



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**EL USO DEL HUMOR EN LA PRAXIS DE LA PSICOTERAPIA
CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA; UNA PERSPECTIVA DESDE EL
PSICOTERAPEUTA**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

MAGALY MUÑOZ ROMERO

**Profesora Guía:
Javiera Duarte Soto**

**Informantes:
Paula Vergara Henríquez
Augusto Zagmutt Cahbar**

Santiago de Chile, 2019

**EL USO DEL HUMOR EN LA PRAXIS DE LA PSICOTERAPIA
CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA; UNA PERSPECTIVA DESDE EL
PSICOTERAPEUTA**

RESUMEN

El humor es un fenómeno que ha generado abundante literatura, destacando el potencial beneficio de su uso en la salud mental y su progresivo interés de aplicarlo en la psicoterapia, esto ha permitido una acumulación importante de investigaciones derivando en una cantidad considerable de conocimientos (Franzini, 2001). Pese a ello, desde el modelo constructivista cognitivo se presenta una escasa mención teórico-empírica, en textos de pregrado o libros académicos que den cuenta de este fenómeno en la práctica psicoterapéutica.

La presente investigación se enmarca en el estudio de la utilización del humor por parte del terapeuta constructivista, cuyo objetivo es identificar los diferentes contenidos, propósitos e instancias en que los profesionales incorporan el humor a la psicoterapia con pacientes adultos. Para ello, se utilizó una metodología cualitativa, de tipo descriptiva. La recolección de la información se realiza a través de entrevistas semiestructuradas a 12 terapeutas con experiencia en psicoterapia. El análisis de estos resultados, permite una mejor comprensión de cómo se desarrollan estas instancias, cuáles son sus propósitos, qué las desencadena y su relevancia para el proceso terapéutico.

Se propone un modelo comprensivo para su uso clínico y un ordenamiento respecto del uso del humor, en el contexto intersubjetivo terapéutico, con elementos comunes para el modelo. Se discute sobre la importancia del humor como una instancia relacional que ocurre de forma espontánea por parte del terapeuta en sesión y durante el proceso psicoterapéutico y los beneficios y advertencias de éste para el trabajo terapéutico.

Palabras clave: Humor, Psicoterapia, Terapeuta Constructivista Cognitivo, Relación Terapéutica.

DEDICATORIA

A Ricardo, por estar siempre.

A mis padres por haber mantenido su sentido del humor a toda prueba.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera en primer lugar, agradecer a mi profesora guía Javiera Duarte, quien desde el inicio creyó en mí proyecto, animándome a confiar en mi trabajo y capacidad y que con su pasión por lo que hace, inspira y motiva permanentemente.

A mi esposo, que sabia y generosamente estuvo siempre alentándome con su apoyo incondicional, otorgándome los espacios y tiempos para la realización de este proyecto.

A mis hijas por darme el aliento, energía y cariño en los momentos que más lo necesité durante este proceso.

A mis hermanos y hermanas por pacientemente acoger mis ausencias.

A todos los profesionales que participaron en esta investigación entregando de manera generosa, su tiempo y experiencia.

A mis pacientes quienes a través de los instantes de humor en nuestras sesiones, me inspiraron a realizar este proyecto.

A Niky por su silenciosa e incondicional compañía.

“El Humor es una cualidad específicamente humana, que proporciona una sensación de decisión y control al permitir a los individuos distanciarse a sí mismos del dolor y del sufrimiento, siendo otra de las armas con la que el alma lucha por su supervivencia.”

(Frankl, 1969)

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	7
III. BASES CONCEPTUALES DEL CONSTRUCTIVISMO COGNITIVO.....	8
El Constructivismo	8
Psicoterapia constructivista cognitiva	11
El terapeuta constructivista cognitivo	13
La relación terapéutica.....	15
IV. EL HUMOR EN LA PSICOTERAPIA	18
Contexto social-interpersonal	20
Proceso cognitivo-perceptivo.....	21
Respuesta Emocional.....	22
Proceso Expresivo	22
V. METODOLOGÍA.....	24
Consideraciones éticas.....	24
Participantes	24
Procedimiento de Recolección de datos	25
Análisis de datos	27
VI. RESULTADOS	28
Conceptualizaciones del humor terapéutico	28
Condiciones para el uso del humor como intervención terapéutica.....	35
Propósitos del humor terapéutico.....	45

Tipos de humor en la terapia.....	50
Riesgos del humor en terapia.....	56
Efectos del uso del humor en psicoterapia.....	59
Instancia Relacional – Espontánea.....	66
Condiciones esenciales para el uso del humor.....	67
Modelo comprensivo del humor en la Psicoterapia.....	68
VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	71
Consideraciones finales	77
Limitaciones.....	78
Futuros lineamientos	78
VIII. BIBLIOGRAFÍA	79
IX. ANEXO	87

I. INTRODUCCION

El humor es un aspecto universal de la experiencia humana, que ocurre en todas las culturas y prácticamente en todos los individuos en todo el mundo (Apte, 1985; Lefcourt, 2001). Pueden rastrearse desde hace milenios y los principales pensadores de diferentes épocas le han dedicado páginas y tiempo de su vida a intentar entender y teorizar sobre este atrapante fenómeno (Camacho, 2005).

Freud (1938), según sus propios escritos, contaba chistes a sus pacientes en ocasiones y escribía sobre la utilidad psicológica del humor para gratificar impulsos sexuales y agresivos, que de otro modo serían censurados o frustrados. En 1991, Kleinke señaló que el humor se consideraba como una competencia de afrontamiento de gran utilidad y que los terapeutas podían ayudar en ocasiones a sus pacientes enseñándoles cómo usarlo. Desde entonces, en el campo de la psicoterapia han aparecido, entre otros muchos artículos, cuatro manuales de "humor y psicoterapia" (Buckman, 1994a; Fry & Salameh, 1987; Fry & Salameh, 1993 y Salameh & Fry, 2001), apoyando la aplicación del humor en las terapias. Su uso permitiría entre otros, facilitar y mejorar el vínculo terapéutico; como una herramienta para comunicar una actitud entre terapeuta y paciente, como asimismo, generar en el paciente un proceso de autoexploración positivo y para ayudar a disminuir el nivel de ansiedad, esto último se afirma ya que luego de un momento de humor, sus efectos se comparan con una relajación profunda o la meditación.

En el año 2007, Martin revisó la investigación publicada sobre el humor en terapia y concluyó que posiblemente uno de los detractores más crítico del uso del humor es Kubie (1971), quien enfatiza en el potencial uso destructivo del humor en psicoterapia, al describirlo como un arma peligrosa que podría limitar la respuesta del paciente a la interpretación, y enmascarar la hostilidad del terapeuta mientras hace imposible que el paciente exprese su propia agresión. Kubie manifestó sentirse particularmente preocupado por el uso del humor por parte de terapeutas inexpertos, para quienes dijo que los riesgos del uso del humor eran doblemente peligrosos. Desde otra perspectiva, Veatch (1998) señala que la habilidad del humor incluye la comprensión de que algunas bromas no son adecuadas para ciertos individuos con sensibilidades específicas.

Posteriormente, otros revisores que examinaron la literatura, como Salameh y Fry (2001), fueron decididamente más optimistas sobre el trabajo empírico que afirmaba el valor del humor en la terapia tanto para el paciente como para el proceso mismo porque surgía como una herramienta clínica que facilitaba el cambio durante el proceso psicoterapéutico. Lo que fue reafirmado luego por Valentine & Gabbard (2014), quienes señalaron que en el área de la salud mental y en especial la psicoterapia, existirían defensores del humor psicoterapéutico de prácticamente todas las principales orientaciones terapéuticas, al servir como una fuerza potente en los procesos de cambio que adquiere un lugar dentro de la relación psicoterapéutica, como lo hace en todas las demás formas de relaciones humanas, al ser una característica intrínseca del ser humano que se puede utilizar de manera positiva en las terapias.

En las últimas tres décadas, y debido en parte a la comprobación científica de que el humor tiene beneficios importantes para la salud mental (véase Gross & Muñoz, 1995; Kuiper & Olinger, 1998; Galloway & Cropley, 1999; Lefcourt, 2001; Seligman & Peterson, 2003; Szabo, 2003; Szabo, Ainsworth & Danks, 2005), los terapeutas de diversas perspectivas teóricas han mostrado un aumento progresivo del interés en el rol del humor en la psicoterapia, los posibles beneficios y también sus posibles riesgos. Desde entonces, muchos autores han definido aún más el concepto de humor en psicoterapia, exaltando sus muchos efectos saludables y advirtiendo contra su uso indebido (Martin, 2007). Esto ha permitido una acumulación sustantiva de investigaciones sobre el tema, que ha posibilitado generar una cantidad considerable de conocimientos teóricos con base empírica (Martin, 2007). Entre los principales planteamientos de los beneficios del humor correctamente aplicado en la terapia se encuentran los que abordan el proceso mismo, afirmando que aumenta y consolida la relación terapéutica y facilita la comunicación, y los que señalan una mejora del funcionamiento integral de los cuatro dominios principales del funcionar del paciente, como son: el emocional, el conductual, el cognitivo y los bioquímicos. En estos últimos, por ejemplo, mejora el sistema inmunológico, reduce el estrés, favorece una mayor tolerancia al dolor, proporciona una sensación general de bienestar al desencadenar la liberación de endorfinas, relaja los músculos, previene las enfermedades cardíacas y facilita

los sistemas respiratorio y circulatorio, entre otros beneficios biológicos (American Cancer Society, 2008; Martin, 2007; Smith y Segal, 2014; Sultanoff, 1992; Swaminath, 2006).

Recientemente, las contribuciones interdisciplinarias que combinan la teoría psicodinámica y la neurociencia han ofrecido una comprensión sofisticada de cómo los intercambios humorísticos pueden contribuir a la acción terapéutica (Valentine & Gabbard, 2014), señalando asimismo, que el humor se puede conceptualizar como un ejemplo de Conocimiento Relacional Implícito y por tanto puede contribuir a la terapia como una subcategoría de momentos de encuentro entre el terapeuta y el paciente. En esta línea, el humor se puede comprender como uno de los episodios relevantes en la psicoterapia, y como señala Duarte (2017) estos episodios son relacionales e interactivos entre el paciente y el terapeuta. En esa misma línea la investigación realizada por Camacho (2005), señala que el humor en la terapia no es simplemente un recurso terapéutico que surge de parte del terapeuta, sino que parece ser un fenómeno comunicacional, que cobra diferentes características en el ámbito clínico y su uso y apreciación se producen en forma similar entre terapeuta y paciente. Es por tanto, el espacio terapéutico un contexto de permanente intercambio de experiencias significativas, es un contexto intersubjetivo entre terapeuta y paciente que permite y facilita las perturbaciones técnicas necesarias para poner en movimiento la narrativa del paciente y lograr las condiciones necesarias para la reorganización de sí mismo¹ (Yáñez, 2005). Numerosos artículos han explicado la utilidad del humor en el contexto terapéutico, afirmando que las intervenciones humorísticas pueden proporcionar una sensación de resiliencia ante el estrés de la vida, contribuir a un espacio potencial en el que los temas pueden ser explorados de forma no defensiva, facilitar las interacciones sociales, como en terapia grupal y familiar (véase Winnicot, 1971; Mindness, 1971 y Saper, 1990). Dentro de la relación terapéutica, el intercambio de humor puede mejorar la alianza terapéutica fomentando un sentimiento de pertenencia (Richman, 1996). En ese mismo sentido un estudio reciente agrega que las características del terapeuta

¹ Sí Mismo: sistema de conocimiento invariante básico que otorga un sentido constante, personal y único. Surge de la tensión esencial entre la experiencia en curso (YO) y la explicación de ésta (MI).

como el estilo de humor, la honestidad y humildad son rasgos que pueden influir en la efectividad de los tratamientos en psicoterapia (Yonatan-Leus et al, 2017).

Muchos de los escritos señalan los beneficios del uso del humor en los diversos tipos de terapia, como en terapia individual y consejería (Rutherford, 1994), consejería familiar y matrimonial (Odell, 1996), en el tratamiento de niños y adolescentes (Bernet, 1993) y en procesos terapéuticos con ancianos (Prerost, 1993; Richman, 1995). Del mismo modo, la utilidad terapéutica del humor ha sido elogiada por terapeutas de muchas escuelas teóricas diferentes, como la conductual (Franzini, 2000; Ventis et al., 2001), que enfatiza que el humor permite ayudar a establecer una buena relación e ilustrar el pensamiento irracional del paciente; la cognitiva que señala que el humor genera efectos emocionales positivos contribuyendo a facilitar la psicoterapia (Gelkopf & Kreitler, 1996) y el enfoque psicoanalítico que postula el uso del humor como facilitador de la relación terapéutica, con considerable justificación, abordando la importante tarea de clasificar las manifestaciones positivas y negativas del humor en el contexto del tratamiento (Bergmann, 1999; Korb, 1988); la terapia racional-emotivo, establece que mediante la apreciación del uso del humor, el camino hacia una existencia emocionalmente más saludable, permite una felicidad y una supervivencia más permanente a largo plazo (Borcherdt, 2002); y la terapia familiar estratégica, que plantea que las intervenciones humorísticas en la terapia de familia tienen el propósito de incluir elementos inesperados y sorprendidos facilitando a los miembros correr el foco de las críticas no constructivas y encontrar otras alternativas para mirar el conflicto familiar (Madanes, 1987).

Según señala Martin (2007), existen tres maneras generales de concebir los posibles usos del humor en la terapia: Primero, el enfoque del humor como terapia, tratando de desarrollar un sistema completo de terapia basada principalmente en el humor. En segundo lugar, el humor entendido como una base de técnicas terapéuticas específicas que los profesionales podrían tener en su repertorio (junto con otras intervenciones) y que podrían aplicar para el tratamiento de problemas particulares de los pacientes. En tercer lugar, el humor puede verse como una habilidad de comunicación al igual que otras características naturales y constitutivas del terapeuta.

En este proyecto el humor es concebido desde la tercera perspectiva, puesto que favorecería la efectividad general de los terapeutas, independientemente de su orientación teórica o de las técnicas específicas que empleen (Franzini, 2001). Se considera que la capacidad de usar el humor de manera efectiva con los pacientes puede verse como una habilidad terapéutica que los profesionales necesitan practicar y refinar, de la misma manera en que es necesario desarrollar otras habilidades de comunicación como la comprensión empática, la escucha activa, la comunicación no verbal, etc. (Martin, 2007), puesto que el terapeuta es considerado un referente emocional, que supone la sincronía emocional entre terapeuta y paciente (Yáñez, 2005). A partir de lo anterior, se puede entender que el humor terapéutico, en sí mismo no es inherentemente terapéutico; para ser efectivo, debe usarse de manera terapéutica (Martin, 2007) y puede ser un fenómeno que ocurre de manera espontánea y natural en las interacciones entre el terapeuta y el paciente, que el terapeuta, puede utilizar con diversos grados de habilidad, generando beneficios para ayudar a establecer y afianzar el vínculo terapéutico, ilustrar el pensamiento ilógico o irracional del paciente y compartir una experiencia emocional positiva con el paciente.

A medida que el interés en la incorporación del humor en la terapia ha crecido, y cuando los datos han surgido sobre su uso en la práctica clínica, los defensores del humor han argumentado que la instrucción formal en el humor podría ser de gran utilidad para los psicoterapeutas en formación (Franzini, 2001). A pesar de todo lo anterior, el humor parece seguir siendo un cuerpo extraño no asimilado en todas las intervenciones psicoterapéuticas formalmente enseñadas, del mismo modo que la investigación ha recibido escasa mención en el enfoque constructivista, tanto en textos de psicología de pregrado, libros académicos e información empírica, que den cuenta del uso del humor como parte de una acción del terapeuta en la relación con su paciente.

La presente investigación aborda el tema del humor en la psicoterapia constructivista cognitiva, desde la perspectiva del terapeuta hacia una aproximación que evidencie cómo utiliza el terapeuta el humor en sesión y durante el proceso psicoterapéutico.

La pregunta que guía esta investigación puede ser resumida como ¿De qué manera, en qué instancias y con qué propósitos clínicos el terapeuta constructivista cognitivo usa el

humor en la psicoterapia clínica con pacientes adultos?, la que permitirá obtener información empírica que dé cuenta de la incorporación de este fenómeno como elemento perturbador en la psicoterapia clínica con pacientes adultos y generar conocimiento sobre lo que ocurre, cómo influye en la interacción terapeuta y paciente y para el proceso mismo.

La relevancia teórica de este estudio radica en generar conocimientos que permitan establecer un Marco Referencial que aportaría a la investigación, coherencia y coordinación de conceptos y propuestas respecto del uso del humor por parte del terapeuta en la psicoterapia. La relevancia clínica de este estudio podría alcanzar un ordenamiento respecto del uso del humor en terapia que contribuiría a la praxis, entregando elementos que permitan a los terapeutas identificar las instancias y las condiciones personales y del contexto intersubjetivo en que se pudiera incorporar el humor en las sesiones y durante el proceso psicoterapéutico. Finalmente, la relevancia social podría ofrecer un nuevo conocimiento que permitiría favorecer políticas públicas con la incorporación del humor en la psicoterapia clínica.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar y analizar la relación entre las instancias, contenidos y propósitos en los que terapeutas constructivistas utilizan el humor en psicoterapia con pacientes adultos, con el fin de desarrollar un modelo comprensivo para su uso clínico.

Objetivos Específicos:

1. Indagar las instancias en que el terapeuta utiliza el humor en la psicoterapia clínica Constructivista Cognitiva.
2. Explorar y describir los diferentes contenidos de humor que surgen desde el terapeuta en la psicoterapia clínica.
3. Indagar el propósito del terapeuta al momento de usar el humor en psicoterapia.
4. Sugerir un modelo comprensivo que oriente la incorporación del humor en psicoterapia, a partir de la relación entre las instancias, contenidos y propósitos de su uso por parte del terapeuta.

III. BASES CONCEPTUALES DEL CONSTRUCTIVISMO COGNITIVO

El Constructivismo

El constructivismo se constituye como una alternativa epistemológica sólida a fines de los años setenta y en el transcurso de la década de los ochenta. Según Feixas (2000) lo propio de este fenómeno es indudablemente el proceso mismo de la observación en la comprensión de la realidad, de manera simple, el ser humano es co-creador dinámico y proactivo de la realidad a la que reacciona. Se entiende la realidad desde el constructivismo como “una red de procesos pluridimensionales, entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción” (Guidano, 1994).

Indudablemente, las diversas posturas epistemológicas que han buscado dar respuesta al problema del conocimiento se han ido perfilando a lo largo de la historia. El rol esencial del conocimiento adquirido de un individuo sobre sí mismo y el mundo en la regulación de su percepción y actividad hacia los eventos ambientales, se tornó cada vez más evidente (Mahoney, 2004). Lo más característico del fenómeno que se presenta como epistemología constructivista es precisamente esta confluencia entre teóricos de distintas ciencias que advierten el papel crucial del proceso mismo de la observación en la comprensión de la realidad (Feixas, 2000). El constructivismo así, se presenta como una tesis epistemológica y psicológica al mismo tiempo, que se preocupa de responder a la doble pregunta de cómo conocemos y cómo llegamos a conocer (Maturana, 1970a).

La respuesta, en suma, es que nuestro conocimiento es una construcción de la realidad, y que ésta es a su vez, construida. La cuestión criteriológica, entonces, se desplaza del ser al conocer y de la verdad a la verosimilitud (Feixas, 2000).

Así es posible señalar que, la singularidad del constructivismo aplicable a la psicología en general, y al constructivismo cognitivo en particular, es la afirmación que todo fenómeno cognitivo desde la percepción y la memoria a la solución de problemas y la conciencia, implica procesos activos y proactivos. Por ende, el organismo es un participante activo en su propia experiencia, así como en su aprendizaje. Somos co-constructores de las

realidades personales, desde y hacia las cuales respondemos. Más que ser un mero receptor de la experiencia sensorial, el organismo es entendido como un agente activo, anticipatorio y pro alimentador (Mahoney, 1995).

En la línea de lo anterior entonces, la realidad es noumenal, es decir, está más allá del alcance de las teorías, aún las más ambiciosas, ya sean personales o científicas, rechazando para siempre como seres humanos la seguridad de demostrar creencias, fe, e ideologías por medio del mero recurso de acontecimientos objetivos, fuera de nosotros mismos. Contrario a ello, la organización de difícil consecución que el individuo asigna en el mundo de su experiencia es, una construcción humana inestable, apoyada por la búsqueda privada y compartida de un poco de orden y predictibilidad en su vida, como también, por su necesidad de encontrar cierto sustento a sus actos (Neimeyer y Mahonney, 1998).

Se desprende de lo anterior, que esta realidad se construye en base a un orden social e intersubjetivo, generado esencialmente en el lenguaje. De manera simple, la realidad no es más que una elaboración individual y colectiva de interpretaciones acerca de sí mismo, el mundo y los demás. Por tanto, la mente, que opera con el lenguaje y que es fruto de un proceso auto constructivo, construye su propia realidad (Yáñez, 2005).

Con relación a la comprensión del mundo y así como lo señalan Maturana y Varela (1986) cuando un organismo interactúa con algún aspecto de su ambiente, su estructura (y no la del estímulo exterior) va a determinar sus respuestas. “En tal congruencia estructural una perturbación del medio no contiene en sí una especificación de sus efectos sobre el ser vivo, sino que es éste en su estructura el que determina cuáles van a ser sus efectos, los cambios que resultan de la interacción entre ser vivo y medio son desencadenados por el agente perturbador y determinados por la estructura de lo perturbado”.

Es así entonces, como lo manifiesta Yáñez (2005), que se está frente a un sujeto constructivo que es inseparable de la observación que realiza respecto de la realidad. Aún más, es proactivo y capaz de autoorganizarse y de construir teorías acerca de su entorno. Así, es posible señalar que, sujeto y realidad establecen una relación mutua e indiferenciable. Esto implica que la realidad es construida en un ámbito de orden intersubjetivo, una creación del lenguaje que sólo puede surgir como fenómeno interaccional, por tanto, aparece como una actividad de orden social (Guidano, 1994).

Además, es importante agregar que la emoción es fundamental para el sujeto en la construcción del sí mismo y es un determinante clave de los procesos de autoorganización. En el nivel más básico de funcionamiento, las emociones son una forma adaptativa de procesamiento de la información y de preparación para la acción, que orienta a las personas hacia su entorno y promueve su bienestar. Más allá de limitarse a tener emociones, las personas también viven en un constante proceso de crear significado a partir de sus emociones. De ahí que exista una forma de integración entre cognición y emoción, que se logra a través de un proceso circular continuo de creación de significado a partir de la experiencia (Greenberg, 2010).

En línea con lo anterior, varios autores enfatizan la naturaleza integral y evolutiva de todo fenómeno, así como la visión del ser humano como constructor (pro)activo de significado (Kramer, 1990). Se asume que ambos procesos cognitivo y emocional mantienen una relación constitutiva (Basseches, 1984) en la que la definición de cada uno de ellos depende de la del otro. Por tanto, como argumentan Rybash, Hoyer, y Roodin (1986), los eventos de la vida cotidiana resultan en la activación simultánea de esquemas cognitivos y afectivos, y su solución efectiva, es decir conductual, depende de la integración de ambos en la estrategia de afrontamiento empleada.

En síntesis y utilizando los conceptos desarrollados por Yáñez (2015), desde el constructivismo cognitivo se considera que la experiencia humana está siendo vivenciada frecuentemente a través de dos niveles distintos, sincrónicos e interactuantes de procesamiento de la información. Un nivel emocional, inmediato y principalmente inconsciente, y un nivel semántico y analítico principalmente consciente que refiere a la experiencia inmediata, que la reordena en función de mantener la coherencia del sí mismo.

Es así que desde esta epistemología Constructivista que sostiene la noción particular de realidad, conocimiento y sujeto y por ende relación sujeto²-objeto³, se formulan los

² Sujeto: Sistema complejo en equilibrio inestable, constituido por una estructura profunda y una estructura superficial, y dinamizado en categorías de funcionamiento denominadas Dimensiones Operativas, estas son: abstracción /concreción; flexibilidad/rigidez; inclusión/exclusión; proactividad/reactividad; y exposición/evitación (Yáñez, 2005).

fundamentos para el modelo de trabajo psicoterapéutico Constructivista Cognitivo (Duarte, 2012).

Psicoterapia constructivista cognitiva

Según Wampold (2007) la psicoterapia es un sistema altamente entrelazado que se reconstruye por medio del lenguaje. Reconstruir la interpretación del mundo del paciente, por tanto, no es simplemente el vehículo para la entrega de ingredientes psicológicos. Aunque las técnicas específicas pueden ser influyentes en ocasiones, la medida en que se pueden usar métodos únicos para efectuar el cambio está determinada en gran medida por la naturaleza del contexto relacional en el que se emplean (Lambert, 2013).

La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre paciente y terapeuta (Botella y Corbella, 2003). Coherente con esa línea de pensamiento, Duarte (2012) afirma que la psicoterapia es una experiencia de intersubjetividad⁴ clínica, donde dos individuos co-crean y co-construyen el vínculo psicoterapéutico. Se entiende entonces, que la psicoterapia es fundamentalmente un encuentro humano, no obstante, esto no implica que no exista alguna teoría adoptada por los terapeutas, es así también que las técnicas que se incorporen en la terapia debieran incluir la propia humanidad del terapeuta como instrumento humano, que le permitirá obtener información respecto del estilo cognitivo e interpersonal del paciente y por consiguiente sobre lo que le está sucediendo a éste (Safran y Segal, 1994).

La psicoterapia constructivista cognitiva, se podría señalar como una negociación de significados interpersonales. Admite aumentar los niveles de autoconciencia del paciente, en suma, mantener el proceso de construcción ontológica, a través de desarrollar actitudes de abstracción lingüística (simbolización), que permitan atribuir significado a la

³ Concepto de objeto: es comprendido como un conjunto de creencias que se refieren a la naturaleza básica y a la conducta de todos los objetos, incluidos el ser humano (Flavell, 2000 en Vergara, 2011).

⁴ Intersubjetividad: “proceso interpersonal de coordinación y sincronización de acciones, en que el conocimiento del mundo y el sentido de sí mismo es el resultado de vivir en una relación inextricable con los demás” (Yáñez, 2005, p.46).

experiencia en curso, consistentes con la mantención estable de la coherencia del sí mismo (Yáñez, 2005).

De esta manera, como argumenta Zagmutt (1999), la autoconciencia es la capacidad de referir lo que ocurre como algo que ocurre internamente y es posible desarrollarla a través de los procesos del lenguaje. Es por ello que, en el proceso psicoterapéutico en el contexto intersubjetivo entre terapeuta y paciente se generan las condiciones que favorecen el espacio conversacional a nivel simbólico hacia la significación de los contenidos experienciales vividos por el paciente (Yáñez, 2005).

Esta línea de argumentación, permite comprender que en el proceso de construir significados, en el paciente ocurren pensamientos, emociones, imágenes y conductas y la relación no hay que buscarla directamente entre estos fenómenos sino el significado construido mediante ellos. Este significado es el conocimiento, la cognición o mejor expresado en forma verbal, procesual, al conocer ocurren estos fenómenos psicológicos (pensamientos, emociones, etc.) propios del vivir como seres humanos (Feixas, 2000).

Lo anterior, permite dar cuenta que en el espacio intersubjetivo terapéutico se vive y actualiza constantemente un sentido del sí mismo en la medida que se reorganiza su identidad narrativa. De la misma manera como el niño con la madre, el terapeuta y el paciente crean un espacio intersubjetivo-interafectivo, en tanto el terapeuta se configura como una alteridad⁵, proporcionando los elementos esenciales para que el paciente alcance un ordenamiento autorreferencial de sus propias experiencias (Duarte, 2012).

En el modelo psicoterapéutico constructivista operan las condiciones interpersonales y técnicas para el cambio, cuyos componentes son tanto aquellos factores específicos, entendidos como el encuadre⁶, las técnicas procedurales⁷, las herramientas y los

⁵ Así, alteridad se refiere a un otro, pero a un otro de uno mismo, que está “al lado de”, “contrario”, “distinto” o “diverso”, dicho de otra forma, es un otro, que está al lado del mismo y por lo tanto es un otro con el cual el mismo puede compararse (Duarte, 2012).

⁶ Desde el modelo Constructivista Cognitivo el encuadre es entendido como las reglas interpersonales que regulan la relación terapéutica y cuya función es proveer un contexto relacional estable, seguro y proyectado en un tiempo suficiente que permita alcanzar las metas psicoterapéuticas (Yáñez, 2005).

procedimientos de intervención⁸, como los factores inespecíficos, asociados a la alianza, las variables del terapeuta, del paciente y de la relación (Yáñez, 2005).

El terapeuta constructivista cognitivo

Como señala Mahoney, ser psicoterapeuta es, en sí mismo, un formidable cuestionamiento personal (Neimeyer y Mahoney, 1998), puesto que, como argumenta Zagmutt (2008) lejos de ser un encuentro impersonal es un encuentro humano. Lo anterior implica que el terapeuta es el sujeto responsable de crear las condiciones adecuadas para el cambio de los sistemas de conocimiento y la remisión de los síntomas que aquejan al paciente (Yáñez, 2005). Como la finalidad del discurso terapéutico es agitar disposiciones vigentes del paciente, es evidente que las palabras del terapeuta deben ser dirigidas a éste de acuerdo con y a partir de la experiencia del paciente: es a través de su co-actuación que la relación terapéutica toma forma (Arciero, 2018). Es así que la función preferente de un terapeuta cognitivo constructivista es la perturbación constante de los procesos de construcción y deconstrucción personal de conocimiento, que se manifiestan en el relato que de sí mismo hacen los pacientes (Yáñez, 2005).

Existe un compromiso mutuo el que revela una perspectiva esperanzadora y, por ende, nuevas expectativas que conciernen a los actores que están involucrados: terapeuta y paciente, quienes comparten el objetivo común de la curación (Arciero, 2018).

Es así que, como señala Yáñez (2005) en el espacio terapéutico, se crean las condiciones que permiten las interacciones simbólicas por medio del lenguaje, mediante el despliegue de los contenidos de vida del paciente; de manera simple, el relato respecto de lo

⁷ Las técnicas procedurales son aquellas estrategias psicoterapéuticas que provienen de la metateoría y teoría clínica del modelo Constructivista Cognitivo y que le dan el carácter propio al estilo de psicoterapia que representa, a saber: Exploración Experiencial y Metacomunicación (Yáñez, 2005).

⁸ Los procedimientos de intervención son procedimientos que se despliegan dentro del discurso del terapeuta, como actos de habla y pueden distinguirse jerárquicamente, considerando el grado o nivel de involucramiento personal del terapeuta, son; escucha, exploración, aclaración, reflejo ilocutivo, señalamiento, metacomunicación, adlaterización, rotulación, confrontación, bisociación e interpretación (Yáñez, 2005).

que le ocurre y en cuyo texto y subtexto se desvela la dinámica constitutiva de identidad de sí mismo. Asimismo, afirma que los referentes que admiten lo anterior son dos: el referente emocional, que supone la sincronía emocional entre terapeuta y paciente, la adecuación contextual, tanto ambiental como interpersonal y la inmersión emocional plena del paciente en su relato.

Consistente con esa línea de argumentación, se puede apreciar que el método psicoterapéutico central de este modelo, se fundamenta en la exploración emocional, al ser un enfoque de terapia vivencial y facilitador del proceso de construcción de significados emocionales alternativos, el rol del terapeuta radica principalmente en compartir la experiencia subjetiva del paciente, entre tanto éste la explora, y asimismo, proporcionarle apoyo para el procesamiento diferencial de esa experiencia, mientras acontece, con todo el conjunto y complejidad de los elementos que la constituyen (Zagmutt, 2004).

Así entonces, el factor más significativo del método en la activación de las emociones debe ser de forma estratégica, en la reconstrucción y reorganización del dominio experiencia en desequilibrio del paciente y el modo de actuar del terapeuta es siendo un perturbador estratégicamente orientado. En tanto perturbar da cuenta del uso indirecto de las emociones con el objetivo de generar una reorganización de significado, y estratégicamente, considera al terapeuta siguiendo una estrategia precisa que resulta de conocer el tipo de significado del paciente (Guidano,1994).

Por lo anterior, es posible señalar que el papel del terapeuta, en tanto perturbador estratégico se desvela como facilitador que genera condiciones para que el paciente no sólo se conecte emocionalmente con su experiencia que lo desorganiza, sino que favorece a que éste pueda visualizar elementos o dimensiones de esa experiencia hasta ese momento no reconocido, aumentando su repertorio de explicaciones posibles y logrando que pueda apropiarse de esa experiencia acontecida, no como algo extraño a su coherencia interna, sino que incorporándola como parte de su identidad (Guidano,1994).

Se desprende de lo anterior entonces, que como sugiere Vergara (2011) para el psicólogo clínico y en especial para el psicoterapeuta el mantener un marco teórico referencial que le facilite la comprensión de la complejidad humana, es una condición imprescindible, no sólo para acceder al conocimiento de las problemáticas de los sujetos,

sino que al mismo tiempo, permitirá guiar un proceso terapéutico consistente y eficaz que le genere al paciente las condiciones precisas para el cambio.

La relación terapéutica

En los últimos 20 años la psicoterapia se ha esforzado en sustentar su práctica clínica a partir de resultados y pruebas sólidas generadas del rigor científico (Norcross, Beutler y Levant, 2006). En base a profundas revisiones y meta-análisis acerca de los efectos de la psicoterapia, la American Psychological Association (APA) concluyó que la relación terapéutica contribuye de manera substancial y coherente con los resultados psicoterapéuticos independientemente del tipo de tratamiento (Rossetti y Botella, 2017).

En esa misma línea, Wampold (2001) manifiesta que en la psicoterapia, la relación terapeuta-paciente es un factor común trascendental para los resultados positivos del tratamiento que tiene una base de investigación multidimensional y sustancial.

Consistente con lo anterior, se ha demostrado que la alianza terapéutica individual, entre otras, es un factor eficaz de la relación terapéutica respaldado empíricamente (Norcross y Wampold, 2011). Pese a ello, otros autores, si bien, admiten que existe una asociación entre estas variables, sostienen que aún existe escasa certeza que la alianza terapéutica tiene influencia en la recuperación sintomática (Muran y Barber, 2010). No obstante este desacuerdo, ambas posturas coinciden en la existencia de una correlación entre alianzas fuertes y resultados positivos en psicoterapia.

El vínculo, como el aspecto de la alianza de cualidad más afectiva y de significado personal para cada actor, concibe un entramado complejo entre paciente y terapeuta que considera la confianza y aceptación mutua y que define la tonalidad emotiva que se comparte en esa relación (Horvath y Luborsky, 1993). Este vínculo o lazo afectivo se desarrolla a través de la interacción terapéutica en el diálogo.

La afirmación de Yáñez (2005) respecto de la relación terapéutica señala que ésta es el encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un plazo determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los sujetos participantes en esta interacción, lo que se expresa

en lo que denominamos alianza terapéutica, o sea, es el resultado del proceso de relación interpersonal psicoterapéutico entre paciente y terapeuta. Agrega Duarte (2012) que, en términos específicos, lo relacional se puede observar a partir de la vital importancia de la alianza terapéutica, para los desenlaces exitosos de los procesos psicoterapéuticos y de los vínculos afectivos para la comprensión adecuada de los pacientes.

Por tanto, los factores comunes que explican los efectos de los procesos psicoterapéuticos sugieren la posibilidad de que haya variables usadas en la terapia que sean curativas y universales, independientemente de la escuela específica o la teoría del cambio, que incluyan elementos de apoyo, aprendizaje y acción (Lambert, 2013). Sin duda, la práctica de la psicoterapia, en la que dos personas se involucran en una interacción verbal/simbólica con la intención de curar, es exclusiva de los humanos (Wampold, 2001). Argumentos similares esgrime Stern (2004), quien señala que la relación terapéutica es un viaje de dos personas co-creado que utiliza momentos de contacto intersubjetivo y es esa necesidad de tales momentos de contacto lo que moviliza la psicoterapia a lo largo del proceso. Coherente con ello, Duarte, (2012) enfatiza en que la intersubjetividad es entendida como una condición interpersonal inherente al ser humano. Es por ello que lo que ocurre en el contexto intersubjetivo, va develando ciertas dinámicas propias de las subjetividades entre paciente y terapeuta.

El Grupo de Estudio del Proceso de Cambio de Boston (2010), ha argumentado que los momentos especiales de conexión auténtica en psicoterapia pueden tener un impacto profundo en los pacientes y contribuir al cambio terapéutico. Estos momentos, como una forma de Conocimiento Relacional Implícito, no están representados simbólicamente o inconscientes dinámicamente en el sentido habitual.

En la psicoterapia, el intercambio subjetivo del Conocimiento Relacional Implícito del paciente y del terapeuta les permite desarrollar un conocimiento relacional compartido sobre su relación. Este conocimiento se construye momento a momento en el marco de la relación terapéutica (Stern, 2004 en Duarte et al, 2017). Lo que para Velasco (2011) el conocimiento relacional implícito, es la particular forma que tenemos de estar en el mundo, la manera que cada uno tiene de estar con el otro.

Como bien grafica Yáñez (2005), señalando la frase “somos lo que somos porque estamos con los otros”, resulta significativa para mostrar la importancia del vínculo con los demás. Aclara asimismo, que si las relaciones interpersonales nos crían, entonces las relaciones interpersonales nos curan, si las relaciones interpersonales nos enferman, entonces las relaciones interpersonales nos sanan. Bajo esta perspectiva, la relación terapéutica, además de ser el factor común en todas las psicoterapias, es relevante al momento de generar el contexto intersubjetivo necesario en la creación de condiciones de cambio.

En el contexto intersubjetivo, tanto el paciente como el terapeuta, revelan los elementos constitutivos de su propia identidad en el discurso. El paciente va mostrando sus formas de significar en la medida que va develando sus atribuciones y expectativas. A su vez, el terapeuta se muestra a través de los elementos técnicos delimitados en el encuadre y los elementos personales que se relacionarán con su propia historia y que le confieren la particularidad de su quehacer terapéutico (Duarte, 2012). El constructivismo cognitivo, como ya se ha señalado, como modelo terapéutico sostiene que un sujeto está en una construcción propia constante, a través de la interacción de factores cognitivos y emocionales, en base a un orden social e intersubjetivo generado en el lenguaje (Yáñez, 2005).

Lo anterior, es inherente a cómo se va revelando la interacción entre terapeuta y paciente y desde esta perspectiva, el humor al ser un elemento humano constitutivo relacional, forma parte de los intercambios que el terapeuta pone a disposición del contexto intersubjetivo.

IV. EL HUMOR EN LA PSICOTERAPIA

La Real Academia Española (2018) realiza una distinción entre el humor y el sentido del humor, indicando que el humor tiene relación con el genio, la jovialidad y agudeza especialmente cuando se manifiesta exteriormente, con disposición para realizar algo. En tanto, el sentido del humor lo considera como una capacidad para ver o hacer ver el lado risueño o irónico de las cosas, incluso en circunstancias adversas.

Lo anterior implicaría dos líneas de argumentación, sin embargo, Camacho (2005), enfatiza que cuando nos referimos a este fenómeno, no realizamos una diferencia tan evidente. Es que desde esta perspectiva para una mejor comprensión y considerando los usos de nuestra lengua, en este estudio se abordará, tanto al humor como al sentido del humor de una persona, en forma análoga.

Louis Franzini (2001), ha estudiado este fenómeno durante veinticinco años, formula que el humor terapéutico incluye el uso intencional y espontáneo de las técnicas de humor por parte de los terapeutas y otros profesionales de la salud, lo que puede llevar a mejoras en la autocomprensión y el comportamiento de los pacientes. Para ser más útil, el punto humorístico debe tener una relevancia detectable para la situación de conflicto o las características personales del paciente. Así, es posible señalar que en algunos casos, los comentarios del terapeuta se ilustran con comentarios cómicos o caricaturas que generan un punto terapéutico específico para cada paciente. Por lo general, el resultado es una experiencia emocional positiva compartida por el terapeuta y el paciente, que puede abarcar desde la diversión tranquila y empática hasta la carcajada (Franzini, 2001).

La definición oficial del humor terapéutico del AATH (Asociación del Humor Aplicado y Terapéutico) adoptada formalmente en el año 2000, que señala "Cualquier intervención que promueva la salud y el bienestar estimulando un descubrimiento lúdico, expresión o apreciación del absurdo o incongruencia de una situación de la vida. Esta intervención puede mejorar la salud o ser utilizada como tratamiento de una patología para facilitar la curación o el afrontamiento, ya sea físico, emocional, cognitivo, social o espiritual" (AATH, 2017). Esta definición, aun cuando incorpora en términos terapéuticos

no sólo la salud mental y en especial la psicoterapia, sino que la salud en general, se ha adoptado en este postulado, pues permite entender la complementariedad de intenciones y de comunicación de un terapeuta hacia el paciente, lo que es relevante para la terapia dado que son instantes generados por el terapeuta hacia un encuentro beneficioso para el proceso de cambio, así el uso más efectivo del humor se da cuando el terapeuta logra integrarlo a su propia forma de ser y entonces el humor se convierte en una parte integral de la interacción con los pacientes (Sultanoff, 2003).

Para generar instancias de humor y para alentar una perspectiva humorística en los pacientes, los terapeutas deben mantener viva esa dimensión en sí mismos. No obstante, deben participar continuamente en el autocontrol con respecto a por qué están empleando una intervención particular, humorística o de otro tipo, para garantizar que efectivamente se promulgue para el beneficio del paciente y no para la autogratificación. Según Egan (1998) la apreciación del humor puede ser una instancia favorable de abordar a través de la capacitación formal, al igual que las otras cualidades personales que son universalmente deseadas y recomendadas para los terapeutas, como la empatía, la preocupación genuina, la calidez emocional y un sentido de responsabilidad moral y ética.

Coherente con esos postulados, Martin (2007) está de acuerdo con Egan cuando señala el punto sutil de que el valor del humor en la terapia no es tanto el humor per se, sino cuando los terapeutas presentan ese humor al mismo tiempo que transmiten las actitudes esenciales de empatía y autenticidad, enfatizando que esas son cualidades personales de todos los terapeutas efectivos. Es por ello que el papel del humor en la terapia se puede ver como un tipo de habilidad social o competencia interpersonal que contribuye a la efectividad general de los terapeutas, independientemente de su orientación teórica o las técnicas específicas que emplean (Saper, 1987; Franzini, 2001). En otras palabras, puede ser importante para los psicoterapeutas tener un buen sentido del humor.

Si bien el objetivo de este estudio es el humor con propósito terapéutico, para acceder a una mayor comprensión de este fenómeno al ser una experiencia humana universal, intercultural y puede facilitar las relaciones con otras personas (Gelkopf, 2011), es importante mencionar algunos aspectos.

La mayoría de las personas se ríen o encuentran divertido algo durante el transcurso de un día, por lo que experimentar el humor en algún momento en la vida, es conocido por todos. Esta manifestación humana, desde una perspectiva psicológica, se puede dividir en cuatro dimensiones principales: (1) un contexto social-interpersonal, (2) un proceso cognitivo-perceptivo, (3) una respuesta emocional y (4) proceso expresivo (Martin, 2007), todas estas dimensiones se revelan en el contexto intersubjetivo terapéutico y a partir de ello, en este apartado se desarrollará brevemente los principales aspectos de éstas para una mayor comprensión de los componentes de este fenómeno en la terapia.

Contexto social-interpersonal

Se entiende al humor esencialmente como un fenómeno social-interpersonal. Es más frecuente reírse cuando se está con otras personas que cuando se está solo (Martin, Kuiper, 1999; Provine y Fischer, 1989) y según lo que señala Martin (2007) respecto de los componentes que constituyen el fenómeno humor, como lo cognitivo, emocional y conductual, todos estos elementos a su vez, poseen una dimensión social-interpersonal.

Por ejemplo la risa (componente expresivo) es intrínsecamente social, ya que comunica el estado emocional alegre de un sujeto a los otros y al mismo tiempo, incita esta emoción en los otros (Owren y Bachorowski, 2003; Russell et al., 2003). Por lo tanto, también cumple funciones sociales relevantes que probablemente contribuyeron a nuestra supervivencia evolutiva. y con el surgimiento de habilidades lingüísticas y cognitivas superiores y una organización social más compleja, las actividades de orden más lúdico fueron adaptándose a la evolución humana para una amplia variedad de propósitos relacionados con la comunicación interpersonal (Gervais y Wilson, 2005).

Los aspectos interpersonales del humor son de particular interés para algunos autores, quienes señalan su investigación como "el estudio científico de cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos de los individuos están influenciados por otras personas" (Breckler, Olson y Wiggins, 2006).

En línea con lo anterior, Long y Graesser (1988) señalaron que el humor puede usarse para hacer cumplir las normas sociales e indirectamente ejercer el control sobre el

comportamiento de los demás. Al usar ironía, burlas, sarcasmo o sátira para burlarse de ciertas actitudes, comportamientos o rasgos de personalidad, los miembros de un grupo pueden comunicar expectativas y reglas implícitas sobre los tipos de comportamiento que se consideran aceptables dentro del grupo.

En suma, considerando que muchos autores admiten el sentido social-interpersonal del humor, Gelkopf (2011) logra aunar criterios al señalar que el humor es una experiencia humana universal intercultural y puede facilitar las relaciones de apego con otras personas.

Proceso cognitivo-perceptivo

Además de ocurrir en un contexto interpersonal, el humor se caracteriza por estilos de cognición particulares. Para producir humor un sujeto tiene que procesar mentalmente información procedente del entorno o de la memoria, jugando con ideas, palabras o acciones de una forma creativa y generando una expresión cómica o una acción no verbal que los demás o él mismo consideren graciosa. El proceso cognitivo, es decir, los eventos mentales que conducen a la percepción de incongruencia, base del humor (Martin, 2007), tienen relación como señalan McGhee (1979) y Bateson (2005) con el ingenio o la capacidad de apreciar, percibir o generar humor.

Koestler (1964) destacó el término disociación para referirse al proceso mental implicado en percibir la incongruencia humorística. Un acontecimiento simple puede tener dos marcos perceptivos o dos longitudes de onda para percibirse.

El estudio de los procesos cognitivos, se basa en forma importante en la comprensión del lenguaje y su producción, es así que la psicolingüística es un dominio natural para el estudio cognitivo del humor. En particular, algunos investigadores en este campo que estudian el lenguaje no literal (la metáfora) han estado interesados en tipos humorísticos de lenguaje como la ironía (Giora, Fein y Schwartz, 1998 y Colston, Giora y Katz, 2000) y sarcasmo (Gibbs, 1986; AN Katz, Blasko y Kazmerski, 2004).

Gran parte del trabajo teórico y empírico anterior sobre aspectos cognitivos del humor se ha centrado especialmente en las bromas. Por ejemplo, la Teoría General del Humor verbal de Attardo y Raskin (1991) fue diseñada principalmente para explicar la comprensión de la broma. Sin embargo, la mayor parte del humor que encontramos en la

vida cotidiana no son necesariamente bromas (Martin y Kuiper, 1999; Provine, 2000). Vida cotidiana no son necesariamente bromas (Martin y Kuiper, 1999; Provine, 2000). Mucho del humor cotidiano surge de los comportamientos espontáneos intencionales y no intencionales verbales y no verbales de las personas que interactúan entre sí, tales como respuestas ingeniosas, juegos de palabras, bromas, burlas, ironía, sarcasmos, lapsus lingüis, chistes y situaciones curiosas (Long and Graesser, 1988; Norrick, 1993, 2003).

Respuesta Emocional

La respuesta emocional se refiere a las sensaciones de bienestar, alegría y diversión (Buxman, 1991; Szabo, 2003 y Mobbs et al., 2003). Lo anterior, da cuenta de un estado de ánimo elevado y sentimientos de bienestar, reducción de la ansiedad y la tensión, así como un aumento de la autoestima y la capacidad de recuperación. Se ha encontrado que las personas que poseen humor tienen mayor esperanza, optimismo, energía y vigor. Esto se traduce en la relación con los otros y en el refuerzo de la identidad (Schmidt, 1994; Isen, 2003; Martin, 2002, 2010).

En diversas investigaciones, se encontró que las personas que evidencian mantener humor en sus vidas y se reían más, eran consideradas más atractivas para otras personas y tenían matrimonios más felices y relaciones cercanas significativas (Berk et al., 2008; Gelkopf, 2011; Isen, 2003; Martin, 2006, 2010; Rust & Goldstein, 1989).

Proceso Expresivo

Este último componente, que responde a la fase expresiva del humor, señala que la respuesta emocional se aprecia principalmente en la risa o sonrisa, pero también en cambios posturales y expresiones más amplias del rostro (Fry, 1992; Gelkopf, 2011). Otros autores, señalan con mayor simpleza que la risa es la expresión emocional espontánea, resultado de encontrar algo gracioso (Berk, Martin, Baird, y Nozik, 2008).

La risa puede verse como algo que parece ser una característica humana única (Sahakian y Frishman, 2007). Esto es a diferencia del llanto, que se puede observar en todo

el reino animal. La fisiología de la risa es la misma en toda la población humana y hasta ahora, ningún grupo humano ha sido reconocido como carente de risa (Miller y Fry, 2009).

En el año 2007, Sahakian y Frishman, señalan que la risa como componente conductual del humor, involucra la activación de diferentes sistemas del cuerpo. La risa comienza con la contracción de aproximadamente quince músculos faciales. La contracción de los músculos continúa por el cuerpo hasta la contracción del diafragma y otros músculos esqueléticos que se encuentran en el abdomen y alrededor de los pulmones. Esta última contracción de los músculos inferiores del cuerpo es responsable del sonido de la risa. Asimismo, pueden producirse cambios en los patrones respiratorios, así como un aumento de las contracciones de los músculos de todo el cuerpo, al generarse una gran dosis de risa fuerte.

V. METODOLOGÍA

Se realizó una investigación cualitativa descriptiva, con entrevista semiestructurada a doce terapeutas constructivistas cognitivos, para comprender la incorporación del humor en el proceso psicoterapéutico, indagando en aspectos detallados respecto de su ocurrencia, sus principales características, los objetivos para los que se utiliza y las instancias en que es incorporado este fenómeno, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los terapeutas.

Consideraciones éticas

La participación en este estudio fue voluntaria, y tanto el diseño de la investigación, como el guion de la entrevista, fueron aprobados por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Todos los participantes del estudio firmaron formularios de Consentimiento Informado antes de realizar cada entrevista, en la que dieron su permiso expreso para el uso de las entrevistas con fines de investigación y publicaciones relacionadas.

Participantes

Para seleccionar a los participantes de este estudio se siguió el muestreo no probabilístico-homogéneo, ya que se eligió intencionadamente a profesionales constructivistas cognitivos que se encontraban realizando clínica con pacientes adultos. La distribución de los participantes fue la siguiente: siete mujeres y cinco hombres; 1 terapeuta graduada (con menos de 7 años de experiencia), cinco participantes con experiencia clínica establecida (desde 7 a hasta menos 15 años), cuatro psicoterapeutas experimentados (sobre 15 hasta menos de 25 años de experiencia) y dos psicoterapeutas seniors (más de 25 años). La mayoría reportó desarrollar actividades tanto en el ámbito privado como público.

Se utilizó el criterio de Orlinsky y Ronnestad (2005), quienes señalan que estas categorías indicarían que el grado de experiencia clínica está relacionado con los patrones

de práctica, ya que se evidencia que durante estos períodos los profesionales han desarrollado habilidades y experiencia que les permite incorporar diversos métodos y estrategias para abordar los procesos psicoterapéuticos, no así los terapeutas novatos (menos de 1.5 años en la práctica), y los aprendices (1.5-3.5 años en la práctica).

Figura 1: Información sociodemográfica de los entrevistados

Identificación del Terapeuta	Género	Edad	Años de Experiencia	Lugar de Residencia
T1	Masculino	29	8	Santiago
T2	Masculino	68	39	Santiago
T3	Femenino	53	10	Santiago
T4	Masculino	43	11	Santiago
T5	Femenino	49	10	Santiago
T6	Femenino	30	4	Santiago
T7	Masculino	48	22	Viña del Mar
T8	Femenino	67	19	Santiago
T9	Femenino	48	15	Santiago
T10	Femenino	50	25	Santiago
T11	Femenino	38	10	Los Angeles
T12	Masculino	44	19	Linares

Procedimiento de Recolección de datos

En primera instancia se invitó a participar a todos los terapeutas graduados del Magister en Psicología Clínica Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile, por medio de correo electrónico y al mismo tiempo, a otros terapeutas de formaciones afines, a través del Colegio de Psicólogos de Chile mediante Circular a todos sus asociados. En ambos casos, tanto en el correo como en la Circular, se invitaba con una breve explicación del estudio y sus objetivos. Al recibir respuesta por correo electrónico de 22 interesados, se les contactó por correo y/o telefónicamente pero debido a que cuatro adherían a otros enfoques, con uno no hubo posibilidad de acordar horario y dos no respondieron a los

siguientes contactos, finalmente se realizó la entrevista a 15 participantes. Durante el desarrollo de tres entrevistas se pudo advertir que los terapeutas no cumplían con todos los criterios requeridos y considerando la rigurosidad de la muestra, se optó desarrollar la investigación con 12 participantes.

La. Entrevista semiestructurada se administró con el objeto de obtener muestras e identificar episodios de humor, con preguntas que permitieron indagar los contenidos, propósitos y contextos en los que el terapeuta utiliza el humor, en las sesiones y durante el proceso psicoterapéutico. La pregunta inicial a cada entrevistado fue ¿Qué entiende por humor psicoterapéutico? Luego para ir guiando la entrevista conforme a los objetivos de la investigación, se realizaron otras interrogantes. Es así como para Indagar las instancias en que el terapeuta utiliza el humor en la psicoterapia clínica Constructivista Cognitiva, se utilizaron preguntas como las siguientes: ¿En qué momentos usa el humor?, ¿Al comienzo de la terapia, en medio, al final o siempre? - Durante la sesión ¿Al inicio de la sesión, en mitad o al final de la sesión?, ¿Ud. decide el momento para usar el humor o surge espontáneamente?, ¿Cómo surge la idea de utilizar el humor en la sesión?

Asimismo, para explorar y describir los diferentes contenidos de humor que surgen desde el terapeuta en la psicoterapia clínica, se plantearon preguntas, tales como: ¿Cuáles son los contenidos que aparecen con mayor frecuencia?, ¿Cuáles menos?, ¿Con qué se relaciona el que aparezca un tipo más que otro?, ¿Con cuál se siente más cómodo/a?

Finalmente para indagar el propósito del terapeuta al momento de usar el humor en psicoterapia, se preguntó: ¿Ud. usa el humor con un propósito específico?, ¿Cuál es?, ¿Cómo reacciona el paciente ante una intervención con humor? ¿Es la reacción que esperaba? ¿Ud. usa el humor igual con todos los pacientes?

Todas las entrevistas realizadas fueron grabadas sólo en audio por la investigadora. Estas tuvieron una duración de entre 50 y 70 minutos. Diez entrevistas se realizaron en persona y dos a través de Skype. Posteriormente, las entrevistas se transcribieron incluyendo los aspectos no verbales, como pausas o risas y fueron enteramente transcritas por la investigadora y un transcriptor, quien firmó previamente un contrato de confidencialidad. Se eliminó cualquier información que pudiera identificar a los participantes, reemplazando sus nombres por un código numérico.

Análisis de datos

Para los análisis, se utilizó el diseño de estudios cualitativos según la Grounded Theory, aproximación desarrollada por Anselm Strauss y Juliet Corbin (2002), a través de codificación abierta y axial. La herramienta usada para la codificación de los datos fue el Atlas.ti, soporte informático para desarrollar teoría fundamentada. Este software permitió expresar el sentido circular del análisis otorgando la posibilidad de incorporar secuencialmente los datos (Valles, 2001).

El proceso de entrevista, transcripción y análisis de la información se fue realizando de manera simultánea y se finalizó una vez que los informantes no produjeron nuevos aportes y el discurso se tornó redundante, lo que permitió que el número de entrevistas se considerara suficiente para la muestra, no surgiendo información nueva luego de la entrevista número 12, en lo que se define saturación teórica.

El proceso que guió el análisis fue el de la categorización inductiva, que funciona al descomponer las entrevistas en ideas principales en relación con las instancias de humor que surgieron en la narración de los terapeutas. En este procedimiento de codificación abierta (Strauss y Corbin, 2002) se identificaron cuatro categorías principales y que como fenómenos incorporaban conceptos que tenían relación con los objetivos del estudio, a saber: Conceptualizaciones del humor terapéutico, Propósito del humor terapéutico, Tipos de humor en la terapia, Efectos del uso del humor en psicoterapia, sin embargo, en sesiones de discusión y análisis con la profesora guía, se consideró agregar dos categorías más para poder explicar con mayor precisión y exponer los pensamientos, ideas y significados entregados por los entrevistados, las categorías incorporadas son: Condiciones para el uso del humor como intervención terapéutica y Riesgos del humor en terapia, finalmente se consideró mantener las seis categorías.

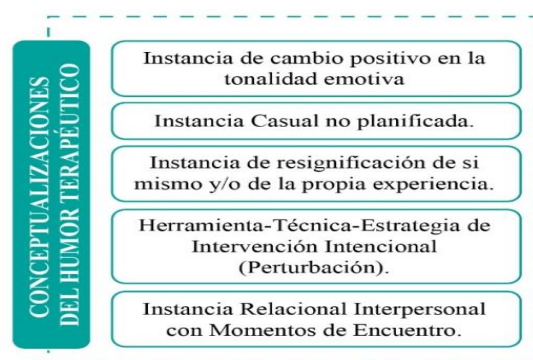
VI. RESULTADOS

En este apartado se exponen los resultados obtenidos del proceso de fragmentación, examinación, conceptualización y categorización de los datos. Se da cuenta de la estructura argumentativa que organiza cada uno de los entrevistados. Esta clasificación es descubierta (o construida) cuando los conceptos entregados por los entrevistados fueron comparados unos con otros y aparecieron como pertenecientes a fenómenos similares. De este modo los conceptos fueron agrupados bajo conceptos más abstractos, de orden mayor dando paso a la clasificación por categorías y sus subcategorías. Este procedimiento de Codificación Abierta (Strauss y Corbin, 2002) dio origen a seis categorías principales, Conceptualizaciones del humor terapéutico; Condiciones para el uso del humor como intervención terapéutica; Propósitos del humor terapéutico; Tipos de humor en la terapia; Riesgos del humor en terapia; Efectos del uso del humor en psicoterapia, las que se expondrán en detalle, presentando la evidencia textual que las sustenta.

Conceptualizaciones del humor terapéutico

Esta codificación aborda las distintas interpretaciones que los profesionales tienen para definir el humor en la psicoterapia. A partir de las entrevistas es posible identificar que no existe una única forma de comprender este fenómeno. Dentro de la conceptualización del humor en psicoterapia realizada por los distintos entrevistados, se distinguen diversas acepciones, que derivan en cinco aspectos fundamentales a la hora de definirlo. Estos aspectos enfatizan cada uno en distintas particularidades, a saber: Instancia de cambio positivo en la tonalidad emotiva; Instancia casual no planificada; Instancia de resignificación de sí mismo y/o de la propia experiencia; Herramienta-Técnica-Estrategia de Intervención Intencional (Perturbación) e Instancia Relacional Interpersonal con Momentos de Encuentro.

Figura 2: Conceptualizaciones del humor terapéutico.



Instancia de cambio positivo en la tonalidad emotiva.

En esta definición la mayoría de los entrevistados se refiere al humor terapéutico como un recurso que genera un cambio en el estado emocional del paciente, desde un estado que impide una apertura al proceso en curso, hacia una tonalidad más positiva más alegre.

En los siguientes extractos de algunas entrevistas, se puede observar cómo los terapeutas dan cuenta de estas instancias y señalan que el humor puede ser útil en terapia cuando al bajar el nivel de tensión permite a los pacientes ver su experiencia desde una perspectiva menos angustiante:

(...) el humor que tiene ver con un cambio de estado emocional en la línea de la tonalidad emotiva de alegría preferentemente, que el humor asociado a un giro humorístico, salida humorística. (TE2)

Yo, o sea, un tremendo recurso para mí. Tremendo recurso, especialmente para nivelar afectivamente a un paciente cuando sé que es eso lo que tengo que hacer en ese momento (...) Como estrategia terapéutica para un proceso de cambio. (TE9)

(..) para disminuir el nivel de ansiedad, o el nivel de estrés que están en ese minuto experimentando emocionalmente, relajar la tensión, y nuevamente encausarlos en el proceso o en la experiencia que yo necesito que se enfoquen pero, desde un estado emocional más-, podría decirse con menos tensión o más em-, o más tranquilos. (TE11)

Lo anterior da cuenta de que los terapeutas consideran al humor en la terapia como un recurso que favorece la disminución de la angustia o tensión en que se encuentran los pacientes, hacia un estado emocional más alegre que les permite acceder a sus procesos desde otro plano más positivo.

Instancia Casual no planificada.

Algunos entrevistados señalan en esta clasificación que el humor terapéutico se refiere a instantes azarosos, casuales y espontáneos que emergen muy sorpresivamente. Estos momentos no son planificados, ni concebidos previamente. Este concepto se puede apreciar en los siguientes relatos de tres terapeutas:

Me siento cómoda, o sea, cuando lo he vivido, es porque ha surgido espontáneamente, no es algo que fuerzo, no lo hago con una premeditación de intervención que tenga tintes humorísticos, sino que lo he vivido cómodamente cuando ha surgido, porque ha sido espontáneo, porque lo he dicho... porque yo también lo disfruté, porque nos reímos juntos, y porque después se terminó esa cápsula, y porque entramos después de nuevo en la psicoterapia. (TE3)

(...) O sea, no es que llegue y salga. No. Si no que me detengo a pensar y, generalmente es producto de una devolución de algo o un parafraseo, pero que yo siento que en ese momento va. Y en el cien por cien to de las veces me ha dado resultado. (...) Pero el instante no es que se busque, yo no lo busco, surge, y en ese momento yo decido si yo se lo digo o no. (TE5)

(...) digamos, reírme, de echar broma, o sea es como una cosa como natural del ser humano que tenemos que utilizar, justamente, la risa, que nos permite vincularnos con otros de nuestra especie. Y, por lo tanto, yo también lo uso en la terapia-. Obviamente con cierto tipo de resguardo, ¿ya? (...) Ocurre de forma espontánea. Obviamente medito si lo tiro o no lo tiro, digamos. O sea, no es que yo llegue y tire las cosas, digamos, pero no es que sea un chiste como planificado, ¿se entiende? (TE7)

Estos extractos muestran que los terapeutas consideran que el humor terapéutico es una instancia casual no planificada, no está previamente preparada para incorporarla a la sesión, ni existe proyección de utilizarlo como recurso en determinado momento de la terapia. Asimismo, dos terapeutas coinciden al afirmar que la instancia de humor surge de manera espontánea, sin embargo, reflexionan antes de ponerlo a disposición del espacio terapéutico.

Instancia de resignificación de sí mismo y/o de la propia experiencia.

En esta definición es posible observar que algunos de los entrevistados hacen alusión al humor terapéutico como una instancia en el proceso de construcción del paciente, que le permite atribuir un nuevo significado a sí mismo y a su experiencia en curso. Esta idea se puede advertir en los siguientes relatos de dos terapeutas:

(...) Porque se puede pensar que mediante la broma o el chiste es una terapia liviana. Al contrario. Cuando, insisto, yo comienzo a reírme de mí mismo, para mí comienza un proceso de sanación. Es porque eres capaz de mirar tus defectos que te dolieron y mirar el lado de decir “¿Cómo estuve metida en 77eso?” “¡uy! ¡Hoy día estoy distinta!” y reírte de eso. Para mí insisto. (TE5)

(...) el humor para mí es una forma de reforzar el vínculo y hacer que el paciente pueda ver cosas de sí mismo, que de otra forma no vería... Busca una intervención, que a veces son bastante fuertes, ¿ah? Puede ser bastante fuerte, pero busca generar una respuesta en el paciente, que el paciente pueda soltar aquello que no puede poner en palabras, que el paciente pueda ver aquello que no quiere ver, porque se avergüenza, ver aquello que no quiere reconocer, porque él siempre se ha reconocido de otra forma... Ahora, si le muestras con humor eso, una vez, otra vez, otra vez, llega un punto en que el paciente te dice ¿será que soy...? (TE8)

Como se puede apreciar en las citas, los terapeutas resaltan la importancia del humor desde una nueva mirada del paciente hacia sí mismo, de una forma más lúdica, menos agobiante que facilita la aceptación de ciertas experiencias, el reconocimiento de cómo ha sido y cómo está hoy, de manera menos punzante.

Herramienta-Técnica-Estrategia de Intervención Intencional (Perturbación).

En esta categoría se puede advertir que la mayoría de los entrevistados reconoce el humor terapéutico como una herramienta-técnica-estrategia, que permite enriquecer ciertas intervenciones, para reducir ansiedad, culpa o la vergüenza. Asimismo, señalan que el humor terapéutico es importante que se incorpore al espacio terapéutico ya que es una herramienta que al saber utilizarla, puede ayudar a que los pacientes enfrenten los eventos dolorosos desde una nueva perspectiva. Esto se refleja en las siguientes citas de TE6, TE9 y TE10, quienes afirman que el humor terapéutico es un recurso que utilizan como una forma para ingresar a la problemática del paciente, como asimismo, mencionan que el humor terapéutico es una intervención en sí misma y que una instancia de risa, en tanto humor, podría ser curativo para el paciente, y para el terapeuta permitiría mejorar la manera de intervenir en la terapia.

Puede ser una herramienta en tanto enriquece ciertas intervenciones, y también una intervención en sí misma. Yo creo. Yo creo que reírse de algo puede ser curativo sólo porque nos estamos riendo de esto. Independiente de cómo. Y también puede enriquecer el cómo estamos haciendo esto. (TE6)

(...) Como estrategia terapéutica para un proceso de cambio. No para el cambio. Para un proceso de cambio. (...) Es como la aberturita-, como que me aprovecho de... Lo uso como recurso.(...) Los pacientes no se van a sentar delante de uno si no están apropiados de que algo les pasa, y aproblemados, porque algo les pasa. ¿Sí?. Pero ese es el fondo. Estamos hablando de la forma. ¿Si? El humor me parece que puede ser parte de la forma. (TE9)

(...) Yo creo que sí se dice. Yo creo que, en general, el humor es parte de lo que todos dicen que usan. Lo que pasa es que es muy difícil poder ponerle reglas al humor, y esa es la dificultad de, yo creo que todos saben que es una herramienta-, bueno, quizás algunos no, pero la mayoría. (...) Entonces, el humor yo creo que es súper importante, y es algo súper bueno (...) creo que es una herramienta que uno puede usar y ojalá que la use, si es que lo sabes usar bien, como todas las herramientas. (TE10)

Las citas anteriores dan cuenta de que el humor terapéutico es una forma de acceder a la experiencia del paciente y que es utilizada como recurso hacia ciertos contenidos, que

es beneficioso para el paciente y el terapeuta, en suma, se resalta al humor como estrategia terapéutica para un proceso de cambio.

Por otra parte, tres de los doce terapeutas, consideran que el humor no es una herramienta o técnica, sino que surge más bien de manera espontánea, sin un propósito terapéutico determinado. Por ejemplo T3 y TE4 mencionan que es algo que resulta conforme a la manera de vincularse en un instante determinado con un paciente:

(...) no tiene tintes de estrategia de intervención, simplemente estamos jugando con unos códigos en común que se han puesto y se han elaborado en psicoterapia y que estaban ahí en el presente y que surgió y que a veces tiene relación con la información que se ha movido ahí, como otras veces no tiene relación con eso y viene llegando y viene de afuera y comenta algo que hay afuera y que tenemos códigos en común y nos reímos y terminó y quizás no tiene ningún tinte de intervención en psicoterapia. (TE3)

(...) para mi no es una herramienta, para nada, para mi es algo que ocurre como mágico dentro de la sesión en cuanto a cómo yo me estoy vinculando, en esa sesión con el paciente. (TE4)

Se puede observar en las citas, que para estos terapeutas el humor terapéutico no se relaciona con una herramienta o técnica que posea el terapeuta y que se pueda utilizar en determinadas instancias, sino que es algo que surge de manera espontánea conforme a la dinámica y que no pueden evaluar por consiguiente si posee efectos que pudieran dinamizar el proceso terapéutico.

Instancia Relacional Interpersonal con Momentos de Encuentro.

En esta categoría es posible observar que la mayoría de los entrevistados reconoce al humor como un lugar de encuentro, una experiencia humana constante en las interacciones, que bien expresado en el contexto terapéutico es algo favorable, positivo para ambos en la sesión, revelando una relación más horizontal y cercana, en un momento en el que se pueden relajar y la relación comienza a fluir. Para TE3 por ejemplo, esos momentos son de complicidad con su paciente, como se observa en el extracto de su entrevista:

(...) sí se han producido instancias en donde eh... se ha producido esa instancia como te digo de complicidad que es chistoso y que el paciente se ha reído, te fijas es de humor, no es contar un chiste, pero sí recuerdo tener esa instancia de complicidad ¿Te fijas? o sea nos reímos y eso y uno hasta se limpia una lágrima de tanta risa en ese momento tan preciso y después uno se seca y después ¿Cómo ha estado tu semana? ¿te fijas? Y entramos, entonces entra casi como resfaldín, así porque tú y yo sabemos en qué estamos. (TE3)

Como lo formula la cita anterior, se aprecia un momento especial en que la terapeuta y el paciente han experimentado la misma emoción de diversión que ambos han disfrutado en un instante de complicidad emotiva de confianza y que a partir de esa sintonía, se facilita una mejor disposición para lo que sigue en la sesión.

Mientras que TE10, percibe estos encuentros como instantes especiales que son exclusivos con cada paciente y que ella también disfruta.

Eso era parte de lo que apareció y que aparece con él y no aparece con otros pacientes que-, y eso hace que también yo lo pase muy bien en-, porque, efectivamente, cuando hay humor-, pero era el minuto también en donde él también podía venir y descargar mucho de lo que le había pasado y en él, por ejemplo, los cambios fueron bastante importantes. (TE10)

Esta idea muestra que a través de instancias de humor se generan entre el terapeuta y algunos pacientes, lo que en la práctica clínica el humor u otras formas psicoterapéuticas de interacción, se flexibilice y ajuste de acuerdo a las necesidades particulares de cada paciente, su sintomatología, en definitiva, a quien es el otro y a su propia dinámica.

Otro entrevistado, también señala que el humor genera complicidad y proporciona una intimidad que los muestra como seres humanos conectados en una misma temática que es percibida de la misma manera por ambos:

(...) y se genera complicidad. Así que yo creo que la risa nos puede unir con el paciente, nos da una intimidad. Puede decir que somos humanos (risa). Son dos seres humanos que están interactuando. Claro. Pero más allá de eso, es un punto de encuentro ¿cachai? O sea, nos estamos riendo de la misma cuestión porque los dos entendemos que esto es chistoso. (TE7)

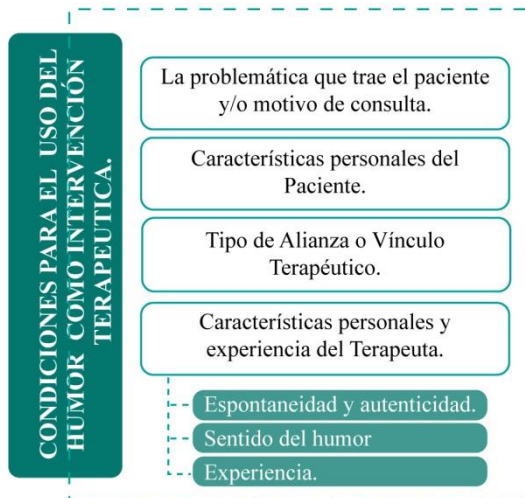
De aquí se puede reconocer cómo el humor pareciera ser sentido por los participantes como un espacio en el cual se genera un cambio en la dinámica intersubjetiva,

como un instante de auténtica conexión relacional que advierte de un lazo humano, donde la complicidad entre ambos pareciera revelarse y permite a ambos terapeuta y paciente disfrutar el instante y relacionarse de manera más natural.

Condiciones para el uso del humor como intervención terapéutica.

En esta categoría se recogen las apreciaciones que los entrevistados consideran necesarias ya sea para utilizar el humor de manera intencionada, o bien acoger el humor proveniente del paciente de manera espontánea. En sus entrevistas es posible identificar cuatro condicionantes significativas que permiten o no el uso del humor y que están relacionadas con la problemática y/o motivo de consulta, vínculo/ alianza, características personales del paciente y finalmente la experiencia y características personales del terapeuta.

Figura 3: Condiciones para el uso del humor como intervención terapéutica.



La problemática que trae el paciente y/o motivo de consulta.

En esta condicionante, ocho entrevistados señalan que la temática que el paciente instale en cada sesión es un aspecto relevante para el uso del humor terapéutico, mientras que el resto enfatiza que el motivo de consulta va a determinar la pertinencia de usar humor en las sesiones y durante el proceso terapéutico. Sin embargo, todos destacan que no debiera ser hacia contenidos graves o difíciles para el paciente donde no hay espacio para el humor.

En los extractos siguientes, se puede advertir cómo los temas que instala el paciente, hacen propicio el uso del humor para los terapeutas. Según TE4 y TE8 por ejemplo, indican que el humor puede ser apropiado desde un inicio cuando los pacientes llegan con problemas menos graves.

(...) depende mucho del contexto y la problemática que traiga a la terapia, (...) y hay unos que vienen light sin tanto problema existencial y veo en su forma gestual, verbal que puede ser utilizado el humor y utilizo el humor, desde la primera sesión, no es que lo tenga planificado desde la tercera sesión en adelante, desde la octava, no!! (TE4)

Obviamente, con lo que estemos hablando (...) la paciente me está hablando de que tuvo una pelea con el marido, o el paciente con la esposa, fácilmente puedo introducir el humor ahí. (TE8)

Lo anterior, permite comprender que los participantes relacionan y condicionan el humor a ciertas temáticas que traen los pacientes y que el terapeuta percibe como menos graves y por lo tanto, facilitan sus intervenciones humorísticas y que perciben podrían tener una buena recepción por parte del paciente.

Por otra parte, tres terapeutas señalan que usan el humor dependiendo del motivo de consulta manifiesto por el paciente. Esto se puede apreciar en la cita de TE5, por ejemplo, afirma que el motivo de consulta le permite darse cuenta si el paciente pudiera reaccionar de manera positiva o amenazante una instancia humorística:

Es que es difícil poder afirmar de qué depende (...), porque dice relación con un motivo de consulta y con lo que la persona está presentando digamos ¿ya? Si es una persona que le han hecho bullying toda la vida y que cualquier talla lo toma como un aspecto amenazante del entorno, en el cual la inseguriza en su autoestima, en su autoimagen, en su percepción de las capacidades reales en ese momento, no le voy a tirar una talla yo soy cuidadoso ¿cachai? (TE5)

A partir de lo anterior, se puede observar cómo el humor puede ser considerado factible o no de utilizar por el terapeuta cuando él considera que el motivo principal de consulta manifiesto por el paciente, es fundamental a la hora de generar intervenciones lúdicas y que al parecer entregaría una visión de si durante proceso habría espacio para el humor.

Por otra parte, y como condicionante para el uso del humor en terapia, todos los entrevistados coinciden que nunca debe estar como forma de intervención, cuando existen situaciones graves o muy dolorosas para el paciente. En los extractos siguientes, se aprecia esta postura:

(...) Si me traen un problema serio, muy grave-, si me están contando una violación-, me ha pasado, por ejemplo, no sé qué tanto espacio para el humor hay. (TE9)

Obviamente un paciente me está hablando de que fue abusado, no voy a usar el humor. (TE8)

(...) he atendido a personas que tienen duelos terribles ¿qué humor voy a ocupar? no!! (TE4)

O sea, casi nunca los contenidos del humor son asociados a contenidos graves o difíciles de manejar por el paciente nunca. (TE2)

Esta idea refleja claramente que en los terapeutas pareciera existir un criterio unificado en que el humor no es posible ante condiciones en que el paciente esté gravemente afectado debido a situaciones muy complejas y que al parecer para ellos como terapeutas no es una alternativa de intervención y la instancia no es apropiada. No obstante, no queda claro si el humor pudiera ser incorporado en algún momento durante el proceso.

Características personales del Paciente.

En esta condicionante, diez de los doce entrevistados se refieren a que otro de los factores importantes al momento de usar el humor en la terapia, dependería de las características personales del paciente, por ejemplo, si los pacientes tienen o no sentido del humor, las tonalidades emotivas por las que transita y un nivel de abstracción suficiente para identificar, comprender y reaccionar positivamente frente a una instancia de intervención más lúdica. Asimismo, mencionan que el humor en muchas ocasiones surge desde el paciente y es tarea del psicólogo saber ocupar terapéuticamente esa instancia. Por ejemplo, en las citas siguientes, TE4, TE5 y TE9 mencionan que el humor lo pueden incorporar a la sesión, dependiendo de la estructura de personalidad, tonalidad emotiva y sentido del humor en que el paciente se encuentre:

(...) la tonalidad emotiva del paciente, por donde transita, depende mucho de la aproximación que tenga la persona con la broma. Si es una persona que le han hecho bullying toda la vida y que cualquier broma la toma como un aspecto amenazante del entorno, en el cual la inseguriza en su autoestima, en su autoimagen, en su percepción de las capacidades reales en ese momento, no le voy a tirar una talla yo soy cuidadoso ¿cachai?, (TE4)

Yo siento que depende mucho del paciente, (...) A qué voy. A que hay variables personales en cada paciente que hacen que el humor sea una mejor herramienta en unos por sobre otros. Por ejemplo, pacientes que tienen la tendencia a dudar. Como esta cosa media paranoide respecto al otro, o sea, si es que te ríes es lo peor que uno puede hacer(...). Pero, si es que el paciente, si es que la relación lo tolera, en la que la risa pueda ser entendida no desde “yo me estoy riendo de ti”, sino que me estoy riendo contigo de esto que estás haciendo-, creo que puede llegar a ser muy útil. (TE5)

Tiene que haber intuición terapéutica para saber qué talla tiro, y qué es lo que digo, y qué es lo que no digo. No voy a ocupar un espacio de humor en un paciente que es más concreto, (...) Creo que hay instancias en donde yo lo puedo ocupar, y no. (TE9)

De aquí, se puede desprender, cómo los entrevistados modulan el humor en la terapia, conforme a ciertas características de los pacientes, en tanto, éste pueda entender y disfrutar de una risa o intervención lúdica como parte de la dinámica y no lo experimenten

como agresión, por lo que el terapeuta debe tener claro quién es su paciente y saber cuándo intervenir adecuadamente.

Mientras que TE2 y TE8, indican que el humor en ocasiones surge desde el paciente y que son instancias que se tienen que aceptar y emplearlo terapéuticamente:

(...) una de mis pacientes, ella se ríe un montón, porque ella maneja... primero que nada ella es alegre, uno, segundo maneja muchas cosas con sus salidas humorísticas y tercero es muy creativa, ella es creativa, por lo tanto vive un poco en eso, yo qué voy a decirle como terapeuta, – se más sería mujer- no puedo, o sea, yo solamente me río con ella (...) es como que debo respetar también los rangos de ocurrencia del humor en los pacientes, no los voy a cercenar o inhibir. (TE2)

(...) también, pacientes que se plantean desde el humor. O sea, hay pacientes que se plantean desde el humor y no como defensa. Yo digo que hay gente que tiene mucho sentido del humor, y que en su vida cotidiana se desenvuelve con sentido del humor, entonces viene a la terapia, ¿por qué se va a desenvolver diferente? Ahí está la labor de uno, poder acoger ese humor limpiar, hasta entrar al punto serio, sin gravedad. (TE8)

A partir de lo anterior, se puede desprender que considerando que la psicoterapia es una diada, el paciente también usa el humor o intenta hacerlo y es por tanto importante cómo reacciona el terapeuta a ello, entender este humor no como defensa inapropiada, que el paciente no se toma en serio, o simplemente que es un paciente que tiene sentido del humor. En estas citas, se puede ver cómo el terapeuta reconoce el humor cuando surge desde el paciente y espontáneamente y genuinamente valida esta instancia, se une y lo utiliza, lo que puede contribuir positivamente a la sesión.

Tipo de Alianza o Vínculo Terapéutico.

En esta esta categoría se recogen las reflexiones que seis de doce de los entrevistados posee y que da cuenta que la alianza/vínculo es una condición indispensable para usar el humor terapéutico, en tanto ya debe existir un conocimiento previo de quién es el paciente, en base a un nivel de confianza e intimidad establecidos. Esta idea se ve

reflejada en los extractos de TE1, TE2 y TE3 , para quienes una relación sólida e instalada es propicia para el humor en una sesión terapéutica:

(...). sabes que es curioso porque creo que si pienso en los pacientes con los que he tenido procesos largos, los más largos o los que han sido más sólidos en tema de continuidad han sido relaciones que interpersonalmente han sido muy cercanas, muy cálidas pero además muy muy positivas en términos del humor y de las emociones que fluyen, obviamente hablamos de temas difíciles, pero la relación es una en la que...sí podemos reírnos de algo y eso es algo que no lo había, que hasta ahorita que lo hablamos, no lo había considerado. (TE1)

Para que el humor tenga un sentido, tiene que estar sobre la base de una relación más establecida (...), podría decir que el humor justo y terapéutico, sólo se daría si es que la alianza terapéutica, están bien establecidas (...) estoy pensando en que yo utilice el humor para producir algo, entonces en ese caso el humor va orientado a la generatividad, para que haya humor entre paciente y terapeuta tiene que haber ya una base de generatividad, o sea de confianza, de relación de una cierta intimidad, (...) ahí puedo hacer el humor con sentido terapéutico. (TE2)

Yo creo que el humor surge, pero surge principalmente cuando ya hay una alianza terapéutica y cuando ya entre terapeuta y paciente están instalados, unos conceptos, hay una información, el terapeuta ya sabe quién es el otro sabe cómo se mueve en el mundo, tiene información del paciente, hay elaboraciones ya. (TE 3)

De esas ideas se puede inferir que el humor pareciera ser sentido como en un espacio terapéutico basado en un conocimiento previo entre paciente y terapeuta y de una relación consolidada, que le permite al terapeuta sentir la confianza de que sus intervenciones serán acogidas positivamente por el paciente.

Por otra parte, cinco de los entrevistados mencionan que el humor, también ayudaría a consolidar la alianza. Por ejemplo, se puede observar en los extractos siguientes que TE9 y TE10 señalan que la alianza no necesariamente debe estar establecida para que ellas puedan utilizar el humor en el espacio terapéutico:

(...)Y puede, además ser un componente importante en la alianza, porque el humor puede crear espacios-, o sea, puede crear posibilidades en el espacio intersubjetivo, puede estar movilizandando elementos del espacio intersubjetivo que no van a ser movilizandos, que podrían no ser movilizandos desde otra

manera, ¿sí? (...) yo creo que ayuda de todas maneras a consolidar la alianza. No creo que el humor sea una estrategia privilegiada de cuando ya la alianza está. (TE9)

Yo creo que en general las dos cosas, por lo que genera vínculo también, pero tengo que ser cuidadosa porque el humor también en la otra persona puede sentirse pasada a llevar, por eso es una herramienta que yo tengo que tener el criterio para saber cuándo utilizarlo y con quien utilizarlo, ¿ya? Yo creo que hay pacientes que yo puedo usar mucho el humor y son risotadas la terapia, y eso no quiere decir que esté pasando nada, al revés, está pasando mucho (...) y se vive el espacio más humano y generar el vínculo. (TE 10)

Esta idea refleja que para los terapeutas bajo ciertos criterios, el humor puede ser utilizado desde los inicios del proceso, podría generar un espacio de mayor cercanía con el paciente y crear una relación terapéutica propicia hacia el desarrollo de una sólida alianza terapéutica.

Características personales y experiencia del Terapeuta.

En esta categoría se puede advertir que la mayoría de los entrevistados reportan que las características personales son elementos fundamentales al momento de incorporar el humor al espacio terapéutico, de estas particularidades de los terapeutas es posible recoger tres condiciones esenciales como: la espontaneidad, autenticidad y sentido del humor.

Espontaneidad y autenticidad. Estas características son mencionadas por la mayoría de los entrevistados y se refieren a que las instancias de humor terapéutico deben darse de manera real, sin forzar o fingir, dado que el paciente al percibir reacciones naturales, siente que quien está al frente de alguien genuino. Para TE5, TE3, TE9 y TE10, por ejemplo, dan cuenta que algunos terapeutas son lúdicos y entretenidos de forma natural y espontánea, lo que facilita la dinámica intersubjetiva:

Solamente esbozar la sonrisa te genera endorfinas. Entonces, imagínate en un proceso en el que estás inmerso, que es intenso para uno, es solamente el hecho de esbozar tu sonrisa te produce un poquito de placer. Entonces, deja de ser tan fuerte lo que trae (...) que tú seas creíble para el otro, ese es el tema. Entonces... por eso te digo... Es delicado, es complejo, porque hacerse

el payaso en la consulta tampoco resulta. Pierdes credibilidad. Porque no es el objetivo, digamos. (TE 5)

(...) he visto detrás del espejo a XXX, él además él tiene una característica que él tiene espontáneamente, un humor en la cotidianidad, (...) le sale muy natural, pero en la psicoterapia también él tiene, además de muchas otras expertices, tiene la expertice de pescar así en el vuelo, esa posibilidad de introducir un juego de palabras que tiene ese tinte de humor que el paciente lo vive como, con ese, con esa connotación humorística que le hace sentido, además, y que lo recibe con la carcajada como se recibe un buen chiste. (TE3)

Lo que pasa es que, yo creo que el humor aparece desde una parte del terapeuta. Como característica del terapeuta. Hay terapeutas que son divertidos y entretenidos, y otros no. Y el humor tiene que ver con una característica del terapeuta, que es como la condicionante del terapeuta, que aplica al proceso de psicoterapia y cuando lo aplica conscientemente, puede ser una estrategia, ¿sí? (TE 9)

(...) es el terapeuta que se pone en juego en una relación terapéutica. Entonces yo no puedo crear un personaje que no sea yo. Yo lo que puedo hacer es refinar algunos aspectos míos en función de la terapia. Entonces, efectivamente yo puedo saber cuándo yo puedo utilizar ese humor, cómo me sale ese humor, entonces yo puedo trabajar con el tema del humor y refinar el tema. O sea, hay un trabajo que sí se puede hacer con el humor, pero yo no me puedo poner un chip y decir, voy a hacer una intervención de humor. (TE 10)

Como se puede reconocer de las citas, los entrevistados destacan que la habilidad de usar el humor de manera efectiva en la terapia tiene relación con las características de personalidad del terapeuta, que no todos poseen, y que éste aprovecha en el espacio terapéutico y cuando ocurre se genera de forma espontánea, auténtica y dosificada y siempre con un objetivo terapéutico.

Sentido del humor. Esta característica hace referencia a que la mayoría de los entrevistados considera que el humor debiera formar parte de la vida del terapeuta, para así apropiadamente pueda realizar intervenciones con humor. Esta idea se puede observar en los extractos siguientes de TE2, TE7 y TE11 que coinciden en que el sentido del humor

debe ser constitutivo del terapeuta pues permitiría que las interacciones en el contexto terapéutico fluyan de manera coherente a como se movilizan en sus vidas:

Perfectamente me podría imaginar que hay terapeutas que nunca utilizan el humor, porque ellos no tienen humor en su vida. Los tengo aquí, los puedo visualizar, concretamente uno y otros terapeutas que fácilmente podrían usar el humor en la psicoterapia porque en sus vidas discurre en un tono más alegre, más liviano. (TE2)

(...) para mí el humor es una cosa fundamental en la vida. O sea, de reírme, de echar broma, o sea es como una cosa como natural del ser humano que tenemos que utilizar, justamente, la risa, que nos permite vincularnos con otros de nuestra especie. Y, por lo tanto, yo también lo uso en la terapia, obviamente con cierto tipo de resguardo. (TE7)

(...) Por supuesto, desde los conocimientos, la experiencia propiamente tal, y también muchas de las habilidades blandas están en el contexto terapéutico. Por lo tanto, no me imagino a alguien que, en la vida real, es una persona, por ejemplo, seria, tendiente a la reflexión más que al humor, usando el humor en la terapia. No me lo imagino, no lo sé, porque no conozco terapeutas que lo hagan, pero por ejemplo yo sí, en mi espacio personal, tiendo a ser eh-tiendo a usar el humor cuando la situación lo requiere y cuando no, no lo utilizo. (TE11)

Como se señalan en las citas anteriores, los terapeutas tienen claridad en que en sus vidas el humor es fundamental, lo que permite entender que en el contexto terapéutico puede aparecer el humor de manera más favorable y positiva. No obstante, se observa que esa instancia, la utilizan cuando la situación lo requiere no necesariamente tiene que ser siempre. Por tanto, el terapeuta que en su vida personal el humor no ocupe un lugar en sus dinámicas, no se visualiza incorporándolo en el espacio psicoterapéutico puesto que sería no genuino.

Por otra parte, la entrevistada menos proclive al uso del humor terapéutico, manifiesta haberlo usado poco, ya que el chiste surge poco en su vida, sin embargo, señala haber experimentado sesiones en donde se ha producido espacios de humor donde los ha disfrutado. Esta idea se puede apreciar en la cita siguiente:

Yo... yo creo que, yo creo que si pongo, pongo.... pocas veces he tenido la oportunidad, porque me cuesta acordarme (...) Pero poco, poco surge en mí, la instancia humorística, yo no soy buena para contar chistes en realidad, no tengo chistes así como a flor de piel y cosas así, no, pero sí se han producido instancias en donde eh... se ha producido esa instancia como te digo de complicidad que es chistoso y que el paciente se ha reído, te fijas es de humor, no es contar un chiste, pero sí recuerdo tener esa instancia de complicidad. (TE3)

La cita anterior, permite reconocer que el humor aun cuando es una instancia relacional, aparece en el espacio terapéutico intersubjetivo en menor medida especialmente cuando el terapeuta no tiene el sentido del humor o no posee en su repertorio recursos lúdicos incorporados en su vida, lo que limita la posibilidad de generar intervenciones humorísticas que tengan intención terapéutica en la sesión.

Experiencia. Se puede apreciar en esta categoría que nueve de los doce entrevistados, mencionan que la experiencia les permitiría actuar con prudencia y mantenerse alerta a las oportunidades clínicas para realizar intervenciones terapéuticas con humor, un profesional con un sólido proceso de formación, crecimiento personal y profesional, facilita la posibilidad de ser menos formales y menos rígidos en el estilo terapéutico. Estas ideas fueron expresadas por TE1 y TE, quienes señalan que la experiencia de los terapeutas favorece a una mayor libertad en el espacio terapéutico:

Entonces creo que en la medida en la que un terapeuta ha tenido un crecimiento tanto en su experiencia como terapeuta como en sus experiencias personales, en su trabajo personal que es algo como que va a surgir el humor, como parte de las fortalezas de este terapeuta. (TE1)

(...) Yo creo que sí es bueno mostrar el humor. O sea, es bueno mostrarlo, porque, a ver(...) y a medida que vamos avanzando en el mundo terapéutico, nos vamos dando cuenta que no podemos estar amarrados a reglas tan rígidas, ¿ya? Y empezamos a soltarnos más, y empezamos a seguir más al paciente, empezamos a entender más al paciente también, y estar menos pendiente de las reglas. O sea, ya me aprendí las reglas, ahora puedo funcionar de otra forma. Y ahí es donde viene a instalarse todo el tema de que te empiezas a atrever a usar el sentido del humor. Antes estabas muy reprimido. (TE8)

Como se puede observar en los extractos anteriores, la experiencia pareciera responder a un estado de madurez profesional en donde las intervenciones cuentan con mayores recursos, en los que el humor está incorporado, pero siempre con resguardo hacia la dignidad de la persona, no invadiendo o inhibiendo la corriente intersubjetiva del paciente. Es por ello que, se asume poco visto en terapeutas que se están iniciando.

Propósitos del humor terapéutico.

Esta categoría, da cuenta de las razones por las cuales los terapeutas deciden usar el humor en terapia. Lo anterior, permite advertir que en esta instancia se puede identificar cuándo y por qué el terapeuta intenciona incorporar el humor a la dinámica de algunas sesiones, con algunos pacientes. Estos propósitos se pueden subdividir en 4 categorías que se detallan más adelante.

Figura 4: Propósitos del humor terapéutico.



Generar o afiatar el Vínculo o Alianza.

En esta categoría es posible observar que la mayoría de los entrevistados mencionan que la intención al intervenir terapéuticamente con humor, es de generar un vínculo, por ejemplo, con personas más jóvenes para mostrar horizontalidad, ya que es una instancia que permite relacionarse desde un inicio y bajar niveles de ansiedad y al mismo tiempo afiatar

la alianza ya establecida. Estas ideas se pueden observar en los extractos de las entrevistas de TE7 y TE8, quienes la formulan de la siguiente manera:

(...)Entonces, tal vez, a priori no te podría decir mira, nunca en la primera sesión, hasta que por lo menos esto esté establecido, como de algún, si quieres, como de algún de tipo de vínculo, ¿no?, pero obviamente hay también excepciones, porque tal vez con personas más bien jóvenes, por ejemplo, ¿ya? Pueden tal vez necesitar del humor o algo que lo hagan sentir un poco más horizontal en la terapia ¿sí? (TE 7)

(...) yo adhiero a una corriente, pero no me gusta ser talibana en el tema técnico, sino que estoy, fundamentalmente enfocada al vínculo terapéutico. Si yo voy en contra de mi propia naturaleza, de lo que yo soy, en donde yo uso el humor corrientemente, cuando yo veo que al paciente le puedo mostrar algo con humor, (...) al hacerle un reflejo así, muy serio, el paciente no lo siente, no le llega, no lo nota. Entonces, el humor para mí es una forma de reforzar el vínculo, y de hacer que el paciente pueda ver cosas de sí mismo, que de otra forma no vería. Para mí es desde un inicio. Para mí te sirve para crear el vínculo también. (TE 8)

Esto quiere decir que para los entrevistados el humor oportuno, pareciera crear una buena relación si el paciente ve un tipo de trato más paralelo, más cercano. Del mismo modo, cuando la relación está ya establecida, el humor podría ser usado efectivamente para ayudar a profundizar este vínculo.

Generar instancias de insight, autoconocimiento y autoexploración para un proceso de cambio.

En esta categoría, la mayoría de los entrevistados mencionan que el humor terapéutico, lo utilizan como recurso para que sus pacientes puedan comprender o tomen conciencia respecto de sí mismos de los otros o de sus experiencias. Asimismo, agregan que el humor le otorga al paciente la posibilidad de autoobservarse de manera menos agresiva y menos rígida. Por tanto, esto le permitiría al paciente comenzar a conocer características desconocidas de sí mismo, abordando sus experiencias de manera más lúdica a pesar de la gravedad. Esto lo sugieren los siguientes fragmentos de las entrevistas de TE7 y TE8:

(...) utilizo muchas veces el humor más bien como una cosa, si tú quieres, como para reemplazar una reformulación, ¿ya? Cuando, entonces, en vez de decir ¿te das cuenta que esto pasa en tu vida ?, a veces es mucho más corto, como para el guiar y el seguir, y para hacer que sea capaz de internalizar ciertas cosas, con alguna frase corta, no es contarle un chiste, ¿si? Más bien algún tipo de ironía, o de alguna forma, de reflejarle lo raro de lo que le está pasando, dices ¡ah, como esto!, ¿ya? Entonces como que- (risa), para que se rían de sí mismo, y, de alguna forma, esto movilice algún tipo de explicación alternativa a lo que le está llevando a sentirse de x forma. (TE7)

(...) Eso es. El humor en la terapia no es chiste. Es para seguir al paciente, para mostrarle cosas al paciente, y para permitirle al paciente ver aspectos de sí mismo que, de otra forma, no vería. (TE 8)

Lo anterior, permite observar que los participantes utilizan el humor como una instancia en que los pacientes al reírse de sí mismos les pueda producir el efecto de movilizar algún tipo de explicación alternativa a lo que están experimentando en ese momento, es decir, resignificar sus experiencias y su historia de una manera menos dolorosa.

Asimismo, el humor le permitiría al terapeuta intervenir para que los pacientes observen su autoreferencia actual respecto de la anterior, en tanto, experimentar un nuevo sentido de sí mismo. Esta idea se puede ver reflejada en las entrevistas de TE5 y TE9:

(...) Si ocurre, bien. Hay algunos que dicen ah, mira, funciona así y yo pensé que era menos rígido que mi abuelito -ponte tú- y salí peor que mi papá, por ejemplo. Y guajajá, ¿si? Y yo, mmm-, mira. Es como, ¡te diste cuenta! así va saliendo, pero tiene que ver básicamente con que el paciente vaya reconociendo en cómo va siendo. Cómo va cambiando, cómo ha venido siendo, y como empieza a ser, ¿si? Entonces, ah, mira, yo funciona así, ah, mira, yo funciona-, ah-. Y ahí puede ser. (TE 9)

Porque se puede pensar que mediante la broma o el chiste es una terapia liviana. Al contrario. Cuando, insisto, yo comienzo a reírme de mí mismo, para mí comienza un proceso de sanación. Es porque eres capaz de mirar tus defectos que te dolieron y mirar el lado de decir “¿Cómo estuve metida en eso?” “¡juy! ¡Hoy día estoy distinta!” y reírte de eso. Para mí insisto. (TE 5)

Como se señala en las citas anteriores, el humor pareciera ser considerado por los participantes como una posibilidad para que el paciente reordene de manera más placentera y menos dolorosa, los elementos autopercebidos como constitutivos de su identidad, hacia la integración de otras cualidades y así aumentar su repertorio de características propias.

Facilitar un clima más liviano para disminuir el nivel de ansiedad del acto terapéutico y favorecer una mayor intimidad.

Esta idea se ve reflejada en las entrevistas de todos los participantes, quienes señalan que el uso del humor terapéutico puede tener como objetivo el descomprimir alguna situación, aliviar el estrés, bajar los niveles de tensión o ansiedad y crear un clima terapéutico menos rígido y más humano. De esta manera, los terapeutas lo identifican como un posible recurso que permite abrir la posibilidad para plantear los temas desde una perspectiva no tan grave. Lo anterior, se puede observar en los extractos siguientes, por ejemplo, en que TE1 y TE10, manifiestan que desde el humor es posible facilitar un clima más cercano y cómodo para el paciente:

(...) yo te decía hace unos momentos, el establecer, dependiendo a cómo yo reacciono ante ciertas cosas, un cierto clima dentro de la sesión terapéutica, quizás mostrar que el setting no es tan rígido, así como demasiado serio y entonces yo pueda reaccionar de forma un poco más ligera y desde el humor ante alguna situación que haya sucedido o ante algo que ocurra en la sesión y eso sí es algo que no me había dado cuenta y eso sí que es algo intencionado, porque yo quiero que mi paciente se sienta cómodo dentro de la sesión y dentro de la institución a la que visita, aunque la institución no sea tan flexible yo sí puedo mantener cierta cuota de flexibilidad, entonces lo hago. (TE1)

El humor es un recurso para los pacientes también, entonces obviamente que no es sólo de los pacientes, es de la interacción, es como de la cosa humana para poder plantear las cosas desde una perspectiva distinta, y que emocionalmente-, uno plantea un conflicto, pero de alguna manera no da esa gravedad que tiene que ver para poder tomarlo. Entonces el humor sirve mucho para eso, para poder dar y que el otro pueda acoger el tema sin sentirse amenazado con respecto a la información que está tomando, ¿ya? (TE 10)

Como es posible apreciar en las citas, el humor es utilizado como un elemento relacional en que el terapeuta se muestra que es humano, le permite crear un espacio alternativo gratificante, aumentando el grado de intimidad con el paciente, facilitando la confianza mutua. Un comentario humorístico bien hecho por parte del terapeuta, puede ser una forma de transmitir una comprensión empática hacia la ansiedad del paciente en la experiencia terapéutica.

Aumentar el grado de perturbación en las intervenciones.

En esta categoría, se recogen las apreciaciones de dos entrevistados que señalan que el humor con propósito terapéutico, puede ser utilizado de manera efectiva acompañando a algunas de las acciones específicas del modelo constructivista como las intervenciones terapéuticas, esto es exacerbando estas perturbaciones, lo que aumentaría el efecto de las mismas, con el objetivo de exagerar el contenido dicho por el paciente. Esta afirmación se puede apreciar en el siguiente extracto de TE2:

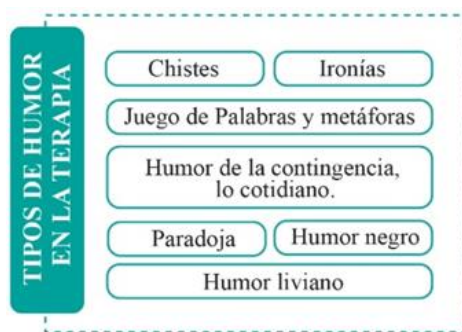
Claro, de alguna manera si utilizara el humor, que como te digo lo uso poco o tengo poca conciencia de utilizarlo, a pesar de que soy una persona de carácter más bien afable, lo que implicaría que hay momentos de humor, lo haría para aumentar los grados de perturbación del otro pero, o sea podría ir en compañía de una intensión de perturbación, estoy pensando por ejemplo en la intervención de adlaterización, en que está un poco asociado a la ironía, a la caricaturización de la respuesta del paciente, yo la caricaturizo y ahí le doy un toque de humor, porque la agrando la pongo irónica digamos y ahí iría acompañando el grado de perturbación. (TE 2)

Desde lo anterior, se puede desprender cómo el humor pareciera ser un componente adicional, que acompañaría a una intervención del modelo constructivista, (por ej.: adlaterización o reflejo ilocutivo) de manera gestual y exagerada y tendría relación con un tipo de humor más bien en donde ocurre lo contrario de lo que el paciente espera que ocurra y tiene que ver en algunos casos y particularmente el de la cita, con la ironía y la paradoja y permitiría al paciente comprender las partes más crueles o dolorosas de la vida y elegir ver el lado más humorístico o al menos su incongruencia.

Tipos de humor en la terapia.

En esta categoría, se puede advertir la intencionalidad del terapeuta al incorporar el humor terapéutico a la sesión y al proceso mismo, y muestra las diferentes formas de humor que los entrevistados manifiestan usar o han utilizado con sus pacientes. La mayoría ellos respondió que en sus intervenciones el tipo de humor tiene relación con cuán cómodos se sienten con uno u otro tipo de humor, con los que les ha generado resultados efectivos y ha creado momentos de mayor intimidad. Si bien aclaran que surge espontáneamente, existe la instancia para decidir incorporarlo o no a la dinámica con algunos pacientes y en algunas sesiones durante el proceso. A partir de lo anterior, se ha podido identificar 7 tipos, conforme a lo siguiente: chistes, la paradoja, el humor negro, humor liviano, la ironía, juego de palabras y situaciones de la contingencia.

Figura 5: Tipos de Humor en la Terapia.



Chistes

En esta categoría cuatro terapeutas de los doce entrevistados, señalan que los chistes pueden ser utilizados en psicoterapia si éstos tienen alguna finalidad. Por ejemplo, como lo muestra la siguiente cita de TE10, quien indicó, que ella puede usar un chiste para describir o representar algún hecho que terapéuticamente le sirve para provocar un cambio en la dinámica:

(...) Y eso con el humor puedo hacer ciertos quiebres, porque yo lo tengo que acompañar, y a veces tengo que salirme, porque yo tengo que poder-, sobre todo cuando yo me siento muy involucrada en el tema del otro ¿cómo me salgo? Porque si no, estoy siendo uno más no más. Entonces, cómo me desengancho a veces, tiene que ver con usar algunos métodos que van más por la línea del humor. Yo diría más por la línea del humor, en el fondo, puedo incluso usar un chiste si es que grafica bien una situación. (TE 10)

Como se puede apreciar en la cita anterior, el chiste forma parte del repertorio de posibilidades de algunos terapeutas, para reflejar algunas circunstancias o escenarios a los pacientes, que pareciera permiten una interacción más segura sin interrumpir la relación terapéutica. El mensaje se comunica de manera que sea más fácil de entender.

Ironías

Cuatro de los doce entrevistados, reconocen la ironía como un tipo de humor terapéutico, pero que para su correcto uso/funcionamiento debe estar establecido el vínculo terapéutico y el terapeuta debe tener un buen conocimiento de su paciente. Al respecto TE5 y TE7, por ejemplo, señalan que es efectivo, el reflejar de manera locutiva (parafrasear) lo dicho por el paciente, pero en tono irónico, lo que permite al paciente una mirada alternativa a lo que le está sucediendo, de manera más lúdica y tal vez menos inquietante.

Pero en general, los pacientes que yo manejo les encanta la ironía, el humor negro, ¿ya? las pocas intervenciones que puedo hacer es refiriéndome a sus propias palabras, parafraseando, pero con un tono irónico en el que ello se refleje como dijeron ellos lo que yo vi, y les causa mucha gracia y les produce un insight. Es como, ¿Yo estoy diciendo eso?. Y de esa manera (y trato de poner la misma cara) y resulta muy efectivo, sobre todo cuando es irónico. (TE5)

(...) Entonces, utilizo muchas veces el humor más bien como una cosa, como para reemplazar una reformulación, ¿ya? Cuando, entonces, en vez de decir ¿te das cuenta que esto pasa en tu vida?, a veces es mucho más corto, como para el guiar y el seguir, y para hacer que sea capaz de internalizar ciertas cosas, con alguna frase corta, no es contarle un chiste, ¿si? Más bien algún tipo de ironía, o de alguna forma, de reflejarle lo raro de lo que le está pasando, dices ¡ah, como esto!, ¿ya? Entonces como que- (risa), para que se rían de sí mismo, y, de alguna forma, esto movilice algún tipo de explicación alternativa a lo que le está llevando a sentirse de x forma. (TE7)

De los extractos se puede desprender cómo el humor y particularmente la ironía, pareciera ser una estrategia efectiva para los entrevistados al alterar terapéuticamente la perspectiva de los pacientes y permitirles que éstos puedan distanciarse y tomar otra posición de sus acciones y visión de sus problemas con un impacto más divertido y que tiene que ver al mismo tiempo, con las características de los pacientes que al parecer también la ironía es parte de sus formas de interacción.

Juego de Palabras y metáforas.

Esta codificación hace referencia a que dos de las entrevistadas argumentaron que este tipo de intervención es recibida con humor, ya que el juego de palabras en términos lúdicos les hace sentido a los pacientes. Asimismo, las metáforas les sirven para ilustrar alguna temática de manera más cercana y muchas veces absurda y que los pacientes pueden apropiarse o no de esos contenidos y así elaborarlo. Estas ideas se pueden apreciar en los extractos de las siguientes entrevistas:

(...) esa posibilidad de introducir un juego de palabras que tiene ese tinte de humor que el paciente lo vive como, con ese, con esa connotación humorística que le hace sentido además, y que lo recibe con la carcajada como se recibe un buen chiste digamos en el espacio público, en un festival, de acuerdo?, lo recibe con la misma connotación humorística que tiene, está bien encuadrado, pero después se calma digamos ese juego se termina y se retoma la sesión de psicoterapia de manera apropiada, te fijas? (TE3)

(...)yo todo el tiempo estoy poniendo muchos ejemplos, y los exacerbo como situaciones de otras personas, de otros-, y eso siempre tiene un tono más, emocionalmente más lúdico, para que- para poder trabajar mucho más en términos de metáforas con los pacientes. Yo uso hartito la metáfora, y esa metáfora muchas veces es ridícula, pero para poder ejemplificar bien el tema, entonces ahí el paciente puede meterse y decir esto sí y esto no, o ¡ah!, y entonces podemos hablar. Eso si lo uso mucho, y-, bueno, es que cada paciente uno usa cosas distintas. (TE 10)

Como está expresado en las citas, se puede apreciar que los terapeutas parecieran sentir que estas formas de humor como juego de palabras y metáforas, son amigables,

cercanas y les permite ingresar fácilmente a ciertos contenidos de manera más comprensible a sus pacientes y al igual que en los otros tipos de humor, con una disposición emocional menos angustiante. Es interesante además, entender que la forma de conducir las sesiones con estos instantes de humor, no son guiones que se incorporan en las sesiones con todos los pacientes y se podría pensar que tampoco con un mismo paciente en todas las sesiones.

Humor de la contingencia, lo cotidiano.

En esta categoría se puede observar que nueve de los doce entrevistados afirma que el humor asociado a temáticas que tienen relación con la realidad cotidiana es un recurso que aprovechan, considerado que es algo no rebuscado y permite acceder naturalmente a ciertas conductas y/o contenidos del paciente, permitiéndoles desarrollar la capacidad de reírse de sus patrones de comportamiento desadaptados, como lo sugieren, por ejemplo, estos fragmentos de las entrevistas de TE8, TE9 y TE11:

(...) O sea, riéndome, ¿te fijas? Igual de lo cotidiano, puedo reírme con un paciente que siempre llega tarde, por ejemplo. Y decirle alguna tontera, como-, y ahora que yo estaba viendo mi serie favorita, llegaste!. Yo pensé que no ibas a llegar! ¿te fijas? (y él pregunta, pero XX por qué me dice eso?). A ver, veamos por qué siempre llegas tarde? qué pasa?. A ver, cuéntame. Cuéntame, qué te impide, qué hace..., qué estás pensando?, qué vienes pensando cuando vienes caminando para acá, - ¿te fijai? Ahí introduzco el tema. En vez de retarlo porque llega tarde. (TE 8)

A veces ocupo la contingencia también, a lo Kramer por ejemplo. Digo-, no sé. Sé que el paciente vio Kramer. Entonces digo, ah, mmm-, a lo Kramer. Sí, multifacético, jajaja.(...) Tiene que ver también con el timing que vamos llevando en la sesión, en el proceso, y que yo percibo como terapeuta. Yo creo que eso también tiene que ver con un asunto de práctica, creo que lo tiene que hacer un terapeuta que sepa hacerlo, que sepa ocuparlo. (TE 9)

(...) Si, me acabo de recordar un momento. Si, em-, me pasó con un paciente que estaba bastante contenido de su ira, y de repente tiene episodios de impulsividad, y desata esta ira contenida, y utilicé el-, lo que estaba sucediendo en ese momento con el volcán. No me acuerdo si se llama Kilauea ¿puede ser? Un volcán que estuvo en erupción cerca de Hawai. Bueno, no recuerdo bien, pero era como noticia contingente y lo relacioné, como una

forma de- como para ejemplificar y como para distenderlo porque estaba muy reacio a reconocer su ira, eh-, y su reacción impulsiva y resultó, nos reímos hubo complicidad y comenzó su insight. (TE 11)

De aquí se puede desprender como los temas cotidianos pueden ser tomados hacia acciones terapéuticas y que involucra tanto situaciones del comportamiento del paciente como acontecimientos externos y que permiten al terapeuta ampliar sus recursos de intervención de manera concreta con situaciones asequibles para el paciente.

Humor negro

Respecto de esta categoría, uno de los terapeutas entrevistados señala que desde esta dinámica él insta al paciente a reorganizarse a partir de una perspectiva desde el humor negro, permitiéndole reírse de la tragedia, como lo muestra, por ejemplo, el extracto de esa entrevista en que el terapeuta reflexiona de la siguiente manera:

(...) Claro por eso te digo, porque el humor siempre va a ser, en general, en la mayor parte de los casos no me imagino otra, (...) que se reorganiza de una manera que uno se ríe, de lo que llaman el humor negro, se ríe de la tragedia y eso implica que bajan tus niveles de ansiedad. (TE2)

A partir de esta idea se infiere que el terapeuta a través de este tipo de humor, logra generar que el paciente vivencie una emocionalidad menos angustiante, lo que facilitaría la integración de ciertos contenidos que se revelen en la sesión y logre visualizar de una forma más lúdica su experiencia subjetiva adversa.

Paradoja

En esta categoría es posible observar que dos de los doce entrevistados reconocen que utilizan el humor y en particular la paradoja y señalan que este recurso humorístico les ha generado buenos resultados, ya que les permite poder perturbar de manera más productiva. Esta idea se puede identificar en el siguiente extracto de la entrevista de TE 8:

Sí, paradoja. Mucha paradoja. Mucha paradoja. Órdenes, entre comilla. (...) recuerdo una paciente que llevaba 6 sesiones contándome lo mismo, y seguía y yo trataba de llevarla por un lado, por otro lado, no había caso de hacerlo así. Vuelta vuelta. Hasta que la quedé mirando, y le dije te fuiste. ¿Qué? Me

dice. Te fuiste, le dije, muy para la risa. ¿Cómo? Te fuiste, le dije, porque para escuchar la misma lesera, ¡AH!, estoy aburrida, te fuiste. ¿X cómo me dices eso? ¿y qué seguimos hablando? Le digo yo, pero riéndome, ¿te fijas? Riéndome. No así, mira, vamos a- Hasta aquí no más llegamos. Claro. Entonces me dice, ¿en serio? ¿Llevo seis sesiones?. (TE 8)

Como se puede apreciar en la cita, la técnica paradójica pareciera ser un buen recurso para la terapeuta, ya que este tipo de intervenciones con un estilo más cómico pero desproporcionado, le permite ayudar al paciente a elaborar ciertas experiencias que no han sido fáciles de desplegar en la sesión con el objetivo que pueda regularlas satisfactoriamente.

Humor liviano

En esta categoría dos de los terapeutas entrevistados señalaron que, en términos de intervención hacia el reordenamiento de la experiencia del paciente de manera más lúdica y para relativizar la gravedad de algunas situaciones, se sienten más cómodos con un humor más juguetón, más amable, más liviano. Esta idea se puede identificar en la siguiente cita de TE11:

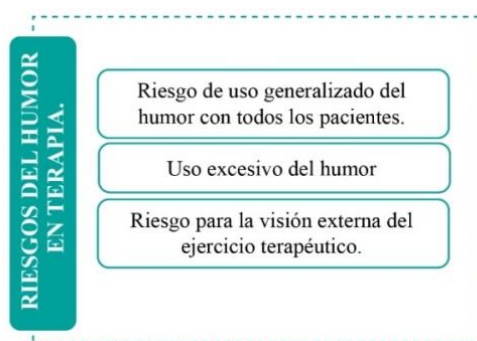
(...) Una paciente que di de alta esta semana, estaba muy resistente a comentar con respecto a una relación de pareja, (...), hay un patrón de relaciones en donde ella se vincula bastante inadecuadamente desde la inseguridad personal. Entonces, estaba en una especie de relación y como no me quería contar, yo le empecé a preguntar, sin preguntarle directamente, ya?. Y ahí utilice el humor, de este tipo así como-, bueno me imagino que el “éste”, y empecé como a nombrarlo al innombrable como el “éste”, se reía y de esta forma, ella fue como entregando información. (TE11)

Como se muestra en la cita anterior, la terapeuta despliega esta forma de intervención en el acto comunicativo con su paciente, un término más bien simple que pareciera no generar un gran impacto perturbador, como otros tipos de humor, sin embargo se percibe que la paciente experimenta dicha situación como cómica y cercana que le demanda la develación de mayores contenidos a la sesión, que hasta ese momento no querían ser desplegados por ella.

Riesgos del humor en terapia.

En esta categoría se puede reconocer las aprensiones que cuatro de los doce entrevistados presenta, si bien señalan el potencial beneficio a la hora de considerar el uso del humor en la psicoterapia, también indican que podría ser peligroso. Esta consideración se refleja en las siguientes clasificaciones: Riesgo en generalizarlo a todos los pacientes; Riesgo en su uso excesivo y Riesgo para la visión externa del ejercicio terapéutico.

Figura 6: Riesgos del humor en la psicoterapia.



Riesgo de uso generalizado del humor con todos los pacientes.

En esta categoría tres participantes advierten que la psicoterapia es una instancia delicada y señalan que el uso del humor de manera constante, puede reflejar la dificultad del terapeuta para discernir cuando es adecuado o no usarlo ya que perdería seriedad, especialmente en pacientes con duelos u otras experiencias muy dolorosas. Es así que, al instalar el humor como base, podría perder sincronía con el paciente. Esta idea, se puede reconocer en los siguientes extractos de TE4 y TE7:

(...) le puede caer mal a la persona, le puede caer horrible y tal vez ahí tengo alguna experiencia de algo que no, que no se lo hice con tonalidad humorística y que lo tomó mal, pero que si se lo toma horrible... Tengo claro que a algún paciente no le voy a tirar talla, a ciertos pacientes no. (TE 4)

(...) porque no es llegar, y utilizar el humor con cualquier persona, o sea-, no sé. (...) pero, por ejemplo, pensando en, no sé, terapia de personas abusadas, o sea, ¿me entendís? O-, hay que ser cuidadoso, obviamente con cierto tipo de

resguardo, ¿ya? Resguardo como, por ejemplo, obviamente la dignidad de la persona, ¿ya? ? Y tal vez, con las personas de mayor edad ser un poco más cuidadoso, porque, tal vez, tienen alguna estructura un poco más formal ¿Te fijas? Entonces, podría ser riesgoso. (TE7)

Se puede observar en los extractos de las entrevistas que, uno de los riesgos inherentes al uso del humor en terapia, tiene que ver con la propiedad de manejo por parte de los terapeutas de este tipo de intervención, principalmente por el conocimiento que debe tener de las necesidades de su paciente y la responsabilidad que debe primar hacia él/ella, poniendo especial consideración cuando es oportuno o no perturbar con dinámicas más lúdicas, de lo contrario reflejaría una falta de sintonía del terapeuta con los sentimientos y necesidades de su paciente, lo que podría ser perjudicial para la relación y el proceso, por tanto, no hacerlo generalizado.

Uso excesivo del humor.

Esta categoría contiene la idea de tres de los entrevistados quienes manifiestan que el humor al predominar en la terapia sería un riesgo de perder la seriedad que requiere este espacio intersubjetivo, probablemente causando daño lo que derivaría en que la relación terapéutica se vería amenazada. Estas ideas se ven expresadas en las siguientes citas de TE3, TE5 y TE10, quienes enfatizan que el humor no debiera estar constantemente en la sesión ni durante el proceso psicoterapéutico:

(...) pero que tenga un límite, que no sea algo que predomina o que siempre tiende a estar presente, ya que también correríamos un riesgo , yo creo que sería hasta un error tratar de llevarlo siempre a esa área, porque perdería seriedad, especialmente si el paciente con las características que viene y yo le trato de poner un tinte de humor a eso que me está hablando de un duelo. (TE3)

(...) porque también el hacer algo así puede significar el corte del vínculo con el paciente, y por eso que te digo (...) tener la claridad de cuándo hacerlo y tener la sensibilidad de que se la va a jugar y no va a hacer daño, porque también puedes hacer daño. ¿Ya?. Lograr entender o mirar o traspasar un poco la subjetividad del otro, para que, en esta intersubjetividad, se dé una instancia de humor y se dé la respuesta que uno espera. Ahora, uno no espera nada, uno se arriesga cuando lo hace. Pero el cien por ciento de las veces me

ha resultado y lo sigo usando. Pero como te digo, no es en todas las sesiones, no es a cada rato. (TE5)

(...) Si, si, si es efectivo como estrategia. Siempre y cuando no se sobre use ni sobreactúe tampoco. Si, porque tampoco es como que-, el proceso terapéutico es un chiste todo el tiempo. No po. Es que no es un chiste todo el tiempo. Por eso te hablaba de la tragedia y la comedia. Ir intercalando en el fondo. Y también eso te lo marca el paciente. (TE 10)

Como se expresa en las citas anteriores, un uso excesivo por parte del terapeuta es peligroso, puesto que pudiera ser que éste estaría resolviendo problemas propios. Asimismo, no se regula como estrategia de intervención constante y sería erróneo forzarlo y sobreactuarlo, puesto que instancias de humor permanentes en todas las sesiones y/o con todos los pacientes, no lo visualizan terapéutico, al contrario desde este punto de vista el humor pondría a prueba la alianza y al proceso mismo.

Riesgo para la visión externa del ejercicio terapéutico.

Esta idea, refleja la visión de dos entrevistados, quienes señalaron que el humor terapéutico puede generar una perspectiva de reputación negativa respecto del quehacer psicoterapéutico, percibiendo que una intervención humorística con algún tipo de broma o chiste en sesión, podría indicar terapia liviana con un proceso poco profesional, mal mirado. Por ejemplo, en los extractos de TE5 y TE9, se puede observar la crítica hacia acciones nuevas en terapia:

(...) Es que puede ser mal mirado o poco docto, o que el terapeuta que lo hace puede ser poco inteligente. Se piensa que puede ser así. Abre el tema social y de nombre y de reputación. “¿Cómo tú tiras un chiste en tu terapia?” (TE 5)

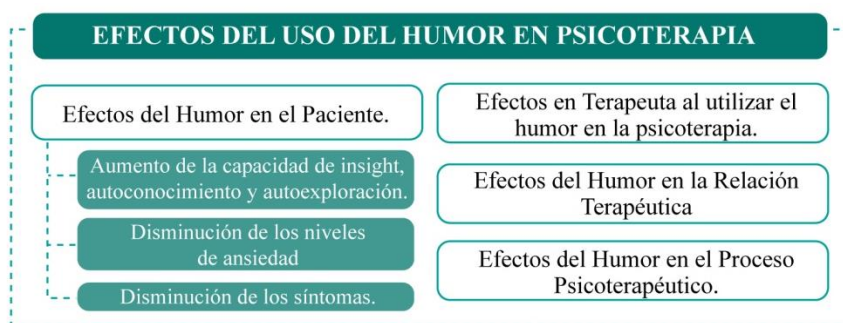
Es que nosotros, los psicólogos, todo lo mal miramos (risa). Todo lo mal miramos. Todo lo nuevo, todo lo que no salga de nuestro súper espacio rígido, lo mal miramos y lo criticamos. Nunca damos espacio para cosas nuevas. (...) O sea, ojalá que se sigan abriendo. Pero solemos ser sumamente críticos con lo que nos aparece como nuevo, porque queremos algo muy ortodoxo. (TE 9)

Como se expresa en las citas anteriores, pareciera existir una preocupación por algunos terapeutas en relación con la valoración que los pacientes u otros profesionales terapeutas tienen del uso del humor en la psicoterapia, advirtiéndose que con estas dinámicas poco doctas los terapeutas pudieran transmitir que no están tomando con seriedad las experiencias complejas de sus pacientes. Se ve reflejado también que a nivel implícito existiría una reticencia a incorporar nuevas estrategias al espacio terapéutico.

Efectos del uso del humor en psicoterapia.

Esta categoría contiene la idea de que para la mayoría de los entrevistados, el humor impacta de diversas maneras en los distintos componentes que conforman el espacio intersubjetivo psicoterapéutico. Los que se pueden identificar de acuerdo a lo siguiente: Efectos del humor en el paciente, Efectos del humor en el terapeuta, Efectos del humor en la relación terapéutica y Efectos del humor en el proceso psicoterapéutico.

Figura 7: Efectos del uso del humor en psicoterapia.



Efectos del humor en el paciente.

En esta categoría, se puede reconocer cómo el humor en la psicoterapia para nueve de los doce entrevistados genera consecuencias/ impacto en el paciente. Al respecto manifiestan que luego de una intervención humorística, aun cuando puede ser sin intención terapéutica, al ser generada en algunos casos por el paciente y en otras por el terapeuta, al

recoger y reaccionar a lo generado por el paciente, estos últimos se ven inevitablemente movidos por estas intervenciones. Sin embargo, el tipo de efecto variará de paciente a paciente, considerando las diferentes características personales de éstos. Estas variantes surgen a partir de las intervenciones del terapeuta y que derivan en lo siguiente:

Aumento de la capacidad de insight, autoconocimiento y autoexploración. En estos estados los entrevistados señalan que a través de ciertas intervenciones más lúdicas, en los pacientes se manifiesta la toma de conciencia, búsqueda y visión de sí mismo más realista, menos rígida y menos agresiva. Estas reflexiones se pueden observar, en los siguientes extractos de TE7 y TE6, quienes señalan la toma de conciencia de los pacientes respecto de sus comportamientos y formas previas de conducirse:

Las personas vienen porque hay algo en su vida que no está como le gustaría que estuviera ¿sí? Ahora, yo creo que el humor, justamente, puede ser una herramienta para ayudarlos a ordenar las cosas de una manera distinta. Sí. Porque de repente uno hace un comentario respecto de algo ¿ya? Por ejemplo, un tipo de ironía, (...) el paciente, que se ría así como já ¿no es cierto? y en realidad, puta que soy hueón (risas) una cosa así como, de tomar conciencia de algunas cosas. (TE7)

Estamos en conexión directa con el sufrimiento humano, y esto no es gratis. Reírnos, sin embargo, de este sufrimiento humano, encontrarle lo ridículo, o el hecho de que muchas veces nos angustiamos por huevadas, es liberador. Entonces, ¿cachai? Este mismo paciente con quien pasaste dos horas, ¿cachai? Analizando por qué es que Juanito le estuviera mirando feo, no significaba que lo odiaba para siempre. Después, te mira y dice, pucha que hablaba huevadas. Tú le decís, sí (risa.) (TE 6)

Las citas reflejan que los terapeutas, establecen las condiciones para provocar la reorganización de los pacientes con intervenciones desde el humor, las que son bien acogidas, ya que los pacientes parecieran tolerar mejor los contenidos con humor, lo que facilita la una toma de conciencia y autocrítica que deriva en una mejorada y efectiva comprensión de sí mismos.

Disminución en los niveles de ansiedad. En esta categoría algunos de los terapeutas señalan que las instancias de humor pueden ser efectivas para bajar los montos de ansiedad

que genera el espacio terapéutico, especialmente para la elaboración de temáticas difíciles para el paciente. Lo anterior se puede ver en el siguiente extracto:

Es también para de repente eh-, abordar ciertos temas que son complejos y que pueden generar algún tipo de resistencia en el usuario eh-, para disminuir el nivel de ansiedad, o el nivel de estrés que están en ese minuto experimentando emocionalmente, relajar la tensión, y nuevamente encausarlos en el proceso o en la experiencia que yo necesito que se enfoquen pero, desde un estado emocional más-, podría decirse con menos tensión o más em-, o más tranquilos. (TE 11)

La cita anterior muestra que el humor permite a los terapeutas abordar una sesión, aun cuando se estén tratando temáticas difíciles, generando un clima más liviano que facilita poder modular el nivel emocional del paciente hacia un estado de más calma que permite una apertura de sus pacientes y lograr centrarse en sus problemas de una manera menos angustiante.

Mientras que otro terapeuta señala que en ocasiones el paciente genera estas instancias de humor y que él lo acoge para justamente para permitir bajar los niveles de ansiedad, como se refleja en el siguiente párrafo:

(...) cuando circula el humor particularmente si viene desde el paciente uno tiene que hacerse la pregunta cuál es la funcionalidad del humor, tengo un paciente que es muy ingenioso, pero su humor ahí en la sesión está asociado al otro sentido del humor, bajar los montos de ansiedad de la interacción. (...) los pacientes....habitualmente lo que más ocurre en la sesión, es que los pacientes alivian los montos de ansiedad a través del humor y eso uno lo permite.

La idea anterior, se puede comprender que el terapeuta acoge los momentos en que el paciente genera una instancia humorística, para permanecer emocionalmente accesible y reconocer, aceptar y experimentar con el paciente estas instancias y así proporcionar el espacio necesario para el despliegue de las emociones propias del paciente.

Disminución de los síntomas. En esta categoría se puede reconocer que algunos terapeutas perciben, en la medida que avanzan los procesos, cómo en algunos pacientes ciertos síntomas manifiestos se van atenuando y que se pueden observar a través de sonrisas, risas o expresiones más jocosas de sí mismos, de igual forma se observan más satisfechos respecto de cómo se sentían en un comienzo de la terapia. Esto se puede observar, por ejemplo, en los siguientes extractos de las entrevistas de TE1, TE5 y TE7:

Sí, fíjate que me recuerdo de un caso (...), la paciente comentaba, me pasó esto y lo abordaba de buena forma a pesar que eran situaciones desagradables, se reía un poco con esto sin restarle seriedad, porque había comprendido luego de los problemas con la pareja, qué era lo que a ella le estaba sucediendo y entonces lo enfocaba no como al inicio del proceso, como que “soy la peor persona del mundo”, sino como.. “bueno pasó esto y ahora qué voy a hacer con esta situación” y creo que el enfoque como más desde el humor, fue lo que medió el cambio pero definitivamente era algo que ya ocurría en la dinámica después. (TE1)

(...) Insisto que, el reírse, quizás representa para algunos un signo de debilidad o de tontera. No sé. Para mí representa un signo de inteligencia. Sobre todo, cuando se ríe de uno mismo (...) cuando logras eso, el paciente se está riendo de él mismo. Entonces, eso es casi una liberación, porque ellos vienen desde la autocrítica, de la falta de autoestima. Para mí es un punto tremendamente favorable (...) Que se vean. Que se vean cómo estaban y cómo están hoy o cuál es la autoreferencia hoy a la anterior. Y les hace “click”. Logra como “¿Yo era así?” “No sé, ¿qué decís tú?” Digo yo. Y se empiezan a matar de la risa “no lo puedo creer”, me dicen. (TE5)

Entonces, utilizo muchas veces el humor (...). como para reemplazar una reformulación, ¿ya?(...) y en la medida que la persona que viene a terapia va, entre comillas, mejorando, aliviando la sintomatología ¿sí? Comienza a reírse, comienza a sonreír más ¿te fijas? Comienza a ser menos depresivo, menos hipotímico, más demostrativo (...)¿te fijas?(TE7)

En general los terapeutas señalan que al usar el humor en sus intervenciones advierten un impacto positivo en sus pacientes, el que logran identificar a través del lenguaje corporal, reacción facial y apertura de éstos que se ven reflejados en su autopercepción desde una perspectiva más alegre.

Efectos en terapeuta al utilizar el humor en la psicoterapia.

En esta categoría se puede reconocer cómo cinco de los doce entrevistados señalan sentirse cómodos en las sesiones, cuando han usado el humor como estrategia, y se ha generado una instancia más relajada agregando una entrevistada sentirse más activa y motivada. Mientras que otra terapeuta afirma que cuando ha obtenido el resultado esperado, siente que va por la senda correcta, es así que validan positivamente las intervenciones humorísticas. Esto se ve reflejado en los siguientes extractos de TE8 y TE11:

A través de esta intervención, más bien lúdica. A ver, a mi me moviliza mucho cada vez que yo veo un logro en un paciente. O sea, yo no sé si esto está bien o está mal. Nunca lo supe, pero siempre lo dije. Es decir, el día en que los pacientes dejen de movilizarme, es el día en que me retiro. Ahí me moviliza cuando yo logro una buena respuesta en el paciente. Y ahí vamos a analizar esa respuesta que tú diste, vamos a conversar sobre ella, vamos a verla ahora. (TE 8)

(...) Em-, durante la sesión. dependiendo para que use el humor es como para ir, por ejemplo, eh-, por ejemplo, en estos contextos que utilizo el humor para em-, para abrir un tema em-, el efecto que tiene en mí es como de em-, cómo lo puedo calificar, como de- eso, como de sentir que estoy en bien encaminada. Me pasa que siento que utilicé como una estrategia efectiva, y siento que estoy como bien atenta a estar-, o sea, bien atenta a cómo está la paciente en este caso para intervenir. (TE 11)

Como se menciona en las citas, las terapeutas han alcanzado un nivel de conocimiento de los contenidos de la vida del paciente que les permite realizar ciertas perturbaciones utilizando el humor, con el objetivo de que el paciente reordene el material desplegado y genere una respuesta que permita abrir y elaborar condiciones para un proceso de cambio. Es así que se puede observar que para las entrevistadas estas instancias

tienen efectos activadores y sienten estar encauzadas de manera efectiva con sus pacientes, lo que se entendería, por tanto, la existencia de sincronía emocional con sus pacientes.

Efectos del Humor en la Relación Terapéutica.

Esta categoría muestra que para seis de los entrevistados el humor en el contexto terapéutico genera instancias de sintonía, complicidad y empatía, al desarrollarse una dinámica intersubjetiva basada en una relación humana más cercana. Esto es expresado por TE2 y TE11, quienes coinciden en que ciertos espacios de humor permiten una intimidad que contribuye en la alianza:

Facilita un clima más liviano, con mayor intimidad. En esta categoría, la mayoría de los entrevistados la percibe como una instancia de mayor cercanía en el encuentro terapéutico, que favorece la interacción al mostrarse el terapeuta más cercano, más empático y más humano. Esto se puede ver en los siguientes extractos:

Claro por eso te digo, sería un contribuyente. Porque el humor siempre va a ser, en general, en la mayor parte de los casos no me imagino otra, 1) una interpelación a la realidad; 2) a lo cotidiano de la realidad; que se reorganiza de una manera que uno se ríe, (...) se ríe de la tragedia y eso implica que bajan tus niveles de ansiedad, y si es beneficioso, si por eso te digo, es un contribuyente justo, si por eso tiene que estar muy claro el terapeuta. El humor te vuelve a la relación, o sea, te saca un poco, te advierte que estás en una relación personal, humana, tiene ese sentido. (TE2)

(...) para mí es súper importante el vínculo terapéutico ¿ya? es lo que me hace garantizar, o aumentar el porcentaje de garantía de que va a haber efectividad. (...)para que no me tomaran como alguien tan distante digamos, me humanizo a través del humor. Eh-, por ejemplo, cuando compartimos experiencias de maternidad, cuando hay estrés, o dificultades en el postparto, o en los primeros meses de crianza em-, utilicé mucho el-, mis experiencias como mamá, y burlándome de mí y de las situaciones complejas como para generar también esta suerte como de mutua empatía. (TE11)

Como se observa en las citas anteriores, existe coherencia entre las opiniones de los entrevistados en cuanto al efecto positivo del humor en la relación terapéutica, en que

el encuentro entre paciente y terapeuta se percibe en un encuentro cimentado en un apego seguro en términos de alianza y que, al mismo tiempo, instancias de encuentros lúdicos permitiría el desarrollo del vínculo necesario para el éxito de los procesos. Es así que los efectos del humor terapéutico, se viven como experiencias más cercanas, de mayor sincronía y complicidad y que acercan al terapeuta no sólo desde lo profesional, sino que desde lo humano.

Efectos del Humor en el Proceso Psicoterapéutico

En esta categoría se puede observar la percepción que los entrevistados tienen respecto del alcance que tiene el humor durante el proceso terapéutico, y que tiene relación con cómo va el paciente modificando su autopercepción y se va generando más confianza y especialmente desde el paciente quien a partir de este espacio de más cercanía, comienza a develar aspectos más difíciles de narrar en un inicio. Lo anterior, se puede apreciar en las citas de TE1 y TE11, respecto de este fenómeno en el proceso terapéutico:

(...)es que la forma en la que esta paciente o estos pacientes se ven a sí mismos (...)lo que les está pasando va casi que de la mano con las valoraciones que puedan hacer desde una perspectiva más fatalista a una perspectiva más alegre y más desde el humor, creo yo que son cosas que van de la mano y en la medida en la que yo ejerzo esta habilidad como que puedo conocer otras cosas de una forma diferente. Son cosas que han ido de la mano como interinfluyéndose en la medida en la que la persona va avanzando en su proceso de psicoterapia, hacia el cambio que se espera. (TE1)

(...) Entonces, probablemente, no solamente de un tema de la postura corporal, sino que también que se ría, que sonría, que se ríe con los chistes ¿te fijas? Que él mismo bromee, que él mismo se ría de sí mismo-, en buena, no en mala, por supuesto ¿ya? Yo creo que también es un buen indicador de cambio terapéutico. (TE7)

A través de estos extractos, se puede comprender que las intervenciones con humor van generando instancias que favorecen las condiciones para el vínculo y el proceso de cambio personalizado, entendiéndose que cada espacio terapéutico es único y en la medida que el terapeuta posea un conocimiento de su paciente, de las demandas de éste y las

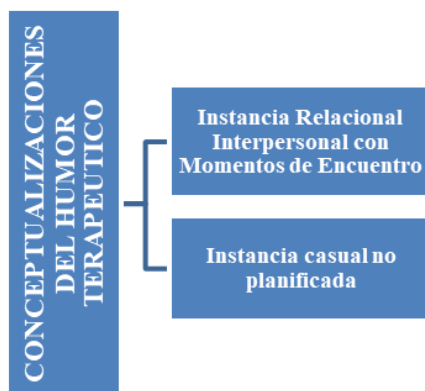
habilidades de usar el humor con un fin terapéutico, esto se ve reflejado en la dinámica intersubjetiva de mayor confianza y complicidad, como en los procesos de sus pacientes.

A continuación y como paso siguiente a la codificación abierta, se empleó la codificación axial para identificar categorías centrales, eventos o sucesos y sus subcategorías (Strauss y Corbin, 2002) para contrastar, diferenciar y verificar relaciones entre ellas, con el objetivo de comprender cómo entienden los entrevistados, el humor en el espacio psicoterapéutico, desde la propia experiencia y principalmente los efectos que generan estas instancias.

Instancia Relacional – Espontánea

En este caso, a partir del trabajo en la codificación abierta, fue posible inferir ciertas relaciones entre las categorías (tanto entre las categorías de nivel superior como entre las de nivel superior e inferior), un hecho que permitió la creación de un marco de codificación axial.

Figura 8: Instancia Relacional –Espontánea.



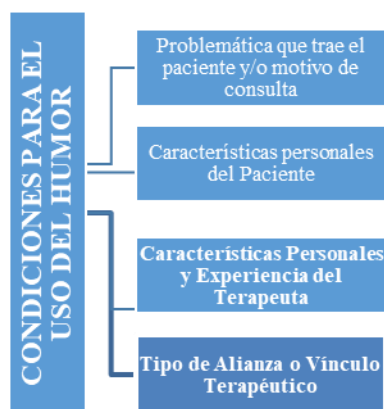
La figura 8, muestra que el primer fenómeno que surge responde a la pregunta de ¿cómo los entrevistados entienden el humor en la psicoterapia? La categoría central se denominó "*Instancia Relacional - Espontánea*" porque la mayoría de los entrevistados las mencionaron de forma parecida. Esta categoría hace referencia al hecho de que los terapeutas experimentan el humor en la terapia como un lugar de encuentro, una

experiencia humana constante en las interacciones que no está planificada. Esta experiencia la conceptualizan como un instante de complicidad emotiva de confianza y sintonía que surge de manera espontánea, aun cuando el terapeuta decide si usarla o no.

Condiciones esenciales para el uso del humor.

En la segunda propuesta axial, el fenómeno central se denominó "*Condiciones esenciales para el uso del humor*"

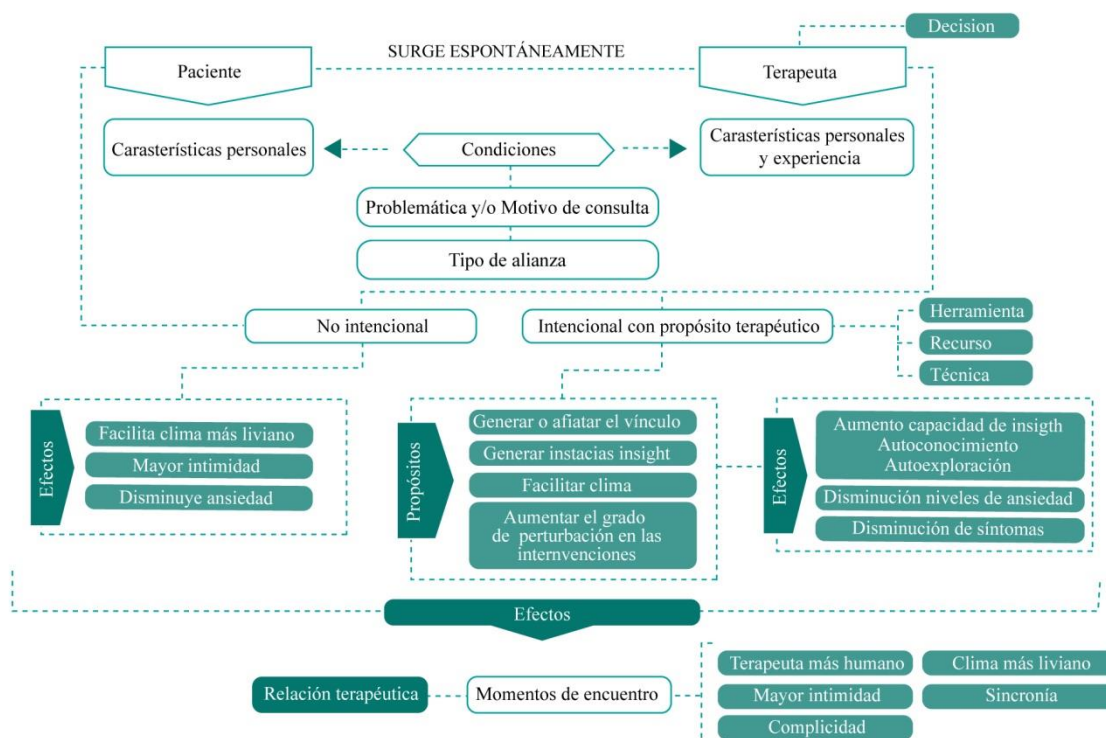
Figura 9: Condiciones esenciales para el uso del humor.



La figura 9, intenta mostrar la percepción de los terapeutas sobre ¿Cómo se va desplegando el humor en la terapia?, en esta categoría también la mayoría de los entrevistados, señaló que el humor puede surgir siempre y cuando se den las condiciones ya indicadas para ello y que el terapeuta al ser el sujeto responsable de crear el escenario adecuado para el cambio de los sistemas de conocimiento y la remisión de los síntomas que aquejan al paciente y en tanto estas condiciones se generan principalmente en las interacciones entre ambos, debe estar atento a que dicho contexto se estén configurando las características del paciente, con el tipo de alianza y con su propia forma de constituirse en el mundo.

Modelo comprensivo del humor en la Psicoterapia.

Figura 10: Instancia Relacional-Espontánea



La figura 10 muestra una visión integral de cómo todos los elementos mencionados se relacionan para ofrecer una imagen más completa de la manera en que los terapeutas entienden el humor en psicoterapia, es decir, en qué instancias y con qué propósitos clínicos el terapeuta puede utilizar el humor en la psicoterapia, los efectos observados y vivenciados en sesiones y durante los procesos. Se desarrolló un modelo comprensivo sobre cómo se va desplegando el humor en psicoterapia y sus consecuencias para el proceso terapéutico.

A partir del análisis realizado se puede proponer que el humor es principalmente una **Instancia Relacional** que puede ser manifestada por una parte, por el paciente de manera casual con expresiones de sentido del humor, en este último caso, el terapeuta debe estar atento para identificarlo e intervenir coherentemente, esas instancias al ser generadas

por el paciente, obviamente no tiene propósito terapéutico, sin embargo, al ser reconocidas y acogidas por el terapeuta generan efectos positivos que se mencionarán más adelante.

Conforme a lo señalado por los entrevistados, las instancias de humor generadas por los terapeutas, *surgen espontáneamente*, en tanto ocurre sin planificación previa, sin embargo, el terapeuta decide, si es oportuno o no intervenir con humor en la terapia conforme a ciertas *Condiciones esenciales*, que se identifican como: *Tipo de Alianza o Vínculo Terapéutico*. Esta condición es señalada como muy importante por los terapeutas, a la hora de generar intervenciones humorísticas, al existir una relación terapéutica más sólida que admitiría estas instancias; *Características Personales del Paciente*, esto implica que el paciente debe poseer un sentido del humor y capacidad de abstracción necesarias para percibir o apreciar el humor o las intervenciones humorística de los terapeutas en sesión de manera positiva. *Características Personales y Experiencia del Terapeuta*, en estas características se encuentran la Espontaneidad y Autenticidad, el Sentido del Humor, estas tres particularidades son sentidas por los entrevistados como lo que permitiría al terapeuta intervenir con naturalidad en las sesiones y la Experiencia apunta a que ésta le permite actuar desde un lugar con mayor capacidad para entender la dinámica del paciente y saber la oportunidad del uso del humor en la terapia. Reconocen también que no es algo en lo que estén constantemente buscando, pero que sí están alertas a cuando se dan estas condiciones y cuando sienten que ocurre, utilizan el humor como *Herramienta, Técnica o Recurso* como otras técnicas de intervención con *Propósitos* determinados a generar condiciones posibles para algún resultado o cambio conforme a las necesidades del paciente, entre los señalados por los entrevistados están: Facilitar un clima más íntimo para disminuir la ansiedad y favorecer una mayor intimidad, Generar o afiatar el Vínculo o Alianza y Generar instancia de insight, autoconocimiento y autoexploración. Todo lo anterior, es señalado por los terapeutas en tanto las intervenciones con humor de manera genuina, permiten incluso, desde el inicio de algún proceso, (bajo las condiciones señaladas anteriormente) crear un espacio más cercano con los pacientes, especialmente para bajar la ansiedad en procesos iniciales, humanizando y acercando al paciente a un espacio intersubjetivo cálido. Asimismo, en procesos más avanzados estas instancias tienen el objetivo de facilitar en el paciente, la auto observación y auto percepción desde una

perspectiva menos grave, pudiendo llegar a tener un insight sobre cómo ha sido y cómo está siendo producirlo y generalizarlo a otras situaciones interpersonales.

Siguiendo con la secuencia de la Figura 10 y en coherencia con los propósitos anteriores, los entrevistados, han señalado que efectivamente las instancias de humor generan *Efectos* en el paciente positivos, con o sin intencionalidad, es así que a partir de los datos proporcionados en intervenciones sin propósito terapéutico, un momento de humor Facilita un clima más liviano, que permite la Disminución de los niveles de ansiedad del paciente dando mayor posibilidad de despliegue de su problemática, permitiéndole al terapeuta poder conocer y desplazarse por los contenidos del relato con mayores antecedentes.

Con relación a los *Efectos* que se generan a partir de una instancia intencionada por el terapeuta, éstos señalan que los más importantes, tienen relación con el Aumento de la capacidad de insight, Autoconocimiento y Autoexploración, lo que da cuenta que a través de instancias de humor el paciente puede tomar conciencia de cómo se percibe, cómo se relaciona y de sus dinámicas. Asimismo, la Disminución de los niveles de ansiedad, son también ocasionados por intervenciones con humor, dado que a través de estos momentos más lúdicos el paciente logra percibir a un terapeuta más horizontal y humano y el espacio intersubjetivo lo vive de manera más cercana, lo que permite poder ir abordando sus problemáticas con un nivel emocional más modulado con menos tensión.

Todo lo anterior, redunda en la percepción de los terapeutas en que a partir de estas instancias, el paciente va generando modos alternativos de ver sus dinámicas y autoobservarse y logran reírse de sí mismos, de sus actitudes y comportamientos previos, lo que va generando procesos de cambio.

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de este estudio fue el de identificar y analizar la relación entre las instancias, contenidos y propósitos en los que terapeutas constructivistas cognitivos utilizan el humor en psicoterapia con pacientes adultos, con el fin de desarrollar un modelo comprensivo para su uso clínico, entendiendo que la relación entre terapeuta y paciente si bien es una relación que contiene aspectos técnicos, al ser un encuentro entre dos personas, dos subjetividades, posee particularidades intrínsecamente humanas que movilizan esta instancia. Desde esta perspectiva, el humor al ser considerado un aspecto inevitable y natural de la interacción humana en todas las áreas de nuestras vidas, ha demostrado ser un potencial beneficio para la salud mental incluyendo la psicoterapia.

Es así que esta investigación, intenta responder a la pregunta ¿De qué manera, en qué instancias y con qué propósitos clínicos el terapeuta constructivista cognitivo usa el humor en la psicoterapia clínica con pacientes adultos?

A partir de los datos recogidos, es importante señalar en primer lugar, que todos los terapeutas entrevistados han experimentado instancias de humor en algún momento con sus pacientes, sin embargo no lo tenían considerado como un recurso posible de analizar con mayor profundidad. Por tanto, a partir de sus relatos se pudo obtener la percepción de lo que cada uno reconoce, conceptualiza y ha vivenciado como humor en la terapia. Se logró identificar opiniones desde los terapeutas que defienden con entusiasmo el humor como un componente altamente beneficioso en la terapia, hasta quienes expresan una postura más cautelosa.

Respecto del primer objetivo de este estudio, que consistía en Indagar las instancias en que el terapeuta utiliza el humor en la psicoterapia clínica Constructivista Cognitiva, los hallazgos relevantes encontrados en este estudio señalan que no existe una única manera en que el terapeuta reconoce y utiliza el humor en el espacio terapéutico, sin embargo, se pudo identificar que la forma en que surge es espontánea y tiene relación con ciertas condiciones en el contexto intersubjetivo y que son reconocidas por el terapeuta ya que como bien plantea Yáñez (2005) este contexto es un espacio de permanente intercambio de experiencias significativas que generan las condiciones que favorecen el espacio de

conversación hacia la significación de los contenidos experienciales tanto del paciente como del terapeuta y que conforme a argumentos de Duarte (2012), lo que ocurre en el contexto intersubjetivo va develando las dinámicas propias de las subjetividades entre paciente y terapeuta. Es que es en este descubrir, el terapeuta alcanza el conocimiento necesario desde donde actúa como un otro comprensivo, logra entender la dinámica del paciente y ello facilita el poder perturbarlo incorporando el humor como intervención terapéutica. En este sentido, se comprende que entre las instancias de humor, tiene importancia las características personales tanto del paciente como del terapeuta, en el caso del paciente, el sentido del humor, como la capacidad de abstracción para identificar el punto humorístico como afirma Franzini (2001) debe tener una relevancia para las características personales del paciente, lo que señala que en una intervención más lúdica, pareciera razonable esperar que los pacientes con un mayor sentido del humor se beneficien más de este tipo de perturbaciones. Desde el constructivismo se puede señalar que el paciente al ser un sujeto activo y constructivo y cada experiencia de vida es productora del sí mismo, conforme a sus propios patrones de funcionamiento, en el mundo y en cada experiencia que vive. Al ser un sujeto que significa sus experiencias desde una explicación más risueña, lúdica o irónica de las cosas, favorece la construcción que tiene de sí mismo.

Es por ello que en el espacio intersubjetivo terapéutico cuando el sujeto está experimentando una desorganización de sus sistemas de conocimiento, tanto internos o de respuestas a las demandas del ambiente, el rol del terapeuta radica principalmente en compartir la experiencia subjetiva del paciente, proporcionando apoyo para el procesamiento diferencial de esa experiencia, como lo enfatiza Zagnutt (2004) que al ser una intervención usando el humor con propósito terapéutico pueden darse las condiciones apropiadas para un cambio en los sistemas de significación del paciente al ser el humor un factor común entre ellos. Asimismo, con relación a las características personales del terapeuta existe un amplio consenso de que para que los terapeutas puedan generar espacios de humor, tanto recogiendo las intervenciones humorísticas de sus pacientes y respondiendo a ellas de forma terapéutica, como producidas por ellos mismos, deben ser genuinas basadas en el sentido del humor del terapeuta. El humor es un tipo de habilidad social y competencia interpersonal que contribuiría a la efectividad de los terapeutas y que

se da cuando éste lo ha integrado a su forma de ser. La sincronía emocional entre terapeuta y paciente en las instancias de humor, pareciera ser esencial, al estar asimismo, inmersos en una adecuación contextual del espacio terapéutico. Esto es coherente con el método psicoterapéutico central del modelo constructivista cognitivo, basado en la exploración emocional y vivencial, como es señalado por Zagsmutt (2004)

A lo anterior, se agrega que el tipo de alianza va permitiendo una interacción en donde el contexto interpersonal entre el terapeuta y el paciente, se ajusta a ciertas exigencias y éstas últimas tienen que ver con el poder adaptarse a las problemáticas que trae el paciente. Esto se puede comprender puesto que el terapeuta señala que el uso del humor terapéutico se puede dar conforme al tipo de alianza alcanzado, en tanto, desde el modelo se señala que es de vital importancia la alianza terapéutica, para los desenlaces exitosos de los procesos psicoterapéuticos y de los vínculos afectivos para la comprensión adecuada de los pacientes. En este aspecto las opiniones de los entrevistados es variada ya que aun cuando la mayoría señala que para instancias de humor debe haber un vínculo o alianza establecida, otros terapeutas utilizan el humor para lograr establecer la alianza.

Todo lo anterior, debe estar bajo un nivel adecuado de experiencia clínica terapéutica y conocer a su paciente, es decir que el terapeuta posea los elementos precisos de juicio, que surgen tanto del contenido de lo narrado por el paciente como del marco de referencia en que se moviliza éste para construir su relato, que permita al terapeuta intervenir o no usando el humor. Como lo resumió Richman (1996), el humor sólo se debe utilizar en la terapia por quienes saben lo que están haciendo, y sólo cuando así lo deciden. Del mismo modo y como lo argumentan Valentine & Gabbard (2014) al identificar una instancia de humor como resonancia mutua al enfatizar que esa resonancia no comience en el momento en que se genera el comentario humorístico, sino en la fracción de segundo precedente en la que el terapeuta intuye sensiblemente la capacidad del paciente de recibir dicho comentario.

Con relación al segundo objetivo, de explorar y describir los diferentes contenidos de humor que surgen desde el terapeuta en la psicoterapia clínica, se encontró que éstos se relacionan con la naturalidad y espontaneidad que pueden ser manejados ciertos conceptos o temáticas por los terapeutas, que al graficar ciertas situaciones en cuanto a la complejidad

presentada por el paciente van de forma lúdica reflejándolo en la sesión, es así que el humor terapéutico puede tomar casi cualquier forma, incluyendo chistes, humor negro (pero raramente ocurre), humor liviano, la ironía, paradojas, juegos de palabras, metáforas, comentarios humorísticos que señalan absurdos, exageraciones, y especialmente observaciones cómicas de la contingencia, estas últimas, respecto de lo manifestado por los terapeutas, las que generan los mayores momentos de complicidad al estar ambos conectados y riéndose. Lo anterior, se puede comprender en la co-existencia de terapeuta y paciente en el contexto intersubjetivo al co-existir un constante interjuego entre los dos mundos experienciales y que está mediado siempre por el lenguaje y que se devela al conectarse ambos en una sincronía de conceptos que simultáneamente disfrutan. Los contenidos que fortalecen la alianza son los que tienen que ver con situaciones de la cotidianidad en donde el paciente logra bajar sus niveles de ansiedad y ver al terapeuta más humano o muestran de forma lúdica rigideces del paciente. No obstante, se debe tener especial cuidado que para que el humor sea beneficioso en la terapia, como señala Franzini (2000), una intervención con humor debe ser claramente relevante para un problema terapéutico, como un conflicto interno o una característica personal del paciente.

El tercer objetivo fue Indagar el propósito del terapeuta al momento de usar el humor en psicoterapia, se encontró que éstos también varían conforme a cómo los terapeutas tienen incorporado el humor en sus vidas y cómo lo integran al espacio terapéutico, algunos de los terapeutas el humor guiaban las intervenciones con humor específicamente hacia el espacio intersubjetivo y cómo generar un contexto más cercano, mostrando mayor horizontalidad para disminuir los montos de ansiedad del paciente y cuando éstos son pocos productivos, así ello le permite abrir el camino y generar que éste pueda más íntimamente, abordar sus problemáticas al conectarse con un espacio más humano y cercano. Mientras que otros terapeutas, más adherentes al uso de este fenómeno como recurso terapéutico, lo utilizan genuinamente para generar insight, autoconocimiento y autoexploración en los pacientes, es así entonces, que algunos terapeutas a partir del humor, generan instancias que movilizan a los pacientes a obtener una alternativa o alternativas distintas respecto de sus conductas, visiones de sí mismos y de sus relaciones con los otros. Estas instancias son vistas como un camino más corto hacia la comprensión

de sí mismos, dado que por ejemplo una risa simultánea puede generar un espacio de reflexión hacia un proceso de cambio. Lo anterior, como sugiere Baker (1993) quien señala que el uso efectivo del humor que resulta en una risa compartida entre el terapeuta y el paciente puede ser un factor contribuyente significativo para el cambio en el paciente.

Otro de los propósitos señalados dan cuenta que el humor no es en sí mismo una intervención sino que más bien puede ser utilizado de manera efectiva acompañando algunas de las acciones específicas del modelo constructivista como las intervenciones terapéuticas, como por ejemplo un reflejo ilocutivo o adlateralización, así el humor los terapeutas lo asocian a exacerbar ciertas perturbaciones, que aumentaría el efecto de algo que haya narrado el paciente. Por lo que si bien, no es considerado intervención, del mismo modo forma parte del repertorio del terapeuta y el humor sería un elemento que favorece ciertas acciones terapéuticas. a través de experiencias dentro de la sesión y relatos externos a ella para el cambio psicoterapéutico. En el reflejo ilocutivo, al repetir ciertos contenidos dicho por el paciente y si bien la expresión que vehicula el reflejo ilocutivo, pone énfasis en los verbos y la acción del verbo, más que en la categoría conceptual empleada, el terapeuta mantiene el acto de habla pero lo exagera gestualmente para poder interpelar la atención del paciente para producir la reflexión respecto de lo recién narrado. En cuanto al procedimiento de adlateralización que este sí corresponde a una exageración o amplificación, e incluso en algunas ocasiones caricaturización, que se realiza con lo dicho por el paciente, en este caso el terapeuta logra elevar el nivel de esta caricaturización con posturas y gestos que logren sorprender al paciente y lo inste a una autoobservación más profunda.

El cuarto objetivo esta investigación que sugiere un modelo comprensivo que oriente la incorporación del humor en psicoterapia, a partir de la relación entre las instancias, contenidos y propósitos de su uso por parte del terapeuta, es así que todo lo señalado en los objetivos anteriores se va articulando y enlazando para generar una propuesta más completa de la forma en que los terapeutas entienden las instancias de humor en la psicoterapia, los hallazgos de esta investigación apuntan a considerar al humor como una:

Instancia Relacional, configurada en las cuatro dimensiones señaladas por Martin (2007), la dimensión social-interpersonal, la que mediante el proceso cognitivo-perceptivo, se

desarrolla la comunicación, que genera la respuesta emocional de bienestar, alegría o diversión, y la respuesta en tanto, risa, sonrisa o cambios posturales y del rostro, que se encuentra inmersa en el espacio terapéutico y aun cuando éste es un contexto profesional que tiene características especiales, está delimitado por el encuadre psicoterapéutico, posee reglas que regulan esta relación, y le otorgan un sello que no es factible en las interacciones cotidianas, está conformado por dos subjetividades y es conceptualizada como *Conocimiento Relacional Implícito* y por tanto puede contribuir a la terapia como *momentos de encuentro* entre el terapeuta y el paciente que va surgiendo momento a momento y las respuestas conductuales de los pacientes son reconocidas por los terapeutas y comprendidas como una instancia relacional con humor.

Esta comprensión va delimitando el encuentro entre terapeuta y paciente en el entendido que el humor se considera como una instancia de encuentro que puede contribuir significativamente al proceso terapéutico y por consiguiente al cambio. Es así que el humor, en tanto se expresa verbal o gestualmente, posee dinámicas bidireccionales, y genera instancias *de sincronía y complicidad* que le permiten al terapeuta mostrarse más humano, asimismo, al considerar este espacio de forma más horizontal, bajo ciertas condiciones van abriendo el camino hacia un contexto más flexible en donde lo genuino de cada ser humano se incorpora al espacio terapéutico.

Surge Espontáneamente, en el terapeuta quien desde sus propias características personales, en especial la *autenticidad, sentido del humor además de la experiencia* define si usa el humor o no en determinadas situaciones o con determinados pacientes, es a partir de entonces que pasa a ser una *herramienta o Técnica* al servicio de la terapia con *Propósitos Terapéuticos y Genera Efectos Positivos*. Es a partir de esas características, que para algunos terapeutas el humor pudiera ser difícil de incorporar al contexto terapéutico, si el sentido del humor no forma parte de su repertorio de habilidades personales.

Es importante señalar que estas instancias son momentos específicos que no ocurren frecuentemente son acotados y no con todos los pacientes, ni en todas las sesiones, por tanto al ser en ciertas ocasiones, se considera que el terapeuta pudiera estar atento para usarlo de manera genuina. Sin embargo, la capacidad de usar el humor terapéuticamente es

una habilidad que se propone debiera ser desarrollada y perfeccionada por los terapeutas en formación, al igual que otras habilidades clínicas.

Otro aspecto relevante de destacar es que éstas son instancias breves, sin embargo, van señalando que ocurrió algo diferente entre el terapeuta y el paciente y que va mostrando que en muchos de los casos la sesión toma otro curso, en tanto el paciente logra comenzar a desplegar contenidos que no le eran fáciles antes de esa instancia de humor. Asimismo, los terapeutas luego de las intervenciones humorísticas advierten una sensación grata de instancias más horizontales de complicidad y sincronía que van consolidando la alianza lo que relacionan con procesos de cambio terapéutico.

Es así que humor en la psicoterapia, se puede comprender como un momento de encuentro, como bien lo han desarrollado Valentine & Gabbard, 2014 y Duarte 2017 y que son episodios relacionales e interactivos entre terapeuta y paciente y que es una instancia positiva para el paciente el terapeuta y la relación terapéutica. A través de este estudio y en base a lo argumentado, permite orientar al terapeuta a generar una reflexión en orden a identificar en qué situaciones se puede utilizar el humor, con qué pacientes es más factible su uso, cuáles son las características esenciales, con qué propósitos y visualizar cuáles son los posibles efectos que se alcanzan y así enriquecer los procesos terapéuticos.

Consideraciones finales

Este estudio el mayor mérito que tuvo fue el haber investigado empíricamente el uso del humor por parte de los terapeutas constructivistas cognitivos, para poder describir con el mayor detalle posible un fenómeno tal como lo entienden y experimentan los profesionales. Esta temática pese a ser estudiada desde diversos enfoques y autores durante décadas, en Chile en el ámbito de la psicoterapia aún no es muy reconocido y es un tema sin mayor literatura empírica. La investigadora cree que este estudio permite tener datos importantes para entender cómo se da el fenómeno del humor en la psicoterapia de orientación constructivista cognitiva y aporta una visión y posición del terapeuta para la consideración de este fenómeno como instancias relacionales que no están planificadas, surgen de manera espontánea pero que permiten al terapeuta, en ese encuentro, desplegar

sus habilidades y características personales en tanto, sentido del humor, para generar una sincronía que puede ser muy breve, pero que produce efectos positivos para el paciente, terapeuta, relación terapéutica y por consiguiente al proceso terapéutico.

Limitaciones

La principal crítica a esta investigación se relaciona con describir sólo la perspectiva del terapeuta, por tanto, los alcances desde la experiencia de los pacientes son desconocidos y serían datos relevantes para evaluar resultados globales de este fenómeno en los procesos terapéuticos. Asimismo, si bien se trabajó con 12 participantes, equivale a más de 10 horas de entrevistas, esta cantidad de material tampoco puede señalar implicancias generalizables, especialmente hacia los otros modelos psicoterapéuticos, por eso los resultados obtenidos deben ser vistos como tendencias.

Futuros lineamientos

Si bien esta investigación responde las preguntas que se plantearon en los objetivos, se abren muchas otras. A partir de los hallazgos, también sería relevante realizar investigaciones de proceso, en determinados tratamientos, para observar cómo evoluciona el humor a lo largo de un tratamiento y qué cambios se van dando en el paciente, en el terapeuta, en la relación y en el proceso mismo. Este estudio, del mismo modo, abre nuevas interrogantes y en base a los resultados encontrados cabe la pregunta si se pudieran diseñar intervenciones humorísticas, si es que esto es viable, qué elementos debieran considerarse para ello. Como también poder generar formas de enseñar de manera cuidadosa a usar el humor en la terapia, conforme a tendencias, disposiciones y características personales de cada terapeuta. Finalmente, sería interesante el diseño de investigaciones experimentales que pudieran manipular variables, que permitieran responder interrogantes relacionadas con diferencias clínicas derivadas de la presencia o ausencia del humor en la psicoterapia.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society (November 1, 2008). Humor therapy. <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/complementaryandalternativemedicine/mindbodyandspirit/humor-therapy>.
2. Association for Applied and Therapeutic Humor. (2018). www.aath.org
3. Apte, M. L. (1985). *Humor and laughter: An anthropological approach*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
4. Attardo, S., & Raskin, V. (1991). *Script theory revis(it)ed: Joke similarity and joke representation model*. *Humor: International Journal of Humor Research*, 4(3-4), 293-347.
5. Baker R. (1993). *Some reflections on humour in psychoanalysis*. *Int J Psychoanal*. 1993;74:951–60.
6. Basseches, M.A. (1984). *Dialectical thinking and adult development*. Norwood, NJ: Ablex
7. Bateson, P. (2005). *The role of play in the evolution of great apes and humans*. In A. D. Pellegrini & P. K. Smith (Eds.), *The nature of play: Great apes and humans* (pp. 13-24). New York: Guilford Press.
8. Bergmann, M. S. (1999). *The psychoanalysis of humor and humor in psychoanalysis*. In J. W. Barron (Ed.), *Humor and psyche: Psychoanalytic perspectives* (pp. 11-30). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
9. Bernet, W. (1993). *Humor in evaluating and treating children and adolescents*. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 2(4), 307-317.
10. Borchardt, B. (2002). *Humor and its contributions to mental health*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 20(3-4), 247-257.
11. Breckler, S. J., Olson, J. M., & Wiggins, E. C. (2006). *Social psychology alive*. Belmont, CA: Thompson-Wadsworth.
12. Buckman, E. S. (Ed.). (1994a). *The handbook of humor: Clinical applications in psychotherapy*. Malabar, FL: Krieger.

13. Buxman, K. (1991). *Humor in therapy for the mental ill*. Journal of Psychosocial nursing, 29 (12), pp. 15-18.
14. Camacho J. M., (2005) Tesis Doctoral “*El humor en la práctica de la psicoterapia de orientación sistémica*”, Buenos Aires, Argentina.
15. Colston, H. L., Giora, R., & Katz, A. (2000). Joke comprehension: Salience and context effects. Paper presented at the 7th International Pragmatics Conference, Budapest.
16. Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
17. Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1991.)
18. Duarte, J. (2012). *Aportes desde la intersubjetividad y la identidad narrativa para la Psicoterapia constructivista cognitiva. La terapia como un marco para la construcción y deconstrucción de historias*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología. Mención Clínica Adulto. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
19. Duarte, J. (2017). *Episodes of meeting as relevant episodes for the study of change in psychotherapy*. Dissertation presented as part of the requirements to receive the degree of Ph.D. in Psychotherapy. Universidad de Chile, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
20. Feixas, G., & Villegas, M. (2000), *Constructivismo y Psicoterapia*. España: Ed. Desclée de Brouwer, S.A.
21. Frankl, V. (1969). *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*. New York and Cleveland: World.
22. Franzini, L. R. (2000). *Humor in behavior therapy*. *Behavior Therapist*, 23(2), 25-29, 41.
23. Franzini, L.R. (2001) *Humor in therapy: the case for training therapists in its use and risks*. *Journal of General Psychology*, 128 (2). 170-93.
24. Freud, S. (1938). *Wit and its relation to the unconscious*. In A. A. Brill (Ed.), *The basic writings of Sigmund Freud* (pp. 633-803). New York: Modern Library.

25. Fry, W. (1992). Physiologic effects of humor mirth, and laughter. *Journal of the American Medical Association*, 267(13), pp. 1857-1858.
26. Fry, W. E, & Salameh, W. A. (Eds.). (1987). *Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
27. Fry, W. E, & Salameh, W. A. (Eds.). (1993). *Advances in humor and psychotherapy*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
28. Galloway, G., & Cropley, A. (1999). Benefits of humor for mental health: Empirical findings and directions for further research. *Humor: International Journal of Humor Research*, 12(3), 301-314.
29. Gervais, M. y D.S. Wilson, (2005) "*The Evolution and Functions of Laughter and Humor: A Synthetic Approach*", *The Quarterly Review of Biology*, vol. 80, no. 4, pp. 395–430.
30. Gelkopf, M., & Kreitler, S. (1996). *Is humor only fun, an alternative cure or magic?: The cognitive therapeutic potential of humor*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10(), 235-254.
31. Gelkopf, M. (2011). *The use of humor in serious mental illness: A Review*. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 1-8
32. Gibbs, R. W. (1986). *On the psycholinguistics of sarcasm*. *Journal of Experimental Psychology: General*, 115,3-15.
33. Giora, R., Fein, O., & Schwartz, T. (1998). *Irony: Graded salience and indirect negation*. *Metaphor and Symbol*, 13, 83-101.
34. Greenberg, L.S., (2010). *Emotion Focused Therapy: A Clinical Synthesis*. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. Invierno, 2010, Vol. VIII, 1. pp. 32-42
35. Gross, J. J., & Muñoz, R. E (1995). *Emotion regulation and mental health*. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2(2), 151-164.
36. Guidano, V. (1994). *El Sí Mismo en Proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Editorial Paidós.
37. Horvath, A.O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.

38. Katz, A. N., Blasko, D. G., & Kazmerski, V. A. (2004). Saying what you don't mean: Social influences on sarcastic language processing. *Current Directions in Psychological Science*, 13(5), 186-189.
39. Kleinke, C. L. (1991). *Coping with life challenges*. Pacific Grove C.A.: Brooks/Cole.
40. Koestler, A. (1964). *The Act of Creation*. London: Hutchinson.
41. Korb, L. J. (1988). *Humor: A tool for the psychoanalyst*. *Issues in Ego Psychology*, 11(2), 45-54.
42. Kramer, D.A. (1990). *Conceptualizing wisdom: The primacy of affect-cognition relations*. In R.J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp. 279-317). Cambridge: Cambridge University Press.
43. Kubie, L. (1971). *The destructive potential of humor in psychotherapy*. *American Journal*
44. Kuiper, N. A., & Olinger, L. J. (1998). *Humor and mental health*. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2, pp. 445-57). San Diego, CA: Academic Press.
45. Lambert, M.J. (2013). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th Edition, pp. 139-193). Hoboken, NJ: Wiley.
46. Lefcourt, H. M. (2001). *Humor: The psychology of living buoyantly*. New York: Kluwer Academic.
47. Long, D. L., & Graesser, A. C. (1988). Wit and humor in discourse processing. *Discourse Processes*, 11(1), 35-60.
48. McGhee, P. (1979). *Humor: Its origin and development*. San Francisco, CA, EE.UU. Freeman & Co.
49. Madanes, C. (1987). *Humor in strategic family therapy*. In W. F. Fry & W. A. Salameh (Eds.), *Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor* (pp. 241-264). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
50. Mahoney, M.J. (1995) [2004]. *Cognitive and Constructive Psychotherapies*, Theory, Research and Practice, Springer Publishing Company.
51. Mahoney, M.J. (2003). *Constructive Psychotherapy*. The Guilford Press, New York.

52. Martin, R. (2007). *The psychology of Humor. An Integrative Approach*. California, Elsevier.
53. Martin, R. A., & Kuiper, N. A. (1999). *Daily occurrence of laughter: Relationships with age, gender, and Type A personality*. *Humor: International Journal of Humor Research*, 12(4), 355-384.
54. Maturana, H. (1970a). Neurophysiology of cognition. En P. Garvin (Ed.), *Cognition: A multiple view*. New York: Spartan.
55. Mobbs, D., Greicius, M. D., Abdel-Azim, E., Menon, V., & Reiss, A. L. (2003). *Humor modulates the mesolimbic reward centers*. *Neuron*, 40, 1041-1048.
56. Muran, J. C., & Barber, J. P. (Eds.). (2010) *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York: The Guilford Press.
57. Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Ed. Paidós, Barcelona, España.
58. Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (1a ed.). Washington: American Psychological Association
59. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
60. Odell, M. (1996). *The silliness factor: Breaking up repetitive and unproductive conflict patterns with couples and families*. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 69-75.
61. Orlinsky, DE., Rønnestad, MH. (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association, Washington, DC.
62. Owren, M. J., & Bachorowski, J.-A. (2003). *Reconsidering the evolution of nonlinguistic communication: The case of laughter*. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(3), 183-200.
63. Prerost, F. J. (1993). *A strategy to enhance humor production among elderly persons: Assisting in the management of stress*. *Activities, Adaptation & Aging*, 17(4), 17-24.
64. Provine, R. R. (2000). *Laughter: A scientific investigation*. New York: Penguin.

65. Provine, R. R., & Fischer, K. R. (1989). *Laughing, smiling, and talking: Relation to sleeping and social context in humans*. *Ethology*, 83(4), 295-305.
66. Richman, J. (1995). *The lifesaving function of humor with the depressed and suicidal elderly*. *Gerontologist*, 35(2), 271-273.
67. Richman J. (1996) *Points of correspondence between humor and psychotherapy*. *Psychother Theor Res Pract Train*; 33:560–6.
68. Rossetti, M;L.; Botella, L. (2017). La alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica [en línea]* 2017, XXVI. N°1, 19-30
69. Rutherford, K. (1994). *Humor in psychotherapy*. *Individual Psychology*, 50(2), 207-222.
70. Russell, J. A., Bachorowski, J.-A., & Fernandez-Dols, J. M. (2003). *Facial and vocal expressions of emotion*. *Annual Review of Psychology*, 54, 329-349.
71. Rybash, J.M., Hoyer, W.J., & Roodin, P.A. (1986). *Adult cognition and aging*. New York: Pergamon Press.
72. Safran, J.; Segal, Z., (1994). *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*, Editorial Paidós, Argentina.
73. Salameh, W. A., Fry, W.E., (2001). *Introduction: Humor, wellness, and chaos*. In W. A. Salameh and W. F. Fry, Jr. (Eds.), *Humor and wellness in clinical intervention*. Westport, CT: Praeger.
74. Saper, B. (1987). *Humor in psychotherapy: Is it good or bad for the client?* *Professional Psychology: Research & Practice*, 18(4), 360-367.
75. Saper B. (1990) *The therapeutic use of humor for psychiatric disturbances of adolescents and adults*. *Psychiatr Q.*; 61:261–72.
76. Seligman, M. E. P., & Peterson, C. (2003). *Positive clinical psychology*. In L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305-317). Washington, DC: American Psychological Association.
77. Smith, M., & Segal, J. (2014). *Laughter is the best medicine: The health benefits of humor and laughter*. www.Helpguide.org
78. Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.

79. Strauss, A., y Corbin, J.(2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Primera edición (en español): Editorial Universidad de Antioquia, Published by arrangement with Sage Publications Inc.Sage Publications, Inc.
80. Sultanoff, S. M. (1992). *Using humor in the counseling relationship*. Laugh It Up, 1.
81. Sultanoff, S. (2003). *Integrating humor into psychotherapy*. En Schaefer, E. (Ed.). (2003). *Play therapy with adults*. Pp. 107-143. New York, NY, EE.UU. John Wiley & Sons.
82. Swaminath, G. (2006). *'Joke's a part': In defence of humour*. Indian Journal of Psychiatry,48, 177-180.
83. Szabo, A. (2003). The acute effects of humor and exercise on mood and anxiety. *Journal of Leisure Research*, 35(2), 152-162.
84. Szabo, A., Ainsworth, S. E., & Danks, P. K. (2005). Experimental comparison of the psychological benefits of aerobic exercise, humor, and music. *Humor: International Journal of Humor Research*, 18(3), 235-246.
85. The Boston Change Process Study Group. *Change in psychotherapy: a unifying paradigm*. New York: Norton; 2010
86. Valentine, L. y Gabbard, G., (2014), *Can the Use of Humor in Psychotherapy be Taught?*, *Academic Psychiatry*, Vol.38, pp 75-81.
87. Ventis, W. L., Higbee, G., & Murdock, S. A. (2001). *Using humor in systematic desensitization to reduce fear*. *Journal of General Psychology*, 128(2), 241-253
88. Veatch, T. C. (1998). *A theory of humor*. *Humor*, 11, 161–215.
89. Vergara, P. (2011). *El Sentido y Significado personal en la construcción de la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicoterapia Constructivista Cognitivo. Mención Clínica Infanto Juvenil. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
90. Velasco, R. (2002). *El sentimiento de sí: estudio de la subjetividad*. *Revista Intercambios/Intercanvis* (8): 37-47.2014)
91. Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

92. Winnicott D. (1971) *Playing and reality*. Middlesex: Penguin.
93. Yáñez, J.(2005). *Constructivismo cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología.
94. Yonatan-Leus, R., Tishby, O., Shefler, G., & Wiseman, H. (2017), *Therapists' honesty, humor styles, playfulness, and creativity as outcome predictors: A retrospective study of the therapist effect*. *Psychotherapy Research*, 1-10.
95. Zagmutt, A. y Silva, J. (1999). *Conciencia y Autoconciencia: Un Enfoque Constructivista*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Año 53, Vol. 37, nº 1.
96. Zagmutt, A. *La Técnica de la Moviola*. (2004). Ed. Abreu y Guilhardi. Roca. Sao Paulo
97. Zagmutt, A. (2008). *Psicoterapia y Procesos Empáticos*. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3, Pág. 15 - 26

IX. ANEXO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL USO DEL HUMOR EN LA PRAXIS DE LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA; UNA PERSPECTIVA DESDE EL PSICOTERAPEUTA

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “El uso del humor en la praxis de la psicoterapia constructivista cognitiva; una perspectiva desde el psicoterapeuta”. El objetivo de este estudio es identificar y analizar la relación entre las instancias, contenidos y propósitos en los que terapeutas constructivistas clínicos utilizan el humor en psicoterapia con pacientes adultos, con el fin de desarrollar un modelo comprensivo para su uso clínico.

Para lo anterior, se considerarán los terapeutas graduados (3.5-7 años en la práctica), terapeutas establecidos (7-15 años en el ejercicio), terapeutas experimentados (15-25 años en el ejercicio) y terapeutas seniors (25-50 años de ejercicio práctico). Usted ha sido seleccionado(a) porque reúne las condiciones requeridas para estos efectos.

La investigadora responsable de este estudio es la psicóloga Magaly Muñoz Romero, y este proyecto corresponde a su tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica Adultos de la Universidad de Chile. Su profesora guía es la Ps. Paula Vergara Henríquez, Académica del Departamento de Psicología de dicha universidad.

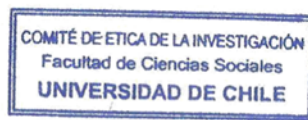
Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista semiestructurada, la que durará alrededor de 60 a 90 minutos, y abarcará varias preguntas respecto del humor con fines terapéuticos que usted incorpora en la psicoterapia clínica, en términos de las instancias, tipo de humor y con qué objetivo lo utiliza en las sesiones y en el proceso mismo. Es importante enfatizar que lo anterior no implicará de forma alguna un juicio evaluativo de sus competencias profesionales.

La entrevista será realizada el día y hora que usted estime conveniente y la entrevistadora se trasladará al lugar que usted señale.

Para facilitar el análisis, esta entrevista será grabada. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.

Riesgos: No se perciben riesgos asociados a su participación ya que el tema no reviste perjuicio o implicancias dañinas que generen alguna posibilidad de desestabilización durante la entrevista o posterior a ella. Esta entrevista no constituirá de forma alguna un juicio evaluativo



de su competencia profesional. A su vez, se mantendrá confidencialidad de toda la información que usted provea.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información de primera fuente de aspectos clínicos poco explorados en el quehacer psicoterapéutico.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. La información entregada será grabada y transcrita por la Investigadora Responsable quien la mantendrá en su poder hasta el final de la investigación quedando resguardada bajo el principio de confidencialidad y sólo será compartida con su profesora guía para fines académicos.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para tal efecto, si usted lo requiere, una vez finalizado el estudio, se le enviarán los resultados al correo electrónico que se le solicita en la hoja de firmas para estos fines.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

Magaly Muñoz Romero
Teléfonos: 22269 5817 / 569 9549 9167
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.
Correo Electrónico: psmagalymunoz@gmail.com

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues
Presidenta
Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Teléfonos: (56-2) 2978 9726
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Edificio A, oficina 20, Ñuñoa, Santiago.
Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl



II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, acepto participar en el estudio “El uso del humor en la praxis de la psicoterapia constructivista cognitiva; una perspectiva desde el psicoterapeuta”, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Nombre participante

Magaly Muñoz Romero
Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico (en caso de querer recibir los resultados del estudio): _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.