

---

## APUNTE SOBRE TEORÍA CLÍNICA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA

MATERIAL PARA USO DOCENTE DE CIRCULACIÓN RESTRINGIDA

Juan Yáñez Montecinos

---

### **TEORÍA CLÍNICA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA**

Las bases metateóricas previamente reseñadas, nos permiten delimitar, desde el punto de vista paradigmático, un objeto y un método de estudio que van a conformar una teoría clínica Constructivista Cognitiva, que permita distinguir las categorías técnicas necesarias para un adecuado procedimiento psicoterapéutico. Por lo tanto, a continuación se describen una psicoterapia, las técnicas y el procedimiento psicoterapéutico propiamente tal.

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

En el mismo sentido, pero desde una perspectiva positivista, Ferrater Mora (1999), plantea que: una “teoría designa una construcción intelectual que aparece como resultado del trabajo filosófico, científico o de ambos... la teoría es una descripción de la realidad, la

cual puede ser descripción de percepciones o descripción de datos de los sentidos,... además puede ser entendida como una verdadera explicación de los hechos”.

Una matriz metateórica como referente para una teoría clínica, en primer lugar debiera delimitar los niveles posibles de explicación o interpretación de los sucesos y fenómenos que se presentan en la clínica. Ello permite que el terapeuta genere aquellas proposiciones conceptuales o interpretaciones alternativas a los esquemas o significaciones disfuncionales del paciente, y que muy probablemente sean el origen de su sintomatología.

En otras palabras, la metateoría es un objeto modelo para que el análisis de los contenidos cognitivos y de la experiencia en el acto terapéutico se maneje dentro de la dinámica de las Dimensiones Operativas<sup>1</sup>, condición que está profundamente relacionada con el logro de la empatía, tal cual la define el modelo cognitivo, o sea aquella condición técnica que permite la comprensión profunda e íntima del paciente y sus circunstancias, a partir de actos preferentemente simbólicos, más que expresada en un acto concreto, como suele entenderse en otros modelos psicoterapéuticos. Esta función también justifica la exigencia del encuadre cognitivo de abstracción, -o sea la habilidad del terapeuta para desentenderse de los propios contenidos personales en el contexto terapéutico-, y neutralidad terapéutica, -vale decir, la habilidad terapéutica para contener, sin reaccionar consecuentemente, toda clase de transferencias por parte del paciente-; actitudes que también contribuyen al fortalecimiento de la empatía dado que favorecen la intención, no siempre lograda, de ponerse en el marco de referencia del otro, para que los contenidos que discurren en la psicoterapia pertenezcan principalmente al mundo personal del paciente.

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

---

<sup>1</sup> *Dimensiones Operativas*: polaridades antitéticas que expresan el funcionamiento operativo del proceso de mismidad de un sujeto, como respuesta a las presiones del medio. Consisten en opciones preferentes de desplazamiento entre dos extremos polares de modos de funcionamiento proactivo, que permiten resolver las demandas de cambio o mantenimiento de la coherencia del sistema.

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

Otro aspecto aplicado, en que es relevante la consideración de la metateoría, es el referido a las *Intervenciones Terapéuticas*<sup>2</sup>, dado que los contenidos que guían la dirección, oportunidad y el nivel de profundidad de la intervención, están establecidos por la metateoría como marco conceptual general, la teoría clínica que provee la oportunidad y, el material de la experiencia vital del paciente y del terapeuta, que en recíproca interacción, son parte de la alianza terapéutica.

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

---

<sup>2</sup> Son estrategias terapéuticas que se despliegan dentro del discurso del terapeuta que se expresan como actos de habla y pueden distinguirse jerárquicamente, teniendo en consideración el grado o nivel de participación del terapeuta.. Son inmediatas y tienen que ver con las competencias del terapeuta, “cuyo objetivo es articular y rearticular el discurso del paciente, es decir, hacer significativo el discurso del paciente para darle significación a sus contenidos.” (Yáñez y Cols., 2001).

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

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

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

La relación específica entre una metateoría cognitiva y la teoría clínica cognitiva está sustentada por la propia concepción de *psicología clínica* en términos de un conjunto de efectos de sentido sistemáticos, organizados, que facilitan la descripción, explicación y predicción de los fenómenos clínicos, a través de la construcción de objetos modelos teóricos, que se constituyen en dispositivos cognitivos del terapeuta, para facilitar la reorganización de la experiencia del sujeto, objeto de un procedimiento psicoterapéutico. En el mismo sentido, Lazarus (2000, Pág. 48), representante del momento Conductista Cognitivo, aspira a generar un modelo psicoterapéutico integrativo, cuya epistemología de

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

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

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

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

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

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

- Entender, desde la perspectiva de un paradigma personal, la construcción ontológica particular del paciente permitiéndole distinguir, en el interjuego de dos perspectivas experienciales diferentes, consensualidades comprensivas de los contenidos fenoménicos, desplegados principalmente por quien consulta. En este sentido, el paciente se convierte en el objeto del acto de conocer del terapeuta, que da origen a un tipo de conocimiento llamado empático, porque surge de la pretensión de vivenciarlo desde el marco de referencia del otro, (digo “pretensión” porque es sólo una intención, puesto que ponerse en el real marco de referencia del otro, es una imposibilidad experiencial), con que muchos terapeutas se encantan creyendo conseguirlo, y lo único que consiguen es otro iatrogénico episodio de reificación. En esa dinámica, se hace posible entender esta propiedad de los sistemas complejos adaptativos, de interactuar a través de un sistema simbólico, en este caso el lenguaje, en búsqueda de la consensualidad de los fenómenos ontológicos del fluir vital.

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

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

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

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

producir conocimiento viable y válido a través de una metodología científica amplia y rigurosa.

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

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

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

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

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

*aplica un tratamiento pedagógico para lograr un cambio, es decir, el desarrollo de dicha mente.”*

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

En el caso de la teoría clínica Constructivista Cognitiva, ésta designa aquellas propuestas conceptuales que se desprenden de la metateoría Constructivista Cognitiva, que delimitan un campo específico de estudio y su respectiva metodología, permitiendo abordar los aspectos teóricos y aplicados de la evaluación, diagnóstico y psicoterapia cognitivas. En el caso particular de la psicoterapia, estos aspectos se refieren a la definición, teoría y práctica de la psicoterapia y sus componentes (terapeuta, relación terapéutica y paciente), una propuesta acerca de los mecanismos de cambio psicoterapéutico, la delimitación del contexto psicoterapéutico y de las reglas relacionales que regulan la relación terapéutica, o sea, setting y encuadre respectivamente (véase Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs, 1999, capítulo sobre Encuadre Psicoterapéutico Cognitivo de Adultos), y finalmente de una Psicopatología, entendida ésta como una propuesta acerca de los procesos normales y anormales del funcionamiento psicológico, el proceso evolutivo de la alteración y su agrupamiento en torno a determinadas sintomatologías, para la construcción de una nosología Constructivista Cognitiva.

## **PSICOTERAPIA**

La psicoterapia puede ser entendida como aquel proceso interpersonal cuya secreta intención es cuidar o sostener el alma, o sea, aquello que es consustancial al sujeto, su centro, el eje de su existencia. Este es el contexto de trabajo diario de los psicoterapeutas. Bastaría tenerlo siempre presente para que se entienda la trascendencia que cada acto clínico tiene para el paciente. La palabra terapia viene del latín tardío (1555), “therapeutikós”

y se refiere al hecho de cuidar o proteger a algo o a alguien, mientras que la palabra “psykhe” proviene del griego y refiere al alma. Corominas, (1973, Pág. 564 y 480).

Se puede entender la psicoterapia como un proceso interpersonal de encuentro humano complejo, genérico y con múltiples características; por lo tanto resulta difícil de aprender a través de categorizaciones que intenten obtener sus elementos esenciales. Como en toda definición, se necesita establecer una categoría general de lo definido, su función y las características que la especifican. De estos tres componentes, en el caso de la psicoterapia, lo más dificultoso de concordar es establecer las características de este procedimiento; es precisamente acá donde se presentan y se hacen distintivas las múltiples formas de psicoterapia.

### ***Definiciones Conceptuales***

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

- “La psicoterapia es un proceso interpersonal, diseñado para provocar modificaciones de sentimientos, cogniciones, actitudes y comportamientos que resultan molestos para las personas que buscan ayuda de un profesional entrenado... un esfuerzo de colaboración o asociación... está basada en la presunción de que sentimientos, cogniciones, actitudes y comportamiento son el producto de la experiencia de la propia vida; esto es, han sido aprendidas” (Strupp & Binder, 1993).
  
- “La psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción, el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre, a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los familiares del paciente, o a otros, en sus rituales de cura”. (Frank, J., citado en Mahoney & Freeman, 1988).

- “La psicoterapia es una relación especial culturalmente relativa entre un profesional de la asistencia y un individuo o grupo de clientes. Funcionando desde una plataforma teórica que incluye supuestos básicos sobre la naturaleza humana y el proceso de desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y cariñosa en la cual y desde la cual el cliente puede explorar -menudo por medio de rituales estandarizados- formas pasadas, presentes y posibles de experimentarse a sí mismo, al mundo y sus relaciones dinámicas”. (Mahoney, 1991; citado en Feixas & Miró, 1995, Pág. 16).
- “La intervención clínica consiste en aplicar los principios psicológicos para ayudar a las personas a superar sus problemas y llevar una vida más satisfactoria. Los psicólogos clínicos utilizan su conocimiento del funcionamiento humano y los sistemas sociales, en combinación con los resultados de su evaluación clínica, para encontrar la manera de ayudar a sus clientes a cambiar para mejorar.” (Kendall & Norton-Ford, 1988, Pág. 481).
- “En términos más amplios el campo llamado «psicoterapia» comprende a una persona que ha reconocido que necesita ayuda, a un experto que ha consentido en proporcionar esa ayuda y a una serie de interacciones humanas, cuyo carácter suele ser sumamente intrincado, sutil y prolongado, y tiene por objeto producir cambios benéficos en los sentimientos y en la conducta del paciente, cambios que la sociedad en general considerará como terapéuticos”. Strupp (1977, citado en Kendall & Norton-Ford, 1988, Pág. 489).
- “... el tratamiento psicoanalítico es una especie de reeducación. La vida mental del paciente es modificada permanentemente superando resistencias (internas), es elevada a un nivel más alto de desarrollo y queda a salvo de nuevas posibilidades de enfermedad”. Freud (1935, citado en Kendall & Norton-Ford, 1988, Pág. 489).
- “La terapia de la conducta implica primordialmente la aplicación de principios, derivados de la investigación en el campo de la psicología experimental y social, con el fin de aliviar el sufrimiento y mejorar el funcionamiento humano. La terapia de la conducta destaca la evaluación sistemática de la eficacia de esas aplicaciones. Implica el cambio ambiental y la

interacción social en vez de la alteración directa de los procesos corporales mediante procedimientos biológicos. El propósito es fundamentalmente educativo. Las técnicas facilitan un autocontrol mejorado. Franks y Wilson (1975, citado en Kendall, & Norton-Ford, 1988, Pág. 489).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Luego, una manera más descriptiva de referirse a la psicoterapia sería definirla como un procedimiento, basado en un modelo teórico psicológico, que remite a una metodología para abordar los trastornos psicológicos, tanto en sus aspectos sintomáticos como en los procesos subyacentes que le dan origen. Este procedimiento incluye tres componentes: el terapeuta, experto en una teoría psicológica clínica y en los procedimientos que crean condiciones para el cambio psicológico; el paciente, quien es una persona aquejada de un

padecimiento psíquico que lo perturba tanto a sí mismo como a los demás y que le interfiere en su sano desarrollo; y la relación terapéutica, referida al contexto interpersonal de encuentro entre los dos componentes anteriores y que crea condiciones particulares para que opere el cambio en la dirección de la mejoría de los síntomas y/o de los cambios profundos y estructurales asociados a los desordenes psicológicos. Este cambio cursa preferentemente en el plano del lenguaje simbólico, sustentado en una alianza terapéutica, sin desmedro de incluir en el proceso, técnicas concretas orientadas a la remisión de sintomatologías específicas.

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

La identidad del terapeuta se sostiene en la prestación de servicios y sus efectos. En otras palabras, el trabajo psicoterapéutico tiene como consecuencia el reconocimiento material (honorarios), y el reconocimiento social e interpersonal (valores asociados). Estos dos aspectos, más algunos otros de índole personal y cultural, que no es el caso mencionar en este apartado, le dan significado o sentido a quien ejerce la psicoterapia. Por tanto, este quehacer suele relacionarse con procesos psíquicos de identidad personal, autorreconocimiento, estima personal, autoimagen y autoconciencia; todos estos elementos, son parte de una dinámica compleja, resultan indispensables como reconocimiento y consideración de los demás respecto del quehacer del terapeuta. En ese sentido, los otros son agentes que validan y sancionan el ejercicio del oficio o profesión.

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

El primero, y una condición central del trabajo, es que el paciente debe ser el principal agente de su propio cambio. Está permanente y profundamente involucrado en su propio proceso de reorganización y de proyección personal; técnicamente es recomendable y muy importante que el paciente lo evalúe como un cambio autogestionado, de modo de favorecer la autonomía del paciente respecto de la terapia y del terapeuta. Éste último, el terapeuta, presta un servicio profesional indirecto, apareciendo como un catalizador que crea las

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

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

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

El cambio, en el sentido estricto, consiste en una apreciación novedosa y original, sobre el punto de vista corriente acerca de uno mismo, que es gatillado por la acción de los procedimientos terapéuticos (técnicas e intervenciones), y que como resultado en el paciente, presiona hacia un proceso ordenador más amplio; “...el terapeuta sólo puede intentar establecer las condiciones capaces de provocar la reorganización, pero no determina y no controla el momento en que el cliente se reorganiza ni el resultado final del proceso” (Guidano, 1994, Pág. 149). Este procedimiento supone tres componentes: Terapeuta, Paciente y Relación Terapéutica, los que serán tratados en detalle más adelante.

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

## **TERAPEUTA**

El lugar del terapeuta en la dinámica de la relación con el paciente, es de ser el sujeto responsable de crear las condiciones adecuadas para el cambio de los sistemas de conocimiento y la remisión de los síntomas que aquejan al paciente. Estas condiciones se generan principalmente en las interacciones simbólicas basadas en el lenguaje, a partir del despliegue de los contenidos de vida del paciente; en otras palabras, el relato acerca de lo que a él le acontece y en cuyo texto y subtexto se revela la dinámica constitutiva de identidad de sí mismo. La particular responsabilidad de ser quien crea las condiciones para

el cambio, se dejar ver a través de la aplicación de aquellas acciones o procedimientos que permiten definirlo como un *perturbador estratégico*. Esto quiere decir que la función preferente de un terapeuta cognitivo constructivista es la perturbación constante de los procesos de construcción y deconstrucción personal de conocimiento, que se expresan en el relato que de si mismo hacen los pacientes. Los referentes que permiten dicha función sea además considerada estratégica son dos: el *referente emocional*, que supone la sincronía emocional entre terapeuta y paciente, la adecuación contextual, tanto ambiental como interpersonal y la inmersión emocional plena del paciente en su relato.

El otro es el *referente cognitivo* que implica la consideración permanente de la dinámica entre funcionamiento superficial y profundo, el conocimiento y dominio que el terapeuta tiene de los contenidos de vida del paciente para intervenir en propiedad y, finalmente la complementariedad de intenciones y de comunicación entre paciente y terapeuta. La condición básica de la perturbación estratégica es la perplejidad, incertidumbre y la aventura con que el terapeuta sumerge en la vida del paciente y su mundo. En este mismo sentido, Neimeyer & Mahoney, (1998, Pág. 119), señalan: “Cuando se participa en una forma de terapia constructivista, ni el cliente ni el terapeuta pueden disfrutar de las amarras familiares que anclan formas de terapia más realistas o racionalistas. (...) Ha desaparecido la certidumbre de una sola forma de pensamiento, emoción o conducta <<mejor>>, <<correcta>> o <<funcional>>. También ha desaparecido el comportamiento directivo y disputador asociado con esa certidumbre, reemplazado por una lucha más tentativa y paciente, cuyo propósito es desarrollar un proceso constructivo de exploración desde la persona (...) que pueda llevar a un entendimiento más viable y evolutivamente progresivo del mundo.(...)”. La cualidad de perturbador tiene que ver con que, a partir y en referencia a contenidos del paciente, es capaz de intervenir o de aplicar técnicas que permiten el reordenamiento del material desplegado, por el paciente, a través de asociaciones originales o novedosas que producen revelaciones sobre los contenidos o que permiten sacar a la luz los dispositivos defensivos que el paciente incorpora en su sistema de conocimiento, especialmente aquellos que dicen relación con su sintomatología. La función de perturbador es, entonces, la capacidad de revocar, remover y reorganizar los contenidos asociados a estrategias psicopatológicas, que hacen ser al paciente un sujeto

que padece la operación de su psiquis. Estratégicamente orientado, implica que ocupa un lugar en su propia organización, técnicamente ajustado al interjuego entre centramiento y descentramiento respecto de su paciente, y enganche y desenganche respecto de las propias perturbaciones, interjuego que podría expresarse en la condición de ser un “observador participante”, y que también define el lugar que ocupa en la creación de un contexto interpersonal entre él y su paciente, que se refleja en una alianza terapéutica establecida que se ajusta a exigencias técnicas y generales, expresadas en lo que sería el modelo de Asertividad Generativa.

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

El desempeño de un psicoterapeuta en general, y más específicamente un terapeuta cognitivo, se expresa en una serie de competencias<sup>3</sup> técnicas y personales que son el resultado complejo de una formación clínica que lo capacita para ejercer la psicoterapia y que, al mismo tiempo, lo provee de una identidad como psicoterapeuta. Al respecto, se ha definido el concepto de competencia interpersonal como un “Conjunto de talentos y

---

<sup>3</sup> Goldfried y D’Zurilla entienden por competencia la “efectividad con la que un individuo es capaz de superar una situación vital problemática, de forma tal que resuelva la situación de naturaleza problemática con el mínimo número de consecuencias negativas y preferentemente con consecuencias positivas en otras áreas de la vida la persona”. (Goldfried, 1996, Pág. 32).

destrezas teóricas y/o aplicadas, sobresalientes en un área específica del funcionamiento humano. Involucran al sujeto como una totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo, y son el resultado de cuatro componentes: conocimiento, habilidad, actitud y autoconcepto”. Este concepto es perfectamente aplicable a la noción de competencias necesarias para ser un terapeuta eficaz.

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

1) *Conocimiento*: La variable de conocimiento implica la internalización de un conjunto de contenidos conceptuales que se expresan en dispositivos cognitivos, acerca de un determinado campo del conocimiento. Implica manejo y dominio teórico sobre un tema. Dichos dispositivos cognitivos, en el caso de un terapeuta Constructivista Cognitivo, están conformados principalmente por tres núcleos teóricos: el primero corresponde a la formación previa general como psicólogo. Otro núcleo de conocimiento, ya más especializado, corresponde al manejo conceptual de la metateoría Constructivista Cognitiva, cuyo corpus aborda la temática del conocimiento, entendida como una episteme, que es fruto de la relación inextricable entre sujeto y realidad, por tanto, ahí están involucradas aquellas teorías que abordan las temáticas, tales como noción de realidad, sujeto, conocimiento, legitimidad del conocimiento, subjetividad, objeto, método del conocimiento, organización de la subjetividad en torno al conocimiento, papel de la intersubjetividad, consensualidad y lenguaje, y estructura de conocimiento. De esta manera, la metateoría sería un marco de referencia generalizado, que da origen y justifica, los niveles de teoría clínica y psicoterapia. El último núcleo teórico corresponde al dominio conceptual, por parte del terapeuta, del conocimiento especializado que implica una teoría clínica. Este está compuesto por tres grandes categorías que a su vez se subdividen al interior en temáticas más específicas que no es dable abordar en este trabajo: la primera corresponde a la evaluación de variables psíquicas del sujeto, tales como personalidad, temperamento, emocionalidad, habilidades sociales, etc., y que son evaluadas a través de entrevistas clínicas y una extensa gama de

pruebas psicológicas; la segunda categoría corresponde al conocimiento en torno a los conceptos de normalidad y anormalidad, y su clasificación en niveles psicopatológicos o desórdenes de personalidad, que conforman una serie de teorías psicopatológicas y códigos para clasificarlos. Cabe mencionar entre otros el DSM-IV y el CIE-10, además de las categorías específicas que se desprenden de otras tantas teorías (Véase apartado 2.9). Y finalmente, una tercera categoría corresponde a una amplia gama de propuestas psicoterapéuticas, que se desprenden tanto de la investigación experimental en psicología clínica como de las distintas teorías acerca de lo normal, anormal y los procesos de cambio.

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

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

Respecto de los factores personales, éstos son producto de la particular ontogenia de un sujeto, e implica la constitución de un estilo personal que lo hace ser único en cuanto a sus emociones, su modo de pensar y el comportamiento que despliega ante los demás. En este sentido, se ha elaborado abundante material bibliográfico y se han dedicado muchas reuniones y congresos especializados para definir cuál es el papel que cumple la personalidad del terapeuta en su gestión profesional. Desde esta perspectiva, los aspectos personales son importantes por cuanto pueden facilitar y agilizar el proceso de formación o, por el contrario, pueden interferirlo y disminuir su eficacia. Sin embargo, nuestra posición consiste en que un sujeto, salvo contraindicaciones psicopatológicas importantes, puede a través de un proceso riguroso de formación, hacer uso de sus fortalezas y reencauzar, diluir o compensar las debilidades o contraindicaciones menores que pudiera tener dentro de su estilo personal. En este sentido, la inclinación es a pensar que las compensaciones que el sujeto pueda poner a sus carencias y a sus debilidades, van a conformar un sistema protésico<sup>4</sup> de funcionamiento que, las más de las veces, resulta más eficiente que aquellas cualidades o “dones naturales” del sujeto, puesto que esto tiene que ver con la variable actitud de las competencias, ligada íntimamente al concepto de motivación, cambio y superación. En síntesis, y como ya se ha señalado, salvo contraindicaciones graves psicopatológicas que fracturan la continuidad del proceso de dinámica de la mismidad, la mayor parte de las personas reúnen las condiciones apropiadas para ser parte de un proceso de formación profesional terapéutico exitoso. De cualquier modo, si se fuerza una propuesta sobre algunas exigencias personales para ser terapeuta, al menos se podrían mencionar tres: que sea un sujeto sano desde el punto de vista principalmente psíquico, con alto nivel de motivación y tener facilitado los procesos de generatividad y de complejidad del sí mismo. El mero hecho de adscribirse a un proceso de formación, que involucra un conocimiento de especialidades, un grupo de repertorio de habilidades terapéuticas, la conexión con una actitud ante su profesión y la reverberancia sobre el autoconcepto, supone un cambio importante en el nivel de las variables personales, de modo que estas se suman preferentemente, más que se restan a este proceso. Por lo tanto, nuestra visión al respecto es optimista y progresista.

---

<sup>4</sup> Conjunto de competencias compensatorias de déficits o inhabilidades biológicas, psíquicas o comportamentales, que le permiten a un sujeto responder eficientemente a las demandas de su entorno.

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

Para entender y ordenar este factor, el modelo Constructivista Cognitivo se apoya en tres ejes conceptuales: la teoría del Apego (Bowlby, 1983,1990, 1995), la teoría de las Emociones e Intersubjetividad (Lazarus, 2000; Greenberg y Safran, 1987; Greenberg, 1996, 2000a, 2000b) y la teoría de la Asertividad Generativa (Yáñez, 1996) Sin embargo, merece una especial mención el hecho de que, este factor interpersonal, es un constituyente central de la alianza terapéutica, que a su vez es un factor inespecífico primordial asociado a la teoría del cambio psicoterapéutico, y además, que las habilidades en esta área, potencian la operación de las técnicas e intervenciones terapéuticas. Dicho de otro modo, no basta con que se aplique una técnica o una intervención ajustada a los principios que la definen, sino que un factor importantísimo es la forma en que estos procedimientos se despliegan, por parte del terapeuta, y esa forma va a depender de condiciones interpersonales. Como ejemplo, se puede mencionar que un terapeuta puede ser emocionalmente más distante, menos sensible o menos elocuente que otro, lo cual sin duda va a tener una incidencia en los resultados de la aplicación de la técnica. Es en referencia a este tipo de contingencia cuando se señala el papel central que tiene la formación especializada en la homologación de estilos terapéuticos, sin pretender desdeñar las diferencias personales a este respecto, (véase Dobry, C; 2005).

El último factor constituyente de las habilidades terapéuticas corresponde a aquellas habilidades profesionales que son instaladas a través del proceso de formación clínica y que son componentes ineludibles de las competencias profesionales clínicas. Un proceso de formación invierte buena parte de su tiempo y energía en lograr la instalación de dichas habilidades. Estas habilidades se originan en: a) los procedimientos específicos que

describen las técnicas y las intervenciones, b) la relación entre los factores teóricos y los repertorios que involucran, c) la práctica simbólica y concreta, d) el aprendizaje observacional de otros terapeutas, e) análisis, discusión y presentación de casos clínicos, f) la atención directa de pacientes, y g) la supervisión de casos. Estas debieran ser las actividades mínimas a cumplir con un terapeuta en formación. Cada una de estas actividades se manifiestan en complejas combinatorias de componentes personales y componentes técnicos, como algunas de las siguientes: manejo del encuadre en términos de abstención y neutralidad, habilidades de descentramiento e inclusión, enganche y desenganche técnico, habilidades relacionadas con las distintas intervenciones, habilidades metacomunicativas y de exploración experiencial, empatía, complementariedad emocional, habilidad para separar lo profesional de lo personal, habilidad de evaluación de burnout<sup>5</sup> (Yáñez, 2002) y de conductas de autocuidado profesional<sup>6</sup> (Yáñez et al).

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

4) *Autoconcepto*: El autoconcepto es el resultado del desempeño del terapeuta en las otras categorías de las competencias, y tiene que ver con el nivel de reconocimiento e identificación que le produce su formación, sus conocimientos, sus habilidades y la actitud ante la profesión. Por tanto, es un componente muy importante de la identidad como terapeuta, y corresponde a *la imagen que el sujeto ostenta en torno de sí mismo y ante los*

---

<sup>5</sup> Desgaste personal producido por el ejercicio de la psicoterapia, que se expresa en dificultades emocionales, cognitivas y comportamentales, y que interfieren las relaciones interpersonales profesionales y personales. Una de las consecuencias más complicadas para la psicoterapia es el bloqueo de la generatividad, lo cual interfiere con la alianza terapéutica. (Yáñez, 2002).

<sup>6</sup> El autocuidado profesional, corresponde a aquellas competencias orientadas a equilibrar las carencias y restricciones interpersonales que se producen, debido al encuadre profesional, durante el ejercicio de la psicoterapia.

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

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

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

## **PACIENTE**

La contingencia de la praxis vital, desde el nacimiento hasta la muerte, implica que el sujeto tiene que estar haciendo constantemente un esfuerzo mayor o menor, más crítico o menos crítico, para mantenerse en equilibrio. Su propiedad esencial es ser un equilibrio inestable producto de la compleja interacción entre los procesos internos en sus distintos niveles físico, biológico, psicológico, y la presión compleja e inextricable de las demandas externas. Esta condición inextricable del medio, tiene que ver con la aleatoriedad permanente de las circunstancias a la que está sujeto el individuo. Más aún, la condición de sujeto, se debe a estar permanentemente sujeto a estas circunstancias. El esfuerzo de éste,

consiste en poner un orden a los acontecimientos, en base al orden interno de su propia complejidad sistémica. Cuando mencionamos la palabra esfuerzo, nos referimos específicamente a un costo energético a todo nivel, cuyo objetivo es mantener sus límites y su propia identidad, diferenciándose del medio para constituirse en tal. En otras palabras, es un gasto constante, una inversión, para ser quien es, de modo de mantenerse indemne frente a la amenaza de la entropía natural de los sistemas.

La tensión existencial se origina en dos fuentes, a saber: la propia coherencia del sistema que implica un costo energético para su mantención, y el que corresponde a la necesidad vital de relacionarse con un mundo ordenado y predecible, de modo de disminuir los niveles de incertidumbre vital. Este movimiento permanente e inevitable del flujo del vivir, puede verse alterado por la desorganización interna del propio sistema, las demandas desbordantes del ambiente o una coincidencia azarosa que implicaría la presencia de ambos factores. La respuesta ante el quiebre permanente del equilibrio del sistema, resulta en estrategias de equilibrio alternativas que pueden conducir a la clausura progresiva del sistema. Un ejemplo es la operación de los mecanismos de defensa para evitar las demandas desbordantes tanto internas como externas, los que pueden llevar al sistema al borde de su propia desorganización. En esta circunstancia, el sistema queda en un estado tal, que puede elaborar estrategias adaptativas novedosas no incorporadas a su cotidianidad, o bien, se dispone a una mayor vulnerabilidad para la influencia externa de otros sistemas; estas dos condiciones justifican y hacen pertinente la operación de la psicoterapia. Según Prigogine, Premio Nóbel de Física, 1977, por su contribución a la termodinámica del no equilibrio y la teoría de las estructuras disipativas, (en Spire, 1999, Pág. 25), señala dos condiciones respecto de éstas últimas, cuando una estructura disipativa se acerca al desequilibrio. Una de ellas es “cuanto más se aleja un sistema del equilibrio, más las causas de los fenómenos que se desarrollan en su interior, tienden a generar efectos inéditos y, en consecuencia imprevisibles”, la segunda se refiere a “que la materia que está alejada del equilibrio es sensible a las influencias externas”.

Esta condición de desequilibrio, que surge de la alteración de la economía interna del sistema y/o de las demandas desbordantes del medio ambiente, restringe la eficacia

operacional del sujeto para mantener esta especie de equilibrio u “orden por oscilaciones”, en las palabras de Guidano. Por tanto se exagera las medidas defensivas para el sistema, emergiendo estrategias disfuncionales que son la base de la sintomatología de los pacientes; y comienza a padecer la ineficacia de su propio sistema para vivir.

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

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

El segundo nivel, es el estructural o profundo que corresponde al núcleo del sí mismo, donde existe un mayor predominio de los procesos de mantenimiento de los esquemas cognitivos subyacentes o esquemas cognitivos interpersonales, dado que estos tienen una raigambre histórica remota en el sujeto y cuyos cambios, para efectuarse, requieren de perturbaciones intensas o masivas a nivel del funcionamiento superficial del sujeto. Sin embargo, este nivel también es fuente de perturbaciones más estructurales, por ejemplo, del tipo que se aprecia en las psicosis y en los trastornos de personalidad.

De cualquier modo, a nivel superficial o profundo, lo central que ocurre con un paciente que se desestabiliza, es una desorganización de sus sistemas de conocimiento, tanto internos como de respuestas a las demandas desbordantes. Esto se refleja a nivel de lo que es el concepto de trastorno en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos

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

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

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

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

## ***RELACIÓN TERAPÉUTICA***

La matriz donde se incuban los procesos de cambio y progreso de la estructura del sí mismo son las relaciones interpersonales, porque estas proveen de experiencias emocionales permanentes de transmisión de la cultura y del lenguaje y de los referentes “objetivos” del sí mismo además de las nociones propias de la conciencia y la autoconciencia, que se van a constituir en un componente vital de la identidad del sujeto. La frase “somos lo que somos porque estamos con los otros”, resulta elocuente para mostrar la importancia del vínculo con los demás, (véase Sujeto Interpersonal). De este modo si las relaciones interpersonales nos crían, entonces las relaciones interpersonales nos curan, si

las relaciones interpersonales nos enferman, entonces las relaciones interpersonales nos sanan. Por lo tanto, la relación terapéutica, además de ser el factor común a todas las psicoterapias, es esencial para crear el contexto interpersonal necesario en la generación de condiciones de cambio.

Esta relación terapéutica es el encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los sujetos participantes en esta interacción, lo que se expresa en lo que llamamos alianza terapéutica, o sea, es el resultado del proceso de relación interpersonal psicoterapéutico entre paciente y terapeuta, que se constituye en una base de apego segura conformada por características técnicas y características personales de los sujetos involucrados. La alianza permite la exploración y el reordenamiento de la experiencia inmediata, y la explicación del paciente dentro de un contexto técnico profesional protegido, orientado al desarrollo y la mejoría del sujeto. En otras palabras, la relación terapéutica, es una interacción técnico – profesional que contiene características especiales, que definen el modo y el alcance de ésta, que aún cuando hace uso de los hábitos y costumbres sociales naturales, está delimitada por el encuadre psicoterapéutico, cuyas reglas regulan esta relación, dándole un carácter que no se encuentra en las interacciones cotidianas. En este contexto interpersonal se crean las condiciones necesarias para generar el cambio psicoterapéutico, por un lado, en la dirección de la remisión sintomática y, por otro, los cambios profundos y estructurales, asociados al origen de los desórdenes psicológicos.

La relación terapéutica y la alianza consecuente, aunque se basan en los usos y costumbres sociales y en la cultura de la cual provienen los sujetos, es una relación contracultural, en el sentido que es un encuentro técnico o profesional, de orden absolutamente inédito en cuanto a que el encuentro que se produce entre estos sujetos, está mediado por el deseo de cambio del paciente y la disposición de servicio del terapeuta, y lo que se intercambia son los contenidos más íntimos, particulares y significativos del paciente que consulta. Esta paradoja interpersonal, corresponde a la metáfora de una relación de apego significativa y segura, no histórica sino que aguda y de emergencia, que en un

período de tiempo determinado, breve, es capaz de recapitular y reorganizar los sistemas de conocimiento ontológicos de un sujeto, con el fin de reequilibrarlos en su funcionamiento y viabilidad. En este sentido, cabe mencionar lo señalado por Kleinke (1995, Pág. 116), respecto a las características que permiten distinguir una relación terapéutica de una relación cotidiana, natural o de amistad:

- 1) “las relaciones terapéuticas son unilaterales”, esto porque el terapeuta funciona desde una perspectiva orientada hacia el paciente y los contenidos y transacciones emocionales preferentes, son aquellos que corresponden al paciente;
- 2) “las relaciones terapéuticas son formales”, porque están reguladas por un contrato más explícito o menos explícito, que establece y especifica la duración, tiempo, costo, tipo de relación, etc., de modo que las relaciones están sujetas a estas circunstancias específicas;
- 3) “las relaciones terapéuticas están limitadas en el tiempo”, desde el punto de vista de la generatividad, la subvariable que menos opera en una relación terapéutica es precisamente su proyección más allá de los términos establecidos en el contrato y del logro de las metas terapéuticas, en otras palabras, la relación terapéutica escasamente se proyecta al ámbito natural. Desde nuestra perspectiva, tendríamos que señalar una cuarta condición que es característica de la relación terapéutica, y es que ésta es una relación de servicio profesional, donde el objeto en transacción es un intangible, el acto terapéutico o el servicio terapéutico, que sólo puede ser verificado por los resultados que se logran en el paciente. Esta es una condición crítica de la psicoterapia, que está relacionada con la facilitación del síndrome de burnout en los terapeutas. La transferencia es principalmente simbólica y, un buen resultado de una psicoterapia, se evalúa por la apropiación que hace de éste el paciente, de modo que la falta de reconocimiento hacia el terapeuta es una situación que puede extrañarse pero que es un indicador del buen ejercicio de la psicoterapia.

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

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

- 1) la aceptación del vínculo y su mantenimiento, con las restricciones que señale el encuadre, como el contexto propicio para el trabajo terapéutico;
- 2) el acuerdo de metas psicoterapéuticas generales que le otorgan un marco de referencia y orientan el proceso de la terapia, al estilo del empiricismo colaborador propuesto por Beck;
- 3) la condición de que el resultado de ésta es una responsabilidad compartida entre terapeuta y paciente y que, para cada uno, supone la aceptación de tareas y responsabilidades que van desde, los aspectos formales como asistencia regular a la psicoterapia, hasta la disposición del paciente para poner en juego contenidos extremadamente íntimos o perturbadores;
- 4) el “enfoque crédulo” mutuo de Kelly, (1955) en que , por una parte el terapeuta confía en la espontaneidad y honestidad de su paciente, y por otra, el paciente confía en la idoneidad, buen criterio y disposición permanente del terapeuta hacia él;
- 5) la actitud de explicación permanente, que por parte del terapeuta implica la asociación de los acontecimientos del proceso terapéutico con los referentes teóricos y metateóricos del sistema de conocimiento, para formular hipótesis acerca del

funcionamiento del paciente, y por parte del paciente, implica encontrar explicaciones e interpretaciones ajustadas a sus propios procesos de funcionamiento, que le permitan bajar su nivel de sintomatología;

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

## **ENCUADRE CLÍNICO**

El encuadre psicoterapéutico es uno de los factores técnicos de la clínica psicológica, que provee la base sobre la cual se expresan las variables específicas (diagnóstico, técnicas y tratamiento), e inespecíficas (alianza terapéutica, comunicación verbal y no verbal, empatía, clima emocional, etc.), de la situación terapéutica. Como estrategia, permite delimitar la relación, tanto dentro como fuera de sesión, de estas dos categorías de variables. Es responsable del control y del uso de ellas como un factor técnico, asociado estrechamente al progreso de la psicoterapia. Es decir que, un encuadre definido e instalado en la relación terapéutica, se constituye en herramienta fundamental de cambio del paciente<sup>7</sup>.

Uno de los factores centrales asociados con el cambio personal en el modelo constructivista cognitivo, es precisamente el encuadre riguroso y estricto que se debe respetar para el ejercicio de los procedimientos psicoterapéuticos. Este se ha convertido el sello de la terapia, dado que en el modelo cognitivo general, no existen menciones explícitas

---

<sup>7</sup> He optado utilizar la denominación de paciente, en consideración a lo que nuestros pacientes realmente son, o sea, personas que están aquejadas de algún padecimiento, preferentemente psíquico, y no llamarlo consultante o cliente, puesto que ambas categorías me parecen inoportunas e inoficiosas, en términos que no representan esencialmente la condición en que se encuentran nuestro pacientes.

para las reglas que regulan la relación, salvo las indicaciones que se desprenden de la teoría, sin que se encuentren sistematizadas. Durante el proceso de formación de terapeutas del modelo, se puede apreciar la importancia de regular, de acuerdo con la teoría, el papel del terapeuta en los procesos de cambio y las dificultades que los aprendices enfrentan al intentar incorporar las habilidades que permiten la regulación de la relación con el paciente, especialmente en lo referido a la modulación de sus repertorios personales que interfieren con la terapia.

Para este efecto, se va a entender como *Encuadre Constructivista Cognitivo* a las reglas interpersonales que regulan la relación terapéutica y cuya función es la de proveer un contexto relacional estable, seguro y proyectado en un tiempo suficiente que permita alcanzar las metas psicoterapéuticas. Es decir, la operación de estas reglas facilita las condiciones para que paciente y terapeuta creen una base de relación que incorpore componentes técnicos y personales (factores específicos e inespecíficos), de modo que se desarrolle la alianza terapéutica.

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

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

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

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

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

En cuanto al terapeuta, este considerará, tanto desde lo teórico como desde sus habilidades o experticia, la queja que el paciente trae: el cómo esta queja se refiere a un estilo o personalidad del paciente que apunte a la conveniencia o no de la psicoterapia y su

posible diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Es un aspecto a evaluar durante las entrevistas iniciales. Es importante considerar como condición previa, la posibilidad de establecer una alianza de trabajo conjunto que provea de un sostén relacional para el despliegue y cambio del paciente. El terapeuta en esta fase, también evalúa desde lo personal, la pertinencia de trabajar con un determinado paciente. En cuanto al paciente, él decide, principalmente en base a su experiencia directa con el terapeuta, si le parece hacerse psicoterapia, tanto respecto del estilo, como de las características personales del terapeuta.

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

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

actitudes del terapeuta frecuentemente es inconsciente, por lo que el paciente puede sentirse emocionalmente perturbado, sin tener clara noción a qué atribuirlo.

La otra fuente de encuadre implícito son los usos y costumbres de una particular cultura o subcultura, que define las condiciones y las características interaccionales que se deben tener en determinadas circunstancias sociales. De este modo, el comportamiento de un paciente, de una determinada cultura, tenderá a ser incorporado y a instalarse de una manera “natural” en la relación terapéutica, pero que sin embargo, podría interferir con los propósitos técnicos que sustentan los principios de la psicoterapia cognitiva. Es responsabilidad del terapeuta como modelo de rol, proveer las condiciones interpersonales necesarias para mantener la relación en un contexto profesional favorable a la creación de cambios en el paciente.

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

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

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

(b) *Intención de Abstinencia*, es otra de las actitudes del terapeuta, justificadas en los principios teóricos del modelo, y se refiere a la disposición del terapeuta para no desplegar contenidos personales durante el proceso terapéutico. Es decir, que la historia propia y experiencia de vida del terapeuta pueden convertirse en un referente implícito que le permita contraste con los contenidos del paciente, de modo de instalar un equilibrio entre significados alternativos posibles respecto de lo que puede estar ocurriendo en una sesión. La revelación de contenidos personales del terapeuta, puede ser altamente contraindicado, especialmente

cuando no se tiene suficiente evidencia de cual puede ser el efecto que pueda tener sobre el paciente o la relación terapéutica. Se diría que uno de estos efectos más iatrogénicos es la idealización del terapeuta, señal inequívoca de que éste está siendo más prevalente que su paciente en el proceso.

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

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