



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

**APORTES A LA COMPRENSIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA DESDE LA
TEORÍA DEL APEGO Y EL MODELO DE LA ASERTIVIDAD GENERATIVA, EN EL
MARCO DEL MODELO CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO**

Memoria para optar al Título Profesional de Psicóloga/o

Alumnos : Linda Alejandra Urbano Moncada.
Eduardo Cristóbal Godoy Quinteros.

Profesor Patrocinante: Juan Yáñez Montecinos.

2012

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito abordar y profundizar la teorización existente en el modelo Constructivista Cognitivo respecto a la relación terapéutica, la cual ha sido insuficientemente abordada. Se incluyen, además, la alianza terapéutica y el rol del terapeuta como temas relevantes a considerar en el desarrollo de la investigación, ya que la primera ha sido considerada como el componente más relevante de la relación terapéutica, mientras que el rol del terapeuta respecto a la relación terapéutica se considera fundamental para el devenir de ésta.

Por lo que se revisaron los antecedentes correspondientes a dichos tópicos, además, se revisó la teoría del apego y el modelo de la asertividad generativa como modelos para abordar el análisis y realizar la propuesta teórica de la presente investigación. Ésta corresponde a una investigación Teórica-Monográfica, documental, exploratoria, descriptiva y analítica.

La investigación permitió profundizar la comprensión de los conceptos de relación terapéutica y alianza terapéutica, entendiéndose que en la primera debiera generarse un apego seguro entre paciente y terapeuta que permita que ésta se constituya y sirva de base segura para la exploración del paciente, mientras que la segunda tendría que ver con la conceptualización que ambos sujetos hacen de su experiencia en la relación terapéutica. El modelo de la asertividad generativa, del mismo modo, permitió comprender el rol del terapeuta en la relación terapéutica, el cual se juega en actos de habla asertivos, por ende, en los niveles locutivo, ilocutivo y perlocutivo. De esta manera, la asertividad generativa permitiría crear las condiciones para el surgimiento de la alianza terapéutica.

Palabras Claves: relación terapéutica, alianza terapéutica, apego, terapeuta, base segura, asertividad generativa.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| ASPECTOS METODOLÓGICOS | |
| Objetivo General..... | 9 |
| Objetivos Específicos..... | 9 |
| Metodología..... | 10 |
| CAPÍTULO I: BASES TEÓRICAS | |
| 1.1 Relación Terapéutica | |
| 1.1.1 Relación terapéutica Constructivista Cognitiva..... | 11 |
| 1.1.2 Alianza Terapéutica..... | 19 |
| 1.1.3 Rol del Terapeuta Constructivista Cognitivo..... | 24 |
| 1.2 Teoría del Apego y Relación Terapéutica..... | 28 |
| 1.3 Asertividad Generativa..... | 42 |
| CAPÍTULO II: PROPUESTA TEÓRICA..... | 51 |
| CONCLUSIONES..... | 67 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 80 |

INTRODUCCIÓN

En estas últimas décadas la psicología clínica ha comenzado a dar gran relevancia a los llamados factores específicos e inespecíficos de la psicoterapia, entendiendo que ésta es un proceso interpersonal de encuentro humano complejo y con múltiples características. El término específico tiene relación con aquellos factores técnicos que son específicos a una forma particular de psicoterapia, mientras que los factores inespecíficos o no específicos tienen relación con aquellos factores comunes a todas las formas de psicoterapia (Safran y Segal, 1994), que tendrían que ver con aspectos del paciente, el terapeuta y la relación entre ambos, independientemente de las técnicas utilizadas y las teorías que las sustentan (Garfield, 1981 citado en Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989).

A través del estudio de los factores específicos e inespecíficos de la psicoterapia se ha intentado comprender el proceso de cambio psicoterapéutico. En especial, estos últimos años los factores inespecíficos han recibido gran atención, dada la insuficiencia de los factores específicos para permitir comprender el cambio psicoterapéutico. Esto se ha fundamentado en parte en que no ha podido demostrarse la superioridad de un modelo psicoterapéutico por sobre otro, observándose similar efectividad en las distintas psicoterapias (Safran y Segal, 1994; Winkler et al., 1989), de modo que el estudio de los factores inespecíficos ha mostrado tener gran relevancia para el éxito terapéutico.

Como se mencionó anteriormente, los principales factores inespecíficos que se han estudiado tienen relación con variables del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica. En el presente estudio se abordará la relación terapéutica, desde la perspectiva Constructivista Cognitiva, la cual ha sido considerada como un aspecto central del proceso terapéutico; así como el terapeuta, cuyo rol también se ha abordado con gran interés en el modelo, por lo que también se intentará clarificar en alguna medida el quehacer del terapeuta respecto a la relación terapéutica.

Respecto a la relación terapéutica, su calidad ha sido considerada como parte importante del éxito del proceso psicoterapéutico. Especialmente, la alianza terapéutica, ha demostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones

teóricas como la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, ecléctica, experiencial y comportamental, así como en diferentes modalidades psicoterapéuticas (Corbella y Botella, 2003). Se han identificado algunas actitudes o características de los terapeutas, de los pacientes y de la interacción entre ambos, que ayudan al establecimiento de una buena relación y dentro de ella, a su vez, una buena alianza terapéutica.

Respecto de las variables del terapeuta que podrían facilitar el cambio, Winkler et al. (1989) las han clasificado en la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia, y el bienestar emocional. Se ha destacado también la calidez y la empatía (Bachelor y Horvath, 1999 citado en Corbella y Botella, 2003), los comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta (Henry y Strupp, 1994 citado en Corbella y Botella, 2003). Así también encontraron que las representaciones internas de las relaciones pasadas del terapeuta tenían un fuerte impacto en la calidad de la alianza con algunos pacientes. De hecho, Lambert (1989 citado en Kleinke, 1995) encontró que las competencias y características personales del psicoterapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que la corriente teórica o las técnicas utilizadas.

En la misma línea de las investigaciones mencionadas anteriormente, el Modelo Constructivista Cognitivo ha dado gran importancia al rol de la relación terapéutica y la alianza terapéutica en el proceso de cambio en psicoterapia. Esto bajo el supuesto de que las relaciones interpersonales son centrales en la construcción del sujeto, por lo que la relación terapéutica puede permitir el cambio de las problemáticas derivadas de tales interacciones (Yáñez, 2005). Algunos autores (Dobry, 2005; Galleguillos, 2011; Yáñez, 2005) han planteado que si bien la alianza terapéutica se constituye a partir de una construcción conjunta entre el paciente y el terapeuta, la misión de generar las condiciones interpersonales y contextuales para el establecimiento de la alianza está puesta en el terapeuta.

Respecto al rol del terapeuta en psicoterapia, por una parte, ha sido definido como el de un perturbador estratégicamente orientado en el momento constructivista (Yáñez, 2005). Y por otra parte, se ha planteado que la responsabilidad del terapeuta constructivista es crear un contexto interpersonal seguro y confiable (Guidano, 1999; Yáñez, 2005). Es decir, el terapeuta es el responsable de crear las condiciones

adecuadas para el cambio de los sistemas de conocimiento del paciente y la remisión sintomatológica, que le permitirán al paciente la toma de conciencia, la exploración de posibilidades y generar un cambio en sus estructuras de conocimiento (Yáñez, 2005). En este sentido, una de las condiciones para el cambio más relevantes sería la constitución de la alianza terapéutica, la cual es principalmente responsabilidad del terapeuta, por lo que en este punto el rol del terapeuta parece vital.

De modo que, sin lugar a dudas, la relación terapéutica es un componente crucial de la psicoterapia, en especial, su elemento más llamativo y significativo respecto al cambio y al éxito terapéutico: la alianza. Por lo tanto, la presente investigación se centrará de distinta manera en los factores inespecíficos más considerados por las investigaciones clínicas, estos son: la relación terapéutica, la alianza terapéutica y el terapeuta.

Más específicamente, respecto a la relación y la alianza terapéutica el modelo Constructivista Cognitivo ha destacado su importancia pero no ha profundizado la teorización que existe al respecto, no existiendo, por ejemplo, una especificación en torno a cómo se genera y desarrolla la relación y alianza terapéutica a lo largo del proceso psicoterapéutico. Del mismo modo, es importante mencionar que no se ha podido observar en la literatura una clara diferenciación entre los términos de relación terapéutica y alianza terapéutica, los cuales han sido utilizados como equivalentes, sin embargo, ¿estamos hablando de lo mismo al hablar de alianza y de relación terapéutica?. Más adelante, se revisarán brevemente los autores que se han referido a la alianza terapéutica y las distinciones que han realizado respecto a dicho concepto, así como las conceptualizaciones realizadas por el modelo Constructivista Cognitivo.

Por lo que uno de los objetivos centrales de la presente investigación será poder profundizar la conceptualización existente en torno a la relación terapéutica y la alianza terapéutica en el modelo Constructivista Cognitivo.

Del mismo modo, es importante señalar que en la presente investigación la capacidad de formar alianza terapéutica es una competencia central en el terapeuta. La posición del terapeuta así como las competencias que posea serán fundamentales respecto a la constitución de la relación y la alianza terapéutica. Como estamos hablando de conceptos complejos y críticos para la psicoterapia, en donde

probablemente interactúan aspectos del paciente y el terapeuta, se hace vital que el terapeuta tenga competencias necesarias que le permitan ser capaz de constituir alianzas con sus pacientes, manejando los aspectos de su subjetividad que están en juego para lograr dicho objetivo y considerando las características particulares de los pacientes. De modo que el manejo adecuado de sí mismo y de la relación con el paciente sería vital para el devenir de la terapia. Por lo que surge como pregunta a responder en la presente investigación cuál es el rol del terapeuta respecto a la relación.

A partir de la teoría del apego se profundizará la conceptualización de relación y alianza terapéutica, ya que esta teoría ha sido considerada como un referente relevante por diversos autores para explicar la relación y la alianza terapéutica. En este sentido, algunos autores han intentado establecer si es posible ver la relación del paciente con el terapeuta como un apego. Por ejemplo, Ainsworth (1989 citado en Obegi, 2008) señala que los pacientes pueden y de hecho forman un apego con el terapeuta, y que las alianzas son en realidad relaciones de apego (Holmes, 2001). Del mismo modo, Yáñez (2005) ha definido la alianza como “el resultado del proceso de relación interpersonal psicoterapéutico entre paciente y terapeuta, que se constituye en una base de apego segura (...)” (p. 173). De manera que poder entender de qué forma la teoría del apego aporta a la comprensión de la relación terapéutica será un tema central a abordar en la presente investigación.

De manera similar, la teoría del apego permite comprender y clarificar el rol del terapeuta respecto a la relación terapéutica, entendiendo que su responsabilidad puede ser entendida como el constituirse como un referente, sostén y base de apoyo segura para el paciente (Yáñez, 2005). De hecho, Bowlby (1989) ha planteado que los terapeutas deben asumir el papel de figura de vinculación temporal y actuar como una base segura desde la cual los pacientes pueden con confianza explorar temas dolorosos. Al respecto, el modelo constructivista cognitivo ha teorizado poco en torno a cuál sería el rol del terapeuta respecto del apego, cómo el terapeuta se constituye como una figura de apego para el paciente, qué competencias son necesarias para ello, etcétera, generándose un vacío teórico y práctico en este aspecto del modelo.

Para dar respuesta a la pregunta por el rol del terapeuta en torno a la relación terapéutica entendida desde la teoría del apego, la teoría de la Asertividad Generativa,

como teoría de las relaciones interpersonales propuesta por Juan Yáñez, parece relevante de considerar. Esto ya que para su quehacer respecto a la relación terapéutica éste requerirá de ciertas características personales y técnicas, las cuales son entendidas como características profesionales o competencias psicoterapéuticas y se expresan en el Modelo de Asertividad Generativa (Yáñez, 2005). Dichas competencias estarían en la interfaz entre las variables técnicas (variables específicas) y personales (variables inespecíficas) del terapeuta.

En conclusión, en la presente investigación se intentará realizar una conexión teórica que permita comprender la relación terapéutica desde la teoría del apego y el modelo de la Asertividad Generativa. Por lo que la interrogante central a responder es: ¿De qué forma la teoría de la asertividad generativa y la teoría del apego permiten comprender la relación terapéutica en el modelo Constructivista Cognitivo?

ASPECTOS METODOLÓGICOS

OBJETIVO GENERAL

Proponer una comprensión de la relación terapéutica a partir de la Teoría del Apego y el modelo de la Asertividad Generativa, en la perspectiva Constructivista Cognitiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisar el concepto de relación terapéutica en el modelo Constructivista Cognitivo.

Revisar diversas conceptualizaciones de alianza terapéutica.

Revisar y analizar la teoría del apego como modelo para comprender la relación terapéutica.

Revisar y analizar la teoría del apego como modelo para comprender el rol del terapeuta en la relación terapéutica.

Revisar y analizar el modelo de la Asertividad Generativa como modelo para comprender el rol del terapeuta en la relación terapéutica.

Profundizar la conceptualización de la relación terapéutica y la alianza terapéutica en el modelo Constructivista Cognitivo, a partir de la teoría del apego.

Aportar al desarrollo conceptual y aplicado de la teoría clínica y psicoterapia Constructivista Cognitiva.

METODOLOGÍA

La presente Memoria corresponde a lo que Eco (2001) define como una investigación de carácter Teórico-Monográfico, ya que tiene como objetivo central realizar un análisis, discusión y propuesta en torno a la relación terapéutica para comprenderla de manera más acabada, a partir de la Teoría del Apego y el modelo de la Asertividad Generativa.

Asimismo, es de carácter Documental, dado que para su realización se llevó a cabo una revisión sistemática de fuentes bibliográficas primarias y secundarias, relacionadas principalmente con la Relación Terapéutica, la Alianza Terapéutica, la Teoría del Apego, el Modelo de Asertividad Generativa. Las fuentes consultadas fueron principalmente libros, artículos, tesis de pregrado y postgrado, diccionarios, etcétera.

Además, la presente memoria posee un carácter exploratorio, descriptivo y analítico, pues su principal objetivo es examinar y analizar dichas teorías para comprender, describir y caracterizar la relación terapéutica, conexión que ha sido superficialmente abordada con anterioridad desde el Modelo Constructivista Cognitivo.

En síntesis, la presente memoria corresponde a una investigación Teórica-Monográfica, Documental y de carácter Exploratorio, Descriptivo y Analítico, ya que a partir de una revisión sistemática y exhaustiva de fuentes bibliográficas, se realizará un análisis, discusión y propuesta respecto a conceptos y teorías, a fin de describir y caracterizar fenómenos que ocurren en la psicoterapia y establecer una relación teórica que no ha sido abordada con anterioridad desde el Modelo Constructivista Cognitivo.

CAPITULO I: BASES TEÓRICAS

1.1 RELACIÓN TERAPÉUTICA

1.1.1 Relación Terapéutica Constructivista Cognitiva

La relación terapéutica ha sido entendida de maneras distintas a lo largo de la evolución del modelo cognitivo, más aún pensando que se transita desde una epistemología positivista a una constructivista, lo cual implica diferentes formas de entender al ser humano, la realidad en la que se encuentra inserto y su relación con dicha realidad.

En los inicios del modelo Constructivista Cognitivo, el momento conductual, el ser humano es conceptualizado como un sujeto mecánico y pasivo, del cual solo importaba su conducta observable y cuantificable determinada casi exclusivamente por factores ambientales (aprendizaje) más que por factores heredados o biológicos, de modo que se trataba de un sujeto despojado de conciencia, que es externo, observable, que no contiene un sí mismo” (Neimeyer y Mahoney, 1998). En base a esto se entiende que la subjetividad del paciente y del terapeuta no es un tema de relevancia, por lo que la relación terapéutica en sí no tiene mayor trascendencia, se trata de una relación asimétrica al estilo profesor-alumno (Yáñez, 2005). De modo similar, en el momento cognitivo clásico, la relación terapéutica no recibía mucha atención, aunque algunos han mencionado que una buena relación terapéutica puede ser necesaria pero no suficiente para lograr un buen resultado en terapia. Se ha destacado la importancia del “empirismo cooperativo” (Safran y Segal, 1994), en donde se señala que los terapeutas debieran entablar relaciones cooperativas con sus pacientes para ayudarles a descubrir las percepciones que son incongruentes con la realidad.

Sin embargo, el quiebre más significativo respecto a la relación terapéutica se produce en el momento interpersonal del modelo, ya que implica un cambio epistemológico desde el positivismo, propio del momento conductual y cognitivo

clásico, al constructivismo. En este periodo se pone énfasis en cómo el individuo va construyendo su propia realidad, la cual está en constante flujo y cuyo orden corresponde a la organización que el sujeto le otorga a través de estructuras cognitivas en desarrollo creciente producto de las relaciones interpersonales que el sujeto establece a lo largo de su vida: esquemas cognitivos interpersonales¹.

La conducta del sujeto, por lo tanto, estaría determinada por las pautas de interacción que el individuo establece con personas significativas durante los primeros años de vida y que en el presente se actualizan de modo inconsciente (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001).

Se señala que hay una redundancia en los patrones interpersonales que caracterizan la experiencia de un individuo (Safran y Segal, 1994). La teoría interpersonal propone que “la conducta inadaptada persiste a través de periodos prolongados porque se basa en percepciones, expectativas o construcciones de las características de otras personas que tienden a ser confirmadas por las consecuencias interpersonales de la conducta expresada” (Carson, 1982 citado en Safran y Segal, 1994). La premisa básica es que las expectativas funcionan como profecías que se cumplen a sí mismas e influyen en el entorno.

De modo que las personas elaboran esquemas interpersonales que se adaptan a un contexto de desarrollo porque les permiten predecir interacciones con figuras que suscitan apego y se expresan en los llamados “ciclos cognitivos interpersonales²”. Sin embargo, estos esquemas no siempre se adaptan a nuevas situaciones (Safran y Segal, 1994).

También se señala que los intercambios interpersonales están regidos por el principio de la complementariedad, en donde determinadas conductas interpersonales tienden, de manera predecible, a suscitar otras conductas interpersonales determinadas (Kiesler, 1988 citado en Safran y Segal, 1994).

¹ “Representación genérica de interacciones entre el sí mismo y otros, se extrae de la experiencia interpersonal y permite la mantención de la relación interpersonal” (Vergara, 2011, p. 20).

² “Esquemas interpersonales que repiten, permiten interpretar y construir una relación específica de manera esperada” (Ibídem).

De modo que los procesos cognitivos centrales de un sujeto se asocian con su esquema interpersonal y están insertos en un ciclo cognitivo interpersonal distintivo que se mantiene a sí mismo (Safran y Segal, 1994).

La principal implicancia de esto es que la relación terapéutica pasa a ser considerada como una variable que podrían permitir el cambio y alivio de las problemáticas del paciente, lo cual sería posible gracias a la alianza terapéutica. Esto, ya que si las relaciones interpersonales fueron centrales en la construcción del sujeto, la relación terapéutica puede permitir el cambio de las problemáticas derivadas de tales interacciones a través de una psicoterapia basada en la relación interpersonal (Yáñez, 2005).

En este momento cada individuo es el único experto en lo concerniente a su propia realidad (Perls, 1973; Rice, 1974; Rogers, 1986 citados en Safran y Segal, 1994). Por su parte, “el terapeuta cumple un rol inextricable en todo cuanto sucede en la terapia, y solo clarificando sistemáticamente su propia aportación a la interacción el terapeuta puede llegar a comprender plenamente al paciente” (Safran y Segal, 1994, p. 18). La psicología cognitiva interpersonal deja de considerar la relación terapéutica como un requisito previo para el proceso de cambio, como en el momento cognitivo clásico, y pasa a considerarla como una parte intrínseca de éste (Safran y Segal, 1994).

El momento constructivista concibe la realidad como “una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles” (Yáñez et al., 2001, p.103), la cual solo es posible desde la experiencia del sujeto, dando lugar a múltiples realidades. Tal realidad es construida en el ámbito social e intersubjetivo, siendo el lenguaje la principal herramienta para tales efectos. En este contexto la psique es producto de un proceso de construcción en donde los contenidos mentales no son adquiridos ni innatos, sino que contruidos en la relación con el ambiente, siendo el conocimiento la vía que le permite ordenar tal relación en un proceso unitario que implica los aspectos cognitivo, emocional y conductual. Por lo tanto, el ser humano va creando teorías sobre el ambiente y sobre sí mismo, a través de las cuales opera en el mundo, las cuales le permiten explicar y elaborar de un modo integrador y autorreferencial una mayor cantidad de experiencias (Yáñez et al., 2001).

En el modelo Constructivista Cognitivo (Yáñez, 2005), la relación ha sido definida como:

El encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios³ en la organización de uno o más de los sujetos participantes en esta interacción (p. 173).

La relación terapéutica sería una interacción técnico – profesional, delimitada por el encuadre psicoterapéutico, cuyas reglas regulan esta relación, dándole un carácter que no se encuentra en las interacciones cotidianas. Además, sería esencial para crear el contexto interpersonal necesario para la generación de condiciones de cambio, por un lado, en la dirección de los cambios superficiales⁴ y sintomáticos, y por otro, los cambios profundos⁵ y estructurales, asociados al origen de los desórdenes psicológicos (Yáñez, 2005).

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, 1999). Es en ésta donde “se intercambian los contenidos más íntimos, particulares y significativos del paciente que consulta” (Yáñez, 2005, p. 174). Ésta “podría ser un contexto específico que permite poner en práctica situaciones de cambio que podrían reorganizar al sujeto” (Galleguillos, 2011, p. 53).

³ “El proceso de cambio es entendido como una condición permanente de los sistemas de conocimiento humano y, en el contexto de la psicoterapia, como una apreciación novedosa y original, sobre el punto de vista corriente acerca de uno mismo, que es gatillado por la acción de los procedimientos terapéuticos y que como resultado en el paciente, presiona hacia un proceso ordenador más amplio” (Yáñez, 2005, p. 80).

⁴ “Los cambios superficiales implican abordar aspectos operativos del vivir, que se ven alterados o perturbados, y que constituyen los llamados síntomas, que son la clave principal por la cual el paciente puede evaluar su remisión, y por lo tanto, su mejoría” (Ibídem, p. 84).

⁵ “El cambio profundo supone aumentar los niveles de autoconciencia del paciente, en otras palabras, mantener el proceso de construcción ontológica, a través de desarrollar actitudes de abstracción lingüística (simbolización), que permitan atribuir significado a la experiencia en curso, consistentes con la mantención estable de la coherencia del sí mismo” (Ibídem, p. 85).

En definitiva, la relación terapéutica correspondería a la metáfora de una relación de apego significativa y segura, no histórica sino que aguda y de emergencia, que en un período de tiempo determinado, breve, es capaz de recapitular y reorganizar los sistemas de conocimiento⁶ ontológicos de un sujeto, con el fin de reequilibrarlos en su funcionamiento y viabilidad (Yáñez, 2005, p.174).

Dentro de este modelo se plantea el concepto de *emergente interpersonal psicoterapéutico*, que se refiere al resultado de la relación entre paciente y terapeuta, ambos expertos en sus particulares sistemas de conocimiento personales, que en interacción recíproca inextricable, producen las complejas condiciones intersubjetivas necesarias para el cambio (Yáñez, comunicación personal, 2012). Entendemos entonces que desde esta mirada las condiciones para el cambio están siempre sujetas a la interacción única y particular que se da entre cada paciente y terapeuta, sería entonces algo más bien difícil de definir a priori para todas las situaciones psicoterapéuticas.

Galleguillos (2011) refiere que el encuadre psicoterapéutico es considerado como un factor técnico de la clínica fundamental ya que en él estaría la base de variables específicas e inespecíficas de la situación terapéutica. Tal como plantea Galleguillos (2011):

Desde el punto de vista teórico y metodológico, la función reguladora del encuadre permitiría el control de las variables que participan en la relación que paciente-terapeuta y, por lo tanto, también la influencia que esta tiene en el cambio del paciente (p. 57).

Por lo tanto, el encuadre psicoterapéutico es un elemento que el terapeuta debe considerar en todo momento en cuanto está en juego la conformación de la relación terapéutica, ya que el encuadre permite delimitarla y regularla, adquiriendo así su carácter especial y distinto de otras relaciones interpersonales. Será entonces el

⁶ “Sistema de conocimiento: Es la operación de una estructura y su organización para producir significado viable a la coherencia del sistema, a partir de las perturbaciones a las que se encuentra sometido durante el curso de su existencia” (Ibídem, p. 244).

encuadre el elemento que proporcionará las reglas contextuales y relaciones que posibilitarán el apego.

El modelo Constructivista Cognitivo distingue dos encuadres, uno explícito y otro implícito, sobre ellos, entendemos que el *Encuadre Explícito* se refiere a las reglas de funcionamiento acordadas para el proceso psicoterapéutico, que se explicitan por el terapeuta, para definir o delimitar los márgenes en los que se va a desarrollar la relación terapéutica, orientada a conseguir la alianza y las metas, y que se expresa en el contrato psicoterapéutico (Yáñez, 2011b).

El *Encuadre Implícito* (Yáñez, 2011b) se refiere a aquellas reglas relacionales que regulan la relación terapéutica y que están determinadas principalmente por: el comportamiento no verbal, las costumbres y usos sociales. Su composición proviene principalmente de dos fuentes: 1.- Comportamiento no verbal del terapeuta. Delimita los campos posibles de interacciones con su paciente, mediante repertorios expresivo-motores durante la sesión y el proceso terapéutico general. 2.- Usos y costumbres de una particular cultura o subcultura, que define las condiciones y las características de la conducta interaccional que se debe desplegar bajo determinadas circunstancias sociales.

Así también se plantean ciertas bases acerca de cómo será la actitud del terapeuta, uno de los factores específicos es la *Intención de Neutralidad*, que se define de manera estricta como el no dar una respuesta emocional consecuente con el impacto que produce el despliegue de algunos contenidos del paciente (Galleguillos, 2011).

Por otro lado se refieren a la *Intención de Abstinencia*, donde por un lado el terapeuta no hace autorevelaciones, salvo situaciones muy específicas en que a modo de metacomunicación, pueda servirle al paciente, no despliega contenidos personales, ni tampoco hace comentarios que involucren su ideología personal (Galleguillos, 2011).

Un tercer factor que está presente, según esta corriente, en la actitud del terapeuta es la *Intención de Receptividad*, que es la actitud permanente del terapeuta de disponer toda su dotación sensorial, cognitiva y emocional para mantenerse en

conexión con su paciente y lo que ocurre en el contexto terapéutico (Galleguillos, 2011).

La *Intención de Escepticismo*: se refiere a no poner un juicio previo a lo que el paciente despliega en sesión, intentando evaluar todas las variables plausibles relacionadas con la dinámica del paciente (Yáñez, 2004).

Otros autores constructivistas también se refieren a la relación terapéutica, por ejemplo, Guidano (en Aronsohn, 2001) en una línea similar a la mencionada anteriormente, plantea la importancia de negociar la relación como una colaboración entre dos expertos, donde el terapeuta es experto en principios psicológicos, pero el paciente es el único experto en sí mismo. Esta colaboración de dos expertos construye un camino de exploración donde el terapeuta se sitúa como base segura, emotivamente, para el paciente, que le permita explorar hasta el límite de sus emociones, de su experiencia inmediata. Asimismo, Guidano (en Neimeyer y Mahoney, 1998) plantea que la relación terapéutica sería una herramienta de exploración para construir una comprensión que no está disponible de momento.

Guidano (en Aronsohn, 2001) considera que una de las características más relevantes de la relación terapéutica es que se trata de una relación asimétrica. Por una parte, porque es responsabilidad única del terapeuta construir a cada momento un *setting* particular, al cual el paciente debe ser llamado. Por otra parte, porque existe una asimetría emocional en la relación terapéutica, ya que el terapeuta está en una situación de involucramiento emotivo que es unilateral. Es decir, el realizar terapia y el encontrarse en un *setting* terapéutico le produce un compromiso emotivo que tiene control, que no puede vivir ni expresar, sino que tiene que utilizarlo solamente cuando es necesario estratégicamente.

Del mismo modo, Guidano (en Aronsohn, 2001) también señala que la relación terapéutica se caracteriza por tener una especie de ambigüedad, ya que se trata de una relación en la cual se alcanza un nivel de confianza, profundidad de sí mismo por parte del paciente, intimidad, confidencia y descubrimiento que no ocurre en muchas relaciones humanas, no obstante, a diferencia de todas las relaciones humanas, el objetivo está fuera de la relación, ésta no puede ser disfrutada. De esta ambigüedad es el terapeuta quien debe hacerse cargo.

Guidano (1991 citado en Neimeyer y Mahoney, 1998) ve la relación terapéutica como una especie de base inicial o atadura emocional para que la use el cliente en su exploración personal, en la cual se establezca una aceptación segura y permisiva. La aceptación se entiende como un deseo de usar el sistema de conocimiento personal del cliente, para ver el problema y el mundo a través de sus ojos, aunque sin estar necesariamente encapsulado por ello.

Mahoney (2003) de modo similar señala que la relación terapéutica proporciona una base segura, un contexto interpersonal sistemáticamente seguro y confidencial, en, y desde, el cual el cliente puede explorar y experimentar nuevas formas de experiencia. Así también se refiere a la relación de ayuda constructivista caracterizada por un estilo de colaboración no autoritario en el que las personas implicadas trabajan juntas y comparten la responsabilidad de los procesos y el resultado de sus esfuerzos. La compasión, el cuidado y la empatía serían por parte del terapeuta los componentes cruciales en la calidad de la relación de ayuda.

Guidano y Liotti (1986) señalan que si los terapeutas tienen éxito en transmitir a sus pacientes su actitud general, de que ellos están reconociendo y respetando la identidad personal del paciente y que están deseosos de trabajar con ellos para obtener un cambio que el paciente encontrará deseable, entonces la relación terapéutica se convierte en una base segura para la exploración. Logrado esto el terapeuta y el paciente se encuentran en una atmosfera favorable para explorar la conducta del paciente, sus cogniciones, sentimientos y relaciones presentes y pasadas.

Incluso la relación en curso actual entre el paciente y el terapeuta se puede convertir en un objeto de exploración posible, esto ya que a menudo la relación terapéutica es la única base segura para la exploración del paciente, hacia áreas nuevas atemorizantes o tal vez estimulantes, y éste muy bien podría estar dispuesto a explorar primero esta base para probar su seguridad. Por lo que el terapeuta debiera reconocer el deseo del paciente de una base segura, y a la vez reconocer que él debe acompañar las exploraciones del paciente (Bowlby, 1977b citado en Guidano y Liotti, 1986).

1.1.2 Alianza Terapéutica

La psicoterapia no se puede concebir al margen de una relación interpersonal entre el paciente y el terapeuta, por lo que la calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico (Corbella y Botella, 2003). Es por esto que diversos autores han prestado gran atención al estudio de la relación terapéutica, siendo la alianza terapéutica su componente más relevante y novedoso. El interés en estudiar el concepto de alianza entre los clínicos e investigadores se ha expresado en el hecho de que entre los años 1977 y 2000 se ha registrado un total de 2.055 publicaciones (Méndez, Maluenda, Loo, Isla y Anza, 2007). Esto se ve respaldado en investigaciones que indican que el resultado del proceso psicoterapéutico se puede explicar entre un 36% y un 57% por la calidad de la alianza terapéutica, versus un 15% aproximadamente que se le atribuye a las técnicas empleadas (Barber, Crits-Cristoph y Luborsky, 1992 citado en Corbella y Botella, 2003).

Es por lo anterior que el concepto de alianza terapéutica ha sido incluido en los modelos de la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, observándose en la orientación cognitiva, específicamente la interpersonal y la constructivista, una de las mayores correlaciones entre el resultado de la psicoterapia y la calidad de la alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2003). Sin embargo, existen matices diferenciales respecto del papel de la alianza en los distintos modelos (Gunderson, Najavits, Leonhard, Sullivan y Sabo, 1997 citado en Corbella y Botella, 2003): por ejemplo, para algunos modelos la alianza sería una condición necesaria para el éxito psicoterapéutico, mientras que para otros modelos la alianza ayudaría a los pacientes a realizar cambios en sus patrones relacionales lo que permitiría realizar cambios de otra índole (Westerman, Foote y Winston, 1995 citado en Corbella y Botella, 2003).

A pesar de la relevancia y el poder predictivo que la alianza terapéutica tiene en el futuro de la psicoterapia, 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 de dicho constructo (Bejarano y Romero, 2001 citado en Dobry, 2005). Esto se ve plasmado en la variedad de definiciones existentes respecto a este concepto, encontrándose similitudes y diferencias entre ellas.

Hay autores que han intentado desarrollar modelos genéricos que expliquen la alianza terapéutica, entre los que destacan los modelos transteóricos de Bordin y el de Luborsky. Dentro del Constructivismo destaca la definición de Safran y Muran.

Para Bordin, la alianza terapéutica es entendida como el encaje y la colaboración entre el cliente y el terapeuta (Bordin, 1976 citado en Corbella y Botella, 2003). Estaría conformada por tres elementos, los cuales serían relevantes para el establecimiento de la alianza y se influirían entre sí: a) acuerdo en las tareas, b) vínculo positivo y c) acuerdo en los objetivos a alcanzar con la psicoterapia.

El acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar, hace referencia al acuerdo acerca de los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos, por lo que una relación terapéutica que esté funcionando bien se caracteriza por el hecho de que: a) tanto paciente como terapeuta perciben la importancia y relevancia de estas tareas y b) cada uno de ellos está dispuesto a aceptar la responsabilidad de la realización de las mismas (Andrade, 2005).

El vínculo positivo abarca una compleja red de nexos personales positivos entre paciente y terapeuta, cuya calidad determina el tono emocional que el paciente tiene del terapeuta y que incluye aspectos tales como la empatía, la confianza mutua y la aceptación (Fernández-Liria y Rodríguez, 2001 citado en Andrade, 2005). Tamara Galleguillos (2011) respecto a este punto señala que el vínculo se refiere a los aspectos socio-emocionales de la alianza, algunas de sus características son el grado de confianza y simpatía entre el cliente y el terapeuta, la compatibilidad, que puede expresarse en términos de gusto, de confianza, respeto mutuo y un del sentido de compromiso común.

El acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia, se relaciona con el mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica (Andrade, 2005).

Para Bordin, la alianza no es curativa en sí misma, sino que es un ingrediente relevante que hace posible el trabajo terapéutico, refiriéndola como una condición necesaria, pero no suficiente para la psicoterapia (Arredondo y Salinas, 2005). Asimismo, Bordin sugirió que una alianza de calidad sería el prerrequisito para el

cambio en todas las formas de psicoterapia. Según Horvath y Greenberg (1989 citado en Andrade, 2005) el concepto de alianza planteado por Bordin sería un componente de la relación terapéutica que proporciona un contexto que permite que el paciente acepte y siga el tratamiento, es decir, que faculta y facilita la puesta en marcha de técnicas y estrategias psicoterapéuticas.

Paralelamente a Bordin, Luborsky (1976 citado en Corbella y Botella, 2003), desde una visión psicodinámica más clásica desarrolló una conceptualización de la alianza terapéutica, donde la entendía como una entidad dinámica que evoluciona con los cambios en las demandas que surgen en las diferentes fases de la psicoterapia (Galleguillos, 2011; Horvath y Luborsky, 1993 citado en Corbella y Botella, 2003). De esta manera, Luborsky (1976 citado en Corbella y Botella, 2003) describió dos tipos de alianza terapéutica, las cuales están determinadas por las etapas de la terapia. La “Alianza de Tipo 1” se daría en la etapa inicial de la terapia, y se caracterizaría por la sensación de apoyo y de ayuda que experimenta el paciente por parte del terapeuta desde una posición de contenedor (Luborsky, 1976 citado en Corbella y Botella, 2003); mientras que la “Alianza de Tipo 2” se daría en fases posteriores de la terapia, y se caracterizaría por la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos, malestares, padecimientos, síntomas, etc. del paciente (Corbella y Botella, 2003).

Según Horvath y Luborsky (1993 citado en Arredondo y Salinas, 2005), existirían dos fases críticas de la alianza: la primera tendría relación con la formación de la alianza, que ocurriría en las primeras cinco sesiones y que alcanzaría su cima en la tercera sesión (Horvath, 1981; Saltzman, Leutgert, Roth, Creaser y Howard, 1976 citados en Arredondo y Salinas, 2005). En esta fase debieran establecerse niveles satisfactorios de colaboración y confianza; el paciente necesita unirse al terapeuta como partícipe del proceso psicoterapéutico, acordar metas y adquirir confianza en los procedimientos que corresponden a la terapia. Por otra parte, la segunda fase tendría lugar cuando el terapeuta comienza a cuestionar las antiguas pautas neuróticas del paciente y éste puede experimentar las intervenciones más activas del terapeuta como una disminución de la empatía y el apoyo. Esto podría reactivar creencias y comportamientos vinculares disfuncionales del paciente, debilitando o rompiendo la alianza terapéutica. Este deterioro debiera ser reparado para que la terapia continúe exitosamente.

Corbella y Botella (2003) plantean que a pesar de las diferencias que se pueden observar en lo planteado por Bordin y por Luborsky, es posible encontrar puntos comunes entre ambos postulados y complementarlos.

La alianza tipo 1 de Luborsky podría ser entendida como la sensación de comodidad que experimentan los pacientes al sentirse acogidos y se puede relacionar con el componente de aceptación o vínculo positivo de Bordin. El acuerdo en las tareas y en los objetivos por parte del terapeuta y del paciente acaba por constituir lo que Luborsky describió como alianza de tipo 2 (Corbella y Botella, 2003, p. 208).

Safran y Muran (2000) definen la alianza como el grado de acuerdo y/o concordancia en las percepciones que tienen el terapeuta y el paciente. Además, declaran que la calidad de la alianza terapéutica es el mejor predictor del éxito terapéutico (Safran y Segal, 1994; Safran y Muran, 2000). Asimismo, la alianza terapéutica tendría una naturaleza compleja, dinámica, multidimensional y de negociación mutua entre paciente y terapeuta. Safran y Muran (2000) señalan ante el reto de conseguir una buena alianza con el paciente la metacomunicación⁷ es uno de los recursos imprescindibles. En relación a este punto, Safran, Muran y Samstag (1994 citado en Corbella y Botella, 2003) observaron que la alianza terapéutica se veía favorecida cuando el terapeuta se metacomunicaba con el paciente con relación a posibles malos entendidos.

Safran y Muran (2000) comentan que el desarrollo y la resolución de problemas en el establecimiento de la alianza terapéutica no es el prerrequisito del cambio, pero sí que se trata de una parte esencial del proceso de cambio. Asimismo, se ha señalado que el hecho de que no ocurran amenazas o daños en la alianza puede ser señal de que se estén evitando los verdaderos problemas del paciente, o que éste responde al terapeuta de un modo irreal, idealizado y fracasa en la utilización de las sesiones de terapia para tratar temas importantes. Además, la terapia puede fallar si

⁷ “Intervención que revela un estado del terapeuta producido por el relato del paciente y que está relacionada con la necesidad de explorar, aclarar, profundizar, la revelación del contenido. Se utiliza para darle mayor poder a la petición hecha por el terapeuta. Moviliza el componente emocional e interpela la alianza” (Yáñez, 2011, p. 27)

los desafíos a la alianza son demasiado severos o no son enfrentados de manera adecuada.

Horvath y Bedi (2002 citado en Andrade, 2005) consideran que la característica más destacada de la alianza terapéutica, como componente activo de la relación paciente-terapeuta, es su énfasis en la colaboración y el consenso que debe existir entre los participantes. De este modo, la alianza hace referencia a la calidad y a la fuerza de esta relación de colaboración entre paciente y terapeuta la cual incluye: a) un vínculo afectivo positivo entre ellos, b) elementos de carácter cognitivo (consenso acerca de las metas a conseguir y los medios para alcanzarlas), c) un sentido de equipo entre paciente y terapeuta, d) aspectos conscientes e intencionales y e) algunos elementos procedentes de relaciones pasadas (tanto del paciente como del terapeuta).

Para Opazo (2001 citado en Arredondo y Salinas, 2005) la alianza terapéutica involucra fortaleza y calidad de la relación, aporta una plataforma segurizadora, facilitadora de apertura y cooperación, siendo la presencia de una buena alianza terapéutica lo que potencia la fuerza del cambio de las estrategias y técnicas más específicas.

Andrade (2005) al referirse a las características de la alianza señaladas por los estudios plantea que ésta se vería afectada por una serie de variables que ellos llaman moderadoras. Estas hacen referencia a: a) variables del paciente: severidad del cuadro clínico antes de empezar la psicoterapia, tipo de trastorno, conductas de apego en sus primeros años, entre otras b) variables del terapeuta: habilidades interpersonales y de comunicación, empatía, calidez, experiencia y formación y comportamientos y/o actitudes negativas y c) variables de la interacción: complementariedad entre terapeuta y paciente y colaboración entre los participantes de la díada.

Junto a lo anterior, Corbella y Botella (2003) consideran 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 (p. 208).

Finalmente, en el modelo Constructivista Cognitiva, Yáñez (2005) entiende la alianza como:

El resultado del proceso de relación interpersonal psicoterapéutico entre paciente y terapeuta, que se constituye en una base de apego segura conformada por características técnicas y características personales de los sujetos involucrados. La alianza permitiría la exploración y el reordenamiento de la experiencia inmediata⁸, y la explicación⁹ del paciente dentro de un contexto técnico profesional protegido, orientado al desarrollo y la mejoría del sujeto (p. 173).

1.1.3 Rol del terapeuta Constructivista Cognitivo

En los inicios del modelo, acorde con la concepción del ser humano, con la perspectiva epistemológica positivista y con el objeto de estudio de la psicología, el terapeuta estaba representado como un experto en leyes y principios de aprendizaje, que regulan y modelan la conducta del paciente (Cayazzo y Vidal, 2002), siendo el paciente un aprendiz sobre como modificar su conducta. De modo que las posibilidades de acción del terapeuta estaban bastante limitadas a su experticia, excluyéndose la persona del terapeuta en el entendimiento de la relación terapéutica.

En el momento cognitivo clásico, la noción de realidad todavía está sustentada en una epistemología positivista, siendo entendida como independiente del sujeto y cognoscible a través de los sentidos y la razón (Yáñez, 2005). Sin embargo, a nivel

⁸ “Nivel que abarca la emocionalidad, que constituye la primera forma de conocimiento filogenética y ontogenéticamente” (Yáñez, 2005, p. 61).

⁹ “Nivel de ordenamiento de procesos secuenciales, semánticos y analíticos (principalmente explícito o consciente), el cual es llamado “nivel explícito” por Guidano” (Ibidem).

paradigmático se produce un cambio, pues el objeto de estudio de la psicología pasa a ser los fenómenos mediacionales, los cuales estarían organizados en torno a una estructura, constituida por los esquemas cognitivos subyacentes, los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas (Yáñez et al., 2001).

En este contexto el terapeuta “es un profesional que diagnostica y encauza las distorsiones que pueden afectar la racional y lógica relación del sujeto con la realidad” (Yáñez, 2005, p. 38), ya que él tiene un acceso privilegiado a los criterios de la realidad, apreciándola con mayor objetividad y ayudándole al paciente a hacer lo mismo. El terapeuta nuevamente es quien instruye al paciente, pero esta vez a que, mediante la verificación lógica y empírica, procese adecuadamente la información (Yáñez, 2005). Se trata de “expertos e investigadores, que intentan mediante la verificación lógica de la realidad instigar cambios en las cogniciones inadecuadas de los pacientes” (Yáñez, 2002a citado en Dobry, 2005, p. 21). En estos enfoques cognitivos tradicionales, el terapeuta desempeña un “papel de ‘sabio iluminado’, ‘abogado del diablo’ o ‘instigador oculto’ (...) El terapeuta trata por todos los medios de persuadir al paciente para que adopte creencias más racionales y actitudes más convenientes” (Guidano, 1994, p. 130).

En el momento cognitivo interpersonal y constructivista el terapeuta comienza a ocupar un lugar de mayor relevancia en la psicoterapia, al darse importancia a lo intersubjetivo en la construcción de los sujetos y de sus realidades. “El terapeuta cumple un rol inextricable en todo cuanto sucede en la terapia, y sólo clarificando sistemáticamente su propia aportación a la interacción el terapeuta puede llegar a comprender plenamente al paciente” (Safran y Segal, 1994, p. 18).

El rol del terapeuta inicialmente es conceptualizado como el de un observador participante. Esta posición permitiría al terapeuta sentir el influjo interpersonal del paciente y observar la interacción en que participa con éste. Es decir, el terapeuta está “técnicamente ajustado al interjuego entre centramiento y descentramiento respecto de su paciente, y enganche y desenganche respecto de las propias perturbaciones” (Yáñez, 2005, p. 160).

Por una parte, en la etapa de enganche, la conducta del paciente arrastra al terapeuta a una gama estrecha y restringida de respuestas, el influjo que tiende a

producir respuestas complementarias a las del paciente es mayor que nunca, viéndose el terapeuta arrastrado hacia una posición confirmadora de la autodefinición del paciente. En este aspecto “el terapeuta debe ser capaz de atender a sus propios sentimientos y tendencias a la acción mientras participa en la interacción con el paciente” (Safran y Segal, 1994, p. 111). Por otra parte, en la etapa de desenganche, el terapeuta debiera advertir, atender y tratar de catalogar todo lo que le está generando el influjo del paciente, para poder interrumpir las respuestas complementarias que se susciten en él, para finalmente trabajar con el paciente respecto a su estilo característico de suscitar respuestas. Para esto, el terapeuta debe “encontrar algún modo de sustraerse a esta interacción para evitar perpetuar el ciclo cognitivo interpersonal disfuncional característico del paciente y convertirse en otra persona más que confirma su esquema interpersonal disfuncional” (Safran y Segal, 1994, p. 111).

Safran y Segal (1994) señalan al respecto que la psicoterapia es fundamentalmente un encuentro humano, por lo que las técnicas que se utilicen debieran incluir la propia humanidad del terapeuta como instrumento terapéutico. También señalan la importancia de rastrear la propia experiencia interior del terapeuta, ya que pueden dar señales respecto al estilo cognitivo e interpersonal del paciente; además, puede dar cuenta del estado de la relación terapéutica, lo cual puede entregar información sobre lo que le está sucediendo al paciente.

Sin embargo, en el momento constructivista la noción de terapeuta pasa desde una dimensión de la experticia interpersonal a la de un perturbador estratégicamente orientado, que permite a su paciente “experimentar su subjetividad desde una nueva mirada y lugar” (Yáñez, 2002b citado en Dobry, 2005, p. 49). El terapeuta, en este sentido, ha sido definido como un perturbador estratégicamente orientado: es decir, su función preferente es “la perturbación constante de los procesos de construcción y deconstrucción personal de conocimiento, que se expresan en el relato que de sí mismo hacen los pacientes” (Yáñez, 2005, p. 159).

Guidano (1994) al hablar de la acción perturbadora estratégica del terapeuta señala que en vez de entrar a trabajar con la validez relativa de los contenidos del paciente, el terapeuta debe empezar a investigar junto con el paciente el significado general, intentando construir un punto de vista, tanto alternativo como comprometido.

De modo que en la psicoterapia constructivista cognitiva ya no se considera que el rol del terapeuta deba ser ayudar al paciente a tener una visión más acertada de la realidad, sino que ambos, se constituyen como agentes activos que interpretan y construyen la realidad, dando paso ambos 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 este último la toma de conciencia de dicho proceso” (Dobry, 2005, p. 49).

El ser un perturbador tiene relación con que el terapeuta es capaz de intervenir y aplicar técnicas que permitan una reorganización de los contenidos del paciente asociados a su malestar (Yáñez, 2005). El componente estratégico del rol del terapeuta está basado en dos referentes: uno emocional y otro cognitivo. El primero tiene que ver con la sincronía emocional entre terapeuta y paciente, la adecuación contextual y la inmersión plena del paciente en su relato, mientras que el segundo implica que el terapeuta está constantemente atento a la dinámica entre funcionamiento superficial y profundo, el conocimiento de los contenidos de vida del paciente, así como la complementariedad de intenciones y comunicación entre ambos (Yáñez, 2005). El terapeuta constructivista cognitivo para poder llevar a cabo esta acción debe poseer una serie de competencias técnicas y personales (Yáñez, 2005).

Guidano (1999) y Yáñez (2005) plantean que la responsabilidad del terapeuta constructivista es crear un contexto interpersonal seguro y confiable. Es decir, para el modelo Constructivista Cognitivo el terapeuta es el responsable de crear las condiciones adecuadas para el cambio de los sistemas de conocimiento del paciente y la remisión sintomatológica, que le permitirán al paciente la toma de conciencia, la exploración de posibilidades y generar un cambio en sus estructuras de conocimiento (Yáñez, 2005).

Yáñez (2005) plantea que dichas condiciones para el cambio se generarían principalmente en las interacciones simbólicas basadas en el lenguaje, a partir del relato sobre lo que le sucede al paciente. Así también, Dobry (2005) señala en relación a esto que “el terapeuta podrá intentar establecer las condiciones para el cambio psicológico, las cuales consistirán fundamentalmente en la producción de acontecimientos cargados de afecto” (p. 56). Zagmutt (2004) señala al respecto que el terapeuta debe generar una situación terapéutica que lleve al paciente a interesarse en investigar nuevos puntos de vista que él pueda desarrollar ante su dificultad y no

buscar en el terapeuta soluciones externas. El terapeuta es, por lo tanto, alguien que no resuelve las discrepancias del paciente, sino que genera las condiciones que posibiliten la resolución interna de la crisis, conduciendo este proceso en pasos graduales, de acuerdo a las propias capacidades del paciente.

1.2 TEORÍA DEL APEGO Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

“La Teoría del Apego de John Bowlby corresponde a una teoría sistémica acerca de la organización, la función y el desarrollo de la conducta de protección de los seres humanos” (Bowlby, 1969 citado en Galleguillos, 2011, p. 14). “Dicha teoría se basa en la integración de diversos postulados provenientes de la etología, la teoría de la evolución, la cibernética, el psicoanálisis y la teoría cognitiva, entre otras” (Galleguillos, 2011, p.14).

Todas las personas, ya sean niños o ancianos, buscan establecer un vínculo afectivo o apego con un otro específico para satisfacer las necesidades para la seguridad física y psicológica (Bowlby, 1989). Asimismo, el apego mejora las posibilidades de supervivencia, ya que mantiene el organismo en las proximidades de alguien que parece más fuerte y/o más sabio (Bowlby, 1989).

Bowlby (1985 citado en Galleguillos, 2011, p. 7) definió la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido”. Asimismo, Bowlby (1989) señala que en el establecimiento de lazos emocionales íntimos se puede desempeñar el papel de buscar cuidados o el papel de brindar cuidados, por lo que el acto de proporcionar cuidados es la respuesta complementaria a la conducta de apego.

La conducta de apego se organizaría a través de representaciones mentales de la relación con una persona específica, así también esta conexión es duradera aún cuando dicha relación se haya terminado. Cada una de éstas tiene componentes emocionales inherentes y puede ser expresada a través del simbolismo. También tiene

un componente semántico: la representación de la relación tiene sus significados particulares (Marrone, 2001).

En definitiva, el apego podría ser comprendido como un sistema¹⁰ organizado para regular la proximidad a un cuidador en respuesta a estímulos internos (psicológicas) o externos (ambientales) de amenaza a la seguridad. El sistema de apego podría estar compuesto por dos subsistemas; uno dirigido a mantener la relación como tal, durante un período de tiempo; y el otro, a buscar una proximidad inmediata bajo circunstancias temporales. El alcance y el tipo de conducta de apego dependerá del nivel de amenaza para la seguridad del sujeto, de modo que frente a graves amenazas se activará fuertemente el sistema de fijación y, en consecuencia, la mayoría de los comportamientos potentes de apego serán desplegados (Slade, 1999; Shaver, 2002; Sonkin, 2005 citados en Galleguillos, 2011).

Lo central de esta teoría se puede resumir en los siguientes puntos:

-Los seres humanos están biológicamente preparados para formar relaciones de apego con sus cuidadores principales, concibiéndose ésta como una relación primaria.

-El patrón conductual tiene como función biológica mantener la proximidad entre el bebé y la madre, o cuidador con que se encuentra

-La conducta de apego es un factor fundamental en la supervivencia de la especie, pues de alguna forma garantizan la seguridad física de los bebés y la satisfacción de sus necesidades básicas.

-Las relaciones de apego existen de forma organizada al final del primer año de vida, pero al parecer la conducta de apego no termina allí, sino que va adquiriendo distintas formas en el desarrollo, perdurando toda la vida (Crittenden, 2002 citado en Galleguillos, 2011, p.15).

¹⁰ “Conjunto de respuestas o repertorios de respuestas cuyo objetivo es satisfacer un tipo específico de necesidad (o varias necesidades)” (Marrone, 2001, p. 37).

En el contexto de la teoría del apego y su aplicación a la práctica clínica es que Bowlby (1989) plantea al terapeuta como una nueva figura de apego para el paciente, entendiendo que la relación entre ambos podría ser entendida como un apego. En este sentido, la relación terapéutica abarcaría la presencia simultánea y la interacción de dos fuerzas: el paciente que crea un apego hacia el terapeuta y la predisposición del terapeuta a ser percibido como una figura de apego (West y Sheldon-Keller, 1999).

De acuerdo a la teoría del apego, Bowlby (1982 citado en Mikulincer et al., 2012) señaló que cualquier persona puede servir de figura de apego, si él o ella llega a ser una fuente confiable de protección y apoyo. En este sentido, además, señaló que un terapeuta puede cumplir los tres criterios que definen a una figura de apego, éstos son: 1.- Las figuras de apego son objetos frente a los cuales se mantiene la proximidad. Los humanos de todas las edades tienden a buscar y disfrutar de la proximidad a sus figuras de apego en tiempos de necesidad y experimentan angustia tras la separación de ellas. 2.- Las figuras de apego proveen refugio seguro en términos físicos y emocionales, facilitan el alivio de la angustia y son fuente de apoyo y confort. 3.- Las figuras de apego proveen una base segura desde la cual la persona puede explorar y aprender acerca del mundo y desarrollar sus propias capacidades y personalidad.

La teoría del apego ofrece una teoría coherente sobre la relación entre el paciente y el terapeuta, considerándola determinada fundamentalmente por la necesidad del paciente de buscar y hallar una figura de base segura. La base segura o el uso del apego significa que en condiciones óptimas, y “tras interacciones repetidas con una figura de apego, existirá un sentido interior de confianza en el que las propiedades protectoras de la figura de apego son conocidas y permiten la exploración (...)” (Ainsworth, 1978; Bowlby 1989 citados en Galleguillos, 2011, p. 62).

Bowlby (1989) señala respecto a la base segura en los niños y adolescentes, que permite a éstos salir al mundo exterior y el rol de los progenitores en cuanto base segura consiste en ser accesible, estar preparado para responder cuando se le pide aliento, y tal vez ayudar, pero intervenir activamente solo cuando es evidentemente necesario. Este autor señala que se trataría de “un rol similar al de un oficial que comanda una base militar desde la cual sale una fuerza expedicionaria y a la cual puede retroceder en caso de sufrir un contratiempo” (p. 24).

Cummings (1990 citado en Marrone, 2001) señala que todos los niños usan a sus padres como base segura desde donde explorar, sin embargo, algunos tienen más éxito en obtener seguridad de sus padres cuando la necesitan, por lo que sería la calidad de ese intercambio de dar y recibir en el momento en que el individuo está estresado lo que especificaría la calidad del apego¹¹.

La exploración del entorno es considerada como un componente antitético de la conducta de apego, y está en estrecha relación con la base segura. La activación del sistema de apego y de exploración es mutuamente excluyente (Marrone, 2001). Cuando un individuo de cualquier edad, señala Bowlby (1989), se siente seguro es probable que explore lejos de su figura de apego, mientras que cuando se sienta alarmado, ansioso o cansado siente la necesidad de la proximidad. Surge así la idea de exploración a partir de una base segura, como una pauta típica de interacción entre padres e hijos, en donde “siempre que sepa que el padre es accesible y que responderá cuando recurra a él, el niño sano se sentirá seguro de explorar” (Bowlby, 1989, p. 143). La exploración estaría relacionada con la necesidad de reconocer el ambiente, aprender, adquirir nuevas experiencias y afianzar la identidad como un ser autónomo e independiente (Marrone, 2001).

La capacidad del niño para mantener la conducta exploratoria depende no solo de la relativa ausencia de amenazas en el entorno inmediato sino también de haber alcanzado un nivel de apego seguro con los cuidadores que provee una base segura desde la cual el niño puede explorar.

Este sentido de base segura permite al niño regular la ansiedad asociada a la exploración de un entorno físico (y más tarde social) novedoso. Sin embargo, aquellos niños que experimentan a sus cuidadores como relativamente insensibles o abusivos, experimentan ansiedad en situaciones nuevas que no son capaces de regular (Egeland y Sroufe, 1981; Hazan y Shaver, 1994 citados en Mallinckrodt, Porter y Kivlighan, 2005). Por lo que el apego seguro de un niño hacia sus cuidadores facilita una regulación más efectiva de la ansiedad y por lo tanto permite un rango más amplio

¹¹ “Refiere a las expectativas de los individuos respecto a la disponibilidad y capacidad de respuesta de figuras de apego específicas que atienden su necesidad de protección” (Ainsworth, 1978 citado en Galleguillos, 2011, p. 17).

de exploración (Mallinckrodt et al., 2005). La exploración es abruptamente terminada y se activa la búsqueda de proximidad cuando la ansiedad del niño se eleva por encima de un umbral crítico (Bowlby, 1988 citado en Mallinckrodt et al., 2005).

Intercambios positivos con figuras de apego disponibles, sensibles y responsivas en tiempos de necesidad promueve un sentido estable de seguridad en el apego “la sensación de que uno puede confiar en las relaciones cercanas con pares para obtener protección y soporte, puede explorar con seguridad y efectividad el ambiente” (Mikulincer y Shaver, 2004 citado en Mikulincer, Shaver & Berant, 2012, p. 4).

Bowlby (1988 citado en Mallinckrodt et al., 2005) concluyó que los niños en desarrollo primero utilizan la presencia física y más tarde la representación mental internalizada de las figuras de apego para regular la ansiedad inherente en la exploración del entorno.

Al respecto se ha planteado (Marrone, 2001) que una respuesta sensible por parte de los padres sería vital como organizador psíquico para sus hijos. La calidad y el grado de respuesta sensible constituyen un determinante importante de la calidad del apego del niño respecto a sus padres. La respuesta sensible de los padres incluye notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente, responder apropiada y rápidamente. La falta de sensibilidad implica que el cuidador fracasa en leer los estados mentales del bebé o cuando fracasa en apoyar al bebé en el logro de sus estados positivos. La respuesta sensible tiene que ver con la capacidad de los padres de ver al niño como un ser humano con su propia individualidad y sus propias necesidades como separadas respecto a las de los demás. Esto significa que los padres ofrecen al niño una base segura y al mismo tiempo le permiten el desarrollo de conductas exploratorias. La respuesta sensible conlleva dos operaciones: por una parte, tener acceso al estado mental del niño y, por otra parte, atribuirle significado a ese estado mental. “Implica alguna negociación interna entre el estado momentáneo de sentir como el otro y la habilidad de reaccionar como un ser humano separado” (Marrone, 2001, p. 44).

La sensibilidad de los padres implicaría la pronta respuesta a la angustia, la estimulación, la no intrusión, la sincronía interaccional, calidez, participación y calidad de respuesta (Mikulincer, 2007 citado en Galleguillos, 2011).

El apego seguro, en este sentido, se basaría en la experiencia de estar bien coordinados cuidador e infante, con numerosas interacciones positivas entre ambos, con respuestas congruentes del uno y del otro frente a las respectivas reacciones emocionales. Las emociones negativas del niño no serían vistas como una amenaza en sí mismas sino que son considerados con una función comunicativa (Sroufe, 1995 citado en Galleguillos, 2011).

De modo tal que a partir de estos supuestos se han definido distintos estilos de apego, los que se desarrollan tempranamente y, por lo general, se mantienen durante toda la vida, permitiendo la formación de un modelo interno que incluye creencias acerca de sí mismo y de los demás, así como una serie de juicios que influyen en la formación y el mantenimiento de las dinámicas relacionales del sujeto (Quiñones, 2001 citado en Dobry, 2005). Los patrones de apego de los pacientes se espera que tiñan sus conductas de búsqueda de ayuda en terapia, por lo que el conocimiento de las dinámicas de los patrones de apego inseguro ayudaría a los clínicos a una mejor comprensión de sus pacientes y también puede funcionar como una guía con respecto a la elección de estrategias de intervención (Daniel, 2006).

Las respuestas del cuidador asociadas a la base segura incluirían según Holmes (2001) la responsividad, la coherencia, la fiabilidad, la sintonización, la capacidad para absorber la protesta, la mentalidad mental, la habilidad para ver a la criatura angustiada como un ser autónomo y sensible con sentimientos y proyectos propios. De modo que los parámetros básicos de la base segura, es decir, coherencia, fiabilidad, compenetración, reparación de la ruptura, son también elementos relevantes de considerar para establecer la alianza terapéutica (Holmes, 2001).

En definitiva, la teoría del apego posiciona en un lugar central la búsqueda de seguridad frente al resto de los motivadores psicológicos, siendo el apego el aspecto clave para la seguridad, es decir, nuestra seguridad física y psicológica depende completamente de nuestras conexiones con los otros. En este contexto, el padecimiento psicológico se relaciona con el peligro al que se exponen los sistemas de seguridad (Holmes, 2001). Este autor, además, señala que es imposible sobrevivir sin algún tipo de base segura, de modo que una base segura puede proporcionar un apego seguro o inseguro dependiendo de las circunstancias. Cueste lo que cueste

debe alcanzarse cierto grado de seguridad: la supervivencia psicológica requiere de algún tipo de experiencia de base segura.

Bowlby (1989), por ende, cree que los terapeutas deben asumir el papel de figura de vinculación temporal, proporcionando al paciente una base segura desde la cual pueda explorar los diversos aspectos dolorosos de su vida pasada y presente, lo cual resultaría difícil o imposible de realizar sin un compañero confiable que proporcione apoyo, aliento, comprensión y, en ocasiones, una guía. De modo que autores como Ainsworth (1989 citado en Obegi, 2008), han argumentado que los pacientes pueden y de hecho forman un apego al terapeuta y que las alianzas en realidad son relaciones de apego (Holmes, 2001).

Que el terapeuta sea una base segura para el paciente significa que lo acepta y respeta, con todos sus defectos, como un ser humano con problemas, y su preocupación principal será la de procurar el bienestar del paciente por todos los medios que tiene a su alcance. Teniendo esto como objetivo, el terapeuta intentará ser confiable, atento, empático y comprensivamente sensible (Bowlby, 1989). Por lo que la terapia puede ser un espacio seguro en donde los sentimientos dolorosos pueden explorarse en presencia de un otro sintonizado, fiable y no amenazante.

Idealmente, los pacientes experimentan nuevas formas de relacionarse a otros dentro de la seguridad de la relación terapéutica, ponen en práctica en “el mundo real” estas nuevas formas de funcionamiento recientemente desarrolladas, y luego regresan a la seguridad del setting terapéutico y la relación de apego para explorar las implicaciones, consecuencias y miedos que estas acciones engendran (Farber, Lippert y Nevas, 1995). Del mismo modo, el terapeuta asegura al paciente de que puede ser confiable dando seguridad y apoyo mientras el paciente se vuelve cada vez más capaz de tratar con sus emociones y relaciones interpersonales más efectivamente y, eventualmente, más autónomamente (Mikulincer et al., 2012).

El apego seguro se deriva en la habilidad de los progenitores para ver al niño como un ser pensante por derecho propio y para pensar en sí mismos como cuidadores y en su impacto sobre sus dependientes, de modo que lo que los buenos terapeutas hacen con sus pacientes equivale a lo que los progenitores hacen con éxito con sus descendientes (Holmes, 2001). De esta manera, el modelo del apego de un

cuidador responsivo que tiende a promover el apego seguro se corresponde con el buen terapeuta: sensible, responsivo, coherente, fiable y con mentalidad psicológica.

Esto se espera que sea internalizado como un lugar en la psique al que el paciente pueda recurrir cada vez que lo necesite, incluso una vez concluida la terapia (Holmes, 2001). Es decir, el terapeuta puede ser una base segura para el paciente en el sentido tradicional físico de alguien cuya proximidad física el paciente disfruta en momentos de perturbación emocional, así como puede adquirir la forma de proximidad emocional, siendo entonces el terapeuta más que una presencia física una representación mental de la figura comprensiva que hace soportable el dolor emocional (Holmes, 2001). Por lo tanto, la base segura podría considerarse no solo como una figura externa, sino también como una representación de seguridad en la psique del individuo. El establecimiento de una relación de confianza, una base segura externa, y a continuación su internalización para sentirnos seguros con nosotros mismos, es un proceso evolutivo y cognitivo que requiere tiempo (Holmes, 2001).

De acuerdo con Wzontek, Farber, and Geller (1995 citado en Farber et al., 1995), muchos pacientes que han terminado la terapia, particularmente aquellos que consideran el proceso como exitoso continúan evocando representaciones de sus terapeutas y de la situación terapéutica. Más comúnmente, estas representaciones son usadas para de tratar de resolver problemas de la forma en que trabajaron durante la terapia.

En relación a lo anterior y considerando una visión basada en la existencia de apego en la terapia, es importante señalar como que una vez logrado por los pacientes, se mantendría como una característica estable, mientras que el grado de la seguridad del apego fluctuaría en función de su historia de apego previa, el comportamiento real del terapeuta, y los acontecimientos interpersonales actuales pertinentes fuera de la sesión. Por lo tanto, el apego con el terapeuta sería duradero, incluso si es, en general, seguro o inseguro, y tomando en cuenta que el nivel de seguridad que siente el paciente puede fluctuar en el transcurso de una sesión única o múltiple (Jellema, 1999; Mallinckrodt, 1993 citados en Galleguillos, 2011).

Es importante señalar que existe una diferencia entre el apego y lo que llamamos patrón vincular. El patrón vincular tendría que ver con la forma particular de

relación que se establece entre el niño y sus figuras parentales, la cual va desarrollándose y definiéndose en la primera infancia y depende tanto de las características de la figura parental como de las características del niño. Por lo tanto, “el patrón vincular se constituye como una forma particular de resolución de la dinámica de relación entre los patrones de objetivo establecido de apego y alejamiento, en otras palabras, como se resuelve el apego” (Vera, 2003, p. 82).

Mallinckrodt, Gantt & Coble (1995) desarrolló una escala (Escala de apego del paciente al terapeuta, CATS¹²) compuesta por tres subescalas para evaluar la relación terapéutica desde la perspectiva del apego. La subescala “Seguro” (14 ítems) incluye ítems que evalúan la sensación de los pacientes de estar siendo animados a explorar temas atemorizantes y problemáticos en terapia, así como las percepciones de su terapeuta como responsivo, sensible, emocionalmente disponible y como una presencia reconfortante. La subescala “Evitativo-ansioso” (12 ítems) evalúa a pacientes que son renuentes a hacer revelaciones personales, se sienten amenazados y humillados en las sesiones, y sospechan de que su terapeuta los está desaprobando y que probablemente sea rechazante si está disgustado. La subescala “Preocupado-resistente” (10 ítems) evalúa el anhelo del paciente por más contacto y ser “uno” con su terapeuta, deseando ampliar la relación más allá de los límites de la terapia, así como deseando ser el paciente favorito de su terapeuta.

Algunos autores han especulado que aquellos pacientes que desarrollan un apego seguro a su terapeuta pueden ser más capaces que otros pacientes de usar la relación psicoterapéutica como una base segura para explorar sus experiencias emocionales pasadas relacionadas con su problema presente (Mallinckrodt, 2000 citado en Mallinckrodt et al., 2005). O sea los pacientes podrían usar el apego seguro a sus terapeutas como una base segura para la exploración psicológica.

Bowlby (1988 citado en Mallinckrodt et al., 2005) también especuló que un apego seguro entre paciente y terapeuta permite una forma de explorar de manera más completa la experiencia problemática de la experiencia psicológica. Del mismo modo, Mallinckrodt et al. (2005) han encontrado soporte a la hipótesis de que el apego seguro de los pacientes a sus terapeutas está asociado con reportes por parte de los pacientes de sesiones profundas y tranquilas. Es decir, sugieren que los pacientes que

¹² Client Attachment to Therapist Scale

son capaces de establecer un apego seguro temprano con su terapeuta en terapias breves son capaces de lograr mayor profundidad en su experiencia de las sesiones, junto con una percepción de tranquilidad que va de la mano de una sensación de seguridad. Así también han encontrado que el apego evitativo-ansioso está asociado negativamente con estos indicadores. Para este tipo de estudios se utiliza un instrumento (Cuestionario de evaluación de sesión, SEQ¹³) que evalúa las percepciones de los pacientes respecto a una determinada sesión de psicoterapia, cuyas mediciones se correlacionan con mediciones de apego en la relación terapéutica a través del CATS.

En la línea de las ideas anteriormente planteadas Farber et al., (1995 citado en Obegi, 2008) describen ciertas similitudes entre el apego y la relación terapéutica:

- El apego persiste en el tiempo y el espacio. En la relación terapéutica, los pacientes continúan valorando la relación más allá de la terminación y pueden utilizar la representación del terapeuta para obtener comodidad y apoyo.
- En el apego el lazo es con una figura única y no intercambiable. En la relación terapéutica, los pacientes muchas veces tienen preferencia por un terapeuta específico, y se niegan a cambiarlo o reemplazarlo.
- En el apego aparecería el deseo de mantener el contacto con la figura principal. En la relación terapéutica, los pacientes demuestran la búsqueda de proximidad, la asistencia regular e incluso una cierta ansiedad de separación.
- En el apego básico aparece una sensación de seguridad alcanzado con el contacto y tras la cual se puede iniciar la exploración (base segura). En la relación terapéutica, los pacientes se sienten más seguros cuando los terapeutas se perciben como disponibles y empáticos, pudiendo explorar sentimientos dolorosos, eventos, y nuevas formas de sentir y de actuar (p. 432).

¹³ Session Evaluation Questionnaire

Obegi (2008 citado en Galleguillos, 2011) plantea algunas fases que describirían la formación de apego entre paciente y terapeuta, planteando que a diferencia de la infancia, acá podría poner a prueba y elegir a dicha figura, pudiendo por ejemplo hacer preguntas directas acerca las competencias, el enfoque y los valores personales del terapeuta.

Primera Fase (pre-apego): En esta fase el paciente evaluaría si el terapeuta es una figura de apego viable. Éste se preguntaría ¿puede esta persona ayudarme a bajar mi angustia? ¿Puedo ser capaz de trabajar bien con esta persona? ¿Tenemos ideas similares sobre lo que está mal y lo que me puede ayudar? ¿Qué tan disponible y confiable podría ser esta persona? Si los pacientes no tienen aunque sea tentativamente respuestas afirmativas a éstas, el desarrollo del apego puede retrasarse si no ser abortado.

Segunda Fase (Apego de hecho): Los pacientes ya tendrían al terapeuta identificado como una figura de apego potencial. Al decidir asistir regularmente a las sesiones, es decir mantener la proximidad, los pacientes han abierto la puerta al desarrollo de un apego con el terapeuta.

En cuanto al comportamiento del terapeuta, los pacientes evaluarían cuidadosamente qué tan seguro es el terapeuta para explorar sus debilidades y defectos. Los pacientes participan en las acciones más evidentes (por ejemplo, revelaciones más detalladas), mientras que en la fase anterior el esfuerzo era más bien para evaluar la capacidad del terapeuta para proporcionar comodidad, regular el afecto, y facilitar la exploración.

Asumiendo evaluaciones positivas del comportamiento del terapeuta, los pacientes dan una descripción más completa y en detalle de cuestiones que antes se sentían demasiado vergonzosas o dolorosas de verbalizar. Los pacientes recurren a su terapeuta para mantener la seguridad de su estado psicológico. Apelan a la experiencia del terapeuta de manera directa o indirecta, con solicitudes de asistencia (por ejemplo, asesoramiento, información) o pidiendo comodidad (por ejemplo, la comprensión empática, la normalización, resignificaciones).

Con cada ciclo interpersonal de exploración y búsqueda de comodidad, los pacientes elaborarían un modelo interno de trabajo más complejo del terapeuta y de la relación terapéutica. Ellos desarrollarían ciertas creencias y expectativas acerca de la disponibilidad emocional y responsividad conductual de dicho terapeuta en particular.

Tercera Fase (Apego propiamente tal): Los pacientes tendrían un buen concepto de la responsividad, disponibilidad y sensibilidad del terapeuta en momentos de angustia. Ellos perciben los beneficios de la búsqueda de apoyo y tendrían una percepción subjetiva de recibir ayuda. Cada vez más ven al terapeuta como alguien único e irremplazable. En la infancia, los marcadores de clara preferencia de una figura de apego incluyen las reacciones a la separación, la protesta y la calma con un cuidador específico que sería el preferido. Aunque menos obvio, los pacientes pueden presentar marcadores similares en la terapia, en esta fase se ven reacciones claras a las separaciones que inicia el terapeuta, como vacaciones o enfermedad del terapeuta, pueden protestar, por ejemplo, expresar la ira o temor, revelan que la separación fue difícil y que se alivian con el retorno a terapia.

En esta fase, el contacto es percibido como agradable y los pacientes se sienten confiados, aceptados y comprendidos. La comodidad con la intimidad de las sesiones es mayor que en las fases previas.

Aparecería a partir de la terapia una amplia red de experiencias, creencias, recuerdos y expectativas sobre el yo y el terapeuta (Feeney, 2001 citado en Galleguillos, 2011). Evocando este modelo durante los tiempos de necesidad cuando ya no están en terapia, lo que correspondería a una forma cognitiva de la búsqueda de proximidad que puede manifestarse de diversas maneras, como recuerdo de las conversaciones del período de sesiones o sensaciones, lo que a menudo le alivia o facilita la exploración independiente.

Cuarta fase (Asociación Meta-Resultado): Una vez que una base de la seguridad esté firmemente establecida, pacientes y los terapeutas son libres de iniciar una relación más igualitaria. En esta fase, la atención se dirige casi exclusivamente a los problemas presentes. Aunque el terapeuta sigue siendo visto como alguien con una experticia especial, los pacientes con confianza contribuyen con sus perspectivas respecto a los problemas actuales, así como con ideas para las estrategias de tratamiento.

Dado que los pacientes vienen con un cierto tipo de apego, y sus estrategias suelen ser resultado de su propia historia de relaciones interpersonales, por lo que se manifestarían diferencias en la evolución a lo largo de la terapia y en el crecimiento del apego con el terapeuta. Algunos pacientes, debido a la psicopatología o la inseguridad, no pueden llegar a la fase final del apego con el terapeuta, pero puede moverse a través de las fases a velocidades diferentes, o presentar versiones distorsionadas de los marcadores apego en cada fase (Obegi, 2008 citado en Galleguillos, 2011).

Holmes (2001) señala algunas características que debieran tener las intervenciones y la práctica terapéutica basada en el apego:

1.- Sintonización: la responsividad empática al paciente y al propio estado emocional es una parte esencial de cualquier intervención, atender a los sentimientos del paciente y, simultáneamente, a los propios sentimientos a medida que se producen en un encuentro sería vital.

2.- Proximidad emocional: una base segura en la vida adulta surge a partir de la proximidad emocional más que, como en la infancia de la proximidad física, con un cuidador comprensivo y protector.

3.- Formación y mantenimiento de alianza terapéutica: crear una alianza de trabajo mediante la cual el paciente se sienta comprometido con la terapia y confíe en que el terapeuta pueda ayudarlo. Sin la alianza no puede existir una base segura, sin la base segura no puede existir la exploración. Los diferentes estilos de apego requerirán diferentes estrategias para este fin.

4.- Desafío: dentro del contexto de la base segura, es tarea del terapeuta desafiar las presunciones habituales y los patrones relacionales y crear suficiente turbulencia para que emerjan nuevas estructuras. La interpretación, la clarificación y la confrontación son todos medios técnicos para lograr este fin.

5.- Equilibrio: conducir a los pacientes a una posición equilibrada entre ellos mismos y el mundo. Es como si el paciente y el terapeuta estuvieran en un balancín y, una vez

firme, segura y confiadamente establecidos ahí, el terapeuta siempre llevará a los pacientes en la dirección opuesta a la que habitualmente adoptan.

6.- La libertad de movimiento del terapeuta: Es la capacidad del terapeuta para no verse “acorrado” por los patrones de apego del paciente, esto a través de acciones que le permitan poder mantener la distancia y el espacio suficiente, respecto del paciente, que le permita ejercer su rol de terapeuta.

7.- Aptitud o capacidad negativa: Es la capacidad del terapeuta para tolerar la incertidumbre de lo que le pasa o está narrando el paciente, guardárselo y utilizarlo en el momento más apropiado, a fin de poder perturbar al paciente lo suficiente como para generar un cambio, pero sin hacerlo sentir fuera de la contención de la base segura.

8.- La mente pensante: el terapeuta debe comunicar al paciente que está ahí, usando su mente para pensar sobre lo que está ocurriendo en la mente del paciente, tratando de comprender y contener sus sentimientos, colocarlos en palabras y que todo sea parte de una estrategia coherente para ofrecer cuidado. La seguridad emocional se deriva de ser comprendido de esta manera.

Holmes (2001), al igual que Safran y Muran (2000) quienes señalan la importancia de reparar las rupturas en la alianza terapéutica, plantea que la experiencia de ruptura y reparación emocional en terapia es básica. Así como en la Situación Extraña, la habilidad del cuidador para resistirse a la protesta y ayudar al niño a restablecer la base segura tras una separación breve es una señal de apego seguro, del mismo modo en la terapia se producen una serie de separaciones y reencuentros, y en las mismas sesiones se producen malentendidos seguidos por resoluciones. Por lo que las rupturas y reparación de la alianza sería una técnica terapéutica relevante, ya que proporciona al paciente una experiencia completamente diferente a las arraigadas e inseguras respuestas con las que pudo hallarse previamente.

1.3 Asertividad Generativa

Un sujeto para crecer al máximo de sus potencialidades, debe ser competente en el área de las relaciones interpersonales, tener un buen manejo de sí mismo, de los demás y de las circunstancias en las cuales se desempeña. La teoría de la asertividad adquiere gran relevancia bajo la consideración de que somos sujetos interpersonales, de modo que la red de interacciones con los otros es vital para nuestra sobrevivencia, en cuanto la cercanía reguladora y protectora con los demás permite la construcción del Sí Mismo. Es en las interacciones cotidianas que se dan las oportunidades de cambio personal. Por lo que el desafío consiste precisamente en hacer que este mundo de interacciones se incremente, mantenga y proyecte hacia el futuro, puesto que de este modo se crean las condiciones para el crecimiento de las personas, de un grupo, organización o sociedad.

En este marco, la asertividad es una herramienta fundamental en el desarrollo óptimo de las múltiples relaciones interpersonales. Y es por las ventajas que trae consigo el funcionamiento interpersonal efectivo que la asertividad ha cobrado relevancia en las distintas ramas de la práctica psicológica, y entre ellas la clínica (González, Richaud y Silva, 1988 citado en Dobry, 2005).

Etimológicamente, el concepto "Asertividad" proviene del latín *assertum* y significa afirmación. Luego, este concepto remite a una característica personal, que supone una afirmación del sujeto acerca de algo, de sí mismo o de los otros (Yáñez, 2005).

La asertividad es una habilidad aprendida, que puede ser evaluada y entrenada desde lo conductual y lo cognitivo, lo que implica que es posible incrementar los niveles de asertividad de las personas, a partir de estrategias y técnicas tanto personales como grupales, de modo que permiten instalar o ajustar los repertorios asertivos de acuerdo a las circunstancias personales de cada uno.

Dados los beneficios que trae consigo el poseer habilidades asertivas y dada su facultad de ser aprendidas es que surgió el interés por estudiar, sistematizar y operacionalizar la asertividad. Es en este contexto que, desde un marco más

conductual y cognitivo y entre los años setenta y ochenta, se conceptualizó la asertividad 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, 1996 citado en Yáñez, 2005, p. 250)

En la definición anterior se puede observar como un elemento central que un sujeto es motivado a realizar un acto asertivo para satisfacer una necesidad personal, la que daría lugar a un fin instrumental; de modo que el resultado del acto asertivo puede ser evaluado por el nivel de logro del fin propuesto, es decir, por el nivel de satisfacción de la necesidad de quien realiza el acto asertivo.

Si bien esta forma de entender la asertividad es válida y útil tanto en las relaciones interpersonales como en la relación terapéutica tiene una falencia tanto teórica como práctica, ya que no considera la relevancia de las relaciones entre los sujetos ni lo que se produce como consecuencia de esta interrelación.

De este modo, surgió la necesidad de ampliar el concepto de asertividad, a un concepto que incluyera la relación entre los sujetos. Y es así como desde el Modelo Constructivista Cognitivo se propuso reformular y ampliar el concepto de asertividad, integrando diversos elementos provenientes de distintas teorías, tales como la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Safran y Segal, la Teoría Emocional del Apego de Bowlby, la Teoría de Las Emociones de Greenberg, Rice y Elliot, el Constructivismo, la Lingüística Pragmática, entre otras (Yáñez, 2005). Estas teorías permiten pensar 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).

Basándose en la perspectiva anterior, Yáñez desarrolló una propuesta acerca de la asertividad, a la que llamó Asertividad Reformulada, a la que definió 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 (a nivel intra e interpersonal) en la relación de los sujetos involucrados (Yáñez, 2005, p. 252).

Como consecuencia de este marco conceptual encontramos que “la condición previa al despliegue de un acto asertivo, es el deseo del sujeto” (Yáñez, 2005, p. 254). Hechas estas consideraciones, se entenderá como deseo a la “sensación o impresión de que algo falta en la condición actual del sujeto, y que hace inminente su satisfacción” (Yáñez, 2005, p. 254).

En la definición planteada, hay un efecto a nivel consciente y otro a nivel inconsciente, refiriéndose el primer nivel a la búsqueda intencionada de satisfacción de una necesidad o deseo concreto mediante la consecución de un fin; mientras que, como producto del acto asertivo y sin una intención consciente, en el segundo nivel se produce el “efecto generativo”, es decir, se produce un cambio en el estado de la relación de los sujetos producto del cambio ocurrido en la intensidad, la permanencia, la intimidad, la proyección y la progresión de la misma (Yáñez, 2005).

Este efecto inconsciente o generativo es de gran relevancia ya que permite evaluar el grado de satisfacción posterior a un acto asertivo y suele ser fruto de contenidos distorsionados que dan origen a esquemas cognitivos que inhiben o alteran las competencias asertivas. Este efecto es central ya que en él está en juego la mantención de la red de relaciones interpersonales, la cual es vital dado que abre perspectivas de futuro y proporciona un sentimiento de estabilidad y disponibilidad de los demás para satisfacer los deseos propios, y viceversa (Yáñez, 2005).

En el Modelo de la Asertividad Reformulada se reconocen estos cinco elementos de las relaciones, que constituyen las subvariables de la Generatividad. Se definen a continuación: (Cayazzo y Vidal, 2002 citado en Dobry, 2005):

1. Intensidad: Es la fuerza de cualquier conducta, emoción, necesidad o motivación. De modo que la intensidad de una relación sería la fuerza que

caracterizaría al compromiso interpersonal entre quienes participan en la relación, el cual 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 o duración de una relación a través del tiempo, en base a una historia construida conjuntamente.
3. Intimidad: La intimidad dice relación con la sobrevivencia y la mantención de una relación a través de los procesos de creación y destrucción constante de la intersubjetividad. Estos procesos requieren de apertura y franqueza mutua, afectividad compartida, exposición, y riesgo personal entre los individuos que componen dicha relación. Por otra parte, la intimidad puede ser considerada como la clausura del contexto físico e interpersonal existente entre paciente y terapeuta, 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 quienes componen 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. Capacidad que poseen los miembros de avanzar en su dinámica relacional, la cual permite crear y recrear dicha dinámica, y que implica un desarrollo, evolución y complejización de la relación.

El acto asertivo, el cual da lugar tanto a la satisfacción del deseo o necesidad como al efecto generativo de la relación, supone un compromiso total del sujeto, es decir, un involucramiento en el acto asertivo desde los tres niveles de respuesta humana (Yáñez, 2005):

- Nivel de respuesta comportamental: las respuestas comportamentales son fácilmente observables, de modo que son conocidas como “conductas objetivas u observables”. Además, estas respuestas son generalmente voluntarias, salvo cuando se automatizan ya que se vuelven involuntarias.
- Nivel de respuesta emocional: a este tipo de respuestas es más difícil observarlas, ya que suelen pasar inadvertidas incluso para el sujeto mismo que las experimenta, salvo que se produzca un desborde emocional y los indicadores emocionales se presenten públicamente. De esta manera el acceso a este nivel de

respuestas sería indirecto, es decir, se accedería a través de la interpretación del lenguaje no verbal y paraverbal, que acompañan al lenguaje verbal, en los actos de habla emitidos. Las respuestas emocionales son generalmente involuntarias, y operan por el principio de mantención de homeostasis del sujeto con su entorno; esto implicaría que las respuestas emocionales serían un sistema que informa sobre el estado interno del sujeto en relación con su entorno.

- Nivel de respuesta cognitivo: este es un nivel de organización abstracto y simbólico, ya que tiene que ver con las significaciones que atribuimos al mundo y a nosotros mismos, a través de los símbolos que constituyen el lenguaje. Las respuestas cognitivas dicen relación con procesos mediacionales y esquemas cognitivos interpersonales, los que permitirían a este nivel integrar el funcionamiento del sujeto, de manera que se produzca la organización de un sentido de sí mismo coherente, unitario y continuo en el tiempo. Sin embargo, esta noción de sí mismo, la cual pareciera darse en un proceso tan impersonal, se genera a través de la interacción y experiencia recíproca con los otros.

Tal como plantean Bruner (1988 citado en Cayazzo y Vidal 2002) los actos de habla y el lenguaje en general, tienen una importancia fundamental en el desarrollo de un acto asertivo, ya que se transforma en el medio de relación con el otro, además de constituirse como una herramienta que crea realidad.

Dicho esto, para analizar el acto asertivo cobra relevancia analizar el discurso asertivo, el cual está compuesto por actos de habla que son definidos “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” (Yáñez, 2005, p. 258). Por lo que, tal como lo explican Yáñez (2005) y Dobry (2005):

1.- El nivel locutivo, corresponde al orden o estructura morfosintáctica desde la cual se articula el contenido del discurso.

2.- El nivel ilocutivo, corresponde a la intención vehiculada en lo dicho por el sujeto, a través de los elementos no verbales y paraverbales o suprasegmentales, los cuales coexisten con elementos verbales-morfosintácticos del discurso emitido.

3.- El nivel perlocutivo, el cual corresponde al efecto que tiene el discurso emitido en el receptor del mismo, quien lo interpretará a partir de la evaluación de lo dicho por el “hablante” (nivel locutivo) y de la intención impregnada en el discurso (nivel ilocutivo).

Por otra parte, las funciones de la Asertividad Reformulada, desde el Modelo Constructivista Cognitivo son (Yáñez, 2003a citado en Dobry, 2005):

1.- Expresivas:

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

2.- Receptivas:

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

3.- Generativas: En el estado de la relación, en términos de la permanencia, intensidad, intimidad, proyección y progresión (pp. 113-114).

El Modelo Teórico de la Asertividad Reformulada ha sido operacionalizado en nueve variables, las cuales han sido definidas de la siguiente manera (Yáñez, 2005):

- 1. Autodiálogos: Verbalizaciones encubiertas o internas del sujeto, en términos de representación cognitiva de los resultados posibles de la conducta asertiva.
- 2. Conocimiento del Comportamiento Asertivo Apropiado: Información que tiene el sujeto sobre el repertorio asertivo propio, sobre el contexto y el sujeto al que se dirige la acción.
- 3. Autoevaluación: Habilidad del sujeto para apreciar el nivel de desempeño propio en una interacción asertiva.
- 4. Satisfacción: Grado de conformidad que tiene el sujeto acerca de su desempeño en un acto asertivo.
- 5. Responsabilidad: Evaluación que el sujeto realiza acerca del grado de participación que le corresponde a sí mismo y al otro en una

interacción asertiva. Este grado puede variar situacional o contingentemente en cuanto a su distribución, pero generalmente se espera que tienda a ser equilibrado.

6. Generatividad: Efecto interpersonal de un acto asertivo, en el sentido de una progresión ortogenética de la relación: se refiere a la relación interpersonal en un acto asertivo, en el sentido de aumentar el nivel de complejidad de la relación, en sus componentes intensidad, permanencia, proyección, intimidad y progresión.

7. Respeto: Habilidad del sujeto para reconocer los límites de la responsabilidad mutua, procurando no transgredir ese límite.

8. Adecuación Interpersonal: Habilidad del sujeto para ajustar permanentemente sus niveles de responsabilidad y respeto a los distintos contextos interpersonales, en el entendido que los límites de ambos varían de acuerdo con las circunstancias.

9. Variables del Mensaje:

9.1. Claridad del Mensaje: Se refiere a que en el discurso a nivel morfosintáctico, se manifiesta la intención comunicativa.

9.2. Dirección del Mensaje: Se refiere a que el discurso debe estar dirigido hacia el receptor de una manera personalizada.

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

9.4. Consistencia del Mensaje: Se refiere a una correspondencia unívoca que se manifiesta entre los planos verbal, suprasegmentario y no verbal, durante el discurso (pp. 258-260).

Desde el Modelo de la Asertividad Reformulada, la asertividad generativa es considerada como una competencia, la cual ha sido definida por Yáñez (2005) como “un conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas, sobresalientes en un área específica del funcionamiento humano. Involucran al sujeto como una totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo” (p. 254). Las competencias son el resultado de cuatro componentes los cuales se interrelacionan, de modo que si se genera un cambio en uno de los cuatro elementos, se modificarán los otros tres (Yáñez, 2004 citado en Dobry, 2005). Los cuatro componentes de las competencias se definen de la siguiente manera (Yáñez, 2005):

- a) Conocimiento: Conjunto de contenidos conceptuales que se expresan en dispositivos cognitivos acerca de un determinado campo del conocimiento. Implican manejo y dominio teórico sobre un tema.
- b) Habilidad: Repertorios de acción que resuelven eficientemente las demandas operativas o técnicas de un área del funcionamiento humano.
- c) Actitud: Evaluación emocional que hace el sujeto del conocimiento y sus habilidades en esa particular área de actividad. Implica el nivel de motivación con que se expresa su conducta. Lo que está en cuestión son los contenidos concretos de las competencias (p. 255).
- d) Identidad: Proceso de construcción particular y continuo, entendida como aquellas características del sujeto, reconocidas por sí mismo y por el resto como características identificatorias (Vergara, 2011). La identidad contempla tres elementos esenciales referidas a los niveles cognitivo, emocional e interpersonal. La identidad depende en buena medida de su estructura idiosincrática (Yáñez, 2011).

a. Autoconcepto: Categorías conceptuales de definición propia (Yáñez, 2011). Categorías cognitivas más estables, proyectivas y explicativas acerca del sujeto (Yáñez, 2012).

b. Autoimagen: Valorización o evaluación de uno mismo con respecto a los otros (Yáñez, 2011), siendo el resultado de una dinámica interaccional entre la apreciación que hace de sí mismo y la apreciación que los otros tienen de ese sujeto. Corresponde a la frontera entre el yo y los demás, refiriéndose a la recapturación de experiencias. Es flexible y en constante cambio, por tanto, es permeable. Está siempre en juego y se relaciona con los impactos vivenciales (Yáñez, 2012).

c. Autoestima: "Corresponde a la imagen que el sujeto ostenta en torno de sí mismo y ante los demás como representante de una determinada área de acción" (Yáñez, 2005, p. 255). Referentes experienciales que generan categorías emocionales descriptivas del acontecer, referidas sobre el flujo de la praxis vital (Yáñez, 2012). No son un concepto, sino que pretender captar lo que ocurre. Indicador de cómo evalúa el sujeto su gestión en un área particular (Yáñez, 2012).

Dobry (2005) plantea que si se relaciona la definición de competencias propuesta por Yáñez con lo propuesto en el Modelo de la Asertividad Reformulada, es posible pensar esta última, desde la labor del psicoterapeuta, 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) (p. 117).

CAPÍTULO II: PROPUESTA TEÓRICA

Una de las preguntas centrales que se ha planteado la presente investigación es respecto a qué distingue a los conceptos de alianza terapéutica y relación terapéutica, entendiendo que el modelo constructivista cognitivo no ha profundizado en dicha distinción, pese a la relevancia que se atribuye a ambos conceptos, siendo cruciales para el proceso y el éxito psicoterapéutico. Para profundizar en dichos conceptos la teoría del apego es especialmente útil en el marco del modelo constructivista cognitivo.

El modelo constructivista cognitivo hace una distinción respecto a dichos conceptos señalando que la relación terapéutica es “El encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los sujetos participantes en esta interacción” (Yáñez, 2005, p. 173), mientras que la alianza terapéutica es “el resultado del proceso de relación interpersonal psicoterapéutico entre paciente y terapeuta, que se constituye en una base de apego segura conformada por características técnicas y características personales de los sujetos involucrados” (Yáñez, 2005, p. 173). A partir de esta distinción y los planteamientos del apego referidos anteriormente se puede profundizar la conceptualización de alianza y relación terapéutica.

Relación Terapéutica

Respecto a la RELACIÓN TERAPEUTICA, como se menciona en la definición planteada por Yáñez (2005), ésta se relacionaría con la interacción entre paciente y terapeuta, la cual ocurre en un espacio físico definido (setting terapéutico) y por un período de tiempo establecido, finalizando cuando terapeuta y/o paciente concluyen el proceso terapéutico. La relación terapéutica es una relación con características especiales, en la cual se expresan aspectos formales (encuadre), técnicos (competencias técnicas del terapeuta) y personales (características personales del paciente y terapeuta) de la psicoterapia constructivista cognitiva y de los sujetos involucrados. Las interacciones que ocurren en la relación terapéutica podrían entenderse como contextuales, funcionales y significativas. Es decir, se darán en un

espacio físico contextual determinado; suponen una funcionalidad en donde el paciente requiere de un servicio y el terapeuta lo otorga; y finalmente, son significativas porque implican una exposición y exploración de experiencias íntimas y muchas veces dolorosas del paciente en compañía del terapeuta en la búsqueda de un cambio favorable para el primero.

La relación terapéutica consistiría en una propuesta relacional por parte del terapeuta a la cual el paciente es llamado a participar, y que como se mencionó anteriormente incluye aspectos formales, técnicos y personales, los cuales se expresan constantemente en las interacciones entre paciente y terapeuta, en cada ciclo de exploración y comunicación entre ambos. En este sentido, la relación terapéutica ofrecería al paciente una relación y un vínculo de apego seguro, en donde el terapeuta a partir de sus competencias técnicas y personales surge como figura de apego para éste respondiendo a su necesidad de protección y seguridad.

Que la relación terapéutica pueda proporcionar al paciente una relación de apego seguro en donde el terapeuta se constituya en una figura de apego para el paciente, implica que podría servir como base segura para la exploración del paciente. Por lo que el principal objetivo de la relación terapéutica será generar una base segura de apego seguro para el paciente, siendo ésta entonces producto del operar de la relación terapéutica. La base segura puede darse en un apego seguro o inseguro, sin embargo, la base segura que debiera generar la relación terapéutica es de apego seguro y es la que permitirá llevar el proceso por un camino productivo y que posibilite el cambio.

De modo tal que la gestión de la relación terapéutica en sus aspectos formales, técnicos y personales es fundamental para se genere un apego seguro y posteriormente surja una base segura para el paciente, y estaría principalmente bajo la responsabilidad del terapeuta. A continuación se intentará clarificar la gestión de la relación terapéutica.

Los aspectos formales de la relación terapéutica constituirían el elemento más básico que debiera instalarse. Éstos se relacionarían con el encuadre (explícito e implícito) que regula y se manifiesta en la relación terapéutica, brindando las reglas relacionales y contextuales para que surja una relación de apego seguro y dando un

carácter especial a dicha relación en términos de regularidad, estabilidad y seguridad. Es decir, el saber que paciente y terapeuta se reunirán cada cierto tiempo, durante un tiempo establecido cada vez, durante un periodo establecido, en un mismo lugar (setting terapéutico) y bajo determinadas reglas -lo que se expresa en el contrato psicoterapéutico- permitiría al paciente tener la seguridad de que dispone y cuenta con la relación terapéutica. El manejo adecuado del encuadre podría entenderse como una competencia técnica del terapeuta.

Para constituirse en una figura de apego seguro para el paciente y generar una relación de apego seguro, es fundamental que el terapeuta pueda responder sensiblemente a las necesidades de seguridad y protección del paciente, de acuerdo a sus características personales, mostrándose disponible y brindándole proximidad emocional.

Respecto a este punto es central que el terapeuta evalúe el estilo vincular y personal del paciente y en función de ello pueda ajustar su despliegue a lo que el paciente requiere para sentirse seguro, es decir, el terapeuta debiera generar una respuesta complementaria a la conducta de apego del paciente que probablemente desplegará en psicoterapia. En este sentido, el terapeuta se complementará intencionadamente con el estilo vincular del paciente con el fin de lograr un apego seguro. Por ejemplo, con un paciente evitativo que probablemente no estará dispuesto a acercarse a un terapeuta que pretende ser cercano rápidamente, requerirá seguridades que se deberán transmitir por la vía cognitiva, idealmente en las primeras instancias acerca de informaciones más técnicas, como diagnósticos, síntomas, explicaciones a éstos (Galleguillos, 2011). De modo que dicho terapeuta debiera ajustarse en una primera instancia al estilo vincular evitativo de dicho paciente, sin embargo, a medida que se va estableciendo una sensación de seguridad en el paciente de que la relación con el terapeuta es confiable, este último debiera aproximarse al paciente segurizándolo respecto a los aspectos inseguros que el paciente muestra respecto a su forma de vincularse.

Para el manejo relacional con su paciente el terapeuta podrá utilizar los recursos de los que dispone, es decir, el conocimiento de los contenidos de vida del paciente, su experiencia en la relación con el paciente a través del enganche y

desenganche, la observación de marcadores¹⁴ y ciclos cognitivos interpersonales, entre otros aspectos.

En este sentido, para el manejo relacional con el paciente en torno al apego puede ser muy útil pensar la posición del terapeuta como un observador participante en la psicoterapia. Dentro de esta posición las habilidades de enganche y desenganche podrían ser muy útiles para que el terapeuta pudiera conocer el estilo vincular del paciente y posicionarse como una figura segura, siendo de especial relevancia el desenganche del terapeuta, es decir, el poder sustraerse del influjo del paciente que lo lleva a una gama estrecha de respuestas, de modo que le permita no situarse como alguien más que confirma el esquema interpersonal disfuncional del paciente ni como una persona más que perpetúa su ciclo interpersonal característico. A través del reconocimiento de los marcadores interpersonales del paciente y el enganche, el terapeuta puede hipotetizar respecto a los ciclos cognitivos disfuncionales que podrían darse con el paciente y entender en alguna medida su estilo relacional y vincular. Del mismo modo, la intención técnica de neutralidad es especialmente útil en este sentido, ya que ayuda al terapeuta a no dar una respuesta emocional consecuente con el impacto que produce el despliegue de algunos contenidos del paciente, asegurando que el terapeuta no confirme el ciclo cognitivo interpersonal del paciente pudiendo generarse una relación más segura. Por lo que el terapeuta debiera estar constantemente atento a lo ocurra en la dinámica relacional, para observar a su paciente y a sí mismo en dicha relación.

Los aspectos técnicos tienen que ver con la disposición por parte del terapeuta de sus competencias técnicas al proceso terapéutico, que se expresa en la realización de intervenciones; la aplicación de técnicas; el uso de herramientas; los estados intencionales de neutralidad, receptividad, abstinencia y escepticismo; manejo del encuadre, etc. y en términos generales, con todas aquellas competencias técnicas que permiten definir su rol como el de un perturbador estratégicamente orientado, quien tiene como principal objetivo y experticia crear las condiciones para el cambio. Este punto tiene directa relación con los conocimientos y habilidades que el terapeuta

¹⁴ Conductas, posturas corporales y comunicaciones que inician el ciclo cognitivo interpersonal problemático, y que le suministran al terapeuta información útil para el trabajo psicoterapéutico. (Safran y Segal, 1994).

posea, en términos de componentes de las competencias terapéuticas. Que el terapeuta disponga adecuadamente de sus competencias técnicas sería un aspecto que podría brindar seguridad al paciente de que éste tiene las competencias necesarias para ayudarlo y, por ende, de que las conversaciones e interacciones que tienen lugar entre ambos son productivas, beneficiosas y le dan la seguridad de que llevarán el proceso hacia un cambio favorable para él. El despliegue de las competencias técnicas debiera ajustarse a las características y el ritmo del paciente.

Muy contiguas a las competencias técnicas se encuentran los aspectos personales del paciente y el terapeuta, en donde se puede encontrar aspectos tales como estilo vincular, estilo personal, habilidades personales e interpersonales, recursos, sistemas de control descentralizado¹⁵, entre otros. Respecto a este punto, el paciente pondrá a disposición del proceso terapéutico toda su subjetividad, sin embargo, el terapeuta pondrá a disposición del proceso sólo competencias personales que puedan beneficiar a éste en la medida que permitan contribuir en su rol profesional, y que tendrán que ver con la identidad y actitud en términos de componentes de las competencias terapéuticas. Es importante en este punto que ciertas características personales del terapeuta se dispongan y se conviertan en actitudes técnicas en relación al apego, es decir, que estén estratégicamente orientadas. En especial, son deseables aquellas características o actitudes que definen a una figura de apego seguro: el ser empático, comprensivo, disponible, confiable, contenedor, accesible, aceptar al otro, ser responsivo, atento, coherente, sintonizado, ser capaz para absorber la protesta, la capacidad de mentalización, proporcionar aliento y apoyo.

Las características personales y técnicas del terapeuta son cruciales en la gestión de la relación terapéutica, y se expresan siempre de manera unificada en el despliegue del terapeuta, por lo que la separación de ambas solo será con fines teóricos. Ambas se ponen en juego a cada momento del proceso terapéutico, siendo crucial en una fase inicial de éste orientarlas a los objetivos en torno al apego. Que el terapeuta se convierta en una figura de apego, implicará que el paciente lo valide como un referente, un profesional que tiene las competencias necesarias para

¹⁵ Mecanismos de defensa que instalan una significación parcial o transitoria a los contenidos de la experiencia, a fin de mantener la estabilidad del sistema (Yáñez, 2005).

ayudarlo, que es confiable y le da seguridad y, por ende, que la relación que tienen también lo es.

Por lo tanto, la base segura en el contexto terapéutico estaría dada por la relación terapéutica, la cual incluye sus aspectos formales, técnicos y personales. La constitución de la base segura es un producto del operar de la relación terapéutica, la cual al lograr un apego seguro permitiría que ésta pudiera funcionar como base segura para el paciente. Si tomamos la definición de base segura propuesta por Ainsworth (1978, Bowlby 1989), podemos señalar que una base segura implica básicamente: CONFIANZA, CONOCIMIENTO, PROTECCIÓN y EXPLORACIÓN, es decir, el paciente tras interacciones repetidas en la relación terapéutica tendrá un sentido interior de confianza en que las propiedades protectoras de la relación terapéutica son conocidas y permiten la exploración.

La base segura, entonces, permitiría al paciente explorar más y con mayor profundidad en psicoterapia en torno a su funcionamiento emocional e interpersonal, en su experiencia inmediata pasada y presente, en sus experiencias dolorosas, así como experimentar nuevas formas de experiencia. De este modo el paciente podría llevar a cabo una exploración segura, en donde la inseguridad y ansiedad que implique dicha exploración podrá regularse. Esta base segura permitiría la exploración en sesión, así como fuera de sesión de manera independiente, ya que al ser abstracta el paciente puede acudir internamente a ella para restablecer la sensación de seguridad.

Por lo tanto, la relación terapéutica podría entenderse como el encuentro e interacción entre dos o más sujetos, en el cual se expresan aspectos formales, técnicos y personales de la psicoterapia constructivista cognitiva y de los sujetos involucrados, y que está orientada a generar un apego seguro entre paciente y terapeuta, para generar cambios en uno o más de los sujetos involucrados. Esta relación permitirá que surja una base segura para el paciente y que se constituya la alianza terapéutica, la que permitirá llevar a cabo los procesos terapéuticos. La relación terapéutica, entonces, debiera ser un contexto interpersonal seguro y confiable desde donde se crearán las condiciones para el cambio.

Asertividad Generativa y Rol del Terapeuta respecto a la Relación Terapéutica

A partir de la comprensión de la relación terapéutica realizada previamente es posible responder a la pregunta respecto a cuál es el rol del terapeuta respecto a la relación terapéutica. En este sentido, el rol del terapeuta sería crear un contexto interpersonal seguro y confiable, de apego seguro, que pueda servir de base segura para el paciente y que permita la constitución de la alianza terapéutica. Es decir, el terapeuta sería el principal responsable de generar las condiciones para que surja la alianza terapéutica como condición para el cambio.

En este sentido, el modelo de la Asertividad Generativa (A.G) permite abordar el quehacer del terapeuta constructivista cognitivo en psicoterapia. En términos generales, se constituiría como una competencia fundamental para el terapeuta, ya que le permitiría el manejo adecuado de sí mismo, de su paciente y de las circunstancias en las que está inserto. Más específicamente, la A.G permite clarificar el quehacer del terapeuta en la relación terapéutica, permitiendo y responde a la pregunta respecto a cómo el terapeuta crea un contexto interpersonal seguro y confiable en donde se genere un apego seguro y donde, finalmente, la relación terapéutica se constituya en una base segura para el paciente y surja la alianza terapéutica.

Tal como se expuso en el marco teórico de la presente investigación, la Asertividad Generativa ha sido definida por Yáñez (2005) como:

“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 (a nivel intra e interpersonal) en la relación de los sujetos involucrados” (p. 252).

Si revisamos la definición de Asertividad Generativa y la conectamos con el quehacer del terapeuta, en términos de crear un contexto interpersonal seguro y confiable basado en el apego seguro, se puede decir que:

La A.G es una competencia interpersonal (se da en la relación terapéutica) que está orientada a dar expresión a un deseo particular que se constituye como una intención asertiva (el terapeuta intenta constituirse como figura de apego seguro para el paciente, es decir, generar una relación terapéutica basada en el apego seguro). Esto ocurre a través de una acción que se constituye en un acto asertivo (acto clínico) de un sujeto (el terapeuta). La satisfacción de este deseo sólo será posible de alcanzar en una dinámica interpersonal (en el marco de la relación terapéutica). Y como consecuencia secundaria e implícita se generará un efecto generativo, tanto a nivel intrapersonal (posibilidad de exploración en sí mismo y reorganización de sus sistemas de conocimiento, lo que posibilitaría una complejización del sistema); y el terapeuta (complejizar sus competencias en torno a la gestión de la relación terapéutica), como a nivel interpersonal (se da un apego terapéutico seguro) en la relación de los sujetos involucrados (paciente y terapeuta).

A través de la función expresiva y receptiva de la A.G, el terapeuta pondrá en juego su intención terapéutica (intención asertiva), lo cual tendrá como resultado un efecto generativo. Esto tendrá lugar producto del despliegue de actos de habla asertivos por parte del terapeuta. Los actos de habla cobran un rol fundamental puesto que la psicoterapia Constructivista Cognitiva ocurre principalmente en el plano conversacional y simbólico, por lo que está completamente mediada por el lenguaje. De esta manera, a través de los actos de habla asertivos, tanto a nivel expresivo como receptivo, se pondría en juego la constitución del terapeuta como una figura de apego seguro y, por ende, la constitución de una relación terapéutica de apego seguro.

En la presente investigación entenderemos que las acciones que tengan que ver con la función receptiva de la A.G. podrían considerarse actos asertivos, al igual como se les considera a las acciones que tienen que ver con la función expresiva de la A.G. En este sentido, planteamos que en la receptividad el oyente/hablante también comunica, en un nivel ilocutivo y perlocutivo, a diferencia de lo que ocurre con la expresividad en donde se comunica a través de los tres niveles: locutivo, ilocutivo y perlocutivo. Por lo tanto, es posible plantear que los actos de habla tendrían que ver no sólo con la función expresiva sino que también con la función receptiva, dado que la receptividad también podría entenderse como una proposición, aunque no verbal, realizada por una hablante/oyente (el terapeuta) que tendría como fin producir una perturbación deseada en el otro (el paciente).

La constitución del apego seguro se pondrá en juego a nivel locutivo (en términos expresivos) e ilocutivo (en términos receptivos y expresivos), es decir, en lo que el terapeuta dice, en el cómo lo dice y en cómo receptiona lo que el paciente expresa.

En términos expresivos serán relevantes las intervenciones terapéuticas, las cuales debieran realizarse cuidando el ritmo del paciente y el ritmo de la relación terapéutica. Así también la devolución sería relevante, en cuanto instancia de cierre de la fase de evaluación e instancia de intervención crítica en el devenir de la psicoterapia, ya que sería una instancia que le serviría al paciente para evaluar la seguridad que puede otorgarle el terapeuta en términos de competencia para ayudarlo en su malestar. En este sentido, el nivel locutivo debiera complementarse adecuadamente con el nivel ilocutivo, permitiéndole éste último dar a lo dicho la intención deseada.

En términos receptivos, el nivel ilocutivo sería de gran relevancia, ya que planteamos que en la comunicación no verbal se pone en gran medida en juego la seguridad que el terapeuta pueda brindar al paciente, en términos de responder como una figura de apego seguro. En este sentido, la escucha sería una herramienta que le permitiría al terapeuta conocer y empatizar con su paciente, posibilitándose una coordinación entre los dominios lingüísticos de ambos, la cual implicará una coordinación a nivel conductual, cognitivo y emocional, que a su vez daría lugar a la complementariedad.

Finalmente, el efecto que tiene el discurso emitido en el receptor del mismo y que surge a partir del nivel locutivo e ilocutivo (en términos expresivos y receptivos) tendrá que ver con la sensación de seguridad que el paciente tenga respecto a la relación terapéutica, lo cual podría expresarse y observarse en el paciente en sus niveles de respuestas (cognitivo, emocional y comportamental). El efecto perlocutivo en el paciente tendrá que ver, entonces, con la sensación de seguridad del paciente respecto a la relación terapéutica. Este efecto perlocutivo tendrá que ver, por una parte, con cómo el terapeuta lleva a cabo un acto asertivo, así también con cómo lo recibe el paciente de acuerdo a sus características personales. Este efecto perlocutivo proyectado y estable en el tiempo dará lugar a la alianza terapéutica.

Generatividad:

Cómo el terapeuta realice su despliegue, en términos expresivos y receptivos, influirá en la posibilidad que se genere un apego seguro en la relación terapéutica, lo que posibilitará la constitución una base segura de apego, y por ende, de la alianza terapéutica. Que surja una relación terapéutica basada en el apego seguro, implica que se ha logrado cierto nivel de generatividad. Por lo que el logro del apego seguro, podría expresarse y evaluarse a través de las subvariables de la generatividad; ya que implicará un cambio en el estado de la relación producto de el despliegue de actos asertivos, lo cual implica un cambio en la intensidad, la permanencia, la intimidad, la proyección y la progresión de la misma, a nivel intrapersonal e interpersonal. Cabe mencionar que la modificación de estas variables de la relación terapéutica sería más bien de forma simultánea que por separado. Además, la posibilidad de que estas variables sufran modificaciones estaría constantemente presente en el devenir de la psicoterapia y probablemente tendría mucha relación con las variaciones que vaya sufriendo la seguridad del apego.

Es importante mencionar que dichas subvariables en el contexto psicoterapéutico serán particularmente distintas a cómo se darían en un tipo de relación no terapéutica. Estas variables se verían restringidas por las características particulares de la relación terapéutica, dadas por el encuadre psicoterapéutico, estableciéndose ésta como una interacción técnico-profesional que ocurrirá por un determinado periodo de tiempo.

Por lo que la permanencia, proyección y progresión estarían limitadas en el tiempo y espacio hasta el término del proceso terapéutico producto del logro de los objetivos psicoterapéuticos. Sin embargo, la proyección que haga el paciente de la relación podría ir más allá del término del proceso psicoterapéutico, en donde utilizaría la representación del terapeuta y de la relación terapéutica para enfrentar situaciones difíciles que se presenten luego de finalizada la psicoterapia.

Por otra parte, el grado de intensidad e intimidad que se logra en la relación terapéutica probablemente tomaría mucho más tiempo de conseguir en otro tipo de relaciones. En la relación terapéutica se darían interacciones de gran intensidad y con altos niveles de intimidad, ya que como señala Yáñez (2005), la relación en

psicoterapia no sería histórica sino que sería aguda y de emergencia. Sin embargo, la intimidad que se da en la relación terapéutica es unilateral, ya que principalmente es el paciente quien expone su intimidad.

De modo que una relación terapéutica generativa, de apego seguro, permitiría la constitución de la alianza terapéutica. A través de las subvariables de la generatividad, por lo tanto, podría expresarse y evaluarse el apego seguro en la relación terapéutica.

Alianza Terapéutica

La ALIANZA TERAPEUTICA como lo plantea la definición propuesta por Yáñez (2005) sería el resultado del proceso de relación terapéutica que se constituye en una base segura de apego. Como se planteó anteriormente la base segura que es deseable de lograr en la relación terapéutica es de apego seguro. En tanto no se constituya dicha base segura el objetivo terapéutico estará puesto en este punto, de modo que sólo posterior a la constitución de una base segura de apego seguro el objetivo podrá centrarse preferentemente en el malestar del paciente.

Entonces, la alianza terapéutica surgiría del operar de la relación terapéutica e implica que ésta se ha constituido en una base segura de apego seguro para el paciente.

La alianza referiría a una característica de la relación terapéutica que ocurre a nivel individual y personal, pero que surge y se manifiesta en la dinámica interpersonal entre paciente y terapeuta.

La alianza terapéutica se relaciona con la forma en que paciente y terapeuta acoplan y coordinan su experiencia en la relación terapéutica a ciertas estructuras internas de conocimiento. Este proceso de acoplamiento y coordinación permite que el sujeto pueda dar significado coherente con el propio sistema a dicha experiencia. Por lo que la alianza terapéutica daría cuenta de un nivel de conocimiento conceptual, racional, explícito y consciente de ambos sujetos respecto a la relación terapéutica, en donde la experiencia de paciente y terapeuta puede simbolizarse y ser integrada a la mismidad de cada sujeto. Esto significa que la alianza terapéutica alude a la forma

personal y particular en que paciente y terapeuta conceptualizan, desde sus posiciones, su experiencia en la relación terapéutica.

La conceptualización que ambos sujetos realicen de la relación terapéutica dependerá de sus sistemas de conocimiento, así como de los acontecimientos y las interacciones que se den en la relación terapéutica.

El proceso de constitución de la alianza terapéutica será progresivo, en la medida que interacciones repetidas en la relación terapéutica permitirán a los sujetos poder acoplar, coordinar y finalmente conceptualizar su experiencia en la relación terapéutica.

Las definiciones revisadas en el marco teórico se centran principalmente en identificar características de la interacción entre paciente y terapeuta que definirían a la alianza, como por ejemplo, la confianza, el acuerdo, la negociación, la concordancia, sensación de trabajo conjunto, etc. Sin embargo, probablemente dichas características se perciban de maneras diferentes y en distintos momentos si se analizan desde el punto de vista del paciente o del terapeuta. Respecto a este punto, la presente investigación plantea que es vital considerar la alianza terapéutica desde el punto de vista del paciente, esto ya que paciente y terapeuta se enfrentan a la relación terapéutica desde circunstancias y posiciones diferentes.

En el contexto de la psicoterapia se buscará que el paciente pueda conceptualizar la relación terapéutica como una base segura. Esto significa que el paciente podrá reconocer y narrar la relación terapéutica como un espacio seguro, en donde el terapeuta le da confianza y seguridad, en donde él puede desplegarse abiertamente y explorar en su experiencia para lograr un cambio favorable para sí mismo. Se habrá generado entonces una base segura para el paciente. Sin embargo, esto no va en desmedro de que la conceptualización que realice el terapeuta no sea relevante, ya que esto probablemente impactará en las intervenciones que realice y en su despliegue en el espacio terapéutico.

Por una parte, el terapeuta se enfrenta a la relación con el paciente predispuesto a crear un tipo de relación beneficiosa para el paciente, ajustándose a las características y necesidades de éste, que permita iniciar el proceso psicoterapéutico,

existiendo intenciones claramente definidas y conscientes de la relación que se espera que surja; por otra parte, el paciente se enfrenta a la relación con la incertidumbre de si podrá trabajar o no con dicho terapeuta, de cómo se dará la relación entre ambos, etc. De modo que es el paciente quien debe resolver la posibilidad de sumergirse en el proceso psicoterapéutico que implica una relación con dicho terapeuta, a diferencia del terapeuta para quien su permanencia en la relación no está en juego, ya que él siempre estará disponible para la relación y el trabajo junto al paciente, siendo él en gran medida responsable de que éstos se den óptimamente. Del mismo modo, el costo que tiene para el paciente participar en dicha relación es distinto al costo para el terapeuta, ya que es el primero quien principalmente expone su vida y su intimidad, esto es lo que Guidano (2001) llama asimetría emocional que se da en la relación terapéutica, por lo que es finalmente el paciente quien debe decidir si está dispuesto a exponer su vida y quién es frente al terapeuta.

En definitiva, la relación terapéutica está al servicio del paciente y el terapeuta trabaja en pos del bienestar de éste, por lo que la idea de que la alianza terapéutica es central considerarla desde el punto de vista del paciente se fundamenta en que es él quien debe lograr sentirse seguro y cómodo en la psicoterapia, resolviendo su permanencia en el proceso, así como la exposición, el riesgo y la inversión consiguiente que esto implica.

Por lo tanto, la alianza terapéutica podría entenderse como la conceptualización que realizan paciente y terapeuta, cada uno desde su posición en la psicoterapia, de la relación terapéutica como una base segura de apego seguro, el paciente como una base segura para sí mismo y el terapeuta como una base segura para el paciente; es decir, el paciente conceptualizaría la relación terapéutica desde su experiencia en una relación segura y confiable que le permite explorar y el terapeuta desde su rol de observador-participante respecto de la experiencia del paciente en la relación entre ambos.

De esta manera, si el paciente conceptualiza la relación terapéutica como una base segura de apego seguro se dará una alianza terapéutica que será la deseable de lograr en psicoterapia. Esta correspondería a la condición inicial y fundamental para el cambio psicoterapéutico.

Dinámica de la Alianza Terapéutica

Como efecto de la constitución de la alianza terapéutica, sería posible observar dos elementos, que darían lugar a la dinámica de la alianza terapéutica: un elemento más bien estable y otro más bien inestable. Por una parte, el elemento estable de la alianza terapéutica tendría que ver con la base segura que surge del operar de la relación terapéutica y tiene ver con la dinámica interpersonal entre paciente y terapeuta. El elemento estable surge junto al establecimiento de la alianza terapéutica y se prolonga en el tiempo como una especie de base que sustenta la psicoterapia, en especial, en un nivel profundo.

Por otra parte, cuando se instala el elemento estable también surge paralelamente un elemento inestable, que tendría que ver con la dinámica intrapersonal entre mismidad¹⁶-ipseidad¹⁷ del paciente. Es decir, sólo una vez que la relación entre paciente y terapeuta se establece como una base firme y segura para la exploración con el respaldo de un otro significativo, es posible que ambos centren preferentemente sus esfuerzos en la perturbación de la dinámica mismidad-ipseidad asociada al malestar del paciente como objetivo terapéutico, dado los altos niveles de ansiedad y vulnerabilidad que esto genera. En otras palabras, “la alianza permite la exploración y el reordenamiento de la experiencia inmediata, y la explicación del paciente dentro de un contexto técnico profesional protegido, orientado al desarrollo y la mejoría del sujeto” (Yáñez, 2005, p. 173). En este momento sería más adecuado realizar intervenciones que apunten al componente emocional (adlaterización, rotulación, señalamiento, metacomunicación) y a la resignificación (confrontación, bisociación, interpretación), así como la aplicación de las técnicas procedurales de exploración experiencial y metacomunicación.

¹⁶ “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” (Ibídem, p. 242).

¹⁷ “Sistema de conocimiento descentralizado que provee un sentido discrepante de uno mismo a partir de experiencias desbordantes que deben ser explicadas para ser asimiladas a los procesos centralizados de conocimiento. Asociadas con procesos de cambio y de predominio de contenidos emocionales expresados en activaciones emocionales recurrentes” (Ibídem, pp. 241-242).

La perturbación de la dinámica mismidad-ipseidad del paciente está constantemente ocurriendo en distintos grados durante la psicoterapia, sin embargo, cuando se instala la alianza terapéutica es posible llevar al paciente progresivamente a los límites de su coherencia sistémica, lo cual estará asociado a la posibilidad de generar cambios. El paciente llega a psicoterapia porque ha ocurrido una perturbación en sus sistemas de conocimiento, por las demandas del medio, en donde le es imposible responder adecuadamente, excediendo las demandas a sus posibilidades de respuesta, de modo que se generan respuestas transitorias expresadas en síntomas, viéndose presionado a generar un cambio. De modo que la perturbación de la dinámica mismidad-ipseidad se orienta a generar cambios asociados a una reorganización o reordenamiento del sistema de conocimiento del paciente, ampliando los límites de su coherencia sistémica y complejizando al sistema.

La inestabilidad que se expresa producto de la perturbación en la dinámica mismidad-ipseidad generaría en el paciente sensaciones de desconocimiento, ansiedad, incertidumbre e inseguridad, producto de su inmersión en aspectos novedosos, inquietantes, perturbadores e incluso amenazantes de sí mismo para su coherencia interna. Sin embargo, esta inmersión es especialmente distinta y productiva ya que se realiza en compañía y con el respaldo de una base segura, la cual ante la sorpresa, novedad, angustia, desconcierto e incluso dolor que pudiera significar la exploración que está realizando el paciente podrá reponer la sensación de seguridad, brindándole proximidad emocional, compañía y una respuesta sensible ante dicha situación. Por lo tanto, la base segura permite que el paciente se atreva a realizar dicha exploración en sí mismo, ya que le da la confianza de que en caso de sentirse muy angustiado, ansioso o desconsolado, el terapeuta estará disponible para ayudarlo, pudiendo eventualmente regular la ansiedad que le genera dicha exploración.

En definitiva, el elemento estable e inestable de la alianza terapéutica reflejan la idea de que “la psicoterapia es, al mismo tiempo, una presión y una creación de condiciones que favorezcan la reorganización o el reordenamiento del sujeto” (Yáñez, 2005, p. 83). Es decir, por una parte, se crea un contexto interpersonal seguro y confiable que servirá de base segura, desde donde será posible posteriormente presionar al sistema (paciente) por una reorganización brindando a la vez las condiciones para que dicha reorganización ocurra. En este sentido, el rol del terapeuta

podría entenderse en los mismos términos, como una figura que brinda protección, seguridad y condiciones para la exploración, pero a la vez perturba y presiona al paciente en su dinámica interna.

La dinámica e interrelación que se dará entre ambos elementos repercutirá constantemente en la alianza terapéutica. Por una parte, la base segura se verá interpelada¹⁸ cada vez que el paciente la requiera, viéndose el terapeuta constantemente llamado a responder sensiblemente a las necesidades del paciente y a reponer la base segura, por lo que la gestión del terapeuta se pondrá constantemente en juego por este aspecto. Una mala gestión constante por parte del terapeuta o un error importante en su gestión respecto a este punto podría llevar a que el apego se vuelva inseguro, pudiendo producirse amenazas a la alianza terapéutica, rupturas e incluso podría verse cuestionada la continuidad del proceso psicoterapéutico. Sin embargo, equivocaciones menores o un impasse excepcional en la gestión del terapeuta podrán probablemente ser tolerado por el paciente y no afectará la relación entre ambos por la base segura y el vínculo que existe. En este sentido, las amenazas a la alianza debieran surgir de la problemática o estilo de funcionamiento del paciente, pudiendo abordarse como objetivo terapéutico, mas no debieran ser puestas en la relación producto de las problemáticas o la mala gestión del terapeuta.

¹⁸ Interpelar: Implorar el auxilio de alguien o recurrir a él solicitando su amparo y protección (Real Academia Española, 2001)

CONCLUSIONES

Definitivamente uno de los aspectos centrales que debiera considerarse en el análisis de cualquier aproximación que pretenda comprender los procesos asociados a la psicoterapia, es la interacción que se da entre paciente y terapeuta. Durante la evolución del modelo cognitivo, por mucho tiempo se obvió la importancia de la relación que establecían paciente y terapeuta, del mismo modo como los clínicos en su labor se desentendieron de aspectos de los sujetos involucrados en terapia que hoy consideramos centrales en el entendimiento de éstos y en el quehacer psicoterapéutico, por ejemplo, sus emociones, los significados que atribuyen a sus experiencias, sus relaciones vinculares, etc. Por lo que el desafío de pensar la psicoterapia como un encuentro humano, en donde confluyen dos subjetividades (de distinta manera), se hace necesario dados los avances del modelo hacia una complejización de su entendimiento del ser humano y por ende de los procesos asociados a la psicoterapia. Por lo que la forma en que el modelo actualmente entiende al sujeto, el cambio y la psicoterapia requiere nuevas formas de abordar la psicoterapia.

Es abundante la bibliografía y las investigaciones que dan cuenta de la relevancia de considerar la relación terapéutica como un factor relevante para el éxito psicoterapéutico, sin embargo, ha sido esquiva la posibilidad de delimitar claramente qué de la relación que establecen paciente y terapeuta es lo que hace crucial a este factor para el éxito. Se han señalado diversos factores, como el grado de colaboración entre los sujetos, el consenso, el grado de negociación, etc., en donde se han identificado aspectos del paciente, terapeuta y de la relación que puedan dar cuenta de dicho fenómeno, sin embargo, dada la complejidad del fenómeno humano probablemente muchos influyen en conjunto de diversa manera para generar en la relación terapéutica condiciones que posibiliten buenos resultados.

Abordar la relación terapéutica entraña una serie de complejidades, dadas por la posibilidad de que ambos miembros logren un entendimiento, una sintonía emocional, un acople, una complementariedad que permita que la psicoterapia fluya adecuadamente. Como señalan Neimeyer y Mahoney (1998) la capacidad del terapeuta "para entender la experiencia de un cliente estará siempre limitada por su

propia gama de experiencias personales” (p. 364), así también a veces es “difícil o imposible para el cliente transmitir la fenomenología implicada en su experiencia” (p. 364).

Esta complejidad tiene que ver con que, por una parte, está la persona del terapeuta, en donde su subjetividad se hace sumamente relevante dado que él experimenta la relación con el paciente, entrando en interacción sus características personales con las características del paciente, su mundo experiencial con el del paciente, pero poniéndose en el espacio psicoterapéutico sólo aquellas características y experiencias que estén estratégicamente orientadas y tengan un valor terapéutico.

Y por otra parte, está el paciente, con su historia y su forma particular de vivir la realidad, siendo éste una complejidad completamente única a la cual el terapeuta se enfrenta, en donde conocerla y entenderla se plantea cada vez como un importante desafío para poder coordinarse y sintonizarse con dicho paciente. Por lo que cada paciente demanda al terapeuta un estilo personalizado para relacionarse con él, lo cual se constituye en uno de los desafíos más importantes a abordar respecto a la relación terapéutica. El terapeuta para relacionarse con cada paciente, entonces, debiera considerar sus características particulares, por lo que el conocimiento del paciente será de gran relevancia. La escucha de su relato (en términos locutivo e ilocutivo) y su experiencia con él (efecto perlocutivo de los actos de habla del paciente) serán buenas herramientas para dicho fin. En este sentido, la teoría del apego aporta elementos para comprender el modo en que nos relacionamos, a partir de nuestras experiencias vinculares más tempranas, lo cual el terapeuta debiera considerar al momento de relacionarse con el paciente.

El modelo Constructivista Cognitivo se ha interesado en pensar la relación terapéutica como un espacio en donde se crean las condiciones para el cambio, en especial, la condición para el cambio inicial y fundamental que dará sustento al trabajo psicoterapéutico que se realice: la alianza terapéutica. Del mismo modo, se ha interesado en pensar la relación entre paciente y terapeuta desde la teoría del apego, la cual describe la tendencia de los seres humanos a formar lazos afectivos con otros significativos. Por lo que el vínculo entre paciente y terapeuta es considerado como un factor muy relevante y creemos que la psicoterapia se juega en gran medida en este aspecto.

La presente investigación, por una parte, abordó la relación terapéutica e intentó profundizar la comprensión que el modelo tiene de ésta. Fue posible concluir que la relación terapéutica es un aspecto central que permite y sustenta la psicoterapia si es abordada adecuadamente. Su relevancia está dada porque si se constituye en un contexto interpersonal seguro y confiable, en donde se dé un apego seguro entre paciente y terapeuta, ésta puede servir y constituirse en una base segura para el paciente, permitiéndole a éste llevar a cabo una exploración segura de sí mismo, que permita llevarlo a los límites de su coherencia sistémica, en busca de una reorganización que le permita complejizarse. De modo que contar con una base segura permitiría al paciente adentrarse en aspectos de sí mismo desconocidos, que están en los límites de la mismidad y en las cercanías de la ipseidad, no pudiendo ser integrados, lo que quizá sin la presencia de un otro confiable y disponible muchos pacientes no podrían realizar.

Respecto a la posibilidad de exploración del paciente, es posible señalar la importancia que cumple el terapeuta en cuanto perturbador estratégicamente orientado que crea condiciones para el cambio, en el sentido de que a través de sus intervenciones debiera ir facilitando la exploración y, además, debe ir guiándola cuidadosamente de acuerdo a las capacidades y ritmo del paciente. La idea central aquí es que el terapeuta pueda perturbar al paciente pero sin hacerlo fuera de la contención de la base segura. Cuando hablamos de exploración terapéutica nos estamos refiriendo a un proceso en donde el paciente se sumerge en aspectos de sí mismo que están en las proximidades de la ipseidad: contenidos que se asocian a la posibilidad de cambio y complejización del sujeto. Sin lugar a dudas la idea de exploración en psicoterapia es necesario refinarla y poder describirla más detalladamente, pero corresponde a una metáfora de la conducta exploratoria del ambiente físico y social asociada al patrón de objetivo establecido del alejamiento descrita en la teoría del apego, en el contexto psicoterapéutico. Como se mencionó previamente la exploración está asociada a la posibilidad de complejización del sujeto, por lo que la exploración que realice el paciente en psicoterapia puede ser una buena instancia para, entre otros objetivos, desarrollar, identificar y potenciar recursos y habilidades personales, de modo que sea posible que el paciente vaya adquiriendo una mayor autonomía, confianza y seguridad en sí mismo.

En este sentido, al constituirse la base segura como producto del operar de la relación terapéutica, producto de interacciones repetidas, implica que será una especie de efecto, por lo que en las interacciones que se den en la relación terapéutica se origina esa posibilidad. La gestión terapéutica intencionada a generar una base segura para el paciente, por lo tanto, está en juego en sus interacciones en la relación con el paciente.

El poder orientar los esfuerzos respecto a la relación terapéutica a generar una base segura para el paciente, puede entenderse como una tarea sumamente importante para el devenir de la terapia, sin embargo, es especialmente crucial pensando que muchos de los pacientes que llegan a terapia vienen con experiencias de apego muy inseguras, por lo que probablemente han contado con una base de apego inseguro. Del mismo modo, la sola posibilidad de entregar al paciente una base segura de apego seguro puede ya ser terapéutico, permitiéndole tener una nueva experiencia relacional que le permita complejizarse y poder revisar y abordar sus inseguridades en términos relacionales. Así también con pacientes muy perturbados y descompensados la tarea de ofrecer un apego seguro y, por ende, una base segura debiera abordarse lo más prontamente posible, entendiendo que probablemente la seguridad de éstos se ha visto fuertemente amenazada y los comportamientos de apego probablemente serán desplegados. Por lo que la importancia de generar un apego seguro se sustenta en alguna medida en estos últimos puntos planteados. El plantear que en psicoterapia debiera generarse un apego seguro, no implica que se pretenda cambiar el estilo de apego del paciente, ya que muchas veces éstos son funcionales y permiten la adaptación del sujeto a su contexto particular, lo cual tampoco significa que las implicancias de esto no puedan ser abordadas en psicoterapia.

Contar con una base segura permitiría, por lo tanto, que el paciente baje sus defensas y éstas puedan abordarse en psicoterapia. Por lo que una relación terapéutica de apego inseguro probablemente sea una relación desde las defensas e inseguridades personales de cada miembro, en donde o bien el terapeuta confirma el ciclo cognitivo interpersonal del paciente o viceversa, por lo que la posibilidad de abordar las defensas y las inseguridades que corresponden y aquejan al paciente se vería reducida.

Del mismo modo plantearse la relación terapéutica como un apego, implica una serie de desafíos. Considerar esta posibilidad es una idea bastante incipiente en el modelo Constructivista Cognitivo, pese a que se ha explicitado en la definición de alianza la idea de generar una base segura, ésta no se abordado con profundidad. Tamara Galleguillos (2012) ha dado un paso inicial en el estudio de este tema, sin embargo, es necesario profundizar mayormente la idea de que la relación terapéutica pueda entenderse como un apego. Las investigaciones existentes han dado cuenta de esta posibilidad.

Respecto al apego, una de las principales ideas que se han plasmado en esta investigación es que la relación terapéutica debiera generar un apego seguro, desde donde sea posible que surja una base segura. Ahora bien, esta idea implica una serie de consideraciones. Por una parte, la posibilidad de lograrse esto nos lleva a la pregunta respecto a de qué depende o qué factores están mediando esta posibilidad.

En este punto, parece relevante poder entender de qué forma el estilo de apego del paciente se manifiesta en la relación terapéutica e influye en la posibilidad de generar o no un apego seguro con el terapeuta. El poder generar un apego seguro con pacientes que han tenido una historia de relaciones inseguras implica entonces un gran desafío y probablemente dicho proceso tenga tiempos distintos para cada paciente. Como se mencionó previamente, poder comprender y entender el estilo de apego del paciente y ajustarse a sus características y necesidades particulares, será una tarea importante desde el punto de vista del terapeuta.

Del mismo modo, pensar que el terapeuta pueda generar un apego seguro con su paciente, implica varios desafíos para éste, siendo muy importante el autoconocimiento que tenga, en especial, respecto a su propio estilo de apego. En este punto, es crítico pensar en cómo terapeutas con apegos inseguros pueden llevar al paciente a un apego seguro y ellos posicionarse como figura de apego seguro, lo cual quizá sea una experiencia más bien desconocida para éstos. Por lo que el poder no plasmar su estilo vincular inseguro en psicoterapia puede ser un importante desafío a considerar. Del mismo modo, su experiencia propia puede ser una fuente de conocimiento que podría utilizarse y ser beneficiosa en psicoterapia, con ciertas limitaciones por supuesto, pero poder gestionar los recursos y flaquezas personales de la mejor manera puede ser sumamente útil para el desempeño del terapeuta.

Siguiendo la idea anterior, respecto a la posibilidad de que paciente y terapeuta formen un apego, es interesante pensar que éste se trataría de un apego especial, dadas las condiciones en las que se genera, las cuales no responden a las condiciones naturales que se darían en el contexto interpersonal cotidiano. La relación terapéutica implica una serie de características especiales que le dan su carácter de tal, por lo que parece relevante si aceptamos la posibilidad de que se forme un apego en la relación terapéutica, entender con más precisión cómo sería ese apego. Sin lugar a dudas, estas ideas deben profundizarse más de modo de poder delimitar más claramente cómo sería este apego terapéutico.

Ya algunos autores han insinuado que se trataría de un apego transitorio, el cual estaría disponible para la psicoterapia y lo que ésta implica, pero no más allá de dicho espacio.

Un elemento básico y característico de lo que se podría llamar apego terapéutico podría ser entonces el estar limitado y acotado a un tiempo, espacio y contexto particular en el que ocurre. Esto implicaría que este apego estaría regulado por el encuadre explícito, delimitado a través del contrato psicoterapéutico, así como por el encuadre implícito que delimitará la forma de interacción posible entre los miembros, a través de la comunicación no verbal del terapeuta (repertorios expresivo-motores) durante la sesión y proceso, siendo por lo tanto limitadas las posibilidades de progresión y proyección (en términos de subvariables de la generatividad) de este apego. Del mismo modo, al existir una intimidad unilateral en la relación terapéutica, dada también por el encuadre y las intenciones técnicas de neutralidad y abstinencia, se podría pensar más bien en un apego complementario¹⁹ que recíproco, es decir, el terapeuta cumpliría *siempre* el rol de proporcionar protección y cuidado al paciente, más esto no se daría de manera opuesta, como en el apego adulto recíproco²⁰ en donde ambos miembros cumplen dicha posición en distintos momentos. Al tratarse de

¹⁹ Relación en donde los comportamientos de búsqueda de cuidado del niño se complementan con los comportamientos de aporte de cuidado de los padres (West y Sheldon-Keller, 1999).

²⁰ Relación en la que no se considera al compañero como más fuerte o más capaz; los comportamientos de cada uno de los miembros de la pareja no son distintos y cualquiera de los dos puede mostrar comportamientos característicos del vínculo. La reciprocidad puede presentar intervalos intermitentes de complementariedad, que no son siempre en la misma dirección (Ibídem).

una relación distinta a las existentes de manera natural, en donde el paciente sabe que ésta tendrá un término, la angustia de separación característica del apego puede tener una forma distinta de manifestarse en psicoterapia. Esto porque el término de la relación es algo conocido por paciente y terapeuta; porque el trabajo psicoterapéutico se orienta a lograr progresivamente la autonomía del paciente; porque el término de la relación puede abordarse en la fase final del proceso, entendiendo sus implicancias, lo cual podría ser una experiencia y un aprendizaje potente para el paciente en términos relacionales; y porque la intimidad unilateral que se da quizá también facilita el proceso de separación, así como una capacidad de progresión limitada de la relación que delinea una historia relacional más bien acotada.

En definitiva, los pacientes llegan a psicoterapia porque están viviendo una perturbación emocional o un malestar que los sitúa en una posición de inseguridad, estrés crisis, en donde la búsqueda de ayuda, apoyo y contención de un otro parece relevante. La psicoterapia puede y resulta ser un espacio en donde el paciente puede encontrar a alguien que le ayuda a manejar dicha inseguridad entregándole apoyo, contención y un refugio seguro; así como una base segura para explorar en su malestar. Por lo que pensar la relación terapéutica desde la teoría del apego, en especial, desde la idea de base segura para la exploración resulta bastante interesante y convincente para explicar el proceso interpersonal que sustenta en gran medida el proceso terapéutico. El ver la relación terapéutica como una base segura es acorde con el modelo Constructivista Cognitivo, en el sentido de que ya no se ve la relación como una instancia instructiva, asimétrica, en donde el terapeuta tiene el conocimiento verdadero que permitirá aliviar el malestar del paciente, sino que se habla de un sujeto proactivo y constructivo, en donde la relación puede ser entendida como una colaboración entre dos expertos, el paciente experto en sí mismo y el terapeuta experto en crear condiciones para el cambio. Entender la relación terapéutica como una base segura implica que es el propio paciente quien realiza su proceso de autoexploración y conocimiento personal que le permita reorganizarse, en donde el terapeuta brinda condiciones para que esto ocurra, entre las cuales está el brindar una base segura para la exploración.

Es posible concluir que el rol del terapeuta en la creación de un contexto interpersonal seguro y confiable, una relación terapéutica de apego seguro, es crucial, siendo él el principal responsable de dicha labor. Por lo tanto, la posibilidad de que

surja una base segura para el paciente y se constituya la alianza terapéutica debe ser intencionada a través de su gestión en la relación terapéutica. De modo que su función y rol de crear las condiciones para el cambio se expresa constantemente en las interacciones que tiene con el paciente.

Respecto al aporte que se puede realizar a la comprensión de la relación terapéutica y al rol del terapeuta en torno a ésta a partir del modelo de la asertividad generativa, se puede concluir que ésta es una competencia que permitiría al terapeuta crear una relación terapéutica de apego seguro, que sirva de base segura y permita la constitución de la alianza terapéutica. A través de actos de habla se crearía dicho apego seguro, estando en juego esa posibilidad a nivel locutivo e ilocutivo, en donde éste se daría en el efecto perlocutivo que los actos de habla realizados por el terapeuta tengan en el paciente. De modo que una relación terapéutica de apego seguro podría entenderse como una relación generativa, que se expresará y podrá evaluarse en las subvariables de la generatividad.

El poder generar un apego seguro con el paciente demandará al terapeuta una serie de características y competencias complejas y difíciles de tecnificar, pero sin lugar a dudas debieran abordarse para poder llevarlas al plano pedagógico y formativo. De modo que a partir de la presente investigación se podría comenzar a delimitar y clarificar aquellos factores más personales que están en juego (en términos de actitud e identidad) en su quehacer, respecto a la relación terapéutica, así como aquellos factores técnicos relevantes de considerar (conocimiento y habilidades). Por lo que futuras investigaciones podrían orientarse a especificar las competencias asociadas al establecimiento de un apego seguro en psicoterapia.

Respecto a la alianza terapéutica, se puede concluir que es un elemento de gran importancia para el éxito del proceso psicoterapéutico, lo cual ha sido respaldado tanto a nivel empírico como a nivel de teórico, tal como el que se realizó en la presente investigación. Y a raíz de esto último, es posible concluir que la alianza terapéutica sería una condición inicial y fundamental para el cambio psicoterapéutico. Básicamente, es una condición inicial y fundamental porque para que puedan abordarse los procesos psicoterapéuticos debe existir una base segura que permita la exploración del paciente, la cual estará sustentada en la relación terapéutica, la cual es vivida como segura y confiable por el paciente, en donde el paciente confía en la

capacidad del terapeuta para ayudarlo en su malestar. La constitución de la alianza permite que paciente y terapeuta puedan progresivamente profundizar la exploración y trabajo psicoterapéutico, dando paso a la posibilidad de generar cambios tanto superficiales como profundos. Esto no implica que previo a la constitución de la alianza no haya habido una exploración o un trabajo terapéutico, sino que la posibilidad de ir profundizándolo se habilita.

En la profundización del concepto de alianza terapéutica planteado en la presente investigación, destaca la idea de que tanto el paciente como el terapeuta realizan una conceptualización de la relación terapéutica. Esta idea permite concluir que la alianza sería un proceso personal, sin embargo, éste surgiría desde y se manifestaría en la relación entre paciente y terapeuta. Este punto tiene relación con la propuesta de sujeto constructivo²¹ planteada por el modelo constructivista en donde se habla de un sujeto proactivo, que construye y ordena la realidad en la que está inserto, en donde ésta sólo es posible desde su experiencia, por lo que en la psicoterapia el paciente se enfrenta a dicha condición de sujeto encontrándose con una realidad interpersonal nueva que debe ordenar y simbolizar, de manera de poder mantener su coherencia interna. Es por esto que pensar, por una parte, en su experiencia inmediata (en la relación terapéutica) y en la conceptualización o explicación de realice de dicha experiencia (alianza terapéutica), tiene sentido.

En este sentido, la importancia atribuida a la conceptualización que el paciente hace de la relación terapéutica se condice con investigaciones en donde se ha observado, por ejemplo, que la valoración realizada por el paciente de la relación terapéutica tiene el mayor peso en la predicción del resultado final de la terapia, versus la percepción del terapeuta respecto a la relación o de un observador externo (Bachelor, 1991; Henry y Strupp, 1994; Horvath y Symond, 1991; Lambert y Bergin, 1994 citados en Corbella y Botella, 2003). Luborsky (1976 citado en Corbella y Botella, 2003) también hace alusión a la importancia de las sensaciones del paciente, al definir la “alianza tipo 1” y la “alianza tipo 2” a partir de la sensación de apoyo y ayuda, así como la sensación de trabajo conjunto, respectivamente. Por lo tanto, pensar la

²¹ “El sujeto constructivo es un sujeto activo, cuya experiencia en curso siempre tiene el valor de la autorreferencialidad o, en otras palabras, cada experiencia vivida es productora de sí mismo y, por tanto, constitutiva de identidad” (Yáñez, 2005, p. 46).

alianza terapéutica desde la mirada, percepción y experiencia que tenga el paciente de la relación terapéutica, parece una clave relevante de considerar en futuras investigaciones.

Un segundo punto importante de destacar es que la alianza terapéutica, en cuanto tiene que ver con la conceptualización de la relación terapéutica como una base segura, será producto del operar estable y constante de la relación terapéutica en el tiempo, que permita al paciente confiar en el conocimiento que tiene de la relación. Es decir, sólo tras interacciones repetidas el paciente tendrá confianza de que conoce las propiedades protectoras de la relación terapéutica. Las interacciones repetidas estables y constantes en el tiempo permiten que la relación terapéutica sea conocida por sus miembros, lo cual les permitiría sentirse más seguros; el terapeuta en términos de competencias psicoterapéuticas que le permitan crear las condiciones contextuales e interpersonales para la constitución de la alianza terapéutica, y en especial el paciente, dado que para él la psicoterapia tiene un mayor costo en términos de exposición de su intimidad y perturbación de sí mismo.

Es posible plantear que las conceptualizaciones de alianza terapéutica revisadas en el marco teórico tienen algunos puntos de conexión con la propuesta planteada en la presente investigación, en especial, destacan dos:

Por una parte, ambas hacen evidente la idea de una cierta secuencialidad respecto de la alianza terapéutica. Por una parte, en la presente investigación se ha planteado que una vez que se ha establecido la base segura (elemento estable de la alianza terapéutica) es posible central los esfuerzos psicoterapéuticos en la dinámica mismidad-ipseidad del paciente (elemento inestable de la alianza terapéutica), mientras que autores como Bordin y Luborsky, de manera similar, plantean la idea de que primero debiera ocurrir un proceso de “acercamiento”, confianza, acogimiento, comprensión, contención, etcétera, entre el paciente y el terapeuta, el cual posibilitaría la apertura y la colaboración del paciente, la posibilidad de cuestionar las antiguas pautas del paciente, así como la puesta en marcha de estrategias y técnicas orientadas al cambio del paciente.

Por otra parte, la definición planteada por Corbella y Botella (2003) contiene elementos cercanos y más bien similares a los que proponemos en la presente

investigación. Ellos refieren como un elemento central de su definición, por una parte, la construcción conjunta (entre paciente y terapeuta) de la alianza, que sería similar a aquello que referimos cuando proponemos que la alianza surgiría a partir de la relación terapéutica, que es entendida como un encuentro entre el paciente y el terapeuta donde a partir de sus interacciones se generan condiciones para el cambio. Por otra parte, Corbella y Botella (2003) proponen en su definición de alianza que las expectativas, las opiniones y las construcciones que paciente y terapeuta van desarrollando del trabajo que están realizando, de la relación terapéutica y del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, esto sería muy similar a lo que referimos cuando proponemos que la alianza terapéutica tendría que ver con las conceptualizaciones que hagan paciente y terapeuta de la relación terapéutica.

Por último, y dado que en los párrafos anteriores se hace alusión a la influencia que tienen el paciente y el terapeuta en el proceso psicoterapéutico, es importante destacar que tanto el paciente (desde su subjetividad) como el terapeuta (desde su rol terapéutico y el despliegue de sus competencias psicoterapéuticas) y la relación entre ambos (en términos de apego, complementariedad, empatía, comprensión mutua, colaboración, etcétera) influirían en la alianza terapéutica, tanto en su constitución como en su mantención en el transcurso de la psicoterapia. Es importante destacar que esta idea es muy similar a lo propuesto por Andrade (2005) respecto a las variables moderadoras que afectarían a la alianza terapéutica.

Finalmente, es posible plantear algunas diferencias respecto a las definiciones propuestas de relación terapéutica y de alianza terapéutica:

-La relación terapéutica tendría que ver con el encuentro y las interacciones entre los sujetos que participan del proceso psicoterapéutico. En cambio, la alianza terapéutica tendría que ver con un proceso individual de coordinación y acople de esta experiencia interpersonal a los propios sistemas de conocimiento, de modo que se mantenga la coherencia interna de los sujetos involucrados.

-La relación terapéutica podría entenderse como el contexto interpersonal cuyo objetivo, en un primer momento del proceso psicoterapéutico, será el surgimiento de la alianza terapéutica, mientras que esta última será un producto de dicho proceso; como

se plantea en la propuesta de la presente investigación, la alianza terapéutica sería el resultado del operar de la relación terapéutica.

-La alianza terapéutica es la condición inicial para el cambio psicoterapéutico, mientras que en la relación terapéutica se crean las condiciones que posibilitarán la constitución de la alianza terapéutica, así como otras condiciones para el cambio distintas de la alianza terapéutica.

En definitiva, es posible señalar que los objetivos propuestos por la presente investigación pudieron cumplirse, sin embargo, es necesario poder profundizarlos, ya que la presente investigación dio sólo una mirada general al tema planteado, siendo necesario retomar y estudiar más empíricamente estas ideas. Por lo tanto, se pueden derivar una serie de líneas de investigación futuras.

Por una parte, como se esbozó anteriormente, entender de qué forma se daría el apego en psicoterapia puede ser un tema interesante a abordar, así como las variables que están presentes y mediando dicho apego terapéutico, con el objetivo de poder tener mayor claridad respecto a éste y desarrollar líneas de intervención en el ámbito de la psicoterapia. Así también poder desarrollar y validar instrumentos que evalúen el apego en psicoterapia sería un tema que puede derivarse de la presente investigación, en términos de generar investigaciones empíricas que contrasten las ideas propuestas.

Por otra parte, profundizar en la conceptualización de alianza terapéutica y de relación terapéutica puede ser un tema relevante, en especial, pensar de qué forma esta alianza se mantiene a través del tiempo una vez establecida, lo cual se esbozó en la presente investigación, a través de los elementos estable y inestable, sin embargo, entender cómo ésta se desarrolla en el transcurso del proceso terapéutico es una pregunta que queda abierta. Al igual que como ocurre con el apego en psicoterapia, respecto a la alianza terapéutica también puede ser importante desarrollar instrumentos que puedan evaluarla.

Finalmente, es importante que la conexión entre la asertividad generativa y el rol del terapeuta respecto a la relación terapéutica se profundice, pudiendo abordarse la problemática en torno a la especificación de las variables más personales involucradas en el establecimiento del apego psicoterapéutico. Por lo que el

operacionalizar las características personales o inespecíficas de los terapeutas, de modo que se definan como variables específicas puede ser un tema importante de abordar en futuras investigaciones. Esto, además, pensando en la relevancia que tendrían aspectos de la identidad personal del terapeuta, como su estilo de apego, los cuales se verán muchas veces involuntariamente visibilizados en su comunicación no verbal (ilocución en términos de actos de habla), por lo que es importante recalcar que el autoconocimiento y el trabajo personal de éste son sumamente relevantes. Esto permitiría, por una parte, que las diferencias personales entre terapeutas pudieran subsanarse, teniendo un impacto reducido en la efectividad de su quehacer terapéutico y, por lo tanto, en el éxito de la terapia y, por otra parte, permitiría el diseño de metodologías que para que los terapeutas en formación puedan desarrollar competencias asociadas al manejo de la relación terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andrade, N. (2005). La Alianza Terapéutica. *Clínica y Salud*, 16, 9-29.
- Aronsohn, S. (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. Extraído el 25 de Noviembre de 2011 desde www.posracionalismo.cl/imagenes/vguidano.pdf.
- Arredondo, M y Salinas, P. (2005). *Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile*. Memoria para optar al Título de Psicóloga. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- 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.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221. Extraído el 12 de Enero de 2012 desde http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
- Daniel, S. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 968-984.
- Dobry, C. (2005). *Estudio de las Competencias del Psicoterapeuta Constructivista Cognitivo desde la perspectiva de la Asertividad Reformulada*. Memoria para optar al Título de Psicóloga. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- Eco, U. (2001). *Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. España: Editorial Gedisa S.A.
- Farber, B., Lippert, R. & Nevas, D. (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy*, 32, 204-212.
- Galleguillos, T. (2011). El concepto de apego en la psicoterapia constructivista cognitiva, enfoque y rol del psicoterapeuta. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Clínica del Adulto. Escuela de Postgrado, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Guidano, V. (1998). La autoobservación en la psicoterapia constructivista. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Comp.), *Constructivismo en Psicoterapia* (pp.135-148). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Guidano, V. (1999). *El modelo cognitivo posracionalista: hacia una reconceptualización teórica y crítica*. Quiñones, A. (Comp.). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Guidano, V. y Liotti, G. (1986). *Procesos Cognitivos y Desórdenes Emocionales*. Santiago: Editorial Cuatro Vientos.
- Holmes, J. (2001). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Kleinke, C. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Mahoney, M. (2003). *Psicoterapia constructiva: una guía práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. & Coble, H. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.

- Mallinckrodt, B., Porter, M. & Kivlighan, D. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 85-100.
- Marrone, M. (2001). *Teoría del apego, un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.
- Méndez, J., Maluenda, R., Loo, X., Isla, R. y Anza, A. (2007). Alianza terapéutica en pacientes adictos de dos instituciones de Antofagasta. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45, 141-147.
- Mikulincer, M., Shaver, P. & Berant, E. (2012). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, *En prensa*.
- Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Obegi, J. (2008). The development of the client–therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 431–446.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22^a ed.). Consultado el 28 de Agosto de 2012 en <http://lema.rae.es/drae/?val=interperlar>.
- Safran, J. y Muran, J. (2000). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Vera, J. (2003). *Una propuesta constructivista acerca del papel que cumple la sexualidad en la construcción del sí mismo en la organización del significado personal depresiva*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- Vergara, P. (2011). Cátedra de Teoría Clínica. Apunte de Clase. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- West y Sheldon-Keller (1999). *El Apego Adulto: patrones relacionales y psicoterapia*. Valencia: Promolibro.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 11, 34-40.
- Yáñez, J. (2004). *Psicoterapia, cambio y encuadre terapéutico*. Manuscrito no publicado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Escuela de Postgrado, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J. (2011). Cátedra de Taller para el Desarrollo de Competencias para la clínica Constructivista Cognitiva. Apunte de Clase. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J. (2011b). Cátedra de Psicoterapia I. Apunte de Clase. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J. (2012). Cátedra de Introducción a la Clínica y Psicoterapia Constructivista Cognitiva. Apunte de Clase. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. y Vergara, P. (2001). Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva. *Revista de Psicología*, 10, 97-109.
- Zagmutt, A. (2004). La técnica de la moviola: la metodología autoobservacional en el constructivismo posracionalista. En De Abreau, C. y Guilhardi, H. (Eds.),

Terapia comportamental e cognitivo-comportamental, práticas clínicas (pp. 459-474). Sao Paulo: Roca.