, pero no dirigir los procesos de cambio humano. Es por esto que los clínicos constructivistas ven su trabajo en términos de colaboración, como co-investigadores que ayudan a los pacientes a construir teorías más coherentes y comprensivas sobre sí mismos (Niemeyer, en Mahoney, 1997).

⁵ La metacomunicación es una de las técnicas procedurales que abordaremos más adelante, pero que básicamente se refiere a la dialéctica transferencia-contratransferencia en psicoterapia.

En este sentido, “el terapeuta sólo puede intentar establecer las ‘condiciones’ capaces de provocar la reorganización, pero no determinar ni controlar el momento en que el cliente se reorganiza ni el resultado final del proceso. Esas ‘condiciones’ consisten básicamente en la producción de acontecimientos cargados de afecto, capaces de modificar la experiencia inmediata, de modo que el cliente no puede evitar reconocerlos y autorreferírseles” (Guidano, 1994, p. 149).

De este modo, la Psicoterapia Constructivista Cognitiva, en cuanto a su teoría y práctica, se constituye como un procedimiento basado en un modelo teórico psicológico, que refiere una metodología de abordaje de los desórdenes psicológicos, tanto en sus aspectos sintomáticos como en los procesos subyacentes que dan origen a una patología. Este procedimiento supone tres componentes, que serían el terapeuta, el paciente y la relación terapéutica (Yáñez, 2000).

Considerando lo anterior, se hará referencia a cada uno de ellos:

IV.II.i.a. Paciente:

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 (Yáñez, 2002b).

IV.II.i.b. Relación terapéutica:

Contexto interpersonal de encuentro entre paciente y psicoterapeuta, donde se crean condiciones particulares para que opere el cambio en dirección de la mejoría de los síntomas y/o de los cambios profundos y superficiales asociados a los desórdenes psicológicos. Estos cambios en distintos niveles dependen de los objetivos, el momento y las condiciones en que se encuentre la terapia (Yáñez, 2000).

Es imposible considerar al paciente que sigue una terapia, independientemente del terapeuta. Asimismo, la relación terapéutica se considera no tan sólo un requisito para el proceso de cambio, sino como la instancia fundamental en la cual es posible interactuar y

atender a los requerimientos del paciente. De este modo, la relación se convierte tanto en espacio como en vehículo de cambio.

La relación terapéutica es una interacción real y por lo tanto la estructura y reciprocidad de sus aspectos emocionales facilita la asimilación del paciente de nuevas experiencias y la reorganización de las anteriores (Guidano, 1999b). Por esto hay que considerar el contexto interpersonal de la relación terapéutica, así como también los nuevos modos que se vayan generando en el paciente de experimentar su sí mismo.

Gelso y Carter (1985, en Kleinke, 1995) identificaron tres componentes existentes en toda relación terapéutica: alianza de trabajo, transferencia e intercambio personal.

La noción de *alianza terapéutica* cobra especial importancia y ha sido objeto de estudio específico en la investigación sistemática en psicoterapia en los últimos cinco años, constituyendo tema de numerosas publicaciones e investigaciones de diversa índole (Ablon y Jones, 2000; Horvath, 2000 citados en Bejarano y Romero, 2001).

Los estudios no han sido concluyentes respecto a la naturaleza de la alianza terapéutica, ya que no se reconoce una teoría que pueda dar cuenta en forma única a dicho constructo, lo que tampoco se ha dado en términos psicométricos, sobre todo en lo concerniente a validez y confiabilidad (Bejarano y Romero, 2001). Sin embargo, sí se reconoce la relevancia y el poder predictivo que esta noción tiene en el futuro de la psicoterapia.

Safran (citado en Bejarano y Romero, 2001), realizó un análisis exhaustivo referente a la investigación en psicoterapia y dio cuenta que, en los estudios realizados por Lambert (1986) y Lambert, Shapiro y Bergin (1986), sólo el 15% de la variación en los resultados de la terapia es atribuible a factores técnicos específicos, mientras que hasta un 45% de variación se puede atribuir a factores de la relación terapéutica (Bejarano y Romero, 2001).

De hecho, Botella y Corbella (2003) han investigado que la orientación cognitiva (concretamente las perspectivas constructivistas) ha llegado a considerar la alianza

terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998, citados en Botella y Corbella, 2003).

Encontramos que Safran y Muran (2000, en Bejarano y Romero, 2001) la definen como el grado de acuerdo y/o concordancia en las percepciones entre terapeuta y paciente. Por su parte, Bordin (1976, citado en Botella y Corbella, 2003) definió la alianza como el encaje y colaboración entre el paciente y el terapeuta, además de identificar tres componentes que la configurarían: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos.

Se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación (Botella y Corbella, 2003).

IV.II.i.c. Psicoterapeuta.

Experto en una teoría psicológica clínica y en los procedimientos que crean condiciones para el cambio psicológico (Yáñez, 2000).

De este modo, para crear dichas condiciones, el psicoterapeuta Constructivista Cognitivo es “un perturbador orientado estratégicamente, es decir, un profesional de la ayuda que, al realizar la tarea ‘técnica’ de modificar los patrones de autoconciencia del cliente, se mantiene extremadamente atento para utilizar las oscilaciones emocionales en curso, detectadas en el contexto terapéutico interpersonal, a fin de facilitar la comprensión por el cliente de lo que se está reconstruyendo” (Guidano, 1994, p. 151).

Así, el terapeuta podrá intentar establecer las condiciones para el cambio psicológico, las que consistirán fundamentalmente en la producción de acontecimientos cargados de afecto. En este sentido, no controlará, ni determinará cuándo o cómo ocurrirá el proceso de reorganización del paciente (Guidano, 1994).

El terapeuta, para lograr lo anterior, debería tener ciertas características personales, tales como ser un buen abductor, capaz de hipotetizar, para estar en permanente generación de preguntas e interrogantes susceptibles de verificar en torno a los procesos psicológicos que surgen en la interacción con el paciente (Cayazzo y Vidal, 2002).

“La responsabilidad del terapeuta constructivista es crear un contexto interpersonal seguro para la exploración de posibilidades” (Guidano, 1999a, pp. 136-137). Además, debe haber un compromiso emocional en la relación terapéutica, ya que facilita el cambio psicoterapéutico. Esto implica tanto al paciente como al terapeuta, donde este último es quien debe demostrar, a través de lo que dice o hace, que está “dispuesto a cumplir un ofrecimiento en cuanto el oyente lo acepte” (Guidano, 1994, p. 151).

“El rasgo crucial que caracteriza la actitud del terapeuta en la autoobservación es su capacidad para diferenciar entre la experiencia inmediata y su explicación más reflexiva” (Guidano, 1999a, p. 135). Esto facilitará en el paciente lo que Guidano (1994) ha llamado *efecto discrepante* (derivado de las intervenciones y explicaciones del terapeuta), capaz de suscitar una modificación en el punto de vista que el paciente tiene de sí mismo.

Para esto, el terapeuta debe respetar los tiempos y capacidades de cada paciente, ya que se debe permitir que haya un cambio desde sus propias posibilidades. Por lo tanto, “es fundamental la flexibilidad del clínico para reconocer el tipo de enfrentamiento y la significación que el sujeto hace de la realidad y ser capaz de permitir una aproximación al paciente desde donde éste pueda recibirla” (Cayazzo y Vidal, 2002, p. 85).

Por lo anterior, es de vital importancia que el psicoterapeuta, desarrolle ciertas competencias, como variables inespecíficas que incidirán en el éxito de la terapia. Estas competencias ayudan para que pueda operar efectivamente hacia el paciente como perturbador emocional estratégicamente orientado.

Competencias.

Considerando lo relevante que son las variables inespecíficas en el establecimiento de la alianza terapéutica, en la función del psicoterapeuta, y por ende, en los resultados de la psicoterapia Constructivista Cognitiva es que en este apartado abordaremos estos aspectos.

Se ha investigado respecto a las variables inespecíficas de la función del psicoterapeuta en su desempeño profesional, y Lambert (1989, en Kleinke, 1995) tras analizar la investigación entorno a los resultados de la psicoterapia concluyó que las competencias y características personales del psicoterapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que la orientación teórica o las técnicas utilizadas para el tratamiento.

Encontramos así, motivaciones personales funcionales y disfuncionales para emprender la profesión de la psicoterapia, donde las primeras aumentan la capacidad de la persona para brindar un servicio competente y eficaz, mientras las segundas las disminuyen, además de entorpecer la satisfacción y felicidad del mismo psicoterapeuta (Guy, 1995).

Las motivaciones funcionales serían factores personales favorables y deseables que llevan a una persona a convertirse en un psicoterapeuta competente.

Cuando hablamos de competencias de una persona, nos referimos a aquellas características personales y técnicas que hacen que un sujeto se desempeñe de modo sobresaliente en una función o rol específico dentro de una cultura determinada. Estas dependen no sólo de la persona en cuestión, sino también de las características contextuales e interpersonales en que se desenvuelva dicha función (Yáñez, 2003).

De este modo, a partir de ciertas investigaciones que buscan factores comunes de los psicoterapeutas efectivos, encontramos que algunas características descritas por Albert Ellis (1985, en Kleinke, 1995) son:

1. Interés vital por ayudar a los pacientes y energía dispuesta a trabajar para satisfacer dicho interés.
2. Aceptar incondicionalmente a sus pacientes como personas.
3. Confiar en sus propias habilidades terapéuticas, es decir, lo que Cormier y Cormier (1994) denominan sentimientos de competencia profesional.
4. Poseer amplios conocimientos teóricos y prácticos, siendo flexibles y estando abiertos a adquirir nuevas competencias.
5. Eficacia en comunicar y enseñar a sus pacientes nuevas formas de pensar, expresar emociones y comportarse.
6. Capacidad de afrontar y aliviar sus propias perturbaciones. Cormier y Cormier (1994) plantean que es vital el conocimiento de sí mismo que posea el terapeuta para su desempeño.
7. Tener paciencia, ser persistentes y trabajadores en su práctica terapéutica.
8. Ética y responsabilidad de utilizar la terapia en beneficio del paciente.
9. Actuar profesionalmente en el ámbito terapéutico, pero continuar siendo capaces de mantener cierto grado de humanidad, espontaneidad y disfrute personal en lo que hacen.
10. Ser animosos y optimistas.
11. Ayudar a sus pacientes a sentirse mejor, venciendo los síntomas presentes, pero además ayudarlos a tener cambios profundos que les sirvan para mantener sus logros, continuar mejorando y evitar futuros trastornos.

12. Intentar superar sinceramente los sesgos que puedan tener a favor o en contra de un paciente y que puedan interferir con su eficacia terapéutica.
13. Poseer suficiente capacidad de observación, sensibilidad hacia los otros, inteligencia práctica y juicio como para desanimar a sus clientes de tomar decisiones absurdas y temerarias y/o de dañar seriamente a los otros, es decir, lo que Cormier y Cormier (1994) describieron como competencia intelectual.

Se han descrito además (Cormier y Cormier, 1994), tres condiciones relacionales, que serían: la empatía, la genuinidad y la aceptación positiva.

La empatía hace referencia a la habilidad para ponerse en el lugar del otro y desde ahí, comprender sus emociones, pensamientos y conductas, dándoles a entender que les comprendemos (Weiner, 1975, en Carrasco, M. J., 2002). Como señalan Ruiz y Villalobos (1994, citados en Carrasco, M. J., 2002), un terapeuta empático ha de ser capaz de entender adecuadamente no sólo los pensamientos y sentimientos que el paciente está expresando, reconociendo su significado, sino también las implicaciones emocionales, conductuales y cognitivas que tienen en su vida. La importancia de esta habilidad en el desarrollo terapéutico se plasma de diferentes formas, ayudando su presencia en los distintos momentos de la intervención, así como se puede ver dificultado y entorpecido el proceso cuando hay una carencia de dicha habilidad por parte del terapeuta.

La comprensión empática del terapeuta afectará al proceso de terapia de diversas maneras y en diversos momentos. Puede, en un primer momento, favorecer la colaboración del paciente, que al sentirse comprendido y entendido colabora de forma activa en el proceso proporcionando información relevante que ayuda a la evaluación y comprometiéndose en la terapia. Además, potencia el establecimiento de una alianza terapéutica que permitirá que el terapeuta y el paciente estén de acuerdo sobre los objetivos y prioridades de la intervención, lo que causará probablemente una mayor adhesión al tratamiento. Luego, la comprensión de la visión y vivencia del paciente facilitará la selección de las estrategias, adaptando el proceso de terapia al ritmo que la persona precisa, graduando cuidadosamente las

dificultades de forma que la consecución de pequeños logros sirvan de incentivo para el mantenimiento del trabajo (Carrasco, M. J., 2002). Asimismo la comprensión empática del terapeuta facilitará el abordaje de las resistencias a la terapia y al cambio, presentes en todo proceso terapéutico, explorando los sentimientos y percepciones del paciente que pueden estar en la base de sus dificultades.

Por su parte, la genuinidad puede ser definida como un interés real por las personas y su bienestar, y la aceptación positiva, como la capacidad del terapeuta de crear un clima donde la persona se sienta respetada, no juzgada y entendida, lo que facilitará la colaboración y la implicación en el proceso de cambio.

Muy relacionado con lo anterior, encontramos también que, a partir de un estudio exploratorio descriptivo realizado por Salvo (2003), las variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia fueron enumeradas como sigue:

1. El terapeuta asume un rol de facilitador del cambio terapéutico:
 - Evitando asumir el rol de experto
 - Ofreciendo a los pacientes una nueva perspectiva de sus problemas y de sus vidas
 - Asumiendo un rol predominantemente activo en el proceso terapéutico.

También en este punto, respecto a que el terapeuta asume un rol facilitador del cambio terapéutico, consideramos relevante lo que Guy (1995) plantea respecto a la tolerancia a la ambigüedad, relacionado con la resistencia a llegar a conclusiones prematuras, lo que requiere que el terapeuta sea reticente a dar respuestas rápidas, a hacerse cargo de la situación ejerciendo el control o asumiendo una posición autoritaria frente a la confusión del paciente (Storr, 1979 citado en Guy, 1995). El psicoterapeuta debe centrarse en estimular al paciente para que él mismo encuentre sus propias soluciones, frente a lo cual hay que tener mucha paciencia, por ser el proceso psicoterapéutico a menudo lento y laborioso.

Además debe ser capaz de conversar, pues la conversación es el modo y medio de la psicoterapia, por lo tanto es necesario que el psicoterapeuta tenga una facilidad de expresión verbal (Guy, 1995).

2. Los terapeutas efectivos poseen grandes habilidades para establecer una buena relación terapéutica con sus pacientes:
 - Considerando la relación terapéutica significativa como base del proceso terapéutico
 - Capacidad para escuchar. Vemos que es muy importante ser un buen oyente para ser psicoterapeuta, ya que la capacidad de escuchar se ha descrito (Fromm-Reichmann, 1960, en Guy, 1995) como el instrumento curativo fundamental del terapeuta.
 - Capacidad para sentir y expresar empatía, aceptación incondicional y acogimiento a sus pacientes. Vemos así, que no sólo escuchar es importante, ya que empatizar y comprender al paciente favorece enormemente la alianza terapéutica.
 - Capacidad de facilitar un clima igualitario y de colaboración mutua.

Son importantes la curiosidad y el carácter inquisitivo que se describe de los terapeutas, lo que se evidencia en un interés natural por la gente, con una curiosidad inherente a la personalidad del psicoterapeuta por la conducta de los demás y de sí mismo. Además existe un carácter inquisitivo que se inclina a examinar las emociones y las motivaciones humanas. Marston (1984, citado en Guy, 1995) describe este aspecto como el deseo de descubrimiento, deseo que lleva a la más profunda comprensión de la vida y de la experiencia humana.

Por su parte, deben poseer cierta capacidad de reír, pues el humor tiene cierto aspecto curativo cuando se presenta en el momento y de modo oportuno, favoreciendo también al fortalecimiento del vínculo terapéutico (Guy, 1995).

3. Los terapeutas efectivos cuentan con un amplio repertorio cognitivo, afectivo y conductual.

4. El grado de efectividad de los terapeutas puede verse afectado por una serie de variables:
 - o No se puede ser igualmente efectivo con todo tipo de pacientes
 - o El emparejamiento entre las características de pacientes y de terapeutas puede hacer variar el grado de efectividad
 - o Existen diversas maneras de mantener e incrementar el nivel de efectividad de los terapeutas.

5. Los terapeutas efectivos son personas relativamente sanas, maduras y que atienden a su propio desarrollo y bienestar integral:
 - o Conciencia respecto de cómo los propios estados emocionales afectan la calidad del trabajo
 - o Manejo de la ansiedad y la impulsividad
 - o Congruencia entre la vida personal y la vida profesional
 - o Autocuidado mediante instancias de supervisión, de trabajo en equipo y de terapia personal, entre otras actividades.

Esto se relaciona con la capacidad de introspección del terapeuta, descrito por Guy (1995), quien dice que es un rasgo que predispone al psicoterapeuta a aceptar y comprender los sentimientos del paciente, además de ayudarlo a entablar una relación interactiva que aumenta la autoexploración del paciente (Rogers, 1951, citado en Guy, 1995). Además, estar conciente de las propias emociones y sentirse cómodo con los propios sentimientos, promueve una naturalidad que propicia el desarrollo de la psicoterapia y la curación del paciente. Asimismo, permite al terapeuta sentirse cómodo ante la expresión emotiva de los demás, ya que es necesario que sea capaz de tolerar la amplia gama de emociones que los pacientes experimentan y expresan. Además debe ser capaz de tolerar la intimidad, es decir, debe tener la capacidad de sostener y tolerar una intimidad y proximidad con los pacientes por largos períodos. Es preferible que el psicoterapeuta posea como característica propia el desear intimidad, proximidad y contacto con las personas (Ibidem, 1995).

6. Los terapeutas efectivos poseen un alto grado de flexibilidad:

- Capacidad de establecer una relación flexible entre la teoría y la práctica
- Flexibilidad para adaptarse a las características particulares de sus pacientes
- Capacidad para adaptarse a las necesidades particulares de los contextos en que trabajan.

Guy (1995) se refiere a la capacidad de calor humano y atención, para describir la actitud paciente y cuidadosa del terapeuta hacia los pacientes, acompañada de tolerancia y falta de prejuicios, para lo que se requiere ser una persona flexible. La atención y el interés se expresan en una atmósfera de aceptación y valoración.

Esto último también puede relacionarse con lo que Guy (1995) ha denominado la capacidad de autonegación, donde el interés del encuentro terapéutico se centra en las necesidades y conveniencias del paciente, por lo que el terapeuta está obligado a contenerse por estar inmerso en relaciones unilaterales, donde se estimula al paciente a exhibirse, mientras el terapeuta sólo lo hace de manera mínima. Esto corresponde a lo que el grupo de psicoterapia constructivista cognitivo de la Universidad de Chile llama *abstinencia*, que describiremos más adelante.

7. Los terapeutas efectivos están constantemente interesados en aprender más sobre sí mismos:

- Interés en el autoconocimiento y autodesarrollo
- Constante actualización
- Capacidad para reconocer sus propias limitaciones.

Por su parte, el terapeuta debe aprender a sentirse cómodo al advertir que normalmente se verá en situaciones de gran influencia y poder frente a sus pacientes, sin que esto intervenga en su desempeño (Guy, 1995). Debe aceptarse con el adecuado desapego, ya que es desfavorable para el proceso psicoterapéutico que el terapeuta se sienta omnipotente o, por el contrario, que se incomode frente a situaciones de idealización. Esto es lo que Cormier y

Cormier (1994) refirieron como sentimientos resueltos sobre sí mismo en relación al poder.

8. Los terapeutas efectivos utilizan diversos criterios para evaluar constantemente su propia efectividad:
 - Evaluar positivamente su grado de efectividad
 - Capacidad para evaluar cambios y progresos en el proceso terapéutico mediante los signos del propio paciente
 - Capacidad para establecer metas claras, alcanzables y significativas para el paciente
 - Realización de seguimientos
 - Sometimiento a instancias de supervisión.

9. Los terapeutas efectivos confían firmemente en la capacidad para cambiar de sus pacientes:
 - Respeto y valoración de la complejidad y diversidad de la naturaleza humana
 - Capacidad de comprender el mundo de significados de sus pacientes
 - Habilidad de motivar a sus pacientes mediante la exploración y el énfasis en sus recursos
 - Promoción de expectativas positivas de cambio en sus pacientes
 - Promoción de la responsabilidad de sus pacientes.

10. Un terapeuta efectivo requiere de una formación amplia, completa e integral
 - Requiere de una sólida formación teórica
 - Requiere de un adecuado entrenamiento referido a la investigación en psicoterapia
 - Requiere de entrenamiento en habilidades terapéuticas
 - Debe entrenarse en habilidades relacionales
 - El terapeuta requiere de espacios de supervisión
 - Necesita espacios de trabajo personal

- Requiere una formación interdisciplinaria
- Los supervisores deben fomentar actitudes de respeto y tolerancia en sus estudiantes.

11. La preocupación por la efectividad del terapeuta es una obligación ética.

Del mismo modo que los autores que hemos mencionado, Kleinke (1995) refiere la proximidad del psicoterapeuta con sus pacientes como una característica fundamental, donde el terapeuta próximo será aquel que comunica a sus pacientes un interés real (lo que describimos como genuinidad) y será capaz de embarcarse en un diálogo activo con el paciente, respondiendo verbalmente con proposiciones congruentes al mensaje que se le está comunicando (capacidad de escuchar, de empatizar y de conversar). Así, la proximidad promoverá un diálogo fluido en el cual el paciente experimentará reconocimiento, confianza y estímulo. La proximidad se expresa también a través de lo no verbal, como lo serían el contacto visual, las expresiones faciales de atención y las posturas corporales abiertas, factores que consideramos son variables inespecíficas fundamentales que inciden en los resultados de la psicoterapia, por lo que propondremos darle importancia a su desarrollo.

De este modo, con todas las descripciones revisadas, podemos ver que las *competencias del psicoterapeuta* son el conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas sobresalientes en psicoterapia. Involucran al sujeto en su totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo (Yáñez, comunicación personal, 2004).

Así las competencias, en general, son el resultado de cuatro componentes: (Ibidem, 2004)

1. Conocimiento: Conjunto de contenidos conceptuales que se expresan en dispositivos cognitivos acerca de un determinado campo del conocimiento. Implican un manejo y dominio teórico sobre un tema.

2. **Habilidades:** Repertorios de acción que resuelven eficientemente las demandas operativas o técnicas de un área del funcionamiento humano.
3. **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 expresa esa conducta.
4. **Auto concepto:** 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. Incluiría autoestima y autoconocimiento, referido el primero a la noción emocional que tiene el individuo acerca de su propia competencia, y el segundo, relacionado más bien con las variables cognitivas del sujeto.

Yáñez (comunicación personal, Enero, 2004) plantea que el psicoterapeuta debe desarrollar competencias tanto técnicas como personales. Ambas estarían compuestas por las variables: conocimiento, habilidades, actitud y auto concepto. Estas se interrelacionan, en el sentido que si se genera un cambio en una de ellas, inevitablemente se producirá un efecto en todas.

Por ejemplo, si un psicoterapeuta trabaja en desarrollar sus habilidades técnicas y personales, necesariamente aumentará el conocimiento de sí mismo, del mundo y de los otros seres humanos, ya no sólo mediante la teoría, sino también, a través de la experiencia y la técnica.

De este modo, si nos centramos en las habilidades psicoterapéuticas, tanto desde una perspectiva técnica como personal, y proponemos un taller con un eje central en el desarrollo de habilidades, simultáneamente habrá una modificación en las variables de conocimiento, actitud y auto concepto (Yáñez, comunicación personal, Noviembre, 2004).

No hay que olvidar que las habilidades técnicas devienen del conocimiento formal, y requieren conductas de entrada, que corresponden a las habilidades personales (Ibidem, 2004). Estas últimas pueden ser confluentes o discrepantes con las habilidades técnicas, por

lo que dependerá de cada sujeto en particular, y de sus características propias, qué habilidades necesitará desarrollar más en su proceso de formación.

Es así que Yáñez (2004) plantea que las habilidades técnicas y personales son el resultado de la combinación inextricable entre el eje de lo formativo (*esquemas ideológicos formales*) y el eje de lo experiencial o idiosincrásico (*esquemas ideológicos idiosincrásicos*).

En otras palabras, las habilidades podrán entenderse como un sistema de dispositivos cognitivos conceptuales que facilitan conocer y comprender la emergencia de fenómenos complejos. “Dichos dispositivos están conformados por al menos dos contenidos: los componentes conceptuales idiosincrásicos, cuyo origen se remite a la historia particular de vida de cada sujeto y en la cual los acontecimientos, las interacciones sociales y las distintas formas culturales van dejando una impronta que se revela en una ideología de vida personal (Modelos ideológicos idiosincrásicos) que condiciona y guía toda su existencia (...) y los dispositivos cognitivos, 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.” (Yáñez, 2004, p. 2)

Por lo tanto, si consideramos ambos componentes de los dispositivos cognitivos de los terapeutas, podemos concluir que su identidad psicoterapéutica, se desprenderá de esta particular manera de relacionarse con la realidad, la que se expresará en una forma específica, desplegada en su quehacer profesional cotidiano (Ibidem, 2004).

IV.II.ii. Psicopatología.

El Modelo Psicológico Constructivista Cognitivo utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), como dispositivo teórico que permite establecer un lenguaje común y consensado con otras disciplinas, como la psiquiatría, respecto a lo que le ocurre al paciente, y la psicofarmacología necesaria para la remisión

sintomática y el abordaje psicoterapéutico (Yáñez y Cols., 2002b), pero fundamentalmente entiende la psicopatología desde una nosología procesal sistémica.

Si consideramos que los seres humanos son los únicos animales que para existir tienen que darle sentido a la vida, pues para los otros animales, existir es nada más que vivir sin tener que darle sentido de nada, ya que la vida es en sí misma (Ortega y Gasset, citado en Yáñez, 2004), debemos entender que deben concurrir una serie de fenómenos progresivos y de complejidad creciente para que ello ocurra.

Entre éstos encontramos una respuesta constante a las demandas del medio, una permanente capacidad de incorporar al interior del sistema nuevos contenidos, una serie jerárquica de estructuras de conocimiento del sí mismo y una operatividad del sistema que le hagan posible responder a las diversas y novedosas demandas del medio, tanto interno como externo, y en la misma medida, elaborar diversas 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. El efecto de la operación de estos fenómenos es la conformación del sí mismo que experimenta y se explica la praxis vital (Yáñez, 2004).

En la dinámica de la evolución ontológica del Sí Mismo, entendido como el sistema de conocimiento invariante básico que otorga un sentido constante, personal y único que surge de la tensión esencial entre la experiencia en curso (Yo) y la explicación de ésta (Mi) (Guidano, 1997), podemos distinguir procesos de nivel profundo, que están relacionados con la estructura del sistema, y procesos de nivel superficial, asociados a su operatividad (Yáñez, 2004).

Esa dinámica conlleva a una fluctuación entre los procesos de mantenimiento (mismidad) y los procesos de cambio (*ipseidad*)⁶, lo que posibilita la reorganización y complejización del sistema de conocimiento (Guidano, 1994).

⁶Ipseidad: 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.

Vemos que desde la concepción constructivista de lo humano, no es posible hablar de anormalidad o normalidad, como dos entidades estáticas, ya que como propone Levine, citado por Guidano (1994), la normalidad no es existente en una forma completa, sino como aproximación relativa y cuantitativa.

Lo importante de este modo de comprensión de lo humano, es el hecho que cada sujeto funcionará desde su propia organización de significado personal, es decir desde su particular forma de significar los acontecimientos que le ocurren en la realidad.

Las organizaciones de significado personal se constituyen como procesos flexibles y dinámicos, donde la anormalidad y normalidad son consideradas como dimensiones de procesamiento modificables dentro de una determinada organización (Yáñez y Cols., 2002b).

Estas dimensiones de procesamiento, llamadas también 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 (Yáñez, 2004).

Esto significa que la tendencia central del nivel operativo es mantener la estabilidad del sistema, aún al costo de levantar mecanismos de defensas llamados *sistemas de control descentralizado*, pues instalan una significación parcial o transitoria a los contenidos de la experiencia, o bien, desarrollan complejos sintomáticos o constelaciones de síntomas, que pueden ser categorizados como alguno 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.” (Ibidem, 2004, p. 10)

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

Asociadas con procesos de cambio y de predominio de contenidos emocionales expresados en activaciones emocionales recurrentes (Yáñez, 2004).

permiten resolver las demandas de cambio o mantenimiento de la coherencia del sistema” (Ibidem, 2004, p.11).

La dinámica de estas categorías no es lineal, sino que es el resultado de una circularidad dialéctica determinada por las condiciones contextuales, interpersonales e intrapersonales.

Estas dimensiones operativas son: (Yáñez, 2004)

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 que 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.

Según Yáñez, los procesos abstractos pueden ser o no parte de la conciencia. Cuando lo son, podemos 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, es decir, con lo que

sería el sistema de conocimiento tácito, de modo que no todos los contenidos abstractos son exclusivos de la conciencia.

b) Flexibilidad – Rigidez: Se refiere a la dimensión operativa que permite al sí mismo diversas modalidades de procesamiento simbólico de la experiencia en curso. 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. Es así como construimos la delimitación propia del sí mismo, que nos permite distinguimos 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 el aumento de la generatividad y complejidad del sistema. Al mismo tiempo esta complejidad permite acrecentar los 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, citado en Yáñez y Cols., 2002b).

c) Inclusión – Exclusión: Esta dimensión operativa tiene que ver con la capacidad del sujeto para integrar nuevos contenidos a partir de las presiones que ejerce la experiencia en curso (el Yo, que experimenta y actúa), 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 autoreconocimiento, 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. En palabras de Guidano (1994), es el sentido de reconocimiento relativamente estable que nace de una de una demarcación igualmente estable entre la autopercepción (el “sentido interior” experimentado subjetivamente) y la percepción del mundo (el “sentido exterior” experimentado objetivamente con los otros).

Esta dimensión, es el resultado de al menos dos fenómenos propios de la mismidad, en los que se ve requerida la necesidad de inclusión: (Yáñez, 2004)

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. “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”. (Reda, 1986, en Yáñez y Cols., 2002b) 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. 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 de la experiencia. Por lo tanto, el resultado es que se interfiere el aumento en complejidad del sistema de conocimiento estrechando las posibilidades vivenciales y de operación.

La categoría de inclusión permite al sistema humano ampliar las dimensiones del conocimiento, para así disponer de mayores y mejores oportunidades de adaptación. Esta habilidad tiene como resultado cambios en la organización del sistema de conocimiento, transformando las pautas de coherencia interna mediante crecientes 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 nivel de persistencia y permanencia de los niveles de respuesta motor, emotivo y cognitivo, ante los desafíos o amenazas, y los modos de enfrentar y resolver las distintas problemáticas, requerimientos y situaciones a los que está expuesto el individuo en su diario vivir. Esto se relaciona con lo que veremos más adelante respecto a la asertividad reformulada.

Lo psicopatológico de esta categoría, concierne 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 el desentendimiento.

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.

De este modo, la *generatividad* es el resultado de estas dimensiones operativas, pues se refiere a la progresión de la complejidad del individuo en cuanto a la coherencia 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 anteriormente mencionados: flexibilidad del sistema, abstracción de los niveles operativos e inclusión sistémica del flujo de la experiencia.” (Yáñez, 2004, p. 14)

Por lo tanto, del estado de las categorías operativas antes mencionadas depende la estabilidad del sistema y de 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 que es el resultado de perturbaciones tanto concientes como, las más de las veces, inconscientes, es la evidencia palpable que el organismo se encuentra en un estado de transición desde el equilibrio al desequilibrio en la organización de su sistema” (Yáñez, 2004, p. 14), y por ende, está en búsqueda de novedosas alternativas para obtener un nuevo estado. Así, es más probable el cambio natural o producto de la psicoterapia, a pesar de lo amenazante y perturbador que pueda resultar el desequilibrio para el sistema.

Al respecto Guidano señala que 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 (Gould, 1980 en Guidano, 1994), donde el desarrollo vital no refleja una curva continua de adquisición acumulativa de conocimiento, sino una curva discontinua en la que los períodos de relativa estabilidad estructural son interrumpidos por episodios de perturbaciones de todo el sistema. “Esta situación sin duda constituye una metáfora, que desde otras disciplinas, nos introduce una posible comprensión para entender el sentido que para un sujeto, puede tener un síntoma, como resultado de su propio proceder.” (Yáñez, 2004, p. 15)

IV.II.iii. Proceso psicoterapéutico.

El desarrollo del proceso psicoterapéutico constructivista cognitivo es posible dividirlo, para efectos didácticos, en una serie de fases: (Yáñez y Cols., 2002b)

- a) Fase de Evaluación: corresponde a las tres primeras sesiones, y tiene por objetivo conocer al paciente y su problemática, además de iniciar el proceso de alianza terapéutica. La primera sesión se inicia con el motivo de consulta del paciente, y hacia el final de la sesión se explica el encuadre explícito, lo que abordaremos más adelante. Luego, en el transcurso de estas sesiones, se intenta abordar de manera general las distintas áreas de funcionamiento del paciente, y el terapeuta a modo de apoyo personal en el proceso de conocer al sujeto, puede elaborar un genograma y

una línea de vida, con los aspectos más relevantes que vaya relatando el consultante. Esta fase culmina con la *devolución*, instancia en que el terapeuta expone sus impresiones clínicas y llega a un acuerdo con el paciente acerca de los objetivos psicoterapéuticos.

- b) Fase de Ajuste: se inicia el trabajo psicoterapéutico propiamente tal, fundamentalmente focalizado en el motivo de consulta, en la sintomatología y en los objetivos que se han establecido de mutuo acuerdo. Acá el terapeuta pretende conocer más profundamente a su paciente, definir cuál pudiese ser su modo de significar la realidad y su estilo de funcionamiento. Paralelo a esto, el paciente toma conciencia y empieza a familiarizarse con el estilo y forma de trabajo del terapeuta, sobre todo en lo referido al encuadre y calidad de la relación terapéutica.
- c) Fase de trabajo terapéutico orientado hacia cambios profundos: se continúa abordando la sintomatología, pero al mismo tiempo los aspectos estructurales del paciente, que tienen que ver con su modo de significación de la realidad (su operar) y se establece qué elementos disfuncionales son posibles de deducir a partir de este proceso idiosincrásico de significación. En esta etapa es posible trabajar en paralelo los aspectos procedurales del paciente, el abordaje estructural y la sintomatología, convergiendo así técnicas operativas cognitivas y conductuales con técnicas procedurales, que caracterizan al modelo, y que las describiremos en el apartado de técnicas constructivistas cognitivas.
- d) Fase de Cierre: se enfatizan la importancia de ayudar a los pacientes a elaborar el significado de la finalización. El proceso de enfrentarse a la separación-individuación y pérdida es una lucha central y continua en la vida y la constricción temporal de la terapia realza este hecho, por lo que es útil entender la existencia humana como una vinculación de la tensión dialéctica continua entre la necesidad de independencia y la necesidad de proximidad, donde la necesidad de independencia o de autodefinirse está en conflicto con la necesidad de relacionarse (Safran, 2002). El proceso de autoafirmación está amenazando intrínsecamente a la

relación con el otro. Consideramos que la verdadera individuación se da en el contexto de una base segura, y la verdadera proximidad (entendida como opuesta a la simbiosis) presupone la consecución de la individuación y la capacidad para la intersubjetividad (Benjamin, 1988 en Safran, 2002). Esta dialéctica queda resaltada siempre que las tensiones emergen en la relación terapéutica, y su liberación se consigue de forma particularmente acentuada en el contexto de la finalización del tratamiento. Por esto, la elaboración de las tensiones en la relación terapéutica y de los conflictos alrededor de la finalización puede proporcionar valiosas oportunidades a los pacientes para aprender a negociar de una manera constructiva las necesidades de individuación y de cercanía que están en conflicto sin renegar de ninguna de las dos necesidades (Safran, 2002).

El fin de la terapia en este modelo es de mutuo acuerdo con el paciente, luego que se han logrado los objetivos psicoterapéuticos. Esto, siempre y cuando ni el terapeuta ni el paciente consideren necesario reestablecer los objetivos y continuar con la terapia.

Luego de terminada la terapia, para no hacer tan difícil la separación para el paciente y a modo de seguimiento, se controla al paciente en un mes, y luego dentro de seis meses, evaluando si continúa progresando por sí mismo, o si necesita volver a terapia.

Siempre se deja abierta la posibilidad de regresar, para que el paciente pueda contar con esta ayuda profesional sin reparos.

IV.II.iv. Diagnóstico.

Toda terapia debe basarse en un diagnóstico, que resulta de integrar factores bio-psico-sociales, y cumple un papel múltiple para el terapeuta constructivista cognitivo.

Por un lado, permite identificar las experiencias que el paciente no es capaz de autorreferenciar, reuniéndolas en un cuadro psicopatológico. Por otro lado, el diagnóstico conecta al síntoma con la cadena de significados y secuencializaciones de cada individuo.

Así, durante el proceso psicoterapéutico que hemos descrito, el sujeto será capaz de autorreferenciar la experiencia que vive y cómo se la explica desde una condición externa, incluso física. “De esta manera, si la persona logra explicar la situación, recupera el control tanto de la situación como de sí misma.” (Vergara y Gaete, 1999, p. 106)

Además, el diagnóstico permite orientar al psicoterapeuta en el proceso terapéutico, en virtud de las urgencias, necesidades y motivaciones que trae cada paciente (Ibidem, 1999).

Por otra parte, el diagnóstico de cuadros psicopatológicos, permite al terapeuta comunicarse en un lenguaje común y consensuado con otras disciplinas y con otros colegas, a la vez que diferenciarse de los mismos, pues es una explicación de los síntomas, donde las teorías clínicas difieren, fundamentalmente por las diferencias en los supuestos epistemológicos (Ibidem, 1999).

Así, el diagnóstico constructivista cognitivo tendrá las funciones de describir la sintomatología del paciente y la de comprender la misma. De este modo, el diagnóstico sirve para comprender por qué el paciente consulta, cuán enfermo está, cómo se enfermó y cuál es el sentido que tiene para el sujeto su enfermedad.

IV.II.v. Cambio psicoterapéutico.

Una pregunta fundamental en psicoterapia, es cómo se crean las condiciones que permiten el cambio significativo de los pacientes. Las respuestas son múltiples y dependen principalmente de la adscripción a una determinada teoría psicológica clínica. Esto también abre las interrogantes acerca de cuál es el verdadero valor del cambio y el alcance que este tiene en la vida de las personas que demandan psicoterapia. Del mismo modo, las respuestas a esto son heterogéneas y, en algunos casos, soberbias, en cuanto a la propia teoría (Yáñez, 2004).

La psicoterapia constructivista cognitiva postula dos niveles de cambio terapéutico. En primer lugar, los *cambios superficiales* implican abordar aspectos operativos del vivir que

se ven alterados o perturbados, y que constituyen lo que llamamos síntomas, que son el motivo principal de las señales de cambio y mejoría para el paciente (Ibidem, 2004). Se intenta resolver el malestar del paciente o un conflicto predominante, es decir, la terapia focaliza su atención en cierto conflicto, buscando resolverlo en forma directa y específica.

En segundo lugar, está el proceso de *cambio profundo*, que supone aumentar los niveles de autoconciencia del paciente, en otras palabras, mantener el proceso de construcción ontológica, a través de desarrollar actitudes de abstracción lingüística (simbolización), que permiten atribuir significado a la experiencia en curso, consistentes con la mantención estable de la coherencia del sí mismo (Ibidem, 2004). “Autoconciencia es siempre conciencia de los otros y existe por medio del lenguaje y dentro de un contexto histórico” (Guidano, 1994, p. 27).

La relación entre cambio y significación es una dinámica ineludible durante el proceso de psicoterapia, lo que se da a nivel simbólico, es decir, en el espacio conversacional entre terapeuta y paciente, y en este sentido, las técnicas, con sus procedimientos, contribuyen a generar contenidos experienciales vívidos disponibles para la significación (Yáñez, 2004).

Mediante el proceso continuo de reordenamiento de la experiencia inmediata (“Yo”) en un sentido conciente de sí mismo y del mundo (“Mí”), cada sujeto es capaz de estructurar una demarcación estable y a la vez dinámica entre lo que es real y lo que no lo es en su praxis de vida. Sin embargo, mientras que la modulación emocional aportada por el “Yo” que experimenta puede exceder cierto umbral, que sale y entra de la conciencia, las posibilidades efectivas que se reconozca y evalúe como de uno mismo conciente (“Mí”) dependen de las capacidades abstractas de autorreferencia que se hayan estructurado hasta el momento en el sujeto (Guidano, 1997). “En este sentido, una modificación terapéutica significativa coincide con un *cambio en la evaluación del ‘Mí’ respecto al ‘Yo’ que experimenta*, es decir un reordenamiento de la experiencia inmediata en el que los afectos negativos que se percibían como ‘extraños’ e ‘irreales’ pasan a ser evaluados como emociones personales ‘reales’ y autorreferidas al propio sentido conciente de continuidad y unicidad.” (Guidano, 1997, p. 375)

Para que se genere un cambio en psicoterapia, es necesario que el paciente no sólo incorpore e integre las discrepancias sobre sí mismo y su realidad, sino también que se experimente a sí mismo y a los demás de nuevas maneras (Vergara y Gaete, 1999).

Además, es fundamental cambiar el foco desde los contenidos hacia los procesos, ya que en estos últimos es donde encontramos los verdaderos cambios en psicoterapia, es decir, en la forma de significar, entender y vivir a nivel emocional las propias experiencias. Por esto, no se logra un cambio efectivo y perdurable si se trabaja exclusivamente sobre los contenidos que trae el paciente. Estos son sólo una puerta para ayudar a los pacientes a comprender y explicarse sus procesos subyacentes e inconscientes.

Safran y Segal (1994) han descrito tres mecanismos de cambio que implican la adquisición de nuevas experiencias:

- a) Descentramiento: experimentar el propio rol en la construcción de la realidad. Se alude a la posibilidad de distanciarse de la experiencia inmediata, lo que permite al sujeto observar sus propias reacciones y hacerse responsable de ellas. Además, permite reconocer que la realidad no es algo absoluto, inmutable e inalterable, sino más bien algo que se construye.
- b) Desmentido experiencial: rebatir creencias disfuncionales acerca del sí mismo y de otros, mediante nuevas experiencias. El uso de técnicas tanto conductuales como cognitivas sirven para propiciar que el paciente cree y pruebe nuevas estrategias al enfrentarse a distintas situaciones.
- c) Acceso a información sobre disposiciones a la acción: descubrir aspectos de la propia experiencia interior de los que previamente no se tenía conciencia. Así, el paciente puede ir reconociendo, diferenciando y muchas veces incorporando nuevas emociones.

“El cambio requiere algo más que la comprensión conceptual o análisis racional; significa experimentar al sí mismo y a los demás de nuevas maneras.” (Ibidem, 1994, p.19) Esto en terapia, se puede lograr activando los tres mecanismos mencionados, a través de la exploración de ciertos acontecimientos en la vida del paciente fuera de la terapia, o bien de la relación terapéutica misma, lo que describiremos en las técnicas de psicoterapia constructivista cognitiva.

La idea es que el sujeto vaya reordenando gradualmente sus experiencias a partir de patrones afectivos, logrando un mayor nivel de autoconocimiento, el cual permite aceptar, ampliar y flexibilizar su intrínseca forma de sentir, explicar y actuar. Además, el “proceso tiene como última finalidad lograr que el individuo tenga un sentido de sí mismo único, coherente y continuo en el tiempo.” (Vergara y Gaete, 1999, p. 109)

IV.II.vi. Encuadre.

“El encuadre psicoterapéutico es uno de los factores técnicos de la clínica psicológica que genera 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.” (Yáñez, 2004, p. 8) Además, permite delimitar la relación, tanto dentro como fuera de sesión.

“Un encuadre bien instalado en la relación terapéutica, se constituye en herramienta fundamental de cambio del paciente.” (Yáñez, 2004, p. 8)

Para este efecto vamos a entender por encuadre constructivista cognitivo a las reglas interpersonales que regulan la relación terapéutica. Es decir, la operación de estas reglas permite que el paciente y el terapeuta compartan, en acuerdo recíproco, estas reglas y se adscriban de una manera natural y fluida al funcionamiento de ellas a través de todo el proceso terapéutico (Ibidem, 2004).

Se propone la existencia de un encuadre explícito y un encuadre implícito, que en diferente medida, son responsables de regular la relación terapéutica, ambos encuadres son mutuamente dependientes, pero sin embargo, su origen es diferente.

A continuación los describiremos por separado: (Yáñez, 1999)

- a) **Encuadre Explícito:** Se refiere a las reglas de funcionamiento del proceso psicoterapéutico acordadas, y que son explicitadas por el terapeuta, para definir o delimitar los márgenes en que va a ser posible la relación.

Este aspecto del encuadre está cercano a la noción de contrato terapéutico en el cual se fijan las metas y objetivos, además de los medios para alcanzarlos. Se refiere también a cierto estilo terapéutico que se propone o que caracteriza el quehacer de un determinado psicoterapeuta.

A nivel más concreto, se acuerdan o se fijan los honorarios, el tiempo de sesión, la frecuencia de estas, las ausencias justificadas o no justificadas, los atrasos, el modo de comunicación entre sesiones, el lugar y la hora de sesión, entre otros, como que se garantiza la confidencialidad del proceso, lo cual debe ser así, excepto en las instancias de supervisión del terapeuta con colegas, que también respetarán el principio de confidencialidad. Todos estos aspectos deben ser abordados en la primera sesión.

Es importante señalar que, previo a la explicitación de estas reglas, existe un encuadre que regula las entrevistas iniciales de la terapia constructivista cognitiva y que tiene por objeto decidir si es pertinente o recomendable que un determinado paciente sea atendido por con un terapeuta constructivista cognitivo. Los criterios que convergen para tomar esta decisión corresponden al terapeuta y al paciente. Para decidir esto último, el terapeuta tomará en consideración tanto desde lo teórico como desde su experticia y competencias, el motivo de consulta que el paciente trae y como se vincula al estilo o personalidad del paciente, lo que permite definir conveniencia o no de la psicoterapia, su posible diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Es importante evaluar previamente las posibilidades de establecer una alianza terapéutica, base ineludible del trabajo clínico para el despliegue y cambio

del paciente. El terapeuta en la fase de evaluación, también estima, desde el mundo personal del terapeuta la factibilidad de trabajar con un determinado paciente. Este último decide, principalmente en base a su experiencia directa con el terapeuta, si le parece trabajar en psicoterapia, tanto respecto del estilo, como desde las características personales del terapeuta (Yáñez, 1999).

b) Encuadre Implícito: Se refiere a aquellas reglas relacionales, que están determinadas principalmente por el comportamiento no verbal, específicamente de parte del terapeuta en cuanto a delimitar las interacciones expresivo-motoras posibles de llevar a cabo durante la sesión o el proceso terapéutico general. La tendencia deseable en el modelo psicoterapéutico constructivista cognitivo es la de evitar al máximo las actuaciones de este nivel de lenguaje, dado que su componente es involuntario, por lo que puede ser interpretado por el paciente, en cualquier sentido, especialmente en la confirmación de sus esquemas cognitivos interpersonales. Hay que considerar que en este nivel, el registro de las actitudes del terapeuta frecuentemente es inconsciente, por lo que el paciente puede sentirse emocionalmente perturbado, sin saber a qué atribuirlo.

Otra fuente de encuadre implícito son las costumbres y usos sociales 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 cultura específica, tenderá a prevalecer y a instalarse de una manera natural, pero que puede interferir con los propósitos de la psicoterapia cognitiva; es el terapeuta como modelo de rol, apoyado en la intención de *neutralidad y abstinencia*, el que puede atenuar o neutralizar el impacto que pueden tener las costumbres en el proceso psicoterapéutico.

Las particularidades técnicas clínicas del contexto interpersonal, permiten instalar la psicoterapia y la relación terapéutica en un ambiente propicio para el cambio, y en eso juega vital importancia el encuadre clínico (Ibidem, 1999).

Es importante señalar que entenderemos la *neutralidad* como la postura del terapeuta que implica no juzgar las conductas, los pensamientos, los deseos y los sentimientos del

paciente (Gabbard, 2002), lo cual se torna muy difícil, pues aunque sea por medio del lenguaje no verbal, el terapeuta siempre expresará ciertos juicios, por lo que más bien la neutralidad se ha definido como la toma de una posición equidistante entre un objeto viejo del pasado del paciente y el objeto nuevo del presente del terapeuta (Greenberg, 1986 en Gabbard, 2002). “El terapeuta es atraído a un rol evocado por el mundo interno del paciente y luego intenta desembarazarse de ese rol para reflejar lo que está ocurriendo entre el paciente y el terapeuta.” (Gabbard, 2002, p. 102)

Por su parte, la *abstinencia* hace alusión al establecimiento de límites en la relación por parte del profesional, lo que no debe confundirse con una rigidez o frialdad del terapeuta. Además, en la terapia está obligado a contenerse por estar inmerso en relaciones unilaterales, donde se estimula al paciente a exhibirse, mientras el terapeuta sólo lo hace de manera mínima (Guy, 1995).

IV.II.vii. Setting.

Se refiere a la delimitación del contexto psicoterapéutico, constituido por los elementos físicos y su disposición espacial, en los cuales se desarrolla cada sesión del proceso psicoterapéutico (Yáñez y Cols., 2002b).

La idea fundamental del setting es que se debe proveer al paciente un lugar acorde al encuadre, regido por los principios de neutralidad y abstinencia, lo que conlleva idealmente desarrollar la terapia siempre en un mismo lugar físico, donde los elementos del mobiliario se encuentren dispuestos de manera estable. Se agrega a esto, la intención de no exponer o revelar al terapeuta en sus aspectos más personales, por ejemplo, no debiera haber fotos de su familia, ni afiches de partidos políticos, religión, etc., para que el lugar sea lo más neutro posible, constituyéndose así en un espacio físico y psíquico de contención y abstinencia terapéutica, con el fin que el paciente pueda libremente desplegarse en él (Ibidem, 2002b).

En la forma de trabajo del modelo, por lo general, hay dos sillas o sillones, que se sitúan frente a frente, ligeramente en diagonal, para dar la posibilidad de descansar la mirada (en

lo no verbal). La distancia debe ser la adecuada para que tanto paciente como terapeuta puedan moverse tranquilamente en su asiento, sin topar con el otro, es decir, que ninguno se sienta invadido y tenga un espacio suficiente para moverse. No se utiliza una mesa entre ambos sujetos, sino que el terapeuta dispone de un escritorio a su lado para que pueda tomar nota cuando lo estime necesario, es decir, fundamentalmente en las primeras sesiones, aunque como veremos en el apartado de intervenciones, lo que más se prioriza es la escucha terapéutica, por lo que escribir muchas veces puede ser un factor perturbador y distractor en dicha función.

IV.II.viii. Técnicas.

Se entiende por técnicas aquellas estrategias terapéuticas que se desprenden de la teoría y que demandan del terapeuta competencias técnicas especializadas, que se incorporan mediante un aprendizaje donde se relacionan los ámbitos de la teoría con la práctica psicoterapéutica. Además se requiere de competencias personales, las cuales son parte del repertorio natural y característico del terapeuta (Yáñez y Cols., 2002b).

Entre las técnicas del Modelo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile (Ibidem, 2002b), las cuales poseen un procedimiento específico de aplicación, distinguimos dos tipos, que son las llamadas *técnicas operativas* y las *técnicas procedurales*, cada una de las cuales apunta a objetivos diferentes dentro de la terapia, siendo las primeras más bien de tipo conductual y cognitivo clásico, y utilizadas fundamentalmente para la remisión sintomática, mientras las segundas buscan más bien que el paciente logre aumentar sus niveles de insight, con un trabajo y un cambio más profundo y estructural, con el propósito de mantener sus cambios en el tiempo.

A continuación describiremos cada una de las técnicas mencionadas:

- a) Técnicas Operativas: “Estas tienen su origen en los momentos conductual y cognitivo del modelo y pueden ser incorporadas en distintas fases de la terapia.” (Ibidem, 2002b, p.72) Presentan como objetivo central la remisión sintomática del

paciente. No buscan un aumento de los niveles de autoconciencia, ni la autocomprensión del sujeto y de sus reglas de ordenación de su experiencia, sino que “sólo un cambio más superficial que, a juicio del terapeuta, será beneficioso para el paciente.” (Ibidem, 2002b, p.72) Entre ellas se puede destacar la Desensibilización Sistemática, la Programación Conductual, la Reestructuración Cognitiva de Beck y las Técnicas de Autocontrol, entre otras.

- b) Técnicas Procedurales: Van dirigidas a la organización u operar del paciente y “se basan en el método de la autoobservación descrito por Guidano; buscan centrar al paciente en la interfaz entre la experiencia inmediata y la explicación para un aumento de su autoconciencia, poniendo el énfasis en enfocarse sobre el proceso de ordenamiento de la experiencia del paciente.” (Ibidem, 2002b, p.72)

Podemos distinguir dos Técnicas Procedurales (Yáñez y Cols., 2002b), que son la **Exploración Experiencial**, que transcurre fundamentalmente en el eje diacrónico, pues por lo general es sobre experiencias o acontecimientos que el paciente trae de afuera a la sesión, aunque también puede transcurrir en lo sincrónico, pues puede ser utilizado para explorar emociones que se le producen al paciente dentro y en la terapia. La otra técnica procedural es la **Metacomunicación**, que transcurre en el eje sincrónico.

A continuación haremos una breve descripción de cada una de estas técnicas, pues son características del Modelo Constructivista Cognitivo:

1. Exploración Experiencial.

El método esencial para llevar a cabo la psicoterapia constructivista cognitiva, es la autoexploración, entendida como un proceso de búsqueda vivencial, que consiste en llegar a darse cuenta de aspectos del proceso interno, que de otro modo hubieran sido inaccesibles a la conciencia (Greenberg y Cols., 1996).

“Este proceso no es solamente un análisis racional, sino que implica contactarse con el modo de operar del sujeto tanto de su particular manera de asignar significado a lo que le rodea, como de su funcionamiento afectivo.” (Leiva y Vásquez, 1999, p. 70) Es así como, a través de la exploración experiencial, es posible la autoexploración.

“La Exploración Experiencial es una técnica que permite al Sí mismo darse cuenta de su modo de operar y de su particular modo de significar y de emocionarse frente a la realidad en que está inserto.” (Yáñez y Cols., 2002b, p. 73). El objetivo es reevocar contenidos que vienen de lo diacrónico para re-experienciarlos en un corte actual y sincrónico. Se caracteriza por el uso del método de la Autoobservación (Guidano, 1994, 1999a) y el Descentramiento (Safran y Segal, 1994).

“La autoobservación proporciona la materia prima necesaria para la reconstrucción de los acontecimientos de interés terapéutico, y opera en la interconexión entre la experiencia inmediata y la explicación simbólica. Permite la exploración y el análisis de tres niveles de procesamiento: la conciencia inmediata, las explicaciones mediatas y la relación dinámica y siempre en evolución entre estos contrastes básicos.” (Guidano, 1999a, p. 135)

El método procesal de la autoobservación permitiría un cambio tanto a nivel cognitivo como a nivel emocional.

Para esto, “el rasgo crucial que caracteriza la actitud del terapeuta en la autoobservación es su capacidad para diferenciar entre la experiencia inmediata y su explicación más reflexiva” (Ibidem, 1999a, p. 135), por lo que los psicoterapeutas deben desarrollar esta capacidad, pues dentro del uso de las técnicas del modelo, se torna en una competencia terapéutica fundamental.

Guidano plantea que esta capacidad de autoobservación y de descentramiento de los pacientes se alcanzaría de modo más específico mediante la técnica que llamó *la Moviola*. Acá, lo central es la comprensión y resignificación de lo diacrónico desde lo sincrónico, ya que el paciente podría representar una determinada escena desde el punto de vista subjetivo,

y al mismo tiempo ser capaz de contemplarse a él mismo desde fuera, lo que le entregaría una apertura emocional a nivel tácito y una resignificación a nivel explícito. De este modo, el mí (conocimiento explícito) comienza a cuestionar al yo (conocimiento tácito), permitiendo la aparición de nuevos aspectos emotivos, con lo que el cambio en la evaluación que hace el mí del yo acarrea un reordenamiento de la experiencia inmediata con una reestructuración del rango de emociones que se pueden percibir, para finalmente pasar de una actitud en que se padece externamente, a una percepción de responsabilidad interna en lo que acontece (Guidano, 1993, citado en Cayazzo y Vidal, 2002).

Entonces, lo que hay que tener en mente es que los hechos que relata el paciente corresponden a su experiencia inmediata, mientras que su explicación y razonamiento son formas de autorreferirlos para hacerlos comprensibles (Guidano, 1999a).

Por esto, el terapeuta no debería centrarse sólo en el contenido de lo que habla el paciente, ni tampoco exclusivamente en la forma en que lo hace, sino que “mientras reconstruye el acontecimiento con la misma meticulosidad con la que se construiría la escena de una película, debería ser capaz de cambiar continuamente su objetivo de un nivel a otro.” (Ibidem, 1999a, p. 136)

Así, en el primer nivel, el terapeuta considera cómo se produjo la experiencia del paciente en la situación, y en el segundo nivel, el terapeuta pregunta cómo autorrefiere y explica el paciente lo que ocurre en la situación.

Este proceso puede estar referido a experiencias que ocurrieron fuera de la sesión o dentro de la sesión, es decir, que ocurren en la relación terapéutica, proceso en el cual el terapeuta debe participar como objeto de trabajo terapéutico desde lo inevitable de ser sujeto.

La función que cumple la Autoobservación a nivel profundo, es permitir el acceso a aquellos contenidos a los cuales el paciente no ha hecho referencia explícita (Yáñez y Cols, 2002b).

El terapeuta debe introducirse en las fracturas del discurso del paciente. La exploración está más centrada en el procedimiento que en los contenidos, lo que aparece evidente en la relación del terapeuta con el paciente, pues el terapeuta es minucioso, centrado en el procedimiento y en la metodología de la intervención, lo que en definitiva bajará las defensas del paciente, lo cual permite que emerjan más fácilmente ciertos contenidos (Ibidem, 2002b).

Encontramos que la técnica de la exploración experiencial opera en tres niveles conceptuales distintos: Cognitivo, Emocional y de Contenido (Yáñez y Cols., 2002b):

A nivel cognitivo se utiliza “cuando hay una confusión respecto al contenido, en donde el paciente no sabe muy bien lo que pasó en el transcurso del relato de su historia, o no puede ordenar u organizar su pensamiento respecto a determinados hechos.” (Ibidem, 2002b, p. 74)

A nivel emocional se utiliza principalmente cuando las emociones muy desbordantes y/o recurrentes o cuando son muy difusas, en donde el paciente presenta dificultad en reconocer el estado emocional en que se encontraba en cierta situación o en la misma sesión (Ibidem, 2002b).

Y a nivel de contenido, son usadas cuando hay poca claridad respecto de los hechos, pues el paciente no sabe lo que sucedió o se niega a trabajar ciertos temas. Esta confusión surge del terapeuta, no del paciente. Se utiliza para trabajar contenidos de la historia del paciente (eje diacrónico), y que surgen fuera de la sesión. Se despliega a partir de la discordancia o desborde experiencial del paciente y que es percibida por el terapeuta a partir de una falta de claridad conceptual en los hechos narrados, por compromiso o turbulencia emocional del paciente o por un marcador interpersonal (Leiva y Vásquez, 1999).

El procedimiento de la exploración experiencial es el siguiente:

“Frente a un contenido que el paciente presente en la sesión y que le provoque perturbación, tanto cognitiva como emocional, el terapeuta le propone que puede ser trabajado en detalle. Si el paciente está de acuerdo en hacerlo, se pasa a la etapa siguiente, en que se le pide que enfoque una situación concreta que tenga que ver con el contenido perturbador. Una vez identificada, se le indica al paciente que se sumerja en la situación evocada, revisándola escena por escena. Se le ayuda a reexperimentarla desde el comienzo, identificando en detalle el contexto, los personajes y el lugar de éstos en las escenas. El análisis tiene que ser antes, durante y después del momento que los pacientes identifican como más destacado en la situación, tanto de cada escena como de la panorámica en general.” (Leiva y Vásquez, 1999, pp. 70-71)

A través de este proceso puede llegar a identificarse la escena prototípica y explicarla, pero hay que ser conscientes como terapeutas que este es un proceso lento y difícil.

“Es importante que en todo momento el terapeuta lleve a un análisis bifocal, es decir que el paciente pueda identificar sus sentimientos con respecto a la situación vivida, y además se concentre en las interpretaciones y explicaciones racionales que reflejan su manera de significar este acontecimiento. Para esto debe centrarse principalmente en dos interrogantes: el ‘por qué’ de esa experiencia, que lleva a las explicaciones reflexivas; y el ‘cómo’ la persona la vivió y sintió en ese momento, que correspondería a la experiencia inmediata. En cuanto el paciente empieza a lograr ver la diferencia entre estos dos aspectos de su vivenciar, va siendo capaz de mirarse en primera persona en las situaciones, es decir desde un punto de vista subjetivo; y a mirarse a sí mismo desde fuera, o sea desde un punto de vista objetivo.” (Leiva y Vásquez, 1999, p. 71)

Esto se refiere a la capacidad de descentrarse⁷ (Safran y Segal, 1994), que implica ver el aporte que los pacientes mismos hacen en las situaciones en que están involucrados. Es un proceso que “permite abrir una brecha entre el acontecimiento producido y la reacción del individuo.” (Ibidem, 1994, p. 156)

⁷ Ver Capítulo IV.II.v. Cambio Psicoterapéutico

Al continuar la exploración, los aspectos externos de la situación empiezan a converger con la experiencia interna del paciente, proporcionándole una nueva conciencia de la propia experiencia en ese momento (Leiva y Vásquez, 1999). Es importante que los pacientes “reexperimenten y exploren tanto sus reacciones a nivel de ‘sentimientos’ internos frente a la situación estimular, como la naturaleza de su propia interpretación perceptual de la situación. Estos dos aspectos de su reacción pueden ser importantes para lograr conciencia de la naturaleza de sus propias interpretaciones idiosincrásicas del significado personal de la situación.” (Greenberg y Cols., 1996, p. 179)

Así, esta etapa de la exploración de la experiencia se completa cuando el paciente descubre que su reacción ante cierta situación, que le parecía confusa o inadecuada como respuesta, era en realidad congruente con su propia interpretación del significado emocional de la situación en ese momento y con los sentimientos activados por dicha interpretación. Esto produce un reconocimiento por parte de los pacientes de la manera en que reaccionaron en una determinada situación, como un ejemplo de un modo de funcionamiento más generalizado (Ibidem, 1996; Leiva y Vásquez, 1999).

La toma de conciencia antes mencionada lleva a una reestructuración de aspectos del sí mismo: las personas empiezan a tener un sentido de lo que quieren cambiar y de lo que ya han empezado a cambiar, lo que según Greenberg (1996), sería un segundo momento de cambio y lo llama como reconocimiento y reexamen de los esquemas relevantes del sí mismo: ampliación, profundización y apropiación.

Es importante que el terapeuta actúe como un guía del paciente en esta exploración de la situación, haciendo reflexiones siempre tentativas y tratando de no forzar el análisis hacia un cierto objetivo (Leiva y Vásquez, 1999).

“La técnica de Exploración Experiencial lleva a un descubrimiento de nuevos aspectos del sí mismo que no estaban plenamente conscientes, y que están influyendo en la manera de reaccionar, percibir y sentir las situaciones, de tal manera que es un instrumento de insight” (Ibidem, 1999, p. 72) o introspección en la terapia constructivista cognitiva.

“El efecto terapéutico básico de esta técnica no es la modificación de modos de pensar considerados erróneos que es el objetivo de la teoría Cognitiva Racionalista basado en el concepto de que existe una forma real y correcta de percibir la realidad, y que la persona tiene que adaptarse a ésta, sino que la adquisición gradual por parte del paciente de mayor flexibilidad en la evaluación de su dinámica individual.” (Yáñez y Cols., 2002b, p. 77) De este modo se logrará en la terapia, que el paciente vaya modificando la manera de percibir y explicarse ciertos acontecimientos, además de la adquisición de un mayor repertorio de respuestas emocionales y conductuales, “encontrando nuevos significados que representen mayormente la experiencia del sí mismo en el mundo.” (Greenberg, 1993, en Leiva y Vásquez, 1999, p. 72)

2. Metacomunicación.

La metacomunicación es la otra técnica procedural del modelo, y “permite utilizar la interacción terapéutica con el fin de proporcionar al paciente retroalimentación sobre sus reacciones emocionales y las conductas que generan esas reacciones en otros.” (Leiva y Vásquez, 1999, p. 64) De esta manera, se le ayuda al paciente a colocarse en una posición de agente que puede verse a sí mismo como participante activo en las interacciones y no como víctima de las circunstancias que no logra comprender.

La metacomunicación consiste en un intento de desprenderse de la configuración relacional puesta en acción al tomar la interacción habitual como foco de la comunicación. Así, el término metacomunicación es más amplio que el término revelación contratransferencial del modelo psicoanalítico, ya que si bien el intento de comprender una puesta en acción a menudo implica la revelación contratransferencial, también puede implicar otros actos, tales como compartir observaciones, hacer preguntas, etc. Al contrario que en la interpretación tradicional de transferencia, en la que el terapeuta ofrece una conjetura sobre las dinámicas inconscientes del paciente o sobre el significado de la interacción del momento, en la metacomunicación se intenta disminuir el grado de inferencia. Estos esfuerzos están, en la medida de lo posible, basados en la experiencia inmediata que el terapeuta tiene de cierto aspecto de la relación terapéutica (sea éste los propios sentimientos

del terapeuta o una percepción inmediata de cierto aspecto de las acciones del paciente). El objetivo es iniciar una exploración explícita de algo que se ha puesto en acción inconscientemente (Safran, 2002).

Para llevar a cabo esta técnica, el terapeuta debe asumir la posición de observador, en el sentido de tomar un punto de vista orientado hacia el paciente, lo más objetivo posible; y a su vez, participante, en el sentido que siempre el punto de vista será subjetivo y orientado hacia sí mismo. Esta posición le permite observar la interacción en que participa con el paciente y al mismo tiempo sentir y tomar conciencia del influjo interpersonal de éste (Leiva y Vásquez, 1999). Esto es lo que clásicamente en psicología, proveniente de una corriente más bien analítica, se ha llamado transferencia y contratransferencia en la relación terapéutica, donde el psicoterapeuta debe ser capaz de sentir lo que le provoca el paciente para poder trabajar sobre esta información. Para esto, el terapeuta debe conocerse profundamente, para así lograr distinguir los conflictos propios de los del paciente. En este sentido el desarrollo de competencias psicoterapéuticas está íntimamente relacionado con este aspecto.

Vemos que en la medida que el paciente ejerce una fuerte influencia sobre el terapeuta, probablemente suscitará en éste una respuesta complementaria a su conducta. Cuando un individuo ejerce una fuerte presión para suscitar una conducta complementaria es difícil no responder en consecuencia, es lo que explicábamos en el primer capítulo respecto al ciclo cognitivo interpersonal. Por ejemplo, si una persona actúa en forma dominante, otra podría responder fácilmente en forma complementaria con una conducta de sometimiento (Ibidem, 1999).

“Las personas a menudo no se dan cuenta a qué están respondiendo, cuando alguien las incita a actuar de un modo complementario. Del terapeuta entrenado se espera que posea la habilidad técnica de reconocer marcadores interpersonales de su paciente.” (Ibidem, 1999, p. 65)

El proceso de metacomunicación terapéutica comprende tres etapas: (Ibidem, 1999, Yáñez y Cols., 2002b)

A. Etapa de Enganche: El terapeuta en esta etapa se siente impactado con la conducta del paciente. Esta conducta lo fuerza a responder en forma restringida, tiende a dar una respuesta complementaria. El terapeuta se ve impelido, arrastrado, a actuar confirmando y no cuestionando el ciclo cognitivo interpersonal del paciente.

B. Etapa de Desenganche: En esta etapa el terapeuta debe advertir, atender y tratar de catalogar lo que le suscita el paciente, para luego interrumpir las respuestas complementarias.

El primer paso en el proceso de desenganche o desvinculación consiste en tomar conciencia de los propios sentimientos y tendencias a la acción con respecto al paciente. Considerando que el terapeuta está necesariamente siendo influido por el paciente, puede experimentar ciertos sentimientos y emociones sin llegar a advertirlos y catalogarlos.

Por lo tanto, debe estar atento a advertir y luego catalogar los compromisos a los cuales le arrastra el influjo de un paciente. Mientras el terapeuta no advierta lo que le está sucediendo internamente, se encuentra atrapado en el juego transaccional del paciente.

La capacidad de tomar plena conciencia de los propios sentimientos y tendencias a la acción mientras se interactúa con el paciente, es por lo tanto un requisito previo para llevar a cabo con eficacia esta técnica. Los terapeutas con un autoconcepto rígido tendrán dificultades para tomar conciencia de ciertos sentimientos que le suscita el paciente. Por ejemplo, los terapeutas que creen que está mal sentirse atraídos hacia un paciente pueden tener dificultades para reconocer dichos sentimientos cuando surgen en la terapia. Algo similar ocurriría con aquellos que creen que siempre deben ser cálidos, protectores y empáticos con los pacientes o que tienen rígidas exigencias de ser infaliblemente competentes, los que tendrán dificultades para reconocer sentimientos de impotencia o desvalimiento frente a los pacientes.

C. Etapa de Intervención: En esta etapa el terapeuta le habla directamente al paciente acerca de la interacción entre ambos, haciendo referencia explícita a la respuesta distintiva del terapeuta a determinadas conductas del paciente.

La manera en que se transmite esta retroalimentación tiene vital importancia. Debe ser tentativa y exploratoria, hecha en lenguaje proposicional, habiendo una alianza fuerte o establecida entre ambos, de forma tal que el paciente comprenda que el terapeuta está tratando honestamente de dilucidar sus propios sentimientos y transmitirlos de un modo que invite a seguir explorándolos.

Al igual que Leiva y Vásquez (1999) y Yáñez y Cols. (2002b), Safran (2002) plantea que los terapeutas deberían comunicar sus observaciones de un modo explorador y tentativo, pues el mensaje a niveles explícitos e implícitos debería invitar a los pacientes a implicarse en un intento de colaboración para comprender lo que está teniendo lugar, más que transmitir información con un estatus objetivo. También manifiesta que es importante enfatizar la subjetividad de las propias percepciones, puesto que así se anima a los pacientes a utilizar las observaciones del terapeuta como un estímulo para la autoexploración en lugar de reaccionar a las mismas, positiva o negativamente, como afirmaciones cargadas de autoridad.

Safran y Segal (1994) plantean que la metacomunicación sobre la relación terapéutica es fundamental para facilitar el proceso de desmentido experiencial y de descentramiento⁸ (explicados en el apartado de cambio psicoterapéutico de este estudio), y que existirían 4 clases de metacomunicación, las que Leiva y Vásquez (1999) y Yáñez y Cols. (2002b) han definido más bien como fases de la última etapa (de intervención) de la metacomunicación:

a. Fase de Despliegue: En esta fase el terapeuta transmite sus propios sentimientos para ayudar a los pacientes a tomar conciencia del efecto que ellos tienen sobre otras personas y, por lo tanto, del papel que les corresponde en la interacción. Ejemplo, Terapeuta: “Me

⁸ Explicados en el apartado sobre “cambio psicoterapéutico” de este estudio.

estoy sintiendo incapacitado en este momento para ayudarle. Siento que no puedo decirle nada.”

b. Fase de Exploración: El terapeuta transmite sus sentimientos a los pacientes para sondear la experiencia interna de éstos. Ejemplo, Terapeuta: “Me siento impotente en este momento, como si nada de lo que yo fuera a hacer fuera útil. ¿Se relaciona esto de algún modo con lo que experimenta usted?”

c. Fase de Aclaración: El terapeuta identifica y señala los marcadores interpersonales de los pacientes para ayudarles a tomar conciencia del papel que tienen en la interacción. Ejemplo, Terapeuta: Me parece que lo que estoy sintiendo se relaciona con su conducta de bajar la cabeza, moverla de un lado a otro en señal negativa, bajar el tono de voz y dejar de mirar a los ojos.”

d. Fase de Interpretación: El terapeuta utiliza el marcador interpersonal identificado como una coyuntura propicia para la exploración cognitivo/afectiva. Ejemplo, Terapeuta: Será que en estos momentos siente que hubiera vuelto atrás, al principio de la terapia, y hubiera pasado a cero?”

Por último se ha definido una última fase (Yáñez y Cols., 2002a) que correspondería a la de integración, donde hay un reconocimiento y reexamen del modo de funcionar del paciente a partir de la exploración interpersonal en curso, ampliando así la exploración hacia otras situaciones de su vida.

“En la práctica puede ser que estas fases se den en forma simultánea, secuencial o aislada. Una vez que el terapeuta ha iniciado el proceso de metacomunicación con el paciente, es importante que continúe manteniendo la disciplina de un observador participante. El terapeuta debe aprender a desengancharse del influjo que le produce el paciente para posibilitar el proceso terapéutico.” (Leiva y Vásquez, 1999, p. 68)

Se ha visto que existen momentos en los que el terapeuta puede y debe hablar de sus sentimientos con el paciente y otros en los cuales debe abstenerse y retener esa información. “La regla empírica al respecto es que antes de hablar de sus sentimientos con el paciente el terapeuta debería tomar la suficiente distancia como para ser un verdadero observador participante en la interacción.” (Safran y Segal, 1994).

En el momento que los terapeutas ofrecen a sus pacientes información sobre sus propios sentimientos deben sentirse bastante equilibrados como para que sus motivaciones sean claras y fundamentalmente orientadas al paciente, pues “esta técnica no tiene como fin aliviar al terapeuta de una situación incómoda para él, sino informar al paciente sobre los sentimientos que puede generar en otro para que pueda explorarlos y, a través de esta exploración, adquirir un mayor conocimiento de sí mismo y de sus esquemas cognitivos interpersonales.” (Yáñez y Cols., 2002b, p. 82)

Asimismo aunque el terapeuta se sienta muy “confundido y trabado en un ciclo interactivo disfuncional con el paciente, igualmente debería ser capaz de tener alguna experiencia de observarse a sí mismo en este estado de confusión y atascamiento.” (Safran y Segal, 1994, p. 198) Esto está muy relacionado con lo que mencionábamos anteriormente respecto a que las competencias del psicoterapeuta serán siempre más eficaces en la utilización de estas técnicas, en cuanto sea capaz de autoobservarse y tenga siempre flexibilidad y apertura para continuar su autoconocimiento.

Además, es crucial asumir la responsabilidad sobre las contribuciones propias a la interacción. Siempre estamos contribuyendo a la misma de un modo del que no somos concientes, y una tarea importante consiste en clarificar continuamente la naturaleza de esta contribución (Levenson, 1983; Renik, 1996, citados en Safran, 2002). En determinadas situaciones, el proceso de reconocer explícitamente la responsabilidad sobre las contribuciones propias a los pacientes puede ser una intervención particularmente eficaz (Gill, 1982, en Safran 2002).

Por su parte, es fundamental que durante todo el proceso de la metacomunicación, el acento está puesto en el aquí y el ahora de la relación terapéutica, es decir se trabaja en el eje sincrónico, sobre lo que está ocurriendo en el momento. Esto se debe en primer lugar, al hecho que esto posibilita y permite a los pacientes poner a prueba sus creencias disfuncionales sobre las relaciones en la misma interacción con el terapeuta. Y en segundo lugar, a que ayuda a los pacientes a descubrir cómo contribuyen a la interacción mientras ésta tiene lugar. Ambos aspectos propician un proceso de aprendizaje basado en la experiencia concreta, antes que un ejercicio intelectual más abstracto (Leiva y Vásquez, 1999).

IV.II.ix. Intervenciones.

Son estrategias terapéuticas relacionales dentro del despliegue discursivo 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. Se expresan como actos de habla y pueden distinguirse jerárquicamente, teniendo en consideración el grado o nivel de participación del terapeuta.” (Yáñez y Cols., 2002b, p. 83) Se reconoce como intervenciones a (Ibidem, 2002a; 2002b): Escucha Terapéutica, Información, Exploración, Aclaración (del uso de categorías empleadas por el paciente), Reflejo, Señalamiento, Confrontación, Paradoja, Bisociación e Interpretación.

A continuación las describiremos brevemente desde lo que han señalado Yáñez y Cols. (2002b):

a) **Escucha Terapéutica:** Corresponde al acto de poner atención a los mensajes verbales y no verbales que comunica el paciente. En este acto el terapeuta se abstiene de hablar. Escuchar es requisito previo para todo el resto de las respuestas y estrategias de la terapia. La escucha debería preceder a cualquier cosa que se haga en la terapia (Cormier y Cormier, 1994, p. 139).

b) **Información:** Acto terapéutico a través del cual se obtiene información respecto de la problemática del paciente por medio de preguntas abiertas.

c) **Exploración:** Es una intervención del terapeuta que abre contenidos temáticos generales y que pretende dar un marco de referencia amplio al paciente, evitando que éste último se disgregue en contenidos distractores para el efecto de recabar información. Por ejemplo: “... hágame acerca de tu familia...”, “... ¿podrías referirte a la relación con tus amigos?...”

d) **Aclaración:** El objetivo principal de la aclaración consiste en compartir el mundo experiencial del terapeuta y del paciente. Permite, al terapeuta, abrir un mundo de revelaciones significantes y no atribuir significados propios a la experiencia; no permite que categorías utilizadas por el paciente “contaminen” las del terapeuta y viceversa, en otras palabras, evita el “acting” (actuación) terapéutico. En definitiva no se debe dar por entendido algo, ya que muchas veces comprendemos ciertos conceptos de maneras muy diferentes según la particularidad de cada individuo.

e) **Reflejo:** Es una intervención, a modo de paráfrasis, donde el terapeuta usa la misma expresión del paciente con el objeto que este último escuche lo que ha señalado y profundice la conciencia acerca de contenidos que pueden ser significativos para él. Así, no necesariamente involucra una repetición textual del discurso, pues el terapeuta bien puede hacer reflejo de ideas o sentimientos claves del mensaje del paciente utilizando sus propias palabras (Greenberg y Cols., 1996).

f) **Señalamiento:** Es una intervención que permite al terapeuta detenerse en un contenido, incluido en el relato del paciente, a través de una reflexión breve sobre dicho contenido. Por ejemplo: “... tú dices que tienes un padre avaro...”. Se pone énfasis en el relato y no en el contenido.

g) **Confrontación:** Esta intervención requiere mayor compromiso emocional del terapeuta, pues se pone en evidencia una postura alternativa de lo dicho por el paciente. Se hace a través de lenguaje proposicional, donde el terapeuta instala en el relato del paciente una

opinión distinta. Surge de la discrepancia entre lo dicho por el paciente y lo vivenciado por el terapeuta en la escucha. Estas preguntas confrontacionales generan ansiedad y ponen en tensión la relación terapéutica, deben ser formuladas como hipótesis proposicional, es decir, evitando utilizar categorías. Corresponde a la respuesta verbal del terapeuta por medio del cual describe posibles discrepancias, conflictos y doble-mensajes con respecto a los sentimientos, pensamientos o acciones de los pacientes.

h) **Bisociación:** Requiere del terapeuta un grado de conocimiento profundo del paciente, y como intervención tiene dos modalidades: la primera dice relación con asociar dos contenidos de la historia del paciente que tiene una topografía cognitiva y emocional semejante, pero que no necesariamente están unidos en la conciencia del paciente; la segunda, dice relación con asociar proposicionalmente un mismo contenido que desde la perspectiva del terapeuta aparece en contextos diferentes.

i) **Interpretación:** Dice relación con presentar una hipótesis tentativa acerca del funcionamiento profundo del paciente, específicamente relaciones o significados acerca de su funcionamiento, con objeto de conducir al paciente hacia la introspección.

IV.II.x. Herramientas de trabajo clínico.

“Son estrategias terapéuticas adjuntas al proceso terapéutico para crear condiciones que faciliten el proceso terapéutico. Entre ellas se distingue a la psicofarmacología, el psicodiagnóstico, la supervisión, y según sea el caso, las técnicas operativas, por ejemplo, cuando se solicita a otro terapeuta que aplique una técnica de relajación como anexo al proceso.” (Yáñez y Cols., 2002b, p. 86)

IV.III. Asertividad Reformulada.

La asertividad es una herramienta fundamental para el buen desarrollo de los diversos tipos de relaciones sociales, como por ejemplo, las laborales. Por este motivo en este estudio la tomamos como eje central en el desarrollo de las competencias psicoterapéuticas.

Para ello y para lograr una comprensión más acabada de dicha afirmación, es que en este capítulo nos abocaremos a explicarla y revisarla desde los distintos momentos del modelo constructivista cognitivo, y más específicamente a exponer el Modelo de la Asertividad Reformulada.

Si nos remitimos al concepto *asertividad*, encontramos que proviene del latín *assertum* y significa afirmación. En la actualidad, en Psicología, ha ido evolucionando en conjunto con las distintas teorías.

Durante las últimas décadas, en el ámbito psicológico el concepto de asertividad ha tomado bastante importancia, posicionándose como una de las habilidades sociales más conocidas, lo cual se puede observar, por ejemplo, en la amplia gama de libros de autoayuda y crecimiento personal que hacen mención a esta habilidad. Además la asertividad se ha aplicado a distintas esferas dentro de la práctica psicológica y clínica, por las ventajas que permite en el funcionamiento interpersonal efectivo (González, Richaud y Silva, 1988).

Tradicionalmente, la asertividad ha sido entendida como una habilidad compleja que está supeditada a las leyes del aprendizaje, y que tiene por objetivo, la consecución de un fin instrumental, resolviéndose así, la necesidad de quien emite el acto asertivo (Yáñez, 2003c).

Se ha entendido que un sujeto asertivo, es aquel que es capaz de defender sus derechos personales, de respetar a los demás, de disfrutar las relaciones interpersonales y de actuar con una actitud segura frente al mundo (Ibidem, 2003c).

Se ha considerado la asertividad como un ámbito de las habilidades sociales, pero se ha explicitado que no son sinónimos, ya que la asertividad se conceptualiza como un subconjunto de habilidades conductuales-sociales que permiten obtener ciertos objetivos sociales especialmente en situaciones que implican rechazo, negación y peligro de consecuencias negativas (González, Richaud y Silva, 1988).

Encontramos que el Momento Conductual es uno de los más ricos en definiciones diversas acerca de la asertividad, ya que en este momento se definen operacionalmente las conductas que pueden entenderse como asertivas. Además, en este momento se desarrollan “la mayor cantidad de estrategias terapéuticas descritas para fomentar el aumento de conductas asertivas en los sujetos o, en su defecto, en la disminución de conductas hipoasertivas” (Cayazzo y Vidal, 2002, p. 25)

Así por ejemplo, encontramos a Lazarus, que en 1973 propuso que la conducta asertiva se caracterizaría por cuatro patrones de respuesta (en Caballo, 2000), que consistían en habilidad de decir no, habilidad para pedir favores o hacer peticiones, habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos, y por último, habilidad para iniciar, continuar y terminar una conversación.

De este modo, Caballo (2000) propone que las dimensiones conductuales de la asertividad, que por lo general han sido las más aceptadas, serían las siguientes:

1. Hacer cumplidos.
2. Aceptar cumplidos.
3. Hacer peticiones.
4. Expresar amor, agrado y afecto.
5. Iniciar y mantener conversaciones.
6. Defender los propios derechos.
7. Rechazar peticiones.
8. Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.
9. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.

10. Petición de cambio de conducta del otro.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Admitir las críticas.

Además de éstas doce habilidades, que constituirían *actos asertivos*, se han propuesto otras conductas dentro de lo mismo, tales como: la independencia, la resistencia a las tentaciones, responder a un intercambio, dar y recibir retroalimentación, realizar una entrevista laboral, dar reforzamiento al otro al mantener una conversación, regular la entrada o salida en los grupos sociales, habilidad de solicitar satisfactoriamente un trabajo y la habilidad de hablar en público (Ibidem, 2000).

Con lo anterior, podemos ver que clásicamente, un sujeto asertivo ha sido entendido como aquel que es capaz de defender sus derechos personales, respetar a los demás, disfrutar las relaciones interpersonales y de actuar con una actitud segura frente al mundo (Yáñez, 2003c).

La concepción conductual de la habilidad social ha enfatizado los niveles de análisis molar-molecular, donde las categorías molares corresponden a los tipos de habilidad general, como la defensa de derechos o la habilidad heterosocial, y los componentes moleculares conforman al anterior y son respuestas asociadas, por ejemplo, al contacto ocular, volumen de la voz, postura, etc. (Caballo, 2000). Estos últimos componentes han sido muy utilizados en el modelo conductual de la habilidad social, ya que dividen la conducta interpersonal en elementos componentes específicos (Ibidem, 2000).

Además, las formas de intervención podrían clasificarse en tres grupos, según el mecanismo o principio básico del aprendizaje que se utilice (Wolpe, 1977):

- a. Contracondicionamiento.
- b. Recondicionamiento positivo.
- c. Extinción.

También, se ha considerado que la habilidad social, manifestada en conductas asertivas, debe considerarse dentro de un marco cultural y un contexto situacional determinado, ya que “los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además, el grado de eficacia mostrado por una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular que se encuentre” (Caballo, 2000, p. 4). Es por esto que, la eficacia de un acto asertivo según Linehan (1984, en Caballo, 2000), puede identificarse a partir de sus consecuencias, las que podrían ser: eficacia para alcanzar los objetivos, eficacia para mantener o mejorar la relación con otra persona y/o eficacia en el respeto a uno mismo.

Con esto, podemos hipotetizar que un acto asertivo, al ser identificable, podría ser evaluado en eficacia, en relación a la intención inicial de dicho acto y sus consecuencias.

Encontramos así, el Modelo de las Habilidades Sociales de McFall (1982, en Caballo 2000) que propone que éstas pueden ser evaluadas y entrenadas, en cuanto a las habilidades de descodificación, que incluyen la recepción, percepción e interpretación; las habilidades de decisión, relacionadas con la búsqueda de la respuesta, comprobación y selección de la misma, búsqueda en el repertorio y evaluación de su utilidad; y las habilidades de codificación, que implican ejecución y autoobservación.

Esto último, permite detectar en qué fase de la conducta asertiva puede estar fallando una persona, y así se hace más fácil el entrenamiento. Además, se ha estudiado que puede haber actos asertivos, hipoasertivos e hiperasertivos. “La gran mayoría de los estudios en hipoasertividad enfatizan los aspectos negativos que trae para un sujeto carecer de habilidades asertivas, es decir, las consecuencias negativas de su conducta, en tanto esto implicaría una dificultad del sujeto para defender sus derechos, expresar sus sentimientos y en definitiva sentirse satisfecho de sus intervenciones ante los otros. Habría por tanto una autoestima baja y una incapacidad de vínculos comunicacionales satisfactorios” (Cayazzo y Vidal, 2002, p. 29). También existe la hiperasertividad, que no es entendida como ser muy asertivo, sino mas bien como “un despliegue del sujeto en el que la activación excede un

cierto nivel y produce que el sujeto no sea capaz de respetar los derechos del otro” (Ibidem, 2002, p. 30).

Por lo anterior, se puede concluir que, desde el modelo conductual, las intervenciones en asertividad pueden ir orientadas en dos direcciones distintas: (Cayazzo y Vidal, 2002)

- a. Técnicas de Evaluación de la Asertividad.
- b. Técnicas de Entrenamiento de Conductas Asertivas (o Habilidades Sociales)

Algunas de las técnicas conductuales más frecuentemente utilizadas en el entrenamiento de conductas asertivas son: (Caballo, 2000)

- Ensayo de conducta ("Behavior rehearsal") o Representación de papeles ("Role Playing").
- Modelado ("Modeling")
- Reforzamiento
- Retroalimentación
- Instrucciones
- Aleccionamiento ("Coaching")
- Tareas para la casa
- Relajación
- Desensibilización sistemática
- Contratos
- Ejercicios no verbales

Luego, la evolución en torno a la teoría y técnica de la asertividad fue abordada por distintos autores desde la perspectiva Cognitiva Clásica, y se aprecia que “uno de los principales trabajos en este marco es el desarrollado por Shwartz y Gottman en 1976. En el estudio utilizan tres sistemas de respuesta para analizar la conducta asertiva: respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales abiertas. Consideraron como respuestas cognitivas

lo que la persona se dice a sí misma antes de realizar y llevar a cabo la conducta, frases que pueden ser positivas o negativas, y facilitarían o inhibirían el comportamiento asertivo” (Cayazzo y Vidal, 2002, p. 52).

Además, en el momento cognitivo, se da énfasis a los actos no asertivos, y se sugiere que para explicar la no asertividad es necesario incluir aspectos mediacionales, que serían una suerte de diálogos internos, y en general, las evaluaciones y expectativas negativas que expresan los sujetos no asertivos. De este modo encontramos que, es esta línea la que ha dado pie a una serie de investigaciones que buscan diferenciar la conducta asertiva de la no asertiva de acuerdo a sus componentes (González, Richaud y Silva, 1988).

Es por esto que, una de las técnicas más utilizadas en el entrenamiento de la conducta asertiva sea la reestructuración cognitiva. Esta técnica, busca ofrecer al paciente argumentos respecto de la importancia de la conducta asertiva, la razón de por qué se aprende y mantiene la conducta no asertiva, y cómo aprender a ser asertivo y a eliminar la no asertividad. Así, el terapeuta le señala al paciente que la asertividad es una habilidad deseable socialmente y hasta indispensable para relacionarse (Ibidem, 1988).

En síntesis, la asertividad clásica puede ser definida como una “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, 2003c), y que puede ser evaluada y entrenada desde lo conductual y lo cognitivo, en pro de la consecución de lo que se desea.

Al analizar esta definición de asertividad, podemos darnos cuenta que presenta la insuficiencia de no considerar las relaciones interpersonales, o más bien la dinámica que se da entre los sujetos a partir de una conducta asertiva, en independencia del fin concreto al que se dirija el acto. Es por esto que, se hace necesario, desde el Modelo Constructivista Cognitivo, reformular la concepción de lo que es la asertividad, integrando diversos elementos provenientes de distintas teorías, tales como la Teoría de las Relaciones

Interpersonales de Safran y Seagal (1994), la Teoría Emocional del Apego de Bowlby, la Teoría de Las Emociones de Greenberg, Rice y Elliot (1996), el Constructivismo, la Lingüística Pragmática, entre otras (Yáñez, 2003b), “y que se hacen relevantes de considerar al pensar a la asertividad, ya no sólo como una habilidad personal, sino que como un acto interpersonal capaz de transformar al individuo en su desenvolvimiento social y personal” (Cayazzo y Vidal, 2002, p. 87).

De este modo, el Psicólogo Profesor y actual Director del grupo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile, Juan Yáñez, ha planteado una reformulación del concepto de asertividad desde esta metateoría, ya que constituye una habilidad fundamental y crucial en el desarrollo de los individuos.

Desde esta perspectiva, Yáñez en 1999, desarrolla una propuesta acerca de la asertividad, a la que llama Asertividad Reformulada, definiéndola 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, donde como consecuencia secundaria e implícita se produce un efecto generativo (generatividad intra e interpersonal) en la relación de los sujetos involucrados” (Yáñez, 2003b, pp. 5-6).

Encontramos que en esta definición, hay un efecto a nivel consciente y otro a nivel inconsciente, donde en el primero tenemos la búsqueda intencionada de satisfacción de una necesidad concreta mediante la consecución de un fin concreto (que correspondería a la asertividad clásica), y en el segundo (nivel inconsciente) encontramos que, por lo general sin una intención consciente, hay un cambio en el estado de la relación de los sujetos involucrados, a lo que se le llama *efecto generativo*, ya que hay un cambio en la intensidad, permanencia, intimidad y proyección de la relación, como resultado del acto asertivo (Ibidem, 2003b).

Estas características de la relación, se constituyen como subvariables de la generatividad, y pueden ser definidas como sigue: (Cayazzo y Vidal, 2002)

1. Intensidad: Fuerza de cualquier conducta, emoción, necesidad o motivación. Yáñez, considera a la intensidad de una relación como la fuerza que caracterizaría al compromiso interpersonal. Dicho compromiso entre los individuos se expresaría en la conducta, la emoción o los pensamientos que son dirigidos al otro a partir de la conciencia.
2. Permanencia: Puede entenderse como la constancia de una relación a través del tiempo, en base a una historia construida conjuntamente.
3. Intimidad: La intimidad implica la sobrevivencia y mantención de una relación a través de la creación y la destrucción constante de la intersubjetividad, requiriendo apertura y franqueza mutua, afectividad compartida, además de exposición y riesgo personal. Además puede ser considerada como la clausura del contexto físico e interpersonal a partir de la posibilidad de lograr un acople y una complementariedad del deseo, la que puede conducir a una senda de satisfacción del deseo.
4. Proyección: Capacidad de prever un futuro en conjunto por parte de ambos actores de la relación, y que trae consigo una serie de consecuencias en la dinámica relacional.
5. Progresión: Acción de adelantar y avanzar que permite la creación y recreación dinámica de una relación.

Entonces, tanto el fin instrumental como el efecto generativo en la relación dados por un acto asertivo, suponen el compromiso del sujeto en su totalidad. En otras palabras, lo involucra en los tres niveles de respuesta humana, definidos por Yáñez (2003b) de la siguiente forma:

- 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, que dependen 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 (que serán definidos en seguida), y del análisis de los elementos suprasegmentales⁹ 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.
- 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

⁹ 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. (Yáñez, 2003b)

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 comprender, y luego poder sistematizar el desarrollo de competencias psicoterapéuticas a partir de las variables y funciones de la asertividad reformulada que veremos un poco más adelante en este mismo apartado, primero debemos aproximarnos a los aspectos aplicados que se desprenden de los niveles de respuesta que acabamos de revisar, ya que se constituyen como los componentes de la asertividad reformulada.

Para ello, debemos “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.” (Ibidem, 2003b, p. 11)

El acto de habla es llamado así porque está traducido muy literalmente de la expresión inglesa *speech act* popularizada en los años 60 por dos filósofos, Austin y Searle. Austin (1962) fue el primero en presentar la idea del acto de habla como una unidad funcional en la comunicación. En la teoría desarrollada por Austin, cuando una persona dice o enuncia algo, lo dicho puede tener dos significados: el significado literal, o locutivo, y el significado ilocutivo, también conocido por fuerza ilocutiva. Por ejemplo, el significado literal o locutivo de “tengo sed” describe el estado físico del hablante. La fuerza ilocutiva es el

efecto que el hablante desea que tengan sus palabras sobre el oyente: puede ser una forma de pedir algo de beber, por ejemplo.

Luego, Searle (1969), basándose en las ideas de Austin, estableció un modelo en el cual cada acto realmente consiste en cuatro de ellos: acto de enunciar (simplemente decir palabras), acto literal (como el sentido literal de Austin mencionado anteriormente), acto ilocutivo (con la fuerza ilocutiva de Austin, que realmente significa la intención o deseo del hablante) y acto perlocutivo, que es lo más importante que propone y que se refiere a el efecto real que tiene el enunciado en la persona que lo escucha.

Los actos de habla y el lenguaje en general, tienen una importancia vital en la consecución de un acto asertivo, ya que se transforma en el medio de relación con el otro, además de una herramienta que constituye realidad (Cayazzo y Vidal, 2002).

El acto asertivo tiene como medio principal de expresión al lenguaje en sus distintos niveles, y en síntesis estos 3 niveles podemos describirlos así:

1. Nivel locutivo: Morfosintaxis del lenguaje. Un acto locutivo es el acto físico de emitir el enunciado, como decir, pronunciar, etc. Este acto es, en sí mismo, una actividad compleja, que comprende, a su vez, tres tipos de actos diferentes:
 - Acto fónico: el acto de emitir ciertos sonidos
 - Acto fático: el acto de emitir palabras en una secuencia gramatical estructurada
 - Acto rético: el acto de emitir las secuencias gramaticales con un sentido determinado.

2. Nivel Ilocutivo: Nivel que corresponde a la transmisión de una intención a través de lo que se dice y de elementos paralingüísticos que vehiculan esa intención. Un acto ilocutivo o intención es la realización de una función comunicativa, como afirmar, prometer, etc.

3. Nivel Perlocutivo: Efecto del discurso sobre el otro hablante, efecto en que se evalúa e interpreta la acción. Un acto perlocutivo o efecto sería la reacción que provoca dicha emisión en el interlocutor, como convencer, interesar, calmar, etc.

Por todo lo anterior, vemos que “el fin instrumental (objetivo conciente) 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 Reformulada 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” (Ibidem, 2003b, p. 7).

De este modo, el modelo de Asertividad Reformulada ha sido operacionalizado en 9 variables, las cuales han sido definidas conceptualmente desde el Modelo del Constructivismo Cognitivo. Estas variables son: (Yáñez, 2003b)

1. Autodiálogos: Verbalizaciones encubiertas o internas del sujeto, en términos de representación cognitiva de los resultados posibles de la conducta asertiva.
2. Autoevaluación: Habilidad del sujeto para apreciar el nivel de desempeño propio en una interacción asertiva.
3. 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.
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 un aumento en los niveles de complejidad de la relación, en sus componentes: intensidad, permanencia, proyección, intimidad y progresión (definidos anteriormente).
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:

- Claridad del Mensaje:

Se refiere a que en el discurso a nivel morfosintáctico, se manifiesta la intención comunicativa.

- Dirección del Mensaje:

Se refiere a que el discurso debe estar dirigido hacia el receptor de una manera personalizada.

- Autenticidad del Mensaje:

Supone la habilidad para expresar un deseo (intención asertiva) a través del discurso, en los niveles: morfosintáctico, suprasegmentario y no verbal.

- Consistencia del Mensaje:

Se refiere a una correspondencia unívoca que se manifiesta entre los planos verbal, suprasegmentario y no verbal, durante el discurso.

En síntesis encontramos que las funciones de la asertividad desde el Modelo Constructivista Cognitivo son: (Yáñez, 2003a)

1. *Expresivas:*

- a) Actos de habla: nivel locutivo, ilocutivo y perlocutivo
- b) Nivel de respuesta: emocional, motor y cognitivo

2. *Receptivas:*

- a) Escucha
- b) Empatía
- c) Complementariedad

3. *Generativas:*

En el estado de la relación, en términos de la mantención, intensidad, intimidad, proyección y progresión.

Por su parte, los componentes de un acto asertivo incluyen factores: (Ibidem, 2003a)

a) Motores (Conductuales): En lo referido a postura, gestos, movimientos, fisiognómica, proxémica

b) Emocionales (disposición a la acción): Pueden ser, la pena, el miedo, la alegría, la rabia, la curiosidad, la vergüenza, la sorpresa, entre otros.

c) Cognitivos (actos de habla): Tales como esquemas cognitivos, valores, esquemas interpersonales, ideología, pensamientos, etc.

V. Propuesta Teórica.

La psicoterapia está compuesta principalmente por el paciente, el terapeuta y la relación entre ellos, y hemos visto que el proceso psicoterapéutico (Ruiz y Cano, 1992) busca proporcionar al paciente una base segura, es decir, fomentar la confianza para que pueda desplegarse libremente en la terapia, además de ayudarlo a hacer autoexploraciones, a tomar conciencia de cómo se construye la relación terapéutica y a darse cuenta de la relación entre sus respuestas a las situaciones interpersonales, terapéuticas y las relaciones tempranas con sus figuras de apego, entre otras; por lo que deberíamos considerar como fundamental e imprescindible el desarrollo de competencias en el psicoterapeuta para lograr estos objetivos, y de esta forma, poder desempeñarse exitosamente en la terapia, favoreciendo el cambio y la mejoría del paciente.

Para ello, primero que nada, el psicoterapeuta debe estar conciente que “los seres humanos tienen un mundo subjetivo simbólico (cognitivo) y experiencial (emocional), con el cual se conducen (motor) en sus ámbitos vitales: familia, trabajo, amistades, cultura, etc. En cada una de las actividades que el sujeto realiza, no sólo se revela a sí mismo, sino que deja su huella en las cosas que hace, pero principalmente su sello se encuentra en las relaciones que establece con los demás en un interjuego continuo entre influir y ser influido por y a los otros” (Yáñez, 2003b, p. 2), y que esto incluye los procesos psicoterapéuticos y por supuesto al terapeuta mismo.

Por esto, hemos revisado que las competencias psicoterapéuticas, siendo el conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas prominentes en psicoterapia, van a involucrar al sujeto en su totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitiva, y serán el resultado del conocimiento, habilidades, actitud y auto concepto que tenga el terapeuta tanto a nivel personal como profesional (Yáñez, comunicación personal, 2004).

Cuando nos referimos a los ámbitos personal y profesional, aludimos, por ejemplo, a que el terapeuta constructivista cognitivo, debe poseer un conocimiento teórico y también necesita, como requisito para su trabajo, un profundo conocimiento de sí mismo.

En cuanto a sus habilidades profesionales, éstas deberán basarse en las técnicas que revisamos en el acápite de técnicas psicoterapéuticas del modelo, y conformarán parte de las variables específicas de la psicoterapia, pero además necesitará desarrollar, de manera imprescindible, habilidades expresivas, receptivas y generativas (Yáñez, 2003a), que recordemos son las funciones de la asertividad¹⁰ y constituyen las variables inespecíficas de las intervenciones psicoterapéuticas, e incluyen tanto habilidades personales como profesionales.

Respecto a la actitud y el auto concepto del psicoterapeuta, encontramos que se hallan muy relacionados con lo anterior, pues la actitud que tenga el terapeuta en su rol de profesional, dependerá mucho de su auto concepto como tal, y viceversa; los que a su vez son inseparables de la actitud y auto concepto que tenga en lo personal, pues lo profesional es un ámbito más de su vida. Además, lógicamente estos dependerán del conocimiento y las habilidades que haya desarrollado para su desempeño en psicoterapia.

Además de lo anterior, el terapeuta también debe estar conciente que no hay dos pacientes que se parezcan, y cada nuevo encuentro proporciona al clínico una posibilidad de trabajar con un individuo que es único (Guy, 1995), por lo que nunca debiera sentirse plenamente competente, o más bien absolutamente seguro de sus capacidades para trabajar con los distintos pacientes, y siempre debe encontrarse en constante desarrollo personal y profesional.

Asimismo, es de vital importancia señalar que “la capacidad del terapeuta en cuanto a su propio repertorio social se vuelve fundamental (...) y requiere por parte de éste de ciertas capacidades de concientizar y reconocer emociones, y trasladarlas a una intención terapéutica, que vehicule en el discurso una propuesta hacia el paciente que sea claramente

¹⁰ Revisar la propuesta de Asertividad Reformulada en el capítulo IV.III

recepcionada por éste, y que permita a la larga del proceso, una negociación y complementariedad de intenciones entre ambos, espacio en que se facilita la salud mental.” (Cayazzo y Vidal, 2002, p. 166)

Por esto, la propuesta de desarrollo de competencias psicoterapéuticas, la abordaremos desde el *Modelo de la Asertividad Reformulada*, pues, como vimos en el apartado con el mismo nombre, el concepto de asertividad ha sido reformulado para ampliarlo desde el Constructivismo-Cognitivo, lo que permite dar respuesta y desarrollar nuevas estrategias y técnicas para el abordaje de la compleja relación entre los sujetos.

Además, para hacer factible y poder sistematizar el desarrollo de dichas competencias, tendremos como eje central el desarrollo de *habilidades* psicoterapéuticas, pues las variables de las competencias, es decir, el conocimiento, las habilidades, la actitud y el auto concepto, se interrelacionan, en el sentido que si se genera un cambio en una de ellas, que en este caso serán las habilidades, inevitablemente se producirá un efecto en todas (Yáñez, comunicación personal, Enero, 2004). También se enfatizará el autoconocimiento de los sujetos.

Debido a lo anterior, si relacionamos la definición de Asertividad Reformulada (Yáñez, 2003b) con la de competencias (Yáñez, 2004), podemos entender a estas últimas, desde la labor profesional del clínico, como una competencia interpersonal (que se da en la relación psicoterapéutica) orientada a satisfacer una necesidad o a dar expresión a un deseo (intención asertiva: provocar un cambio favorable en el paciente), a través de una acción (acto psicoterapéutico) del sujeto (psicoterapeuta), y cuyo logro o satisfacción sólo es posible de alcanzar en una dinámica interpersonal (a través de la relación terapéutica propiamente tal) y que tiene como consecuencia secundaria e implícita un efecto generativo, a nivel intrapersonal (el paciente se mejora o se produce un cambio favorable en su estructura, complejizándose, y a su vez, el terapeuta también se complejiza, en la medida que está siendo competente) e interpersonal (se logran los objetivos terapéuticos) en la relación de los sujetos involucrados (paciente y terapeuta).

Hay que destacar que a nivel del paciente lo intrapersonal es nuevo, y en psicoterapia es lo más importante.

Con esta definición, se puede entender que la competencia del psicoterapeuta se da en la relación, es decir en el espacio interpersonal (paciente/terapeuta) y está orientada a dar expresión a un deseo, que será la intención asertiva de provocar un cambio favorable en el paciente, a través de sus actos asertivos como profesional clínico (Cayazzo y Vidal, 2002).

Entonces, como “el aporte de la asertividad reformulada 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” (Yáñez, 2003b, p. 7), tomaremos las variables, las funciones y los componentes de la asertividad reformulada para proponer el desarrollo de competencias psicoterapéuticas, específicamente el desarrollo de las variables de la asertividad como las habilidades que deben desplegarse en sesión, y que constituyen las variables inespecíficas de la relación terapéutica, que inciden en una psicoterapia efectiva.

El desarrollo de competencias psicoterapéuticas es un proceso multidimensional que implica el desarrollo de la capacidad y de la flexibilidad del comportamiento, de la disposición a la acción (nivel emocional), de los actos de habla y de los procesos mentales y cognitivos.

La idea es que los alumnos adquieran las estrategias, herramientas y habilidades, que son parte del desarrollo de competencias tanto en lo profesional como en lo personal, en el sentido de lograr una comprensión de la importancia del lenguaje en la psicoterapia, de la coherencia entre lo verbal y lo no verbal, los distintos efectos que pueden tener en las otras personas los diferentes modos de comunicar, la necesidad de desarrollar por ejemplo, fuerza ilocutiva para perturbar realmente al paciente o la capacidad para mantener la calma en situaciones interpersonales que generan tensión, tales como una devaluación del paciente; y además, la idea es trabajar sobre el descubrimiento del sí mismo y sobre la

identidad como personas, para así lograr comprender a los pacientes e intervenir siendo concientes de las propias emociones, manteniéndose siempre en el rol de psicoterapeutas.

Por esto podemos decir que los objetivos para desarrollar competencias psicoterapéuticas en un programa de formación de terapeutas constructivistas cognitivos son:

- ▶ Desarrollar habilidades de intervención efectiva.
- ▶ Adquirir habilidades comunicativas efectivas en la relación terapéutica.
- ▶ Desarrollar habilidades del mensaje.
- ▶ Identificar los componentes de los actos de habla en el discurso.
- ▶ Lograr una coherencia lógica y consistencia entre los distintos componentes de los actos de habla.
- ▶ Desarrollar habilidades relacionadas con las variables generativas.
- ▶ Perfeccionar una escucha empática.
- ▶ Mejorar y/o desarrollar los niveles de empatía terapéutica.
- ▶ Desarrollar la habilidad de descentramiento.
- ▶ Desarrollar habilidades de abstinencia y neutralidad.
- ▶ Comprender el propio modo de significar la realidad.
- ▶ Comprender que hay que distinguir entre el propio modo de significar la realidad del modo de significar de los pacientes.

Para esto, como hemos mencionado anteriormente, utilizaremos las variables, las funciones y los componentes de la Asertividad Reformulada y de este modo, a través de un taller teórico/práctico¹¹, que incluya en sus actividades los componentes conductuales (gestos, movimientos, expresiones, mirada, etc.), emocionales y cognitivos, se podría trabajar en el desarrollo de los autodiálogos, autoevaluaciones, conocimiento del comportamiento asertivo, satisfacción en el propio desempeño, responsabilidad en las interacciones, generatividad interpersonal, respeto por los pacientes y los conflictos humanos, adecuación interpersonal y psicoterapéutica, claridad, dirección, autenticidad y consistencia del

¹¹ La idea que sea experiencial es debido a que como hemos revisado en la teoría del Constructivismo Cognitivo, sólo a través del interjuego de la experiencia inmediata emocional (tácita) a la experiencia mediata cognitiva (explícita) se puede lograr la complejización de un sistema, en este caso, los terapeutas en formación.

mensaje, para lograr así, una comunicación terapéutica más expresiva, receptiva y generativa en pro de la mejoría y evolución favorable de los pacientes.

Dado que la asertividad es una habilidad aprendible y modificable, y no siempre innata al repertorio individual, y esto conlleva que hay ciertas habilidades que pueden ser entrenadas, aprendidas y por lo tanto modificadas a partir de la experiencia, es que en el próximo capítulo, en el taller que se propone, hay actividades específicas para su desarrollo, destacando capacidades de autoobservación y autoconocimiento, que involucran el reconocimiento emocional y conceptual, indispensables en la clínica constructivista cognitiva.

VI. Propuesta de Taller de Desarrollo de Habilidades Psicoterapéuticas desde un enfoque Constructivista Cognitivo.

El Taller para el Desarrollo de Habilidades Psicoterapéuticas para alumnos de Psicología y psicoterapeutas en formación, se basa fundamentalmente en las actividades que han implementado los distintos integrantes del Grupo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile, en diversos talleres, donde el objetivo general ha sido el desarrollo o aumento de competencias interpersonales, lo que se ha efectuado en diferentes contextos y con distintos fines (talleres para trabajadores de empresas, talleres para pacientes con anorexia, talleres para pacientes fármaco-dependientes, etc.), por ende con objetivos específicos diferentes en cada uno de ellos.

El Taller que se propone está basado en la propuesta teórica desarrollada en el capítulo anterior, donde se especificó el concepto de competencias psicoterapéuticas y se propuso su desarrollo desde el modelo de la Asertividad Reformulada del Ps. y Dr. (c) Juan Yáñez Montecinos, Director del grupo de Psicología Constructivista Cognitivo.

La fuente directa de las actividades que acá se describen, es la propuesta realizada por las Licenciadas de Psicología de la Universidad de Chile, Camila Dobry y Valeria Mandakovic, implementadas mientras realizaron su práctica profesional en la Clínica Psiquiátrica Universitaria durante el período comprendido entre marzo y agosto del 2004. A su vez, ellas obtuvieron la idea de las diferentes actividades, que a continuación serán descritas, debido a que tuvieron acceso al material de los talleres realizados por el Profesor Ps. y Dr. (c) Juan Yáñez Montecinos y la Ps. Paula Vergara, ambos integrantes del grupo Constructivista Cognitivo de la misma Universidad, y además de la utilización de bibliografía que será mencionada donde corresponda.

Por supuesto que las actividades han sido usadas en distintos contextos, por lo que en la propuesta de este taller se modifican los objetivos y los puntos de análisis, para que sea más específico y por supuesto, orientado hacia el desarrollo de competencias psicoterapéuticas.

OBJETIVOS DEL TALLER

1. Objetivo General

Crear las condiciones para el desarrollo de Competencias Psicoterapéuticas en estudiantes de Psicología y/o psicoterapeutas en formación clínica constructivista cognitiva, a través de un taller basado en el marco conceptual y práctico de la Asertividad Reformulada.

2. Objetivos Específicos¹²

MODALIDAD DE TRABAJO DEL TALLER

1. **Lugar:** hay que definirlo (sala cerrada, con posibilidad de salir a un patio).
2. **Horario:** 2 sesiones semanales por un período de 4 semanas y media (9 sesiones).
3. **Duración:** Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos.
4. **Setting:** Se necesitará de una sala lo más amplia posible, con sillas para cada integrante, que se dispondrán según la actividad específica de cada sesión.
5. **Materiales:** Cada sesión requerirá de un lápiz pasta por cada sujeto, hojas blancas tamaño carta y un sobre grande por persona. Además, se necesitarán materiales específicos para ciertas actividades, lo cual está indicado en cada sesión.
6. **Disposiciones Generales para el Desarrollo de las Sesiones.**
 - 6.1 Confidencialidad.
 - 6.2 Respeto.
 - 6.3 Libertad de expresión.
 - 6.4 Tiempo y espacio a disposición de los alumnos para el trabajo en conjunto.
 - 6.5 Cada sesión se dividirá en 3 momentos:

¹² Los objetivos específicos han sido abordados en la propuesta teórica de este mismo estudio, página 119. Por su parte, cada sesión del taller tendrá objetivos específicos de la sesión y serán mencionados donde corresponde.

- a) Al comienzo de cada sesión, se trabajará en la(s) actividad(es) específica(s) que corresponda(n) a esa sesión, según el objetivo planificado. (40 a 50 minutos aprox.).
- b) En un segundo momento se realizará un plenario, donde se analizarán distintos aspectos de las actividades realizadas que serán especificadas en la descripción de las actividades (30 a 40 minutos aprox.). En ciertas ocasiones, el plenario irá después de cada actividad, y a veces sólo habrá un plenario para todas las actividades realizadas en la sesión.
- c) Al final de cada sesión (10 minutos aprox.), se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la misma, lo que será guardado en un sobre de cada uno (bitácora), el cual se les entregará en la última sesión.

6.6 Se incentivará una actitud activa y proactiva de los integrantes en el taller.

6.7 Se exigirá puntualidad.

6.8 Se requerirá de un grupo de mínimo 6 alumnos y máximo 14, que se constituye desde la primera sesión y luego, no podrá integrarse ningún otro estudiante.

6.9 Los integrantes deberán participar de todas las actividades, y comprometerse desde un principio a respetar el funcionamiento del taller y a sus compañeros.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Primera Sesión. “Conociendo a los otros y a mí mismo”

1.1. Objetivos.

1.1.1. Conocer las normas y disposiciones generales con las cuales se trabajará en el taller.

1.1.2. Conocer a las personas que integran el grupo.

1.1.3. Discutir acerca del trabajo psicoterapéutico.

1.2. Actividades.

ENCUADRE Y DISPOSICIONES GENERALES (10 minutos aprox.).

Descripción: Se explicará el encuadre, que consiste en la presentación de los psicólogos coordinadores del taller, en explicitar el objetivo general del taller, en qué lugar y horario se llevarán a cabo las sesiones, cuánto durarán éstas y qué materiales se necesitarán. Luego, se explicarán las normativas y disposiciones generales para el taller (Ver Modalidad de Trabajo del Taller).

DESARROLLO

Actividad Presentación Cruzada

Tiempo: 20 minutos aprox.

Objetivos.

- Facilitar la etapa de integración del grupo.
- Promover contacto directo entre los miembros del grupo.
- Evaluar la capacidad para escuchar y comprender al otro.
- Observar el manejo de la ansiedad en situaciones de demanda.

Materiales.

- Ninguno.

Descripción: Se les pedirá a los integrantes del grupo que se junten en parejas. Una vez distribuidos, se pedirá que una persona de la pareja hable de sí mismo durante 3 minutos, mientras que el otro la escucha sin interrumpir. Luego, se invertirán los roles, es decir, el que antes escuchó le tocará hablar acerca de sí mismo, mientras el otro lo escucha. A continuación, y una vez que todas las parejas hayan realizado el ejercicio, se le pedirá a cada persona que presente a su pareja frente al resto del grupo por un minuto.

Consigna: Todos tienen que ser presentados por su pareja.

Puntos de Análisis en Plenario: (10 min. aprox.)

- ¿Cómo fue presentar el compañero?
- ¿Te sentiste identificado con cómo te presentó tu pareja?
- ¿Cómo te hubiera gustado que te presenten?
- ¿Qué hubieras preferido que tu compañero no dijera?
- ¿Te sentiste escuchado por tu compañero?
- ¿Hubo concordancia respecto cuando hablaste y cuando te presentó?
- ¿Te sentiste acogido por tu compañero cuando estabas hablando?
- ¿Te fue incómodo no poder intervenir mientras tu compañero hablaba? ¿Cómo lo resolviste?

* En caso que los miembros del grupo ya se conozcan, por ejemplo, si son todos compañeros en la carrera de Psicología, podrá realizarse una actividad alternativa:

Actividad Estatua

Tiempo: 30 minutos aprox.

Objetivos.

- Facilitar la etapa de integración del grupo.
- Promover contacto directo entre los miembros del grupo.
- Aumentar la capacidad para pensar cómo ven a los otros.
- Permitir a los integrantes pensar y diferenciar respecto a cómo los ven los otros, cómo creen que se muestran ante los otros y a cómo son realmente.

Materiales.

- Ninguno.

Descripción: Se les pedirá a los integrantes del grupo que se organicen de modo tal que un miembro del grupo deberá salir de la sala durante dos minutos y el resto del grupo tendrá que ponerse de acuerdo en qué características de la persona que salió son relevantes y cómo podrían situarlo, en qué posición (de manos, pies, cara, etc.) y de qué manera podrían representar aquellos rasgos que les llaman la atención en el sujeto.

Consigna: Un integrante deberá salir de la sala, mientras los demás tendrán dos minutos para ponerse de acuerdo en que figura armarán con él, es decir hacer una estatua de él de tal modo que la posición lo represente en alguna medida. Luego el que ha salido entrará y realizarán la estatua que han decidido. Mientras hacen esto, nadie puede hablar, sólo pueden modelar al sujeto moviéndolo. Tendrán dos minutos para hacer la estatua. Luego quedará en esa posición por treinta segundos. Se les indicará cuando haya pasado el tiempo. Luego el que ha salido, elegirá a alguien del grupo para que salga, así hasta que pasen todos.

Puntos de Análisis en Plenario: (10 min. aprox)

- ¿Qué les pasó con la actividad?
- ¿Qué pensaron que estaban representando?
- ¿Qué representaban? ¿Que sienten al respecto?
- ¿Cómo creen que los ven los otros?
- ¿Qué harán que los demás los ven de ese modo?

Lazarillo

Tiempo: 30 minutos aprox.

Objetivos.

- Desarrollar habilidades para constituirse en un emisor y receptor activo y generativo en la interacción con otros sujetos.
- Desarrollar habilidades para el conocimiento, aceptación y expresión de las propias sensaciones corporales.

- Reconocer los límites de la responsabilidad mutua en la relación interpersonal.
- Desarrollar un mayor autocontrol conductual y emocional.
- Mejorar los niveles de empatía.
- Desarrollar la confianza con los demás.

Materiales.

- Vendas.

Descripción: Esta actividad se realizará en el patio, pero se darán las instrucciones antes de salir. Los integrantes se reunirán en pares, uno de ellos estará con los ojos vendados y el otro lo guiará. La idea es que deben confiar en el “guía” y experimentar a través de los sentidos olfativo, táctil y auditivo. Luego, después de 10 minutos se invertirán los roles. A continuación se ingresará nuevamente a la sala y se analizará la actividad en el plenario.

Consigna: Durante 10 minutos cada uno de ustedes dará un paseo con los ojos vendados con un compañero que los guiará. La idea es que puedan contactarse con los sentidos que no sean la visión, es decir con el oído, el tacto, el olfato y los sentidos del cuerpo. Reúnanse en parejas y uno de ustedes se pondrá una venda y su compañero los guiará. Luego cambiarán de papel y harán el ejercicio nuevamente. La tarea del “guía” es la de proporcionar a la persona “ciega” una amplia variedad de experiencias táctiles, olfativas, auditivas, etc. El “guía” debe conducir a la persona “ciega”, protegiéndola de todo peligro o de cosas desagradables. Deben guiar con las manos tomadas, así además pueden sostener al “ciego” si este perdiese el equilibrio. No pueden hablar mientras dan el paseo. Se comunicarán mediante la dirección dada con el movimiento de las manos y la presión con que se toman. El “guía” conducirá lentamente al “ciego” cuando suban escalones o pasen sobre obstáculos, cuidando que no se golpee la cabeza, y utilizando la mano libre para guiarlo hacia lo que quiere que experimente. Cuando llegue a un gran objeto, como un árbol, ubiquen ambas manos del “ciego” sobre el objeto hasta que termine de sentirlo. Luego, lo pueden llevar a otro sitio o cosa. Si va lento desde el comienzo, “el ciego” irá adquiriendo confianza y se irá habituando a la situación. Pongan a la persona en contacto con una amplia variedad de objetos, para brindarle una rica experiencia sensorial, pero no obliguen

a la persona “ciega” a hacer nada que no quiera, aunque ustedes estén seguros que es algo inofensivo. ¿Preguntas? Muy bien, salgamos, y recuerden que ¡no hay que hablar!

Puntos de Análisis en Plenario: (20 min. aprox.)

- ¿Cómo fue la experiencia?
- ¿En qué rol se sintieron mejor? Explorar emociones.
- ¿Cómo se sintieron guiando a su compañero?
- ¿Cómo se sintieron siendo guiados?
- ¿Cómo estuvo la confianza?
- ¿Sintieron que el otro confiaba?
- ¿Qué sensaciones físicas tuvieron?
- ¿Cómo se comunicaban?

TÉRMINO (10 minutos aprox.).

Materiales: Lápiz pasta y hojas en blanco para cada integrante.

Descripción: Se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la sesión, lo que será guardado en la bitácora personal.

2. Segunda Sesión. “Manejo de la ansiedad”

2.1. Objetivos.

- 2.1.1. Aprender la técnica de relajación de Jacobson.
- 2.1.2. Aprender a manejar la tensión en situaciones difíciles.

2.2. Actividades.

DESARROLLO

Actividad Relajación

Tiempo: 50 minutos aprox.

Objetivos.

- ☞ Lograr relajar todo el cuerpo.
- ☞ Identificar las partes del cuerpo que más se tensionan.
- ☞ Aprender la técnica de relajación de Jacobson.
- ☞ Reconocer las situaciones en que se tensa el cuerpo.
- ☞ Aprender a controlar la ansiedad ante situaciones conflictivas.

Materiales.

- ☞ Frazadas.
- ☞ Colchonetas.

Descripción: Se les explicará a los integrantes del grupo que se les va a hacer un ejercicio de relajación. Para eso, y dependiendo de cuán amplia sea la sala, se les pedirá que se acuesten en el suelo o que se apoyen en una de las murallas de la sala, sin ningún apoyo bajo la cabeza. En caso que haga frío, se les cubrirá las piernas con una frazada. La idea es que estén lo más cómodos dentro de lo posible, por lo que se brindará la posibilidad de sacarse los zapatos, desabrocharse el cinturón o cualquier otra prenda que les apriete. A continuación se les dirá que se pongan cómodos y comenzará la aplicación de la técnica de

Jacobson (Ver Anexo II). Una vez que se incorporen después de la relajación, se va a hablar de la experiencia en el plenario.

Consigna: Pónganse lo más cómodos posibles, recuéstense (o apóyense en una muralla) y atiendan a todas las instrucciones que se les den.

Puntos de Análisis en Plenario: (20 min. aprox)

- ☞ ¿Se pudieron relajar completamente?
- ☞ ¿Les costó relajarse?
- ☞ ¿Hay partes del cuerpo que les costó más relajar o no pudieron relajarlas?
- ☞ ¿Cómo se sintieron con este ejercicio?
- ☞ ¿En qué situaciones se ponen tensos?
- ☞ ¿Cómo manejar la tensión ante una situación difícil con un paciente?
- ☞ ¿Qué les provoca ansiedad? (¿agresividad de los otros, indiferencia de los otros, etc.?)
- ☞ ¿Cómo manejar la ansiedad en el rol de terapeutas?

2.3. TÉRMINO (10 minutos aprox.).

Materiales: Lápiz pasta y hojas en blanco para cada integrante.

Descripción: Se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la sesión, lo que será guardado en la bitácora personal.

3. Tercera Sesión. “Habilidades comunicativas I”

3.1. Objetivos.

- 3.1.1. Desarrollar competencias comunicacionales.
- 3.1.2. Tomar conciencia de las propias emociones.
- 3.1.3. Reconocer las emociones en los otros.

3.2. Actividades.

DESARROLLO

Sí y no

Tiempo: 15 minutos aprox.

Objetivos.

- Reconocer las propias emociones a través de la interacción con los otros.
- Evaluar el nivel de desempeño propio en la interacción.
- Evaluar congruencia expresiva: lenguaje corporal versus intención del mensaje.
- Analizar las funciones asertivas de la comunicación.
- Analizar la expresividad.

Materiales.

- Ninguno.

Descripción: Se pedirá a los integrantes que se reúnan con un compañero y que se coloquen uno frente al otro mirándose. Durante cuatro minutos una persona de la pareja se comunicará con el otro sólo utilizando la palabra “sí”, mientras que el otro sólo utilizará la palabra “no”. Pueden cambiar el tono de voz, la velocidad, volumen, inflexión, etc. No pueden tocarse, ni usar otra palabra. Luego, se les indicará que cambien de palabra, es decir, el que antes dijo “sí” ahora dirá “no”, y viceversa. Se les pedirá que estén alertas a

cómo se sienten mientras realizan el ejercicio, qué comunican y cómo interactúan. Luego, se analizará la actividad en el plenario.

Consigna: Júntense en parejas y van a tener un diálogo donde una de las personas sólo dirá “sí” y la otra persona sólo dirá “no”.

Puntos de Análisis en Plenario: (10 min. aprox.)

- ¿Cómo se sintieron realizando el ejercicio?
- ¿Cómo fue la interacción?
- ¿En qué rol se sintieron mejor?
- ¿Cuándo se sintieron más convincentes?
- ¿Qué mecanismos utilizaron además de la palabra permitida?
- ¿Cómo sintieron a su pareja?
- ¿Cómo sienten que se desempeñaron?

Actividad Collage

Tiempo: 30 minutos aprox.

Objetivos.

- Identificar la variedad de sentimientos que se producen frente a las diferentes situaciones que se generan al trabajar en equipo.
- Evaluar las habilidades persuasivas en la comunicación.
- Desarrollo del lenguaje no verbal (comprender a los otros sujetos y darse a entender por los otros mediante este lenguaje)

Materiales.

- Pliego de papel craft
- Revistas
- Tijeras
- Pegamento

☞ Plumones

Descripción: Se les pedirá a todos los integrantes del grupo que se reúnan y se pongan de acuerdo para elegir un tema. A continuación tendrán que hacer un collage de acuerdo al tema elegido, pero no podrán hablar entre los integrantes del grupo mientras realicen el collage, tan sólo se permitirá que se hagan señas para prestarse el material disponible. Luego se reunirá el grupo en un plenario para hacer un análisis de las actividades.

Consigna: Tienen que elegir un tema para hacer un collage en grupo, y mientras lo realicen no pueden hablar.

Puntos de Análisis en Plenario: (15 min. aprox.)

- ☞ ¿Cómo se relacionan entre ellos?
- ☞ ¿Qué señales hacen?
- ☞ ¿Cómo se sintieron?
- ☞ ¿Cómo se comporta el resto?
- ☞ ¿Cómo pedían las cosas?
- ☞ ¿Cómo le respondían los demás?
- ☞ ¿Sintieron que alguien los trató de ayudar?
- ☞ ¿Se sintieron ignorados?
- ☞ ¿Les gustó haber participado con los demás?
- ☞ Libertad para que cada cual exprese lo que le sucedió y se pueda analizar en grupo.

3.3. TÉRMINO (10 minutos aprox.).

Materiales: Lápiz pasta y hojas en blanco para cada integrante.

Descripción: Se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la sesión, lo que será guardado en la bitácora personal.

4. Cuarta Sesión. “Empatía”

4.1. Objetivos.

- 4.1.1. Desarrollar competencias comunicacionales.
- 4.1.2. Tomar conciencia de las propias emociones.
- 4.1.3. Reconocer las emociones en los otros.
- 4.1.4. Mejorar los niveles de empatía.

4.2. Actividades.

DESARROLLO

Encuentro

Tiempo: 20 minutos aprox.

Objetivos.

- Analizar las características de la comunicación en la interacción con un desconocido.
- Desarrollar habilidades para constituirse en un emisor y receptor activo y generativo en la interacción con otros sujetos.
- Adquirir mayor conciencia de la responsabilidad propia en la formación y desarrollo de las relaciones interpersonales.
- Expresar pensamientos de manera clara y honesta.
- Respetar y escuchar a los otros.
- Analizar el grado de conformidad que se tiene respecto al propio desempeño.
- Aumentar el nivel de complejidad de la relación interpersonal (generatividad), en sus componentes de intensidad, permanencia, proyección, intimidad y progresión.

Materiales.

- Ninguno.

Descripción: Se pedirá a los integrantes que se reúnan en pareja y que conversen durante 10 minutos como si fuera la primera vez que se ven en sus vidas, como si no se conocieran. Luego, en el plenario se conversará y contará cómo veían al otro, y cuánto se mostraron cada uno en la interacción.

Consigna: Siéntense frente a frente. Imaginen que recién se encuentran y que nunca se han visto antes. Intenten verse el uno al otro tal como son ahora, en este momento. Queremos que ustedes se den cuenta de cómo hacen esto, de qué hablan y cómo proceden con esta nueva persona que recién acaban de conocer.

Puntos de Análisis en Plenario: (10 min. aprox.)

- ¿De qué modo se conocieron uno a otro?
- ¿Hasta qué punto se encontraron realmente?
- ¿Cuánto de cada uno y de sus sentimientos revelaron y cuánto mantuvieron oculto?
- ¿Quién llevó la parte más activa en el encuentro?
- ¿Cómo se sintieron con la actividad?
- ¿Cómo se vieron a sí mismos durante la actividad?
- ¿Cómo vieron a su compañero?

Momentos

Tiempo: 35 minutos aprox.

Objetivos.

- Desarrollar habilidades para el conocimiento, aceptación y expresión de las propias emociones.
- Mejorar la comunicación intra e interpersonal.
- Tomar conciencia de las propias emociones.
- Identificar y reconocer emociones en los demás.

Materiales.

- ☞ Lápices pasta.
- ☞ Hojas tamaño carta.

Descripción: Se les pedirá a los integrantes del grupo que en una hoja de papel escriban el momento más feliz, el momento más triste y el momento más significativo de su vida. Una vez hecho esto, se revelarán estos momentos en el plenario y se analizarán estas situaciones.

Consigna: Escriban en la hoja el momento más feliz, más triste y más significativo de su vida.

Puntos de Análisis en Plenario: (15 min. aprox.)

- ☞ ¿Cómo se sintieron al escribir estos momentos?
- ☞ ¿Se conectaron con las emociones implicadas en estos momentos?
- ☞ ¿Cuáles son esas emociones?
- ☞ ¿Reconocen algunas emociones en el relato de los demás?
- ☞ ¿Cómo manejan o controlan estas emociones?
- ☞ ¿Cuánto son capaces de contactarse con sus emociones y de reconocerlas?

4.3. TÉRMINO (10 minutos aprox.).

Materiales: Lápiz pasta y hojas en blanco para cada integrante.

Descripción: Se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la sesión, lo que será guardado en la bitácora personal.

5. Quinta Sesión. “Resolución de conflictos”

5.1. Objetivos.

- 5.1.1. Valorar el proceso de las relaciones interpersonales a partir de su propia experiencia en una vivencia grupal.
- 5.1.2. Resolver problemas.
- 5.1.3. Ver la variedad de sentimientos que se producen frente a las diferentes situaciones que se generan al trabajar en equipo.
- 5.1.4. Enfrentar una situación conflictiva.
- 5.1.5. Evaluar diferentes alternativas para resolver un problema interpersonal.
- 5.1.6. Desarrollar la capacidad de escuchar a los otros y de respetar su modo de significar la realidad.

5.2. Actividades.

DESARROLLO

Role Playing

Tiempo: 50 minutos aprox.

Objetivos.

- Analizar las características de la comunicación dentro del grupo.
- Desarrollar habilidades para el conocimiento, aceptación y expresión de las propias emociones.
- Adquirir mayor conciencia de la responsabilidad propia en la formación y desarrollo de los grupos humanos.
- Mejorar la comunicación intra e interpersonal.
- Resolver problemas en grupo.
- Respetar y escuchar a los otros.
- Discutir acerca del trabajo en equipo y la cooperación.

- Identificar la variedad de sentimientos que se producen frente a las diferentes situaciones que se generan al trabajar en equipo.
- Evaluar la congruencia expresiva: lenguaje corporal versus intención del mensaje.
- Enfrentar una situación conflictiva.
- Analizar los resultados posibles de una conducta asertiva.

Materiales.

- Ninguno.

Descripción: Se debe reunir todo el grupo y para que se pongan de acuerdo para actuar una situación social problema. Todos los integrantes del grupo deben actuar. Luego de haber actuado esta situación tendrán que actuar una alternativa a la situación problema. Al final, alguien del grupo realizará un análisis de lo presentado en el plenario, luego de lo cual todos podrán dar su opinión.

Consigna: Todos deben conformar un grupo. Tienen que ponerse de acuerdo para actuar una situación social que sea problemática para ustedes. Todos deben actuar. Después de actuar esta situación, van a tener que actuar una situación alternativa, en la que puedan hacer algo para salir del conflicto en que se encuentran.

Puntos de Análisis en Plenario: (20 min. aprox.)

- ¿Cómo se sintieron actuando?
- ¿Cómo se pusieron de acuerdo para elegir la situación problema?
- ¿Cómo se sintieron actuando la situación problema?
- ¿Cómo se pusieron de acuerdo para elegir la situación alternativa?
- ¿Cómo se sintieron actuando la situación alternativa?
- ¿Creen que hay otras situaciones alternativas?
- ¿Creen que se puede mejorar la situación alternativa que presentaron?
- ¿Cómo fue trabajar en equipo?
- ¿Cómo se comunicaron con los otros miembros del grupo?

5.3. TÉRMINO (10 minutos aprox.).

Materiales: Lápiz pasta y hojas en blanco para cada integrante.

Descripción: Se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la sesión, lo que será guardado en la bitácora personal.

6. Sexta Sesión. “Habilidades comunicativas II”

6.1. Objetivos.

- 6.1.1. Reconocer los sentimientos y las reacciones que se producen exponiendo frente a un grupo.
- 6.1.2. Desplegar y analizar la conducta asertiva.
- 6.1.3. Evaluar la congruencia expresiva: lenguaje corporal versus intención del mensaje.

6.2. Actividades.

DESARROLLO

Significado de Palabra

Tiempo: 30 minutos aprox.

Objetivos.

- Desarrollar habilidades para constituirse en un emisor y receptor activo y generativo en la interacción con otros sujetos.
- Expresar ideas de manera clara y adecuada.
- Respetar y escuchar a los otros.
- Identificar la variedad de sentimientos y reacciones que se producen exponiendo frente a un grupo.

Materiales.

- Palabras para cada uno (Ver Anexo III).

Descripción: A cada integrante se le entrega una palabra elegida al azar (Ver Anexo III), a la cual le debe inventar un significado. Tendrán 5 minutos para pensar un significado. Después deberán exponer la palabra que a cada uno le tocó con su significado frente al resto del grupo, atendiendo a las dificultades que presenten antes, durante y después de la

exposición. Luego que pasan todos los integrantes, se junta el grupo para analizar la actividad en el plenario.

Consigna: A cada uno de ustedes, se le entregará una palabra complicada, a la cual tendrán que inventarle un significado para luego exponerlo frente al grupo. Deben tratar de ser lo más convincentes posible. Tendrán 5 minutos para pensar el significado de la palabra.

Puntos de Análisis en Plenario: (10 min. aprox.)

- ¿Cómo se sintieron exponiendo?
- ¿Cómo sintieron que los veían los demás?
- ¿Cómo vieron a los demás exponer?
- ¿Qué cosas les gustaría mejorar de su exposición?
- ¿Qué pensaban antes de exponer?
- ¿Qué pensaron después de exponer?
- ¿Lograron expresar realmente lo que querían?
- ¿Fueron convincentes? Analizar desde lo propio y cómo lo ven los demás.
- ¿Qué hace convincente a una persona?

Pictionary

Tiempo: 25 minutos aprox.

Objetivos.

- Desplegar y analizar las variables de la comunicación asertiva.
- Evaluar la congruencia expresiva: lenguaje corporal versus intención del mensaje.

Materiales.

- Tarjetas con palabras.
- Papelógrafo para la puntuación.

Descripción: El grupo se dividirá en dos equipos y contarán con un mazo de tarjetas en las que se señalarán distintas emociones. Por turno, cada integrante debe ir sacando una tarjeta, la que deberá actuar frente a los equipos, (sin el componente verbal), de manera de lograr que estos adivinen a lo que se está refiriendo. Se entregará un punto al equipo, cada vez que éste adivine el concepto en juego. Independientemente del grupo que adivine, cada participante ingresará por turno a actuar el concepto. La persona que está realizando la acción no puede hablar, escribir o dibujar. Tampoco puede señalar directamente el objeto al que se está refiriendo. Los otros integrantes deben tratar de entender el mensaje o concepto, e ir señalando las alternativas que les parecen posibles. Se entenderá por exitosa la tarea una vez que el concepto sea adivinado por uno de los equipos.

Consigna: Cada equipo tendrá un mazo de tarjetas con emociones que tienen que actuar. Saldrá a actuar un integrante de uno de los equipos. El equipo que adivina primero la palabra gana un punto. A continuación saldrá otra persona para actuar una de las tarjetas. La persona que está actuando no puede hablar, escribir, dibujar, ni señalar el objeto que está actuando. Todos tienen que actuar y nadie podrá actuar más de una vez. El equipo que tiene más puntos gana.

Puntos de Análisis en Plenario: (15 min. aprox.)

- Capacidad expresiva no verbal: claridad del mensaje, organización del mensaje, fuerza del mensaje, utilización aspectos corporales.
- Capacidad organizativa del equipo para ir generando logros.
- Integración de la información general.
- Importancia de la congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal.

6.3. TÉRMINO (10 minutos aprox.).

Materiales: Lápiz pasta y hojas en blanco para cada integrante.

Descripción: Se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la sesión, lo que será guardado en la bitácora personal.

7. Séptima Sesión. “Insight”

7.1. Objetivos.

- 7.1.1. Aumentar la capacidad de insight.
- 7.1.2. Mejorar los niveles de empatía.
- 7.1.3. Desarrollar un mayor autocontrol conductual, emocional y cognitivo.
- 7.1.4. Capacidad de abstenerse al estar enganchado emocionalmente y luego de desengancharse en psicoterapia.

7.2. Actividades.

DESARROLLO

Si no fuera una Persona

Tiempo: 30 minutos aprox.

Objetivos.

- Desarrollar habilidades para el conocimiento, aceptación y expresión de las propias emociones.
- Mejorar la comunicación intra e interpersonal.
- Tomar conciencia de las propias emociones.
- Respetar y escuchar a los otros.
- Contactarse con la experiencia a nivel emocional y cognitivo.

Materiales.

- Lápices pasta.
- Hojas tamaño carta.

Descripción: A cada integrante se le pasará un papel y un lápiz. Deberán escribir las 3 cosas que más les gustaría ser si no fueran una persona y por qué. Después deberán escribir

las 3 cosas que menos les gustaría ser si no fueran una persona. A continuación se compartirán las respuestas de cada uno y se analizarán en el plenario.

Consigna: Escriban las 3 cosas que más les gustaría ser si no fueran una persona y porqué. Luego, escriban las 3 cosas que menos les gustaría ser si no fueran una persona y porqué.

Puntos de Análisis en Plenario: (15 min. aprox.)

- ¿Cómo se sintieron realizando esta actividad?
- ¿Qué cosas les gustaría ser si no fueran personas (animales, objetos, etc.)?
- ¿Qué cosas no les gustaría ser si no fueran personas (animales, objetos, etc.)?
- Analizar y explorar cada respuesta.

El Hombre Sabio

Tiempo: 20 minutos aprox.

Objetivos.

- Contactarse con la experiencia a nivel emocional y cognitivo.
- Explorar el sí mismo mediante la fantasía.
- Evaluar y analizar las expectativas que se tiene de los otros sujetos en la interacción.
- Expresar un deseo (intención asertiva) a través del discurso, en los niveles morfosintáctico, suprasegmentario y no verbal.
- Mejorar los niveles de autoestima.
- Desarrollar un mayor autocontrol conductual y emocional.
- Mejorar los niveles de empatía.
- Disminuir los niveles de egocentrismo (descentramiento).
- Observar detalles.

Materiales.

- Ninguno.

Descripción: Se le pedirá a los integrantes del grupo que busquen una posición cómoda, que cierren los ojos y que dirijan la atención a su experiencia interior, tomando contacto con las sensaciones físicas, tales como la respiración e identificando las distintas emociones. La idea es que se encuentren lo más relajados posible, para que puedan compenetrarse totalmente con su vida imaginaria interior. Se solicitará silencio absoluto durante toda la actividad de imaginación, y que no abran los ojos hasta que se les indique, ya que si alguien habla interrumpirá a sus compañeros. Una vez que todos los integrantes del grupo se encuentren con los ojos cerrados, se procederá a leer el viaje imaginario de “El hombre sabio” (Ver Anexo V) de manera clara, lenta y concediendo ciertos espacios para la reflexión donde hay puntos suspensivos. Al final de la imaginación se le pedirá a los integrantes que abran sus ojos lentamente para reunirse a discutir en un plenario acerca de la experiencia.

Consigna: Pónganse cómodos, cierren los ojos, dirijan la atención a su experiencia interior, tomen contacto con las sensaciones físicas, como la respiración, e identifiquen las distintas emociones que tendrán cuando se les lea un relato. Todos deberán estar en silencio.

Puntos de Análisis en Plenario: (15 min. aprox.)

- ¿Cómo se sintieron con la experiencia?
- ¿Cuánto lograron contactarse con las sensaciones internas?
- ¿Cómo se sintieron siendo “el hombre sabio”?
- ¿Qué diferencias hubo en la percepción que tuvieron del hombre sabio antes y después de pasar por la experiencia de ser él?
- ¿Cómo le dijeron lo que sentían al hombre sabio?
- ¿Cómo era el regalo?
- ¿Hubo algún cambio o vieron algún nuevo detalle en el regalo que antes de ustedes mismos convertirse en él, no habían visto?
- ¿Cómo se sienten ahora?

7.3. TÉRMINO (10 minutos aprox.).

Materiales: Lápiz pasta y hojas en blanco para cada integrante.

Descripción: Se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la sesión, lo que será guardado en la bitácora personal.

8. Octava Sesión. “Descentramiento”

8.1. Objetivos.

- 8.1.1. Tomar conciencia de las propias emociones.
- 8.1.2. Expresar emociones.
- 8.1.3. Respetar a los otros.
- 8.1.4. Analizar la propia identidad desde lo interpersonal.

8.2. Actividades.

DESARROLLO

Animal

Tiempo: 60 minutos aprox.

Objetivos.

- Reconocer las propias emociones.
- Desarrollar un mayor autocontrol emocional y conductual.
- Mejorar los niveles de empatía.
- Disminuir los niveles de egocentrismo (descenramiento).
- Evaluar y analizar las expectativas que se tiene de los otros sujetos en la interacción.
- Identificar y enfrentar una situación conflictiva.
- Mejorar la comunicación intra e interpersonal.
- Respetar a los otros.
- Desarrollar habilidades para el conocimiento, aceptación y expresión de las propias emociones.
- Contactarse con las propias vivencias.
- Aumentar el nivel de autoconocimiento del sí mismo.

Materiales.

- Ninguno.

Descripción: Se les pedirá a los integrantes del grupo que busquen una posición cómoda sentados en el suelo y con espacio entre ellos, que cierren los ojos y que dirijan la atención a su experiencia interior, tomando contacto con las sensaciones físicas, tales como la respiración e identificando las distintas emociones. La idea es que se encuentren lo más relajados posible, para que puedan compenetrarse totalmente con su vida imaginaria interior. Se solicitará que sigan todas las instrucciones de esta imagería (Ver Anexo VI), por ejemplo sólo abrir los ojos cuando se les indique y realizar los movimientos que se les vaya señalando. Se preguntará si hay alguna duda, ya que cuando estén con los ojos cerrados no se permitirán preguntas, ni comentarios.

Consigna: Pónganse cómodos, cierren los ojos, dirijan la atención a su experiencia interior, tomen contacto con las sensaciones físicas, como la respiración, e identifiquen las distintas emociones que tendrán cuando se les lea un relato. Todos deberán estar en silencio. Antes de comenzar se responderán las dudas que tengan.

Puntos de Análisis en Plenario: Dirigirse al Anexo VI. (20 min. aprox.)

8.3. TÉRMINO (10 minutos aprox.).

Materiales: Lápiz pasta y hojas en blanco para cada integrante.

Descripción: Se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la sesión, lo que será guardado en la bitácora personal.

9. Novena Sesión. “Expresividad”

9.1. Objetivos.

- 9.1.1. Aprender a comunicar asertivamente una opinión.
- 9.1.2. Aumentar la capacidad de insight.
- 9.1.3. Mejorar los niveles de empatía.
- 9.1.4. Mejorar los niveles de autoestima.

9.2. Actividades.

DESARROLLO

Debate

Tiempo: 20 minutos aprox.

Objetivos.

- Analizar las características de la comunicación.
- Desarrollar habilidades para constituirse en un emisor y receptor activo y generativo en la interacción con otros sujetos.
- Adquirir mayor conciencia de la responsabilidad propia en la formación y desarrollo de relaciones humanas.
- Reconocer los límites de la responsabilidad mutua en términos de respetar al otro.
- Valorar el proceso de las relaciones interpersonales a partir de su propia experiencia.
- Ver la variedad de sentimientos que se producen frente a las diferentes situaciones que se generan al interactuar con otros individuos.
- Analizar las funciones asertivas: expresividad verbal, no verbal y en la interacción.
- Evaluar la congruencia expresiva: lenguaje corporal versus intención del mensaje.
- Expresar un deseo (intención asertiva) a través del discurso, en los niveles morfosintáctico, suprasegmentario y no verbal.

Materiales.

- ☞ Ninguno.

Descripción: Se les pedirá a los integrantes que entre todos se pongan de acuerdo en algún tema que les interese, en el cual existan dos puntos de vista diferentes, por ejemplo aprobar o no aprobar cierta ley que se les ocurra, o cualquier tema que quieran. Una vez que ya están de acuerdo en algún tema, se dividirá al grupo en dos partes iguales (siempre que no sean más de 8 integrantes en total, ya que sino, se piden dos temas en vez de uno y se divide al grupo en cuatro). Luego se solicitará que un grupo defienda una posición del tema elegido y que el otro defienda la otra postura. Se les indica que deben argumentar lo mejor posible y defender su postura ante el otro grupo. Para esta discusión se les dará 10 minutos. Luego se pasará al plenario.

Consigna: Elijan un tema del cual se puedan extraer dos puntos de vista diferentes. Luego, formen 2 grupos, que defenderán posiciones distintas frente al tema elegido.

Puntos de Análisis en Plenario: (10 min. aprox.)

- ☞ ¿Cómo se relacionaron con los del otro grupo y con los del mismo grupo?
- ☞ ¿Cómo sienten que fue el desempeño propio y el de los demás?
- ☞ ¿Cómo se sintieron en general con la actividad?
- ☞ ¿Cómo se sintieron frente al otro grupo?
- ☞ ¿Cómo planteaban su punto de vista?
- ☞ ¿Cómo consideran que respondían los demás?
- ☞ ¿Se sintieron ignorados o pasados a llevar?
- ☞ ¿Cómo eran las expresiones, gestos, movimientos, tono de voz, etc.?

Dar y Recibir Afecto

Tiempo: 30 minutos aprox.

Objetivos.

- Identificar la variedad de sentimientos que se producen frente a las diferentes situaciones que se generan tanto al decir algo positivo a los otros como al recibir algo positivo de los otros.
- Evaluación de competencias comunicativas.
- Recibir refuerzo positivo.
- Aceptar cumplidos.
- Lograr abstinencia y neutralidad.

Materiales.

- Ninguno.

Descripción: Se sientan todos en círculo y se pone una silla al centro. Cada integrante debe “idealmente”, pasar por la silla del centro. El que está al centro sólo escucha, no se hacen preguntas ni comentarios. Los que están alrededor le expresarán a la persona del centro algún aspecto que admiran o que les guste. Es importante que sean precisos y que eviten explicar o contextualizar lo que están diciendo y que siempre sea dicho en positivo (evitar empezar con frases como “al principio me caías mal pero ...”).

Consigna: Todos los que están alrededor deben expresarle algo positivo al del centro.

Puntos de Análisis en Plenario: (20 min. aprox.)

- Generatividad.
- Refuerzo positivo.
- Construcción de nuevas relaciones interpersonales.

9.3. TÉRMINO (10 minutos aprox.).

Materiales: Lápiz pasta y hojas en blanco para cada integrante.

Descripción: Se le repartirán hojas a los integrantes para que escriban acerca de su experiencia en la sesión, lo que será guardado en la bitácora personal, para luego ser entregado a cada uno.

Al final, luego de ser entregadas las bitácoras se puede hacer un análisis general y abierto del taller.

VII. Discusión y Conclusiones.

La presente investigación abordó las competencias que requieren desarrollar los psicoterapeutas para intervenir adecuada y exitosamente en sesión, en el sentido de lograr facilitar efectivamente los procesos de cambio en los pacientes. Estas competencias se relacionaron con las variables del Modelo de la Asertividad Reformulada, y se propuso su desarrollo desde las mismas. Así, la posibilidad de cambio en los pacientes se dará desde y en la relación psicoterapéutica, y sólo será posible de alcanzar en una dinámica interpersonal que lo propicie. De este modo, se propuso un taller de desarrollo de habilidades psicoterapéuticas como elemento necesario en el proceso de formación en psicoterapia, pues a la luz de los antecedentes revisados, en el fondo la relación terapéutica se podría mirar como un encuentro entre realidades que se crea desde un esfuerzo del terapeuta.

En el momento actual del modelo, a diferencia de los momentos conductuales y cognitivos tradicionales y racionalistas, no sólo se considera la conducta del sujeto y los fenómenos mediacionales cognitivos, sino que además se incorpora a su objeto de estudio, las emociones, la historia de vida del sujeto en tanto atañe al motivo de consulta, las relaciones interpersonales, los patrones de apego, los procesos inconscientes, y otros fenómenos insuficientemente abordados en los momentos anteriores que lo anteceden en su evolución.

Esto no quiere decir que los momentos anteriores del enfoque Constructivista Cognitivo, sean menos útiles o necesarios, pues ninguno de los antecedentes que conforman la actual metateoría es más viable que la otra, ni más acertada o correcta en términos operativos. Es por esto que nos hemos visto en la necesidad de insertarnos en las raíces y en el desarrollo histórico que caracteriza a nuestro modelo de trabajo, lo que nos ha permitido reconocer las múltiples posibilidades que nos entrega para el trabajo clínico, con cada uno de los momentos que lo conforman.

Todos los antecedentes, en última instancia, persiguen un mismo objetivo, que es permitir, a través de un cambio psicoterapéutico, mejorar la calidad de vida, disminuir el sufrimiento del paciente y aumentar su complejidad operativa.

Así, la posibilidad de situarse en diferentes técnicas y herramientas terapéuticas dentro de un mismo marco de referencia, aparece como una de las grandes características del modelo Constructivista Cognitivo, y es precisamente esta capacidad de flexibilidad y adaptabilidad, lo que nos llevó a plantearnos la necesidad de desarrollar competencias psicoterapéuticas para poder generar cambios en los pacientes desde sus propias necesidades y características, y no a modo de imposición de una forma de trabajo o de comprensión de la realidad que no les sean propias.

De acuerdo con esta perspectiva, el cambio en psicoterapia requiere algo más que la comprensión conceptual o análisis racional, pues implica además, considerar el contexto interpersonal de la relación terapéutica, así como también nuevos modos de experimentar al sí mismo.

Debido a esto es que en este enfoque la relación terapéutica se considera como la instancia fundamental en la cual es posible interactuar y atender a los requerimientos del paciente, así, la posibilidad de cambio se dará desde y en esta relación.

La relación psicoterapéutica es siempre una relación artificial, en el sentido que es creada por y para el paciente, quien podrá verse profundamente beneficiado de ella, siempre y cuando la dinámica que se genere en este espacio interpersonal lo favorezca.

Por lo anterior, es que el conocimiento por parte del terapeuta, de sus propios patrones disfuncionales en las relaciones interpersonales, es una exigencia, pues es un riesgo que estos patrones disfuncionales se pongan en juego en la relación terapéutica. Asimismo es necesario que el terapeuta tenga "insight" de sus propios esquemas cognitivos personales, y los haya trabajado si resultan disfuncionales. Freeman (1988, citado en Ruiz y Cano, 1992) pone un ejemplo significativo:

"Un terapeuta abordaba con su supervisor las dificultades que tenía con un paciente con un trastorno obsesivo de la personalidad. Al preguntarle el supervisor por los objetivos que él se había marcado

en la terapia de este paciente; el terapeuta afirmó que su objetivo era eliminar los esquemas perfeccionistas del paciente"

Evidentemente los propios esquemas perfeccionistas del terapeuta generaban dificultad en la terapia y la podían convertir en improductiva.

Por esto, en este estudio hemos abordado la necesidad e importancia del desarrollo de competencias psicoterapéuticas, para que logre efectivamente establecer las condiciones que puedan desencadenar una reorganización en el paciente. Además para que el terapeuta se constituya como tal, en el rol que le corresponde desde el Modelo Constructivista Cognitivo, y para que sea un perturbador estratégicamente orientado, debe desarrollar competencias tanto técnicas como personales, que son el resultado de su conocimiento, tanto teórico como de sí mismo; de sus habilidades, tanto en técnicas específicas de psicoterapia como de las variables inespecíficas que inciden en el proceso psicoterapéutico; de su actitud y de su auto concepto, en los diversos ámbitos de su vida, incluyendo, por supuesto, el ámbito laboral (Yáñez, 2004).

Yáñez (2004) ha planteado que las habilidades técnicas y personales son el resultado de la combinación inextricable entre los esquemas ideológicos formales y los esquemas ideológicos idiosincrásicos, a partir de lo cual hemos sugerido la posibilidad de desarrollar competencias psicoterapéuticas a través del desarrollo de su componente *habilidades*, que en definitiva serán siempre una combinación entre lo técnico y lo personal, pues la labor del terapeuta involucra al sujeto en su totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo, y requiere de altos niveles de autoconocimiento, flexibilidad, autocontrol, capacidad de escuchar eficientemente a los otros y dominio de los actos de habla, entre otros, por parte del clínico.

Por esta razón es imprescindible que los terapeutas que se encuentran en fase de formación desarrollen de algún modo, habilidades expresivas, receptivas y generativas (Yáñez, 2003a), pues el lenguaje es la herramienta fundamental de cambio en psicoterapia, es el

medio de comunicación, se puede incluso afirmar que es la base o que es inherente y constitutiva de ella.

Cuando se dice algo y, por tanto se trata de comunicar un significado, se trata que la otra persona entienda a lo que se hace referencia, y esto es de vital importancia en el curso de la psicoterapia. A la emisión de una proposición, que en el caso del terapeuta es una intervención, hay que considerar la intención, que será transmitida por los indicadores de fuerza ilocutiva que se convierte en otra fuente más del significado de lo que el terapeuta dice (Yáñez, 2003c). Es así como Yáñez postula que la intención sería la fuerza ilocutiva del deseo que se vehicula en el discurso del sujeto, en sus 3 niveles: verbal, no verbal y suprasegmentario, y considera que el despliegue de un deseo y la intención de desplegarlo se genera en un contexto, es decir, en un espacio y tiempo concreto (Cayazzo y Vidal, 2002) y que en psicoterapia debe ser en el momento preciso, estimado por el terapeuta según sean sus competencias, para producir un efecto real en el otro, en y por medio de la relación.

Son también esenciales en esta interacción recíproca, mediada por los objetivos acordados entre terapeuta y paciente, los elementos suprasegmentales y paralingüísticos presentes en cada uno de los sujetos involucrados, y al mismo tiempo la lectura y la interpretación que de ellos se genere en los participantes, ya que será la interpretación del otro la que posibilitará hacer de la intención que se despliega, una intención compartida, lo que indudablemente facilitará enormemente el proceso psicoterapéutico.

Para ello, el terapeuta debe ser capaz de escuchar y comprender a su paciente, además de expresarse claramente, de manera efectiva y congruente a los requerimientos de éste.

Los actos de habla tienen ciertas condiciones, forma y lógica interna que al ponerlas en juego, tendrán un efecto en los otros. Por ello, en este estudio revisamos que se hizo necesario ampliar la propuesta que hace Searle (1969) en cuanto a los actos de habla, en el sentido que la manera en que un sujeto dice y hace al mismo tiempo, puede influir en quien lo escucha, aspecto que resulta esencial en la propuesta de la Asertividad Reformulada.

El interés de este trabajo está puesto en los efectos posibles después que el terapeuta interviene y/o despliega un acto de habla. Vale decir, en los efectos del acto de habla en el oyente: lo perlocutivo, para lo cual nos hemos centrado en la posibilidad de ayudar a los terapeutas y facilitar su desarrollo de las habilidades necesarias para lograrlo, a través de los procesos básicos hacia los que apunta la Asertividad Reformulada.

Así, al concebir el entrenamiento asertivo de un modo distinto a como se ha desarrollado clásicamente, ya que desde el marco Constructivista Cognitivo sería necesario no sólo generar cambios a nivel conductual y cognitivo, sino también a nivel de los patrones de comportamiento interpersonal del sujeto y modos primarios de vinculación, planteamos que *entrenar* a los psicoterapeutas en habilidades desde la asertividad reformulada, no se refiere a un entrenamiento en habilidades persuasivas o exclusivamente comunicacionales, sino más bien a posibilitar un trabajo efectivo desde este enfoque.

Hemos tomado uno de los principios fundamentales de la reformulación de la asertividad, y esta es que “deja de ser una variable personal, para constituirse en una variable interpersonal. Como tal, se vuelve dinámica y cambiante a partir de los vínculos y relaciones que el sujeto establece” (Cayazzo y Vidal, 2002, p. 169), lo que implica que la asertividad reformulada es pensada como un estilo relacional, una forma de interacción interpersonal orientada a la generatividad en las relaciones. “Así, el eje de análisis no es sólo el desempeño de un sujeto aislado, sino el desempeño del sujeto en relación con otros.” (Ibidem, 2002, p.169)

También hemos estudiado que la postura Constructivista Cognitiva postula al ser humano como un sistema procesal y dinámico, donde la madurez y desarrollo del individuo, más que ser “un producto final o un estado ininterrumpido, es un proceso abierto de asimilación de la experiencia, que ya sea progresiva o regresivamente, cambia continuamente el punto de equilibrio alcanzado a lo largo de la orientación ortogénica de un creciente orden o complejidad estructural.” (Guidano, 1994, p. 116). En este sentido, las distintas experiencias vividas en el ciclo vital del sujeto, son constitutivas y se transforman en

vivencias tan relevantes como las de los primeros años (Ibidem, 1994), ya que pueden provocar cambios sustanciales en la dinámica y procesos de éste.

De ahí la gran relevancia que adquiere el proceso psicoterapéutico en el cambio de la experiencia en curso del paciente, y a su vez la importancia de la manera que se ha propuesto en este estudio, desarrollar competencias en psicoterapia, es decir a través de un taller, ya que como plantea Guidano (1994, p. 133) “ningún cambio parece posible sin emociones (...) en otras palabras, parece incluso más evidente que si bien el pensar generalmente cambia los pensamientos, sólo el sentimiento puede cambiar las emociones; es decir, que sólo la aparición de nuevas experiencias emocionales (...) pueden afectar la autorregulación, modificar los patrones actuales de autoconciencia, y de este modo facilitar un reordenamiento de los procesos de significado personal.”

De este modo, al buscar de qué modo desarrollar las competencias psicoterapéuticas desde el modelo al que nos hemos adscrito, inevitablemente hemos pensado en un taller teórico/práctico, pues acorde a la metateoría Constructivista Cognitiva, donde el conocimiento es considerado como la autoorganización de la propia experiencia y que ésta es predominantemente afectiva-emocional, es pertinente y necesario que el desarrollo de estas habilidades sea mediante un taller donde los sujetos puedan moverse en la experiencia inmediata entre lo emocional y lo cognitivo, con la idea de aumentar su autoconocimiento.

Además nos encontramos con que las funciones expresivas, receptivas y generativas de la Asertividad Reformulada, constituyen las variables inespecíficas de las intervenciones psicoterapéuticas, que son, en definitiva, tanto habilidades personales como profesionales, por lo que si nos abocamos al desarrollo de ellas, inevitablemente las competencias psicoterapéuticas en su totalidad se verán mejoradas.

En un taller orientado al desarrollo de competencias psicoterapéuticas es posible trabajar, por ejemplo, con técnicas cualitativas conocidas, como el análisis de discurso, o la capacidad de los sujetos de expresarse a través de la utilización del lenguaje, y también el uso de técnicas operativas como, por ejemplo, el “role playing” de interacciones sociales,

provenientes del momento conductual, pero siempre otorgándole una utilización innovadora y consecuente con el marco teórico del momento actual del modelo, es decir con objetivos de autoobservación e interpretada desde una perspectiva constructivista.

La propuesta que hemos realizado, apunta, en síntesis, a perturbar a los terapeutas en formación, con el sentido que haya una variación, que se dirija siempre a niveles de mayor generatividad, tanto intra como interpersonal, fundamentalmente para su desempeño profesional.

Por supuesto que al momento de evaluar su efectividad, hay que considerar la importancia que tiene el contexto, los intereses y características particulares de cada sujeto en el momento en que participen en un taller de la índole que hemos propuesto.

Por su parte, y siguiendo los postulados del modelo, se puede concluir que habrá tantas estrategias psicoterapéuticas como sujetos. La idea del taller, no apunta a encontrar la mejor estrategia por sí misma, sino más bien permitir a cada terapeuta encontrar el modo y la forma de psicoterapia más efectiva para el paciente, en el entendido que quien mejor puede dar cuenta de sí mismo, es el propio sujeto. Cada uno debe encontrar, en coordinación con los otros, la forma más generativa de poner en juego los propios recursos.

Además, muchas veces los sujetos en el taller podrán tomar conciencia de sus esquemas disfuncionales, de sus carencias y dificultades emocionales, así como de sus aspectos positivos y capacidades innatas o ya adquiridas para la labor de terapeutas; pero será responsabilidad de ellos mismos hacerse cargo y trabajar sobre ellas en sus supervisiones o terapias individuales. Además, como hemos señalado a través del desarrollo de esta investigación, los psicoterapeutas Constructivistas Cognitivos deberán encontrarse en permanente trabajo de sus aspectos individuales, con el fin de mejorar y lograr exitosos procesos psicoterapéuticos.

Con respecto a las repercusiones en investigaciones futuras, cabe destacar que se hace necesario llevar a la práctica lo que aquí se propone, y encontrar el modo de evaluar la

efectividad y los cambios que logran los sujetos a través de un taller de desarrollo de habilidades psicoterapéuticas, en el sentido de generar variables en estos ámbitos que puedan ser cuantificables y que complementen herramientas que ya existen, como el Cuestionario de Asertividad Reformulada (CAR) (Bronda, 2001).

Finalmente, uno de los principales aportes a la Psicología de este trabajo de investigación, es la especificación del concepto de competencia psicoterapéutica desde el Modelo Constructivista Cognitivo y la posibilidad de desarrollarlas a través de un taller de asertividad reformulada.

VIII. Bibliografía.

1. Aristegui, R. (2000). Examen del Constructivismo en Psicoterapia: La crítica del cognitivismo post-racionalista a los fundamentos de correspondencia de la psicoterapia tradicional. *Cinta de Moebio* No. 7. Marzo 2000. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Extraído de <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/07/frames07.htm>
2. Arnold, M. (2004). Introducción a las Epistemologías Sistemico/Constructivistas. En *Ensayos sobre Socioautopoiesis y Epistemología Constructivista*. Francisco Osorio (Editor). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile: Ediciones MAD. Pág. 7-15.
3. Austin, J. L. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
4. Balbi, J. (1997). ¿Qué es una persona? Traducción de original publicado en: *Journal of Constructivism Psychology*, Volume 9 Number 4, October November 1997. P. 249-261. Extraído de www.postracionalismo.cl
5. Barcia, D. (1991). Introducción a la Historia de la Psicopatología. Pág. 47-112. En *Manual de Psicopatología*. Belloch A. e Ibáñez E. (eds.). Valencia, España: Editorial Primolibro.
6. Beck, A. (1997). Terapia Cognitiva: Pasado, Presente y Futuro. Pág. 49-62. En *Psicoterapias cognitivas y Constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. Mahoney, M. (Comp.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
7. Beck, A. y Freeman, A (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
8. Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
9. Bejarano, A. y Romero, J. C. (2001). Alianza terapéutica en pacientes adictos: Una Propuesta de Instrumento. En *Revista Eradicaciones*. Número 9. Santiago, Chile. Artículo extraído de <http://www.eradicaciones.org/Revista/numero9/pdf/tesis.pdf>
10. Botella, L. y Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación [versión electrónica]. En *Anales de Psicología*. Volumen 19, número 2 (diciembre), 205-221. Universidad de Murcia, España. http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf.

11. Bowlby, J. (1979). El papel de la experiencia de la infancia en el trastorno cognitivo. En *Cognición y Psicoterapia*. Mahoney, M. y Freeman, A. (1988). Barcelona, España: Paidós.
12. Bowlby, J. (1986): *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida*. Madrid. Editorial Morata.
13. Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
14. Bravo, E. (2004). *Epistemología del Conductismo*. FES Iztacala, UNAM. Extraído de <http://members.fortunecity.com/bucker4/descarga.htm>
15. Bronda, J. (2001) *Validación del Cuestionario de Asertividad Reformulada (C.A.R.) en una muestra de sujetos con educación Técnica en Santiago*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Universidad de Chile. Santiago.
16. Bruner, J. (1987). *La importancia de la Educación*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
17. Bruner, J. (1988). *Realidad Mental y Mundos Posibles: Los Actos de la Imaginación que dan Sentido a la Experiencia*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
18. Bruner, J. (1991). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. España: Editorial Alianza Psicología Minor.
19. Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores.
20. Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
21. Carrasco, M. J. (2002). La empatía en la terapia cognitivo conductual. Artículo del Departamento de Psicología, Facultad Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. España. En <http://www.psicoterapeutas.org>
22. Cayazzo, F. y 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*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

23. Cormier, W. H. y Cormier, L. S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.
24. Cortés, S. y 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. Escuela de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
25. Crittenden, P. (1997). Conferencia sobre: *Vínculos Afectivos Familiares, Experiencias Tempranas y Psicopatología: Prevención y Tratamiento*. Sociedad de Terapia Cognitiva Post-Racionalista. Santiago, Chile: Auspicio y Patrocinio de la Escuela de Psicología de la Universidad Las Condes.
26. Dowd, T. (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. En *Manual de psicoterapias cognitivas*. Isabel Caro (Compiladora). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica. Pág. 25-35.
27. Einstein, A. y otros (1993). *La Teoría de la Relatividad: sus orígenes e impacto sobre el pensamiento moderno*. Barcelona, España: Editorial Altaya.
28. Ellis, A. (1997a). El estado de la cuestión en la Terapia Racional-Emotiva-Conductual. Pág. 91-101, en *Manual de Psicoterapias Cognitivas*, Caro, I. (comp.). Barcelona, España: Ediciones Paidós.
29. Ellis, A. (1997b). Reflexiones sobre la Terapia Racional-Emotiva. Pág. 93-98, en *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. Mahoney, M. (Comp.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
30. Feixas, G. (2003). *Constructivismo y Psicoterapia*. Seminario de actualización internacional. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
31. Fernández, A. y Rodríguez, B. (2001). *La práctica de la Psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.
32. Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
33. Goncalves, O. (1997): Psicoterapia cognitiva narrativa: La construcción hermenéutica de significados alternativos. En *Psicoterapias Cognitivas y*

- Constructivistas. Teoría Investigación y Práctica.* Mahoney, M. (Compilador). Pág. 171-196. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.
34. Goncalves, O. (1998). Hermenéutica, Constructivismo y Terapias Cognitivas Conductuales: Del Objeto al Proyecto. En *Constructivismo en Psicoterapia*. Neimeyer, R; Mahoney, M. (Compilador). Pág. 179-217. Barcelona, España: Editorial Paidós.
35. González, B.; Richaud, M. y Silva, L. (1988). *Evaluación de la Efectividad de un Programa de Entrenamiento Asertivo Grupal para Adolescentes que Incluye Técnicas Conductuales-Cognitivas más Técnicas de Darse Cuenta; y Conocimiento de los Aportes del Autoconocimiento Corporal*. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
36. González, A. (2001). Conferencia *El cambio de paradigma en la ciencia del siglo XX: de la Neurociencia a la Ciencia Cognitiva*. Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
37. González, M. y Quezada, M. T. (2003). *Síndrome Burnout o Desgaste Personal del Psicoterapeuta desde el Modelo Cognitivo Constructivista: Estudio exploratorio en psicoterapeutas de consulta privada*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
38. Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
39. Guidano, V. (1999a). La autoobservación en la psicoterapia constructivista. En *Constructivismo en Psicoterapia*. Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (compiladores). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
40. Guidano, V. (1999b). Psicoterapia constructivista: Un marco teórico. En *Revista de Psicoanálisis*. Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (compiladores). Noviembre 2002 - Número 12. Extraído de <http://www.aperturas.org>
41. Guidano, V. F. (1987). *La complejidad de sí mismo: Un enfoque evolutivo de la psicopatología y de la psicoterapia*. Saavedra, M. A. (traductora). Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

42. Guidano, V. F. (1994). *El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
43. Guidano, V. F. (1997). El estado de la cuestión en la terapia cognitiva postracionalista. En *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Caro, I. (compiladora). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
44. Guidano, V. F. (1999c). *El modelo cognitivo postracionalista: Hacia una reconceptualización teórica y crítica*. Quiñones, A. (compilador). Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.
45. Guy, J. D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta: El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica.
46. Heisenberg, W. (1985). *La imagen de la naturaleza en la física actual*. Barcelona, España: Editorial Orbis.
47. Jaramillo, L. (2003). ¿Qué es Epistemología? Mi mirar epistemológico y el progreso de la ciencia. *Cinta de Moebio* No. 18. Diciembre 2003. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile: Extraído de <http://www.moebio.uchile.cl/18/frames01.htm>
48. Kleinke, C. L. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.
49. Kuhn, T. (1981). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Madrid, España: Editorial FCE.
50. Kühne, W. (1999). ¿De qué hablan los cognitivos cuando hablan de inconsciente? En *Memorias de las primeras jornadas clínicas del Caps*. Pág. 41-54. Departamento de Psicología. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
51. Lifton, W. (1972). *Trabajando con grupos: Formación del grupo y del Individuo*. México: Editorial Limusa-Wiley, S.A.
52. Leiva, V. y Vásquez, C. (1999). *Técnicas cognitivas*. Grupo cognitivo adultos en Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs: La formación del Psicólogo Clínico. CAPs. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

53. Leyton, I. (1999). Aspectos de la Evolución del Modelo Cognitivo. *Revista Thesis*. Diciembre – 1999. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Extraído de <http://csociales.uchile.cl/publicaciones/thesis/01/ensayos/cogni.htm>
54. López, R. (2001). Constructivismo Radical de Protágoras a Watzlawick. En *Tradicón y cambio en la Psicopedagogía*. Roberto Coreaga (Editor). Santiago, Chile: Publicación de la Universidad EDUCARES. Pág. 27-35.
55. Mahoney, M. J. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teorías, investigación y práctica*. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.
56. Maturana, H. (1995). *La realidad: ¿objetiva o construida?* Barcelona, España: Editorial Anthropos.
57. Maturana, H. y Varela, F. (1989). *El árbol del conocimiento*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
58. Méndez, J. e Iceta, M. (2002). La teoría de los sueños. Parte I: una revisión bibliográfica. En *Revista de Psicoanálisis*. Noviembre 2002 - Número12. Madrid, España. Extraído de <http://www.aperturas.org>
59. Molina, V. (1999). Apuntes Asignatura *Psicología Social I*. Carrera de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
60. Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
61. Piaget, J. (1969b). *Biología y Conocimiento*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.
62. Piaget, J. (1971). *Epistemología y Psicología de la Identidad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidos.
63. Piaget, J. (1985). *La toma de conciencia*. Madrid, España: Ediciones Morata.
64. Piaget, J. y cols. (1969a). *Las nociones de estructura y génesis*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Proteo.
65. Rice, F.P. (1997). *Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital*. Naucalpan de Juárez, México: Prentice-Hall Hispanoamérica, S.A.
66. Rimm, D. y Masters, J. (1987). *Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Editorial Trillas.

67. Robins, C. y Hayes, A. (1997). Una valoración de la terapia cognitiva. Pág. 63-89, en *Psicoterapias cognitivas y Constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. Mahoney, M. (Comp.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
68. Ruiz, A. (1992). La terapia cognitiva procesal sistémica de Vittorio Guidano: Aspectos teóricos y clínicos. Instituto de Terapia Cognitiva. Santiago, Chile.
<http://www.inteco.cl>
69. Ruiz, J. y Cano, J. (1992). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Capítulo 8: La relación terapéutica como vía de cambio cognitivo. Extraído de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual8.htm>
70. Ruiz, J. y Cano, J. (2001). *Psicoterapia por la personalidad*. Extraído de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/libros.htm>
71. Saavedra, M. (1996). *Manual del Residente de Psiquiatría*. Capítulo 3: Las corrientes y los fundamentos del pensamiento psiquiátrico: Cognitivo-Conceptuales. Sevilla, España. Extraído de http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a1n3.htm
72. Safran, J. y Seagal, Z. (1994). *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica.
73. Safran, J. (2002). Tratamiento psicoanalítico relacional breve. Artículo extraído de *Revista de Psicoanálisis*. Noviembre 2002 - Número12. Madrid, España. Extraído de <http://www.aperturas.org>
74. Salvo, I. (2003). *Variables del Psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la Psicoterapia: Un estudio exploratorio-descriptivo*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
75. Searle, J. R. (1969). *Actos de habla*. Madrid: Cátedra (1994).
76. Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
77. Stevens, J. (1976). *El Darse Cuenta: Sentir, Imaginar, Vivenciar*. Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos.
78. Sullivan, H. (1978). *La Teoría Interpersonal de la Psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Psique.

79. Valdés, N. (2002). Presentación de la Investigación: *Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica*. En el V Congreso Sudamericano de Investigación en Psicoterapia Empírica y III Encuentro Psicoterapéutico, organizado por la Society for Psychotherapy Research, el Comité de Psicoterapia de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y la Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Realizado del 8 al 11 de agosto de 2002: Reñaca, Chile. Extraído de www.psicocentro.com 2003.
80. Vergara, P. y Gaete, P. (1999). Diagnóstico y cambio en la Teoría Cognitiva-Post-Racionalista. En *Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs* realizadas el 22 y 23 de octubre de 1999. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
81. Vygotsky, L. S. (1982). *Pensamiento y Lenguaje*. En Obras Escogidas. Madrid, España: Visor Distribuciones, S.A.
82. Vygotsky, L. S. (1988). *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*. México: Editorial Grijalbo.
83. Waddington, C. (1975). El Animal Humano. En Brain, R. y otros, *Psicología Social y Humanismo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
84. Wenk, E. (2001). Apuntes Asignatura *Metodología de la Investigación Científica en Psicología*. Carrera de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
85. Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Editorial Trillas.
86. Yáñez, J. (1999). Encuadre psicoterapéutico cognitivo de adultos. Grupo cognitivo adultos en *Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs: La formación del Psicólogo Clínico*. CAPs. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
87. Yáñez, J. y cols. (2002b). *Modelo psicoterapéutico cognitivo del CAPs*. Documentos de estudio y trabajo: Grupo de Psicoterapia Cognitiva. CAPs. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
88. Yáñez, J. (2000). *Teoría Clínica Constructivista*. Documento de trabajo inédito. Grupo de Psicoterapia Constructivista Cognitiva. CAPs. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

89. Yáñez, J. y cols. (2001). Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia. En *Revista de Psicología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Volumen X, Número 1. 97 – 110. Santiago, Chile.
90. Yáñez, J. (2002a). Apuntes Asignatura *Psicoterapia Adultos*. Carrera de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
91. Yáñez, J. (2003a). Apuntes Asignatura *Clínica Adultos*. Carrera de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
92. Yáñez, J. (2003b). *Asertividad Reformulada: Teoría cognitiva acerca de las relaciones interpersonales*. Documento de trabajo inédito. Escuela de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
93. Yáñez, J. (2003c). *Desarrollo de competencias gerenciales para el manejo de relaciones interpersonales, equipos de trabajo y liderazgo*. Documento de trabajo inédito. Escuela de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
94. Yáñez, J. (2004). *Teoría Clínica Constructivista: Revisión*. Apunte no publicado. Uso restringido para fines docentes. Escuela de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
95. Zagmutt, A. (1997). *Primer Acercamiento a la Teoría*. Santiago, Chile. Extraído de <http://posracionalismo.cl>
96. Zagmutt, A. y Silva, J. (1999). Conciencia y Autoconciencia: Un enfoque constructivista [versión electrónica]. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Año 53, Volumen 37, número 1. Santiago, Chile.
97. Zagmutt, A., Lecannelier, F. y Silva, J. (1999). El problema de la delimitación del constructivismo en psicoterapia [versión electrónica]. *Journal of Constructivism in Psychotherapy*. Volumen 4, Número 1, 117-127. Santiago, Chile. Extraído de <http://posracionalismo.cl>

ANEXOS

Objetivismo	Constructivismo
Naturaleza del Conocimiento	
<p>El conocimiento como una representación directa o copia del mundo real.</p> <p>El conocimiento como un descubrimiento de los hechos existentes.</p> <p>El conocimiento es moldeado por las sucesivas aproximaciones a la verdad absoluta, progresando a través de la acumulación de hechos.</p>	<p>El conocimiento como la construcción de la experiencia y de la acción del sujeto.</p> <p>El conocimiento como la invención de nuevos marcos de interpretación.</p> <p>El conocimiento como evolutivo (p.ej., moldeado por la invalidación resultante de los procesos de selección y adaptación); evoluciona hacia una mayor comprensión.</p>
Criterios para la validación del Conocimiento	
<p>La validación del conocimiento la proporciona el mundo real a través de los sentidos.</p> <p>Un ajuste idéntico o correspondencia de la representación con la realidad.</p> <p>Sólo un significado verdadero (p.ej., la realidad).</p>	<p>La validación del conocimiento a través de la consistencia interna con las estructuras de conocimiento existentes y el consenso social entre observadores.</p> <p>Adecuación y viabilidad (p.ej., la exactitud de las predicciones de acuerdo con el marco interpretativo).</p> <p>Diversidad de posibles significados e interpretaciones alternativas.</p>
Características estructurales del Conocimiento	
<p>El conocimiento como formación de conceptos (p.ej., abstracción de las cualidades inherentes a los objetos reales en el mundo).</p> <p>El conocimiento consiste en una clasificación, categorización, y en un almacenamiento acumulativo.</p>	<p>El conocimiento como delator de diferencias.</p> <p>El conocimiento se estructura en sistemas auto-organizados y jerárquicos.</p>
Seres Humanos	
Organismo reactivo.	Organismo proactivo, orientado hacia las metas e intencional.
Interacción Humana	
Instructiva (p.ej., la transmisión de información de un organismo a otro).	Acoplamiento estructural (p.ej., la combinación de estructuras y la coordinación de conductas de varios sistemas auto-organizados).

Notas. Adaptado de «Constructivist Contributions to Psychotherapy Integration», R.A. Neimeyer y G. Feixas, 1990, *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9, p.7. Copyright 1990 por International Academy of Eclectic Psychotherapists. Permiso de adaptación.

ANEXO I

Diferencias Filosóficas entre las Epistemologías Constructivista y Objetivista.

ANEXO II: TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON

1. Relajación de Brazos.

Siéntense (o reclínense) lo más confortable que puedan. Relájense lo mejor que sean capaz de hacerlo... ahora, a medida que se relajan de esta manera, aprieten su *puño derecho*, solamente su puño derecho lo más fuerte que puedan y fíjense en la tensión a medida que lo aprieten. Mantengan la tensión en su puño derecho, en la mano, en el antebrazo... y ahora relájense. Dejen que los dedos de la mano derecha se suelten y observen el contraste en lo que se siente, ahora, déjense estar y traten de relajarse aún más... una vez más aprieten el puño derecho bien fuerte... manténganlo apretado y de nuevo presten atención a la tensión... ahora relájense, sus dedos se estiran y una vez más noten la diferencia... ahora repitan lo mismo con el *puño izquierdo*, apriétenlo lo más fuerte que puedan y noten la tensión... ahora, relájense. De nuevo disfruten del contraste... repitamos eso una vez más, aprieten el puño izquierdo, bien fuerte, bien tenso... y relájense y noten la diferencia. Continúen relajándose así por un momento... ahora aprieten *ambos puños* bien fuerte, lo más apretado que puedan, ambos puños tensos, los antebrazos tensos, estudien las sensaciones que se producen... y relájense, suelten los dedos y noten la relajación. Continúen relajando sus manos y brazos, más y más... y ahora van a repetir el mismo ejercicio, van a apretar ambos puños lo más fuerte que puedan, muy bien, noten la tensión, lo molesta que es esa tensión... y una vez más relájense. Continúen relajando sus manos y brazos... y ahora doblen los codos y pongan los *bíceps* duros, saquen músculos, pónganlos lo más tensos que puedan y observen la sensación de tensión... muy bien, ahora estiren los brazos y permítanles relajarse y noten de nuevo la diferencia, entre tensión y relajación. Dejen que la relajación progrese más y más... una vez más doblen los codos y pongan los bíceps tensos, mantengan la tensión y presten atención a lo que se siente... muy bien, estiren los brazos y relájense. Relájense lo más que puedan... presten atención cada vez más cuando se ponen tensos y cuando se relajan.

2. Relajación de Cara, Cuello, Hombros y Parte Alta de la Espalda.

Suelten los músculos. Ahora van a arrugar la *frente*, bien arrugada, levantando las cejas... muy bien, y ahora dejen de levantar las cejas, sientan cómo la frente se relaja. Imagínense la frente y el cuero cabelludo como alisándose mientras la relajación aumenta. Una vez más

van a subir las cejas, lo más que puedan, notando la tensión, manténganla... y relájense, sientan cómo se estira la frente, cómo se acomodan los músculos de la frente, naturalmente. Ahora van a fruncir el *entrecejo*, como poniendo cara de enojado, y concéntrense en la tensión... y abandónenla, relájense. Una vez más, van a fruncir el entrecejo, can a notar la tensión que se siente, lo incómoda que es la sensación de tensión... y relájense. Sientan la relajación de la frente y el entrecejo... Ahora cierren fuerte los *ojos* y aprieten los párpados lo más fuerte que puedan, noten la tensión y.... relájense, relajen los ojos. Otra vez, van a cerrar los ojos lo más fuerte que puedan, aprieten los párpados, mantengan esa tensión... y relájense. Mantengan los ojos suavemente cerrados, confortables y noten la relajación... ahora aprieten las *mandíbulas*, pongan los dientes juntos ejerciendo presión, sientan la tensión que se produce en las mandíbulas... y relájense, no importa que los labios queden un poco entreabiertos, y aprecien la relajación... una vez más, van a apretar las mandíbulas, así, lo más fuerte que puedan, mantengan la tensión... y una vez más, relájense... abandónense a la relajación... ahora van a presionar con la *lengua* la parte alta del paladar... lo más fuerte que puedan, bien tenso... muy bien, muevan la lengua a una posición confortable y relájense... otra vez van a apretar lo más fuerte que puedan la lengua contra la parte alta del paladar, mantengan la tensión, sientan esa tensión... y relájense, dejen que la lengua adquiera una posición natural y vivan la relajación. Ahora aprieten los *labios*, presionen lo más que puedan... y ahora relajen los labios, noten el contraste entre estar tenso y relajado. Una vez más van a apretar los labios, lo más fuerte que puedan, mantengan la tensión... y relájense. Sientan la relajación en toda la cara, en la frente, en entrecejo, los ojos, las mandíbulas, los labios, la lengua y la garganta. Dejen que la relajación progrese más y más... ahora presten atención a los músculos del cuello, presionen la cabeza hacia atrás lo más fuerte que puedan y sientan la presión en el cuello... ahora manteniendo la *cabeza* presionada, gírenla hacia la izquierda, muy bien... y ahora gírenla hacia la derecha, sintiendo la presión... y ahora, relájense, suelten la cabeza, dejen que se acomode naturalmente... una vez más presionen la cabeza hacia atrás, ejerzan presión con la cabeza, y vayan girándola hacia la izquierda sin dejar de presionar, muy bien... ahora giren la cabeza a la derecha manteniendo la presión... y ahora relájense. Ahora inclinen la *cabeza hacia delante*, y presionen su mentón sobre el pecho, lo más fuerte que puedan... y ahora relájense. Otra vez, van a presionar su mentón contra el pecho, mantengan esa

tensión, sientan lo incómodo que se siente... y nuevamente relájense, muy bien... permítanse relajarse más y más... ahora encojan los ***hombros hacia arriba***, como llevándolos hacia las orejas... mantengan la tensión... y ahora dejen caer los hombros, y sientan la relajación... otra vez, van a llevar los hombros hacia arriba, lo más que pueda, noten la tensión que se produce... y relájense. El cuello y los hombros relajados... muy bien. Ahora van a encoger los ***hombros llevándolos hacia adelante***, al frente, mantengan la tensión... sin dejar de tensionar los hombros, llévenlos hacia atrás, lo más que puedan... y relájense. Una vez más llevarán los hombros hacia delante, así, al frente... ahora muévanlos hacia atrás, sientan la tensión en los hombros, en la parte alta de la espalda... y ahora, una vez más, dejen caer los hombros y relájense. Dejen que la relajación se haga más profunda en los hombros, en los músculos de la espalda, relajen el cuello, la garganta... y las mandíbulas y las otras partes de la cara... la relajación se hace más y más profunda...

3. Relajación de Pecho, Estómago y Parte Baja de la Espalda.

Relajen todo el cuerpo lo más posible que sea. Sientan esa agradable sensación de pesadez que acompaña la relajación. Respiren libremente adentro y afuera. Fíjense cómo aumenta la relajación a medida que exhalan el aire... a medida que botan el aire sienten la relajación... ahora respiren y llenen sus pulmones, ***aspiren*** profundamente el aire y dejen de respirar, noten la tensión... ahora exhale, expulsen el aire, dejen que el pecho se suelte, continúen respirando tranquilamente. Noten la relajación y aprendan a gozar de ella. Ahora con el resto del cuerpo lo más relajado posible, llenen de nuevo de aire los pulmones, respiren profundo, manténganse ahí... muy bien, y ahora exhale el aire, y noten la sensación de alivio. Continúen respirando normalmente. Continúen relajando el pecho y dejen que esta relajación se extienda a la espalda, hombros, cuello y brazos. Sencillamente, déjense estar... y gocen el estar relajados. Ahora van a prestar atención a los músculos abdominales, a sus estómagos. Pongan tensos los músculos del estómago... que se ponga ***duro el abdomen***, fíjense en la tensión... y relájense. Dejen que los músculos del estómago se suelten y fíjense en el contraste entre la tensión y la relajación... una vez más pongan tensos los músculos del estómago, mantengan la tensión, estúdiénla y ahora... relájense. Noten la sensación de bienestar que acompaña el relajar los músculos del estómago... ahora van a ***entrar el estómago***, presionando los músculos del estómago hacia adentro, y noten la tensión que se produce... y ahora relájense de nuevo. Continúen respirando normalmente y noten un

masaje suave en su pecho y en su estómago... ahora entren su estómago de nuevo, mantengan la tensión, sientan lo incómodo que se siente... y relájense, muy bien... otra vez van a entrar los músculos del estómago, mantengan esa tensión, y ahora empujen los músculos del estómago hacia fuera, ahora de nuevo hacia adentro y noten la tensión... ahora relajen completamente el estómago. Dejen que la tensión se disuelva a medida que la relajación se hace más profunda. Cada vez que aspire el aire note que se relajan los pulmones y su estómago. Noten que el pecho y el estómago se relajan más y más... traten de disipar las tensiones en cualquier parte de su cuerpo... ahora presten atención a la parte baja de la espalda... **arqueen la espalda** llevando los hombros hacia atrás, que la espalda se levante desde donde se apoya y sientan la tensión a medida que lo hace... y ahora relájense, suelten la espalda, dejen que se acomode de manera natural... una vez más van a arquear la espalda, noten la tensión, manténganla mientras que el resto del cuerpo está lo más relajado posible... y relájense de nuevo... se relaja el estómago, el pecho, los hombros, los brazos, la cara... esas partes se relajan más y más, cada vez más profundamente.

4. Relajación de Caderas, Muslos, Pantorrillas, seguida por Relajación de todo el Cuerpo.

Abandonen todas las tensiones y relájense... ahora aprieten las **nalgas y los muslos**, aprieten los muslos pisando fuerte con los talones, lo más fuerte que puedan... y ahora relájense y noten la diferencia... otra vez van a apretar las nalgas y los muslos, noten la tensión, manténganla... y relájense nuevamente, relajen caderas y muslos. Permitan que la relajación progrese por sí sola... ahora presione con sus pies y dedos de los **pies hacia abajo**, en dirección opuesta a su cara, de tal manera que los músculos de la pantorrilla se pongan tensos y noten la tensión... ahora relajen las piernas y las pantorrillas... muy bien... una vez más van a doblar los pies hacia delante, en dirección opuesta a su cara... noten la tensión, manténganla... y relajen... relajen piernas y pantorrillas nuevamente. Ahora doblen los **pies en dirección a su cara** de tal manera que sientan la tensión en las canillas, noten la tensión... y ahora relájense... otra vez van a doblar los pies en dirección a su cara, noten la tensión, manténganla, sientan lo desagradable que es... y relájense... sigan relajándose por un rato. Relájense más y más, todo el cuerpo, relajen los pies, los tobillos, las pantorrillas y canillas, los muslos, nalgas y caderas. Sientan que se relajan más profundamente... ahora extiendan la relajación a su estómago, cintura y parte baja de la espalda... siéntanse

relajados. Permitan que la relajación progrese a la parte alta de la espalda, al pecho, hombros y brazos hasta la punta de los dedos de las manos. Continúen relajándose más y más profundamente. Asegúrense que no hay restos de tensión en su garganta... relajen el cuello, las mandíbulas y todos los músculos de la cara. Continúen relajándose, todo el cuerpo. Relájense más y más profundamente.

Ahora pueden lograr una relajación el doble más profunda con solamente tomar una profunda inspiración de aire y luego, exhalarlo lentamente, botando el aire. Respiren profundamente y noten cómo se van sintiendo más pesados. Tomen una larga y profunda inspiración de aire y bótenlo muy lentamente... sientan una sensación de pesadez agradable que viene con la relajación.

En un estado de perfecta relajación, uno no siente ganas de mover ni un solo músculo del cuerpo. Piensen en el esfuerzo que se necesitaría para levantar el brazo derecho... a medida que piensan levantar el brazo derecho, vean si se produce alguna tensión en el hombro y en ese brazo... ahora decidan no levantar el brazo y continuar relajados. Observen la sensación de alivio, la desaparición de la tensión... continúen relajados así, cuando se quieran levantar, cuenten de cuatro a uno, entonces se sentirán muy bien y refrescados, completamente dispuestos y calmados.

ANEXO III: ACTIVIDAD SIGNIFICADO DE PALABRA

ENACIADO	SUBITO DE LOS REYES CRISTIANOS ESPAÑOLES UNIDOS ESTRECHAMENTE A LOS MOROS POR VINCULOS DE AMISTAD E INTERES
DOLOMIA	ROCA SEDIMENTARIA CONSTITUIDA ESENCIALMENTE POR DOLOMITA
GÁDIDO	FAMILIA DE PECES MARINOS Y DE AGUA DULCE (BACALAO, MERLUZA, ETC.)
JABLANDERA	INSTRUMENTO QUE SIRBE PARA HACER EL JABLE (HENDIDURA) DE LOS TONELES
SAYAGÜES	LENGUA CONVENCIONAL CON BASE AL DIALECTO ARAGÓN
ITACISMO	EVOLUCION HACIA EL SONIDO "T" O DIPTONGO
LANCINANTE	DOLOR AGUDO E INTENSO
LOGOGRIFO	ENIGMA QUE CONSISTE ADIVINAR UNA PALABRA A PARTIR DE OTRAS
MATOCO	DIABLO, DEMONIO
NUCELA	PORTE PRINCIPAL DEL OVULO
ÓPATA	GRUPO AMERINDIO DE MEXICO
PICNORACIÓN	ACCIÓN Y EFECTO DE PICNORAR (DAR EN PRENDA)

ENACIADO
DOLOMIA
GÁDIDO
JABLANDERA
SAYAGÜES
ITACISMO
LANCINANTE
LOGOGRIFO
MATOCO
NUCELA

ÓPATA

PICNORACIÓN

ANEXO IV: TARJETAS CON PALABRAS DE LA ACTIVIDAD PICTONARY

PENA
MIEDO
ALEGRÍA
RABIA
CURIOSIDAD
VERGÜENZA
SORPRESA
CULPA
ANGUSTIA
CONFIANZA

SEGURIDAD

INSEGURIDAD

ANEXO V: EL HOMBRE SABIO (Stevens, 1976)

Quiero que se imaginen que están caminando por un sendero en la montaña, de noche. Hay luna llena y eso les permite ver el sendero con toda claridad y gran parte de los alrededores... ¿Cómo es el sendero?... ¿Qué otra cosa pueden ver a su alrededor?... ¿Cómo se sienten mientras ascienden por ese sendero?... Apenas delante suyo hay un pequeño sendero lateral que conduce a lo alto, hacia una cueva donde vive un hombre muy sabio, capaz de responder cualquier pregunta que quieran hacerle. Tomen ese sendero lateral y caminen hacia la cueva del hombre sabio... Noten cómo cambia a su alrededor mientras avanzan por el sendero y se acercan a la cueva...

Cuando lleguen a la cueva, verán una pequeña hoguera frente a la cueva, y estarán en condiciones de ver vagamente al hombre sabio junto a la luz oscilante de las llamas... Acérquense a la hoguera, pongan más leña al fuego, y siéntense tranquilamente... A medida que el fuego brille más intensamente estarán en condiciones de ver al hombre sabio más claramente. Tómense cierto tiempo en darse cabalmente cuenta de él, de sus ropas, su cuerpo, sus ojos...

Ahora pregúntenle al hombre sabio alguna cosa que sea importante para ustedes. Mientras formulan esta pregunta, continúen mirando al hombre sabio y vean cómo reacciona a lo que ustedes dicen. Él puede contestarles sólo con palabras, o también con un gesto o una expresión facial, o puede mostrarles algo...¿Qué tipo de respuesta les dio?...

Conviértanse ahora en el hombre sabio... ¿Cómo es su existencia siendo el hombre sabio?... ¿Cómo se sienten y cómo es su vida?... ¿Cuál es su actitud hacia el visitante que le hace la pregunta?... ¿Qué sienten hacia el visitante?... ¿Qué le dicen al visitante, ya sea mediante palabras, gestos o acciones?...

Conviértanse nuevamente en ustedes mismos y prosigan el diálogo con el hombre sabio. ¿Entienden lo que él les está diciendo?... ¿Tienen alguna otra pregunta para hacerle?... ¿Qué sienten hacia el hombre sabio?...

Ahora conviértanse nuevamente en el hombre sabio y continúen la conversación... ¿Hay alguna otra cosa que quieran decirle al visitante?...

Nuevamente sean ustedes mismos. Pronto tendrán que despedirse del hombre sabio...díganle lo que deseen antes de irse... Justo cuando está a punto de irse, el hombre

sabio se vuelve hacia una vieja valija de cuero que está detrás de él y busca dentro algo muy especial para darles... Saca algo de la valija y se los entrega para que lo lleven con ustedes... Miren el regalo que les ha dado... ¿Qué sienten hacia el hombre sabio ahora?... Díganle a él lo que siente..., y lentamente despídanse de él...

Ahora vuélvanse y comiencen a descender la montaña, llevando el regalo... Mientras caminan por el sendero, miren cuidadosamente el camino a fin de recordarlo y poder visitar al hombre sabio nuevamente cuando quieran... Tomen conciencia de los alrededores y de cómo se sienten...

Mantengan ahora los ojos cerrados y traigan su regalo cuando regresen a esta sala... Tomen cierto tiempo ahora para examinar más detenidamente el regalo... ¿Qué fue lo que les regaló?... Descubran realmente algo más acerca del regalo... Tóquenlo..., huélanlo..., denlo vuelta y mírenlo cuidadosamente...

Conviértanse ahora en el regalo. Identifíquense con él y descríbanse. ¿Cómo son ustedes siendo ese regalo?... ¿Cómo se sienten siendo esa cosa?... ¿Cuáles son sus cualidades?... ¿Qué es lo que hace o cómo puede ser utilizado o apreciado?...

Vuelvan a ser ustedes mismos nuevamente, miren al regalo y vean si pueden descubrir algo más respecto de él... ¿Notan algún cambio o detalle que antes no vieron?... Ahora guarden cuidadosamente este regalo en su memoria..., y despídanse de él por ahora...

ANEXO VI: ANIMAL (Stevens, 1976)

Cierren los ojos. Imaginen ahora que están en una sala oscura y que en el otro extremo de la sala hay una pantalla de cine. Gradualmente la pantalla comenzará a iluminarse y mientras la luz aumente lentamente, comenzarán a ver la imagen del animal que lo representa a usted mismo... Mientras la pantalla va iluminándose lentamente, mire muy detenidamente a la imagen... ¿Qué tipo de animal es este?... ¿Cómo es?... ¿Cuál es su postura o actitud?... ¿Qué está por hacer?... ¿Tiene algo de especial o insólito este animal en particular?... Mírelo muy cuidadosamente y advierta detalles... Acérquese al animal y continúe mirándolo y descubriendo nuevas cosas en él...

Ahora conviértase en ese animal. Identifíquese con él... ¿Cómo es su existencia siendo ese animal?... Describese a usted mismo siendo ese animal. Dígase en silencio: “Yo soy-“, “Yo tengo-“ ¿Cómo es usted siendo ese animal?... ¿Cómo se siente, físicamente, mientras se convierte en ese animal?... Mire a su alrededor... ¿Cómo son sus alrededores?... ¿Cómo interactúa con esos alrededores?...

Mantenga los ojos cerrados y ahora, realmente, adopte una postura física que lo exprese a usted siendo ese animal, ¿qué tipo de posición adoptaría?... ¿cómo se siente siendo ese animal?... ¿Qué está por hacer siendo ese animal?...

Manténgase ahora casi en el mismo lugar, pero haga pequeños movimientos y acciones como las que haría ese animal... Tome más contacto con la sensación de ser animal... ¿Cómo existe siendo ese animal?... Ahora comience a hacer pequeños ruidos que ese animal haría... ¿Qué tipo de ruidos hace siendo ese animal?... Ahora haga esos ruidos, pero más fuerte... Ahora muévase mientras continúa siendo ese animal... continúe siendo ese animal y haga esos ruidos y movimientos. Dentro de un momento quiero que abra los ojos e interactúe físicamente con los otros animales durante varios minutos. Mientras lo hace, tome conciencia de cómo se siente, cómo se mueve, y cómo se relaciona con los otros animales. Muy bien, abran los ojos e interactúen...

Luego de unos minutos se les pide que se sienten tranquilos un rato y que consideren su vida siendo animal. No que lo analicen, sino simplemente que permanezcan con la experiencia y traten de vivenciarla asociándola a su vida cotidiana. Después de unos

minutos, el grupo se reúne sentados en sillas y cada integrante relata la experiencia de haber sido ese animal (si en el grupo participan más de siete integrantes, se hacen 2 grupos). El relato debe ser en primera persona, por ejemplo “yo soy un gato de piel negra con un collar rojo y me siento muy satisfecho conmigo mismo”, o cualquiera sea su experiencia.

Luego se les pide que cierren nuevamente los ojos y que se conviertan de nuevo en ese animal, que adopten la postura de ese animal y que hagan los ruidos de ese animal. Luego, se les dice que en unos instantes se les pedirá que abran los ojos para que interactúen con los otros animales. “Abran los ojos”

Luego se les pide que se detengan para discutir cómo interactuaron entre ellos siendo animales (si fueron activos, pasivos, agresivos, cariñosos, etc.) y con qué animales interactuaron.

Después se les pide que en silencio absorban tranquilamente la experiencia de su “animalidad”. “Díganse en silencio, por ejemplo ‘Yo soy un gato. Vivo protegido en una casa y evito otros animales grandes’ o cualquiera sea su experiencia de ser su animal y de interactuar con esos animales...”

Luego se discute en grupo hasta qué punto su fantasía de ser ese animal expresa el tipo de persona que son. Se analiza cómo actúa cada uno y cómo se relacionan con los otros, y hasta qué punto encuentran que los otros integrantes están relacionados con los animales que han representado. Luego de 5 a 10 minutos, se les pide a los integrantes que vuelvan a cerrar sus ojos.

“Conviértanse nuevamente en su animal... Busque una postura que adoptaría ese animal y, nuevamente tenga la sensación de serlo... ¿Cómo es su cuerpo?... ¿Cómo se siente?... ¿Cómo es su vida?... ¿Dónde se encuentra y cómo son sus alrededores?...

Imagine ahora que está en algún tipo de cerco que restringe su libertad... Examine este cerco... descubra cómo es el cerco... ¿Cómo está cerrado y de qué está hecho el cerco?... Investíguelo detalladamente... Tóquelo y reconózcalo hasta que realmente sepa cómo es... Camine alrededor y examine todas sus partes... ¿Hay alguna manera posible de salir?... ¿Cómo se siente en ese cerco?... ¿Cómo es fuera de ese cerco? Si no puede ver fuera de ese cerco, imagine cómo es afuera... ¿De qué lo mantiene alejado este cerco?...

Imagine ahora que usted habla con el cerco y que el cerco puede responderle... ¿Qué le dice usted y qué responde el cerco?... Ahora cambien de roles. Conviértase en el cerco y continúe el diálogo con el animal... ¿Cómo es siendo el cerco?... ¿Cómo se siente?... ¿Qué le dice al animal?... Continúe el diálogo durante un rato. Cambie de rol según decida e interprete ambas partes... Mientras prosigue con el diálogo, váyase dando cuenta del carácter de la interacción entre el cerco y el animal... ¿Qué está sucediendo entre los dos?... Ahora vuelva a convertirse en el animal y prosiga explorando y probando el cerco hasta encontrar una salida... ¿Cómo se libra del cerco?... Cuando salga, investigue cómo es estar afuera del cerco... ¿Cómo se siente?... ¿Cómo son sus alrededores ahora?... ¿Cómo es su vida y qué hace?... ¿Qué le pasa?... Compare su vida dentro y fuera del cerco... Hable nuevamente con el cerco... vea qué le dice el cerco. Mantenga este diálogo durante un rato... Ahora vuelva atrás del cerco, sólo para echar un vistazo... ¿Cómo experimenta estar de vuelta dentro del cerco?... ¿Prefiere estar adentro o afuera?...

Lentamente ahora despídase del cerco... Mantenga sus ojos cerrados y cuando esté listo regrese a esta sala y a su cuerpo real... Con tranquilidad absorba su experiencia durante un rato... Dentro de un minuto le pediré que abra los ojos y comparta la experiencia de ser ese animal dentro del cerco con los otros integrantes del grupo. Una vez más, relate su experiencia en primera persona del presente como si estuviera ocurriendo ahora... Muy bien, abran los ojos.”

Luego se pasa al plenario, donde primeramente se analiza hasta qué punto su experiencia con la fantasía del cerco expresa algo importante de sus vidas y cómo muchas veces está bloqueado. Luego, se hace un análisis general de la experiencia, retomando los aspectos que ya se han discutido durante la actividad.