

## Diferencias en la autorregulación emocional y la complejidad cognitiva en situaciones terapéuticas críticas entre terapeutas noveles y expertos

Ainoa Hilari Baldó

<http://hdl.handle.net/10803/418809>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## **TESIS DOCTORAL**

**Título:** Diferencias en la autorregulación emocional y la complejidad cognitiva en situaciones terapéuticas críticas entre terapeutas noveles y expertos

Realizada por Ainoa Hilari Baldó

en el Centro Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universidad Ramón Llull - FPCEE Blanquerna

y en el Departamento Psicología

Dirigida por el Dr. Lluís Botella García del Cid

# ÍNDICE

1. Introducción General .....	4
2. Objetivos .....	12
3. La Epistemología .....	14
2.1. Naturaleza Proactiva de los Procesos de Construcción de Significado .....	14
2.2. Estructura Nuclear Morfogénica y Organización Jerárquica del Significado .....	16
2.3. Desarrollo Autoorganizado y Ubicuidad del Cambio .....	17
2.4. La Psicología de Constructos Personales de George A. Kelly .....	18
4. Autorregulación Emocional .....	30
5. La Relación Terapéutica .....	38
6. Habilidades Terapéuticas .....	43
7. Experticia Terapéutica .....	49
8. Estudio 1: Complejidad Cognitiva y Formulación de Casos en Expertos en Psicoterapia vs. Terapeutas Principiantes .....	55
7.1. Método .....	55
7.1.1. Participantes .....	55
7.1.2. Instrumentos .....	57
7.1.2.1. Narrativa de Conceptualización del Caso .....	57
7.1.2.2. Rejilla de Enfoques Terapéuticos .....	58
7.1.2.3. Rejilla de identificación de Factores Comunes e Ingredientes Específicos .....	59
7.1.3. Procedimientos .....	60

7.1.4. Aspectos Éticos .....	60
7.2. Resultados .....	61
7.3. Discusión .....	71
9. Estudio 2: Diferencias en la Autorregulación Emocional en Situaciones Críticas entre terapeutas Principiantes y Expertos .....	73
8.1. Método .....	76
8.1.1. Participantes .....	76
8.1.2. Instrumentos .....	77
8.1.2.1. Entrevista de Autorregulación Emocional para Terapeutas (EAET).....	77
8.1.3. Procedimiento .....	78
8.1.4. Aspecto Ético .....	80
8.2. Resultados .....	80
8.3. Discusión .....	88
9. Conclusiones generales .....	89
10. Anexos .....	96
10.1. Narrativa de conceptualización del caso .....	96
10.2. Rejilla de Identificación de factores comunes e ingredientes específicos .....	110
11. Referencias .....	121

## INTRODUCCIÓN GENERAL

La adopción de una epistemología constructivista en psicología en general y en psicoterapia en particular ha comportado desde hace décadas el interés por el estudio de los fenómenos desde el punto de vista de sus actores principales.

En el caso del estudio de los procesos de construcción de conocimiento, el constructivismo ha aportado tanto una base conceptual como diferentes métodos cuantitativos y cualitativos para abordarlo.

La metateoría constructivista incluye al menos dos conjuntos básicos de suposiciones sobre: (a) la naturaleza del conocimiento y (b) los valores epistémicos. En cuanto a la naturaleza del conocimiento, la metateoría constructivista asume que el conocimiento es una construcción humana, no el descubrimiento neutral de una verdad objetiva. Así, se aparta de la concepción tradicional objetivista del conocimiento como representación interiorizada y de la realidad externa y objetiva. Los valores epistémicos son criterios empleados para escoger entre explicaciones que compiten. Las preguntas sobre los valores epistémicos raramente surgen en la metateoría objetivista, ya que el conocimiento es visto como una representación de la realidad y, en consecuencia, las explicaciones se eligen según su valor de verdad, es decir, su correspondencia con la realidad externa que representan. La concepción objetivista del conocimiento y de la verdad está, por lo tanto, estrechamente

vinculada e impregna a la ciencia con la dependencia de los hechos para justificar una afirmación de conocimiento dada.

El constructivismo no puede basarse en la metáfora de la correspondencia original/copia, ya que se aparta de una concepción representacional del conocimiento. La justificación por medio de la autoridad de la verdad se considera entonces como una ilusión. Esta posición no justificativa deja a la metateoría constructivista frente a la tarea de articular un conjunto alternativo de valores epistémicos, teniendo en cuenta que los valores son, por definición, preferencias subjetivas. Aunque los valores epistémicos constructivistas varían según las diferentes teorías constructivistas, todos ellos pueden ser vistos como alternativas a la posición del objetivismo. Dos de los conjuntos más habituales de valores epistémicos en la metateología constructivista, sin embargo, corresponden a (a) el valor pragmático del conocimiento (es decir, su eficiencia predictiva, viabilidad y fertilidad) y (b) la coherencia, es decir, su consistencia interna y externa y su poder unificador).

De estos dos supuestos epistémicos básicos de la metateología constructivista pueden derivarse una serie de corolarios. De hecho, las diferentes teorías constructivistas enfatizan diferentes corolarios posibles. Este énfasis diferencial llevó a la proliferación de diversas formas de constructivismo.

El constructivismo radical, tal como han sido discutidos por autores como Maturana y Varela, von Foerster y von Glaserfeld, rechaza la posibilidad del conocimiento objetivo, ya que todo conocimiento depende de la estructura

del conocedor. Por lo tanto, sujeto y objeto son construcciones (u operaciones) del observador, y no entidades independientemente existentes. Incluso si hay una realidad ontológica, sólo podemos conocerla evaluando cuán bien nuestro conocimiento encaja con ella. Así, el constructivismo radical ve el conocimiento como una construcción--frente a una representación internalizada de una realidad externamente independiente.

Según Maturana y Varela, los seres vivos son sistemas autopoieticos (autocreadores o autoprodutores) en el sentido de que son capaces de mantener "su propia organización, siendo la organización que se desarrolla y mantiene idéntica a aquella que realiza el desarrollo y mantenimiento". La noción de autopoiesis se apoya en la afirmación de von Foerster de que el sistema nervioso central funciona como un sistema cerrado organizado para producir una realidad estable.

Los organismos interactúan por medio de acoplamiento estructural, es decir, por co-deriva y establecimiento de las condiciones mutuas para una acción eficaz. Maturana y Varela equipararon la acción efectiva con la supervivencia. La conciencia y el lenguaje emergen a través de la experiencia del acoplamiento estructural y la acción efectiva. Al equiparar el conocimiento con la acción efectiva, o con la viabilidad, el constructivismo radical se suscribe al segundo tema de la definición de metatereo constructivista, es decir, el rechazo del justificacionismo epistémico.

El construccionismo social (propuesto principalmente por Kenneth Gergen) se centra explícitamente en el papel de los procesos sociales en la

construcción del significado. En consecuencia, Gergen rechazó tanto epistemologías exógenas como endógenas. Las epistemologías endógenas son aquellas que enfatizan el papel de la mente individual en la construcción del significado, mientras que las epistemologías exógenas enfatizan el papel de la realidad externa. El construccionismo social no coloca el conocimiento dentro de las mentes individuales ni fuera de ellas, sino entre las personas. En otras palabras, de acuerdo con el construccionismo social, el conocimiento es generado por las personas que interactúan y negocian colectivamente un conjunto de significados compartidos. Al rechazar la concepción objetivista del conocimiento como representación interna, el construccionismo social comparte la visión del conocimiento como una construcción--una construcción social en este caso.

La cuestión de cómo elegir entre afirmaciones alternativas ha evolucionado en el trabajo de los construccionistas sociales, pero en cualquier caso los criterios propuestos por los construccionistas sociales pueden ser vistos generalmente como ejemplos de los usos sociales y políticos del conocimiento y comparten el rechazo constructivista de justificacionismo.

Si bien tanto los constructivistas radicales como los construccionistas sociales comparten la crítica con la representación y el justificacionismo, estos últimos prefieren el término construccionismo para enfatizar sus diferencias mutuas. Algunos revisores han observado que, mientras que el constructivismo radical tiende a promover una imagen del sistema nervioso como una unidad



cerrada, el construccionismo social ve el conocimiento como surgiendo en el intercambio social y mediado a través del lenguaje.

La psicología narrativa propone el entramado narrativo como principio organizador en la construcción proactiva del significado. De acuerdo con el trabajo seminal de Theodore R. Sarbin los seres humanos dan sentido a acontecimientos por lo demás no relacionados imponiendo una estructura narrativa sobre ellos. Así, por ejemplo, cuando se presentan dos o tres imágenes, tendemos a interpretar la trama de una historia que se relacionan entre sí de alguna manera y nos ayudan a predecir cómo es probable que evolucionen. El entramado narrativo, entonces, equipara el conocimiento con la construcción anticipatoria del significado narrativo.

Tanto Sarbin como Donald P. Spence propusieron la “suavización” narrativa como el criterio según el cual las afirmaciones de conocimiento son elegidas tácitamente. En su enfoque del autoengaño, Sarbin observó cómo algunas personas mantienen narrativas del self que son aparentemente contrafácticas, un fenómeno tradicionalmente explicado por medio de construcciones mecanicistas como la represión o la disociación. Sin embargo, cuando el alisamiento narrativo se utiliza como principio explicativo, tales construcciones son redundantes. La psicología narrativa propone que la gente tácitamente edita sus narrativas del self (mediante la modificación de información inconsistente) para que el yo como figura narrativa sea protegido, defendido o mejorado. Así, la psicología narrativa comparte la crítica

constructivista de la justificación del conocimiento por medio de su correspondencia con la realidad objetiva.

El constructivismo en psicología evolutiva tal como fue discutido originalmente por Jean Piaget y elaborado por los investigadores del desarrollo postformal también considera al conocimiento como una construcción proactiva del organismo conocedor. Según particularmente la versión de Piaget, el conocimiento es una construcción activa del sujeto cognoscitivo, desencadenada por la búsqueda del equilibrio, es decir, por la necesidad del orden y la estabilidad del sistema cognitivo. El rechazo de Piaget a la concepción empirista del conocimiento, por ejemplo, se basa en la noción constructivista de que el conocimiento no puede ser visto como una copia del mundo externo.

El constructivismo evolutivo también se aparta de la concepción objetivista de la verdad como correspondencia entre las representaciones mentales y la realidad. Según la mayoría de las perspectivas organísmicas, incluyendo el enfoque piagetiano, los sistemas de conocimiento se desarrollan mediante cambios cualitativos recurrentes en la dirección de una mayor complejidad. Por lo tanto, el conocimiento nunca puede ser considerado una representación exacta de la realidad, ya que cada nuevo refinamiento requerirá justificación en un nivel más nuevo y más alto. El constructivismo evolutivo y organísmico, entonces, equipara el conocimiento útil con acción dialécticamente adaptativa; es decir, con la capacidad de adaptar sus

estructuras de conocimiento al medio ambiente y de adaptar el entorno a sus estructuras de conocimiento.

El constructivismo piagetiano, sin embargo, es polémico en dos sentidos. En primer lugar, limitó su ámbito de conveniencia al desarrollo del razonamiento lógico-matemático desde el nacimiento hasta la adolescencia. En segundo lugar--y relacionado--equiparó la cognición del adulto con la construcción de un mundo que ha sido descrito como constituido por sistemas cerrados. El intento de extender el pensamiento piagetiano más allá de las operaciones formales ha generado un cuerpo creciente de investigaciones sobre la cognición de los adultos desde posiciones metateóricas aún más cercanas al constructivismo que la inicial de Piaget.

La Psicología de los Constructos Personales (PCP), tal como fue originalmente propuesta por George A. Kelly, puede definirse como una teoría constructivista en la medida en que se acepta la caracterización de la metateoría constructivista. La teoría de Kelly fue el primer intento de idear una teoría de la personalidad basada en un modelo formal de la organización del conocimiento humano. La filosofía de Kelly de alternativismo constructivo afirma que la realidad está sujeta a muchas construcciones alternativas, ya que no se nos revela directamente, sino a través de las plantillas que creamos y luego tratamos de encajar sobre el mundo.

La concepción constructivista del conocimiento como construcción anticipatoria es explícita en el postulado fundamental del PCP; los procesos de

una persona se canalizan psicológicamente por las formas en que él o ella anticipa los acontecimientos. La PCP también comparte la noción constructivista de eficiencia predictiva como un valor epistémico.

Incluso esta discusión somera de las diferentes teorías constructivistas muestra algunas características de la escena constructivista contemporánea destacables.

Primero, no todos los enfoques constructivistas tienen el mismo estatus teórico. Algunos de ellos constituyen sistemas teóricos formales (por ejemplo, PCP, la teoría de Piaget), mientras que otros son más jóvenes y, por lo tanto, menos desarrollados. En segundo lugar, si bien todos los enfoques mencionados comparten ampliamente una concepción común del conocimiento como valores epistémicos constructivos y no justificativos, su compatibilidad mutua en niveles subordinados es a veces controvertida. Por ejemplo, el construccionismo social y la PCP difieren en su énfasis relativo en el origen social versus personal de la interpretación. Sin embargo, algunos teóricos de la PCP han tratado recientemente de conciliar ambos enfoques proponiendo una psicología social constructivista. Por lo tanto, no estamos sugiriendo que todas las teorías constructivistas constituyen un todo unificado, sino que comparten un núcleo superordenado de supuestos metateóricos. Este núcleo metateórico compartido permite la exploración en curso de fertilizaciones cruzadas entre diferentes enfoques constructivistas, el objetivo final no es una unificación general sino la creciente complejidad del pensamiento constructivista.

## OBJETIVOS

Los objetivos de esta tesis se enmarcan en el estudio, desde una epistemología constructivista, de los procesos de construcción de conocimiento de terapeutas expertos y principiantes y en cómo esos procesos influyen en sus capacidades de autorregulación emocional en la práctica terapéutica.

Así, en un **primer estudio** se analizan cuáles son las diferencias entre dos grupos de psicoterapeutas, uno de principiantes y otro de expertos, en términos de su organización del conocimiento y particularmente en referencia a (i) su nivel de conocimiento tanto declarativo como procedimental, (ii) la complejidad del sistema de constructos que utilizan para dar sentido a los diferentes enfoques teóricos y (iii) la identificación de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de diferentes orientaciones.

Un **segundo estudio** se dedica a explorar las individualidades y comunalidades de la construcción narrativa de terapeutas expertos y principiantes respecto a sus formas de regulación emocional durante episodios críticos en el proceso terapéutico.

La tesis se inicia con una descripción sintética de las **premisas básicas de la epistemología constructivista en psicología** y de la **Psicología de Constructos Personales** en calidad de una de sus mejores exponentes y en cuya metodología (Técnica de Rejilla) se ha basado buena parte de esta tesis.

A continuación de esa descripción, y a modo de introducción conceptual a los estudios, se presentan los principales resultados de la investigación sobre (i) **autorregulación emocional**, (ii) **relación terapéutica**, (iii) **habilidades terapéuticas** y (iv) **experticia terapéutica** (en el contexto de la psicología del conocimiento experto).

## **LA EPISTEMOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA EN PSICOLOGÍA Y LA PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES**

La epistemología constructivista se basa en una serie de premisas fundamentales tal como la caracterizaron en su trabajo clásico Neimeyer y Neimeyer (1992):

Los seres humanos (a) se orientan activamente hacia la comprensión del mundo en el que viven, (b) no pueden acceder directamente a la realidad externa y (c) están en un proceso continuo de desarrollo y cambio (pág. 3).

De dichas premisas básicas se pueden extraer, tal como propuso Mahoney (1988, 1991) tres rasgos básicos de las teorías constructivistas en psicología. A ellas se dedican los siguientes apartados.

### **Naturaleza Proactiva de los Procesos de Construcción de Significado**

Este es el rasgo más comúnmente asociado al constructivismo en todos los ámbitos. Se puede resumir en la afirmación de que "el organismo es un participante activo en sus propias experiencias y en su aprendizaje" (Mahoney, 1991, pág. 100).

Este principio se recoge, por ejemplo, en el postulado fundamental de la Psicología de los Constructos Personales (Kelly, 1955/1991): *los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por las formas en que anticipa los acontecimientos*. La anticipación es el núcleo motivacional de la teoría de Kelly (así como de la práctica totalidad de teorías constructivistas): el ser humano se

concibe como esencialmente proactivo y constructor de significado a partir del flujo de la experiencia.

Es importante destacar que el constructivismo no contempla esta función anticipatoria o proactiva como un acto puramente "racional". En la anticipación de la experiencia se implica todo el organismo, tanto en sus aspectos emocionales como en los cognitivos y conductuales; de ahí que la mayoría de autores constructivistas rechacen la etiqueta de "cognitivos" en la acepción racionalista (y computacional) clásicamente atribuida a dicho término.

Un segundo punto a este respecto es el de la diferencia entre el significado de la "representación" --que media entre el evento y su interpretación-- según las meta-teorías racionalistas y constructivistas. Las primeras asumen un modelo de correspondencia. De acuerdo con este modelo las representaciones mentales son equiparables a una copia interna de la realidad externa. Frente a esta concepción sensorial y pasiva, el constructivismo fue calificado de "meta-teoría motórica de la mente" (Weimer, 1977) debido a su reconocimiento del papel constructivo y proactivo de los procesos de atribución de significado.

La función de anticipación va unida a la disposición a atribuir significado a los acontecimientos y la experiencia. En términos del corolario de construcción de la Psicología de los Constructos Personales (Kelly, 1955/1991, pág. 35) "la persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas". Kelly (1955/1991) clarifica la relación entre anticipación y atribución de significado al afirmar:

Por "construir" entendemos "emplazar una interpretación": la persona emplaza una interpretación sobre aquello que construye. Erige una



estructura, dentro de un marco en el que la sustancia adopta forma o asume un significado. La sustancia que construye no produce la estructura; es la persona quien lo hace (pág. 35).

La práctica totalidad de teorías constructivistas en psicología vinculan el proceso de atribución de significado al lenguaje, aunque van más allá de la acepción tradicional del término, entendido como representación lingüística de la realidad.

A partir de lo antedicho, podríamos resumir esta primera premisa compartida por las teorías constructivistas en psicología mediante la afirmación de que los *procesos psicológicos humanos implican la atribución proactiva de significado a la experiencia a partir de la construcción de sus réplicas en términos de discriminaciones entendidas en sentido amplio, es decir, cognitivas, emocionales y conductuales simultáneamente.*

### **Estructura Nuclear Morfogénica y Organización Jerárquica del Significado**

Mahoney (1988, pág. 6) destaca la autoorganización (morfogénesis) de los sistemas humanos alrededor de una serie de procesos supraordenados nucleares (o centrales) que dictan y constriñen a los que se manifiestan en niveles subordinados.

Este principio básico se hace patente, por ejemplo, en el corolario de organización de la Psicología de los Constructos Personales (Kelly, 1955/1991), que establece que "cada persona desarrolla característicamente, de acuerdo con su conveniencia en la anticipación de los acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos"

(pág. 39). Como afirman Botella y Feixas (1991, pág. 75), "la noción de sistema implica un conjunto interconectado de elementos más simples (constructos personales) estructurados como totalidad integrada". Una de las implicaciones de este corolario es que los constructos personales que forman parte del sistema de la persona se pueden identificar según su grado de centralidad o nuclearidad; un constructo A será supraordenado respecto a otro B cuando B sea un elemento de A.

### **Desarrollo Autoorganizado y Ubicuidad del Cambio**

Mahoney (1988, pág. 9) señala como tercer rasgo definitorio de las teorías constructivistas la afirmación de que los sistemas humanos "se organizan para proteger y perpetuar su integridad, y se desarrollan vía diferenciaciones estructurales seleccionadas a partir de sus variaciones ensayo-error". En lo tocante a esta característica resulta de particular relevancia la concepción de Campbell (1974) y Popper (1972) sobre epistemología evolucionista. El concepto fundamental que se extrae de estas elaboraciones es el de que el conocimiento sigue un proceso similar al de la selección natural, en el que las hipótesis de mayor valor predictivo "sobreviven" a las demás. Por lo tanto, (a) el criterio último de contraste de la hipótesis no es la verdad absoluta, sino el ajuste entre predicción y observación, y (b) sujeto y entorno mantienen una relación dialéctica mediante la que se modifican mutuamente.

En palabras de Guidano (1991):

El devenir temporal de cualquier sistema individual de conocimiento debería considerarse como el desplegamiento (*unfolding*) de un proceso autoorganizado que, mediante el desarrollo madurativo de las capacidades cognitivas superiores, construye progresivamente un sentido de auto-identidad dotado de rasgos únicos y continuidad histórica y cuyo mantenimiento se torna tan importante como la propia vida. La interdependencia de los procesos de identidad y conocimiento hace posible que la génesis y asimilación de información se regule por las pautas de auto-identidad así estructuradas, y esto a su vez posibilita el ordenamiento continuo de la experiencia según una dimensión coherente y unitaria (pág. 9).

### **La Psicología de Constructos Personales de George A. Kelly**

En 1955, Kelly partió de un postulado filosófico para definir las bases conceptuales de la Psicología de los Constructos Personales (Psicología de los Constructos Personales). Según él (Kelly, 1955/1991), el significado de la experiencia es una construcción personal y no se nos revela directamente mediante la simple observación de la realidad externa. A partir de esta premisa básica, Kelly convirtió en objeto de estudio de la psicología cómo las personas atribuyen un determinado significado a la realidad—no tanto la realidad en sí misma.

Esta nueva forma de entender la psicología a través de los constructos personales se diferenciaba de las teorías psicológicas del momento, que se

centraban en el concepto mecanicista de causa-efecto y cómo éste afecta a la conducta y a la personalidad.

Un aspecto relevante de la Psicología de los Constructos Personales es que considera a la persona como un todo y permite explicar cómo actúa el ser humano en cuanto que totalidad y orientado a la atribución de significado a su experiencia. En este sentido se considera que Kelly desarrolló una psicología de la persona íntegra.

La Psicología de los Constructos Personales se emplaza en la cosmovisión contextualista, tal como la definió Pepper (1942) en su obra clásica sobre visiones del mundo. El contextualismo se basa en la metáfora del acontecimiento histórico. Implica "el reconocimiento de que hay muchas formas de ver cualquier fenómeno, dependiendo del contexto del que emana" (Kramer, 1983, pág. 95). La importancia de la teoría contextualista del significado es que cambia el foco de interés de aquel momento histórico, centrado en la realidad externa y sus efectos en la persona, para centrarse en la interpretación que se le atribuye a la realidad.

La práctica totalidad de los conceptos básicos de la Psicología de los Constructos Personales fueron formulados por George A. Kelly en una sola obra, en la que él mismo reconoció la influencia de sus experiencias personales o, mejor, de su forma de construir sus propias experiencias. Kelly rechaza las visiones pasivas y deterministas del ser humano, centradas en su pasado o en su inconsciente y opta por una psicología basada en la concepción de la persona como agente activo.

El éxito de la terapia de la Psicología de los Constructos Personales en psicoterapia consistió en facilitar la construcción de un marco de significado

diferente al que han desarrollado los clientes, ofreciéndoles un nuevo enfoque ante la vida. Para poder conseguir este cambio en el cliente Kelly adopta la metáfora del "ser humano como científico" basada en la analogía de que el cliente deberá desempeñar diferentes funciones para poder solucionar sus problemas, tales como *determinar el problema, observar, llegar a familiarizarse con la situación, formular hipótesis inductiva o deductivamente, relacionar los datos con sus predicciones, controlar sus experimentos para saber qué lleva a qué, generalizar con cautela y revisar su pensamiento a la luz de la experiencia...* operaciones todas ellas con un evidente paralelismo a las que lleva a cabo un científico profesional. La Psicología de los Constructos Personales es una teoría "de acción", no sólo de reflexión, centrada en la persona como agente activo del cambio.

Una de sus bases principales es que la realidad está sujeta a muchas construcciones alternativas, algunas de las cuales pueden resultar más fructíferas que otras, lo cual ya hemos discutido con anterioridad que constituye una piedra angular de todo el pensamiento constructivista. El objetivo de la terapia basada en la Psicología de los Constructos Personales es encontrar una construcción de la realidad que sea más saludable para la persona y para sus relaciones.

El *alternativismo constructivo*, tal como lo denominó Kelly, deriva de una serie de puntos de partida que también formuló explícitamente (Kelly, 1955/1991). En primer lugar, Kelly consideró al ser humano como alguien que contempla los acontecimientos de los que forma parte con la finalidad de interpretarlos (mediante constructos) y atribuirles significado para poder predecirlos y comprenderlos. El desajuste entre la predicción y el contraste con

la realidad constituye el criterio de invalidación de un constructo.

El postulado fundamental de la Psicología de los Constructos Personales es que “Los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por las formas en que anticipa los acontecimientos” (Kelly, 1955/1991, pág. 32). A partir de este postulado principal, Kelly desarrolló once corolarios que ayudan a entender los procesos de atribución de significado a la realidad:

1. *Corolario de Construcción*: La persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas (Kelly, 1955/1991, pág. 35). Según Kelly, la anticipación de los acontecimientos se produce mediante la superposición de dimensiones de interpretación (constructos personales) a la propia experiencia. Estas dimensiones son de naturaleza abstracta, dado que se originan en la capacidad de la persona para advertir similitudes y diferencias en los acontecimientos. Una dimensión sirve simultáneamente para diferenciar e integrar la experiencia, pues aísla un acontecimiento particular de otros y, a la vez, lo equipara a un tercer grupo de acontecimientos.
2. *Corolario de Individualidad*: Las personas difieren entre sí respecto a su construcción de los acontecimientos (Kelly, 1955/1991, pág. 38). Es imposible que dos personas se encuentren ante la misma situación, pues cada una de ellas tiene como referente principal a una persona diferente (es decir, a sí misma). Por otra parte, dado que la propia red de dimensiones de significado se ha ido conformando a partir de experiencias previas, cada una de las dos personas utilizará informaciones diferentes.

3. *Corolario de Organización*: Cada persona desarrolla característicamente, para su conveniencia en la anticipación de los acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos (Kelly, 1955/1991, pág. 39). La idea central del corolario de organización es que los constructos no tienen un valor por sí mismos sino que se insertan en una red semántica amplia y a menudo muy compleja, cuya característica más definitoria es que es jerárquica. Es decir, Kelly no afirma sólo que los constructos están interconectados en una red de significado sino que estas conexiones pueden ser de naturaleza jerárquica.
4. *Corolario de Dicotomía*: El sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos (Kelly, 1955/1991, pág. 41). Si aceptamos que las personas anticipan los acontecimientos advirtiendo sus aspectos comunes llegamos a la conclusión de que, tras haber determinado en qué aspecto un acontecimiento es similar a otro, este mismo aspecto los diferencia a ambos de un tercero.
5. *Corolario de Elección*: La persona escoge para sí misma aquella alternativa de un constructo dicotómico mediante la que anticipa una mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema (Kelly, 1955/1991, pág. 45). Dado que, según la Psicología de los Constructos Personales, las similitudes de los acontecimientos se abstraen mediante la construcción de dimensiones dicotómicas, la persona tendrá que elegir entre uno u otro de sus polos, es decir, adjudicará un valor de deseabilidad o indeseabilidad a cada polo del constructo en cuestión.

Como la motivación esencial de la persona es la anticipación de los acontecimientos, la elección que realice será aquella que mejor satisfaga esta necesidad de predicción.

6. *Corolario de Ámbito*: Un constructo sólo es conveniente para la anticipación de un ámbito finito de acontecimientos (Kelly, 1955/1991, pág. 48). Cada constructo se caracteriza por un ámbito de conveniencia (el conjunto de elementos a los que puede llegar a aplicarse) y un foco de conveniencia (el conjunto de elementos a los que se aplica con máximo poder predictivo). Dado que el significado de un constructo depende de su uso personal y no necesariamente del que le adjudique el diccionario, dos personas pueden atribuir focos y ámbitos de conveniencia diferentes a una dimensión con la misma etiqueta verbal.
7. *Corolario de Experiencia*: El sistema de construcción de una persona varía a medida que construye las réplicas de los acontecimientos (Kelly, 1955/1991, pág. 50). Dado que la construcción de la experiencia se considera un proceso de contraste de predicciones, seguido de su validación o invalidación, el sistema de constructos personales cambia a medida que se construyen nuevas experiencias, haciéndose cada vez más predictivo e internamente consistente. La reconstrucción de la experiencia y el refinamiento de la propia teoría personal es sinónimo de aprendizaje y no depende de las condiciones de refuerzo o de la naturaleza de los estímulos, sino de la propia esencia del ser humano.
8. *Corolario de Modulación*: La variación en el sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos en cuyo ámbito de conveniencia se encuentran las variantes (Kelly,



1955/1991, pág. 54). La permeabilidad de un constructo depende de su capacidad para admitir en su ámbito de conveniencia nuevos elementos. El constructo "bueno *versus* malo", por ejemplo, es considerablemente permeable, dado que admite un gran número de elementos (ideas, teorías, alimentos, personas, obras de arte...). Sin embargo, el constructo "descafeinado *versus* con cafeína" es mucho más impermeable, dado que sólo admite como nuevos elementos a diferentes variedades de bebida. Kelly cifra la capacidad de alterar un constructo determinado en la permeabilidad de aquellos supraordenados a él. Es previsible que las personas que organizan su sistema de constructos a partir de unas pocas dimensiones supraordenadas sumamente impermeables tengan dificultades para reorganizar el sistema, incluso ante la evidencia de su invalidación.

9. *Corolario de Fragmentación*: Una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción inferencialmente incompatibles entre sí (Kelly, 1955/1991, pág. 58). Esto implica que ciertos constructos evolucionan con la edad, de jóvenes podemos considerar un constructo muy importante y como adultos podemos relativizarlo más. El Corolario de Fragmentación indica la necesidad de tener presente el marco de referencia supraordenado en lugar de precipitarse a juzgar a una persona como "incoherente". La incoherencia es sólo fruto de la posición externa de quien la determina, dado que, cuando se consideran en su contexto, las conductas incompatibles de la persona, según su personal punto de vista, tienen su lógica y su propia explicación.

10. *Corolario de Comunalidad*: Los procesos psicológicos de dos personas serán similares en la medida en que una emplee una construcción de la experiencia similar a la de la otra (Kelly, 1955/1991, pág. 63). En consecuencia, los procesos psicológicos de dos personas serán diferentes en la medida en que construyan su experiencia de forma diferente. Este corolario explica las similitudes observables en los procesos de construcción de la experiencia de personas pertenecientes a un mismo grupo (familia, cultura, ideología, etc.).
11. *Corolario de Socialidad*: Una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra en la medida en que construya los procesos de construcción de aquélla (Kelly, 1955/1991, pág. 66). La construcción similar de una misma experiencia no garantiza por sí sola la capacidad de mantener una relación social—en términos de Kelly, una relación de rol. La capacidad de desempeñar un rol en un proceso social implica, pues, no sólo (ni necesariamente) una construcción compartida de la experiencia, sino *la construcción de los procesos de construcción* de los demás. Sólo cuando podemos predecir con cierta seguridad lo que harán los demás podemos ajustarnos a su conducta.

Por lo que respecta al tema de cómo evoluciona y se desarrolla la complejidad del sistema de constructos personales, aspecto clave en esta tesis, la noción de invalidación cobra especial relevancia. El encuentro con el acontecimiento anticipado implica la disposición a operacionalizar la hipótesis de que se trate y contrastarla con la realidad en cuanto a su valor predictivo. El resultado de este contraste es la confirmación o desconfirmación de la

anticipación; el primer caso se da cuando el resultado es compatible con la predicción, el segundo cuando no lo es. Autores posteriores a Kelly (Chiari *et al.*, 1990; Lorenzini, Sassaroli y Rocchi, 1989), destacaron como según los criterios de la Psicología de los Constructos Personales son posibles tres formas diferentes de invalidación.

La primera, o invalidación cierto/falso es la que se produce cuando no se confirma una anticipación y como consecuencia se valida la hipótesis alternativa (por ejemplo, "si alguien me quiere me concederá todos los deseos, por lo que si mi madre no me concede un determinado deseo eso significa que no me quiere").

La segunda, o invalidación de conexión, es la que se produce cuando se revisa la implicación entre constructos, dando lugar a implicaciones auxiliares como por ejemplo, en el caso anterior, "no concederme un deseo determinado no significa que no me quiera, puede que sea una forma de manifestar que se preocupa por mí". Lorenzini, Sassaroli y Rocchi (1989) destacan que, junto con la próxima, esta forma de invalidación conduce a un genuino desarrollo del conocimiento, pues deriva en un sistema de constructos personales más diferenciado e integrado.

La tercera modalidad de invalidación es la de no aplicabilidad, que se produce cuando, por ejemplo, uno se da cuenta que no puede aplicar el constructo "me quiere-no me quiere" a su jefe o a su médico de cabecera. Esta inaplicabilidad promueve el desarrollo de algún constructo de orden superior al invalidado, bajo uno de cuyos polos queda subsumido éste como caso particular, con lo que la aplicabilidad del subsistema subordinado al constructo invalidado se mantiene relativamente intacta. En el ejemplo utilizado, es

probable que la persona elabore un constructo del estilo "relaciones de intimidad-relaciones sociales"; así, bajo el polo "relaciones de intimidad" podrá subsumir todo el subsistema que empleaba referido a "me quiere-no me quiere" y bajo el polo "relaciones sociales" podrán englobar las relaciones con su jefe, su médico de cabecera y todas las que compartan este aspecto común.

La revisión del sistema de constructos cobra especial relevancia en caso de que la anticipación se invalide, pues se hace necesario reflexionar sobre el contexto de generación de hipótesis en que se originó. Es probable que tengan que revisarse algunos constructos supraordenados a los que se han invalidado. Cuando esta revisión se produce en el contexto de la relación terapéutica, Kelly (1969e) sugirió ocho variedades de reconstrucción:

- (a) Inversión de la posición del cliente respecto a un eje de referencia,
- (b) Selección de otro constructo del repertorio del cliente para aplicarlo a la situación de que se trate,
- (c) Explicitación de constructos preverbales,
- (d) Elaboración del sistema para comprobar su consistencia interna,
- (e) Contraste de la validez predictiva de los constructos,
- (f) Incremento (o reducción) del rango de conveniencia de ciertos constructos,
- (g) Alteración del significado de ciertos constructos y
- (h) Construcción de nuevos ejes de referencia.

Un concepto importante en la Psicología de los Constructos Personales es el de "constructo nuclear" Según Kelly (1955/1991), los constructos nucleares son aquellos que "gobiernan los procesos de mantenimiento

personales" (pág. 391)--aquellos mediante los que mantiene su identidad y su existencia" (pág. 356), entendiendo dichos procesos como los implicados en la construcción de la identidad y existencia propias. Los constructos nucleares (o valores) determinan la permanencia de los demás, subordinados a ellos (véase Corolario de Modulación) y limitan su posible variación.

La anticipación de la inminencia de un cambio significativo en dichos constructos provoca el sentimiento de amenaza. Kelly (1955/1991) equiparó la emoción a la conciencia de las transiciones del sistema de constructos (validaciones o invalidaciones), definiendo cuatro emociones relevantes para la práctica clínica en términos de dicho proceso (amenaza, miedo, culpabilidad y ansiedad).

Respecto a cómo nos afectan las emociones en el marco de Psicología de los Constructos Personales, y dado que uno de los temas de interés de esta tesis es la autorregulación emocional, cabe mencionar que Fisher (1990), propuso un modelo basado en la consideración de ciertas emociones como "constructos primitivos" (pág. 186). Estos constructos son los que forman parte de la dotación genética del organismo y su importancia filogenética radica en que el éxito de la relación reproductora de una especie depende de su capacidad para establecer similitudes y diferencias (Maturana y Varela, 1987). Los constructos primitivos consisten en las polaridades atracción-evitación, *arousal*-relajación, apego-pérdida del apego e intensidad-relajación.

La intersección entre estos constructos primitivos y los dominios del *self*, la cultura y la interacción social explicarían la complejidad interindividual de la experiencia emocional. La implicación de aspectos del *self* en el hecho construido emocionalmente lo convierte en relevante para la definición de la

propia identidad.

Desde la Psicología de los Constructos Personales se desarrollan varias herramientas para trabajar con los clientes. Una de ellas es la Técnica de la Rejilla, que hemos usado para nuestros estudios en esta tesis.

En esencia, la Rejilla de constructos personales es una matriz de datos constituida por tres componentes básicos. En primer lugar, en las columnas se recogen los *elementos*, que configuran una muestra representativa de personas, eventos, situaciones u objetos en un dominio determinado de la experiencia de la persona. Las filas de la matriz están constituidas por las dimensiones bipolares que el sujeto emplea para dar sentido a la variedad de elementos de las columnas. Estas dimensiones bipolares constituyen los *constructos personales* y se elicitán a partir de la consideración de las similitudes y diferencias entre los elementos. Por último, en las casillas formadas por la intersección entre filas y columnas se recogen las *puntuaciones* de cada elemento en cada constructo personal. Por lo que respecta a los elementos, lo más habitual en la práctica psicológica es que éstos consistan en títulos de roles de personas significativas en la vida del cliente (por ejemplo, padre, madre, hermanos, pareja...) incluyendo al propio cliente. En ocasiones resulta indicado incluir también alguna persona *non grata* para el cliente como elemento de contraste. En cuanto al elemento "yo", también puede resultar aconsejable dividirlo en varios aspectos posibles: por ejemplo, "yo ideal", "yo con el síntoma" o "yo antes del síntoma".

La matriz de datos que constituye la Rejilla puede consistir en una escala dicotómica, ordinal o de intervalo. La elección de la escala depende en gran medida de los análisis matemáticos al alcance del terapeuta. Las escalas

de intervalo resultan idóneas por la potencia de los análisis matemáticos que permiten realizar.

A continuación nos centramos en otro de los temas fundamentales en los estudios que se presentan en esta tesis, la autorregulación emocional.

## **AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL**

En la vida cotidiana nos vemos inmersos en la necesidad de autorregular nuestras acciones (autorregulación conductual) y emociones (autorregulación emocional). A menudo, ambos tipos de regulación están tan entrelazadas que es difícil concretar dónde termina una y empieza la otra. De lo que no hay ninguna duda es de su importancia para el bienestar y probablemente por este motivo en las últimas décadas están siendo el foco de investigaciones tanto empíricas como teóricas (ver Baumeister, Schmeichel, & Vohs, 2007; Koole, 2009).

Las investigaciones sobre regulación personal y emocional posicionan a las personas como agentes activos en la gestión emocional de sus vidas y se interesan por cómo dirigen sus acciones en contextos que suponen un desafío.

Si valoramos la importancia de la regulación emocional en nuestras vidas como personas que estamos en constante relación con los demás y en situaciones laborales y en contextos estresantes, más importante es todavía valorar la relevancia de la regulación emocional en los terapeutas. Una de las condiciones para generar una buena alianza terapéutica, aspecto básico para el éxito terapéutico, es mostrar empatía, calidez (Bachelor & Horvath, 1999), confianza y aceptación incondicional hacia el paciente (Bordin, 1976) y

gestionar los desafíos que pueden surgir en terapia (Safran y Muran, 2000). Para tener estas características es muy importante poder ejercer una buena regulación emocional que nos permita mantener bajo control nuestras emociones y reacciones instintivas con el fin de ser profesionales y poder resolver los problemas en terapia así como contener las emociones de los pacientes.

Uno de los estudios incluidos en esta tesis se centra en valorar la regulación emocional entre terapeutas principiantes y expertos en situaciones críticas.

Nadie duda hoy en día de la importancia de (re)conocer las emociones y de una correcta regulación emocional. A pesar de este reconocimiento y de su auge en la actualidad la formación de estrategias en regulación emocional todavía es escasa y quienes no trabajan en el mundo de la psicología no tienen recursos para afrontar con éxito los diferentes retos de cada día.

Las emociones están consideradas como formadas por múltiples componentes que incluyen pensamientos, sentimientos y sus respectivas respuestas psicológicas y conductuales (Cacioppo, Berntson, & Klein, 1992; Frijda, 2006; Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, & Gross, 2005).

Lazarus (1991) observó que frente a una situación determinada la primera reacción emocional (inmediata, instintiva y sin regular) puede diferir de la segunda, basada en la habilidad para gestionar la primera (Baumann, Kaschel, & Kuhl, 2007). La transición de la primera reacción emocional a la segunda puede ser tan rápida que pocas personas sean conscientes del cambio. La primera reacción emocional también se contempla como sensibilidad emocional determinada por diferentes variables que influyen en la



reacción emocional frente a una determinada situación o persona. Las variables que pueden activar las emociones son diversas, desde estímulos relevantes para la persona, características y comportamientos hasta la situación y el contexto del momento.

El éxito en la regulación emocional radica en la capacidad de la persona de volver a la situación y a las emociones base. Según Rankin (2009) la capacidad de volver al estado emocional base puede conseguirse sin ninguna estrategia de regulación emocional debido a un proceso que se denomina habituación, observado incluso en animales con pocas neuronas (LeDoux, 2002). La habituación es una forma básica de adaptación psicológica que ocurre de forma automática en diferentes niveles de nuestro sistema nervioso. A pesar de esta reacción rudimentaria del cerebro frente al estrés, parece más una resignación que una búsqueda activa por parte de la persona de gestionar mejor las emociones frente a las situaciones estresantes. Pero a lo largo de la evolución, y con el paso de un cerebro amigdalino o reptiliano a uno más evolucionado, los humanos han ido adquiriendo la capacidad para adoptar mecanismos cognitivos más sofisticados de regulación emocional. Estos procesos más sofisticados incrementan la eficiencia y la flexibilidad de la regulación emocional.

Para entender mejor cómo funciona la regulación emocional, Gross (1998, 2001), desarrolló "*The process model of emotional regulation*". Este modelo asume que las emociones son generadas en una secuencia de cuatro estadios. En el primero se afronta una situación que puede provocar una reacción emocional. En el segundo pueden atender o ignorar la situación. En el tercero se generan aproximaciones cognitivas de la situación lo que puede

llevar o no a tener una reacción emocional. En el cuarto y último se expresan emociones a través de conductas. Acorde con este modelo, podemos adquirir estrategias para poder regular las emociones en cualquiera de las fases.

Hay diferentes situaciones en las que intentamos regular nuestras emociones. Una estrategia, por ejemplo, consiste en seleccionar otras situaciones cuando se percibe que una situación va a generar malestar emocional. Es decir, en modificar la situación mediante la conducta con la finalidad de reducir la activación emocional. Esto consistiría en anticiparse a las situaciones críticas de una forma proactiva.

Sin embargo, si la situación que provoca las emociones no puede ser evitada, hay un segundo tipo de estrategia de regulación emocional que es el “*despliegue atencional*” (Erber & Tesser, 1992; Van Dillen & Koole, 2007, 2009). En esta estrategia se busca redirigir la atención de la situación crítica. De esta manera nos encontramos con personas que se centran en el trabajo para no pensar en los problemas familiares o que incrementan las horas de ejercicio físico para liberarse del estrés del trabajo. Cuando no pueden evitar la situación que les va a generar malestar activan una tercera estrategia que genera una valoración cognitiva. En esta estrategia se intenta cambiar la apreciación cognitiva de la situación para reducir su impacto emocional reinterpretando la situación o posicionándose como un observador indiferente. Finalmente, si ninguna de las estrategias anteriores puede llevarse a cabo, se puede adoptar una cuarta estrategia que incluye una modulación en la respuesta. En este tipo de regulación emocional se manipulan directamente las expresiones, conductas o la fisiología de sus emociones, a través de la

respiración (Philippot, Chappelle, & Blairy, 2002) y de la relajación (Pawlow & Jones, 2002), entre otras estrategias.

Este modelo ha contribuido a la comprensión de la regulación emocional de varias maneras. Por un lado, el modelo identifica el sistema de respuesta para poder trabajar sobre él y regular mejor las emociones. Por otro aporta diferentes clasificaciones sobre regulación emocional. Por último aporta información de por qué algunas estrategias pueden funcionar mejor según cada situación. Este modelo propone que las estrategias de regulación emocional son más exitosas y menos costosas para la persona cuando se aplican de forma temprana en la activación emocional frente al estímulo crítico (Gross, 2001) y así lo han demostrado otros autores (Sheppes & Meiran, 2007). Richards & Gross (2000) también comprobaron que requiere menos esfuerzo cognitivo y menos desgaste emocional gestionar la percepción de la situación y las emociones que suprimir las emociones frente a la situación crítica.

Koole, Dillen & Shappes (2009), consideran que la efectividad en la regulación emocional depende en parte de cómo somos capaces de reconocer y anticiparnos a aquellas situaciones que requieren de una regulación emocional y cómo somos capaces de llevar a cabo esta estrategia. La investigación de estos autores ha recuperado diferentes modelos sobre la regulación emocional. Un primer modelo de regulación emocional es el que se orienta a la meta (*Goal-Oriented Models of Emotion Regulation*). Este modelo basa la regulación emocional en dos componentes principales.

El primer componente es un proceso de reconocimiento que compara el estado actual de la persona con el estado ideal. El segundo es un sistema operativo que reduce las discrepancias entre los dos estados, el actual y el

ideal (Carver & Scheier, 1998). Cuando nos vemos inmersos en la regulación emocional frente a una situación, han de valorar su situación actual frente a la deseada y efectuar las acciones que les permitirán acercarse a su situación ideal.

Un segundo modelo basado en las necesidades de la persona (*Need-and-Person-Oriented Emotion Regulation*) defiende que algunas formas de regulación emocional se desarrollan en ausencia de objetivos explícitos (Kooze & Jostmann, 2004, Mauss, Bunge, & Gross, 2007). Los autores explican que hay formas de regulación emocional que no implican ningún intento explícito de controlar los estados de emoción. Este hecho hace pensar que los modelos de regulación emocional pueden complementarse con otros tipos de procesos.

Un tercer modelo basado en la regulación de emociones orientadas a la necesidad (*Need-Oriented Emotion Regulation*) se basa en las necesidades hedónicas básicas para buscar placer y evitar el dolor (Larsen, 2000). Los psicólogos han observado que los niños muestran formas tempranas de relajación, como la succión o alejarse de las caras enfadadas, dentro de los tres meses posteriores al nacimiento (Calkins & Leerkes, volumen; Kopp, 1989; Rothbart, Ziaie y O'Boyle, 1992), hecho que demuestra que la regulación emocional está impulsada por procesos elementales y sublingüísticos.

Un cuarto modelo, orientado a la persona (*Person-Oriented Emotion Regulation*) deriva de los enfoques humanístico/existenciales de la personalidad (por ejemplo, Maslow, 1968; Frankl, 1975). La regulación emocional orientada a la persona no está mediada por intenciones explícitas, sino más bien por sentimientos o intuiciones sobre la propia acción (Baumann & Kuhl, 2002).

Según este modelo la regulación emocional puede promover la coherencia en el funcionamiento de la personalidad y el crecimiento personal (Baumann *et al.*, 2005). La integración y el crecimiento personal pueden ser promovidos por estrategias que fomenten el procesamiento cognitivo profundo de las experiencias emocionales. Por ejemplo, escribir puede convertir las experiencias emocionales perturbadoras inicialmente en narrativas coherentes (Pennebaker & Chung, 2007) que regulan la angustia emocional y promueven la auto-consciencia (Klein & Boals, 2001). Como explican Koole, Dillen & Sheppes (2009), La regulación emocional orientada a la persona busca tender un puente entre la dualidad entre la mente y el cuerpo. De hecho, las actividades corporales suelen estar integradas en actividades de regulación emocional como meditación o ejercicios de atención plena. Las investigaciones indican que las actividades corporales tales como la respiración o la relajación muscular progresiva tienen una influencia distinta en la regulación de la emoción y que no pueden reducirse a procesos de atención o evaluación (Boiten, Frijda, & Wientjes, 1994; Esch, Fricchione, & Stefano, 2003; Philippot *et al.*, 2002; Rausch, Gramling, & Auerbach, 2006).

Por último, la investigación indica que la formación integrada cuerpo-mente en autorregulación emocional fomenta el control de la atención “de arriba abajo”, disminuye la emoción negativa y aumenta el cortisol relacionado con el estrés (Tang *et al.*, 2007). Estos aspectos se consideran básicos para gestionar mejor los retos del día a día de la autorregulación, sobre todo en terapia.

### **Autorregulación Emocional: Una Perspectiva Constructivista**

No existe literatura hasta el momento que enfoque la autorregulación emocional desde una perspectiva explícitamente constructivista o de Constructos Personales, si bien mucha de la que hay sobre *mindfulness* y autorregulación se podría considerar muy próxima a posturas constructivistas.

Teniendo en cuenta la noción de autorregulación y la perspectiva constructivista en general y de constructos en particular, sin embargo, resulta predecible postular que algunas características estructurales y funcionales del sistema de constructos personales (por ejemplo una mayor complejidad, más articulación, menor polarización, mayor permeabilidad de los constructos nucleares y mayor conciencia cognitiva en general) pueden facilitar con toda probabilidad la capacidad de autorregulación emocional.

En este sentido la dificultad de autorregularse se podría equiparar (tal como hace la neurobiología) a la operación de redes ocultas de procesamiento de la información interna y externa que actúan de forma que un estímulo lleva de forma inmediata y automática a una respuesta a menudo disfuncional. Por ejemplo, la menor sensación de inseguridad, real o imaginada, activa un estado de alerta máxima y filtra todos los procesos subsiguientes de forma que es imposible volver a un estado de calma.

Precisamente las características del sistema mencionadas antes tendrían con toda probabilidad el efecto de (a) hacer conscientes tales capas ocultas y (b) hacer que fuesen más manejables.

## LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

A lo largo del siglo XX se desarrolló el interés por establecer una buena relación terapéutica como forma de facilitar el proceso de la terapia. El propio Freud, en su trabajo de 1912 *The Dynamics of Transference* (citado en Corbella y Botella, 2003), destacaba como la actitud comprensiva del terapeuta facilitaba una relación positiva con el cliente. En sus inicios, la importancia de la relación terapéutica se centraba en el factor de la transferencia, que el cliente aportaba al contexto de la terapia, pero fue Zetzel (1956) quien distinguió entre los términos de transferencia y alianza, sugiriendo que la alianza era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el insight (Corbella y Botella, 2003).

Sin embargo, fue Sterba (1934, 1940, citado en Corbella y Botella, 2003) el primero en destacar la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas terapéuticas comunes establecidas. Las consideraciones de Sterba inspiraron a otros autores como Bordin en la conceptualización de la alianza terapéutica (Bordin, 1976). Según este autor la alianza era el acuerdo y la colaboración entre cliente y terapeuta a través de tres aspectos básicos: el acuerdo en las tareas (acciones y pensamientos), el vínculo positivo y el acuerdo en los objetivos.

Desde el movimiento humanista se prestó una especial atención al papel de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico. Ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las tres características fundamentales que debía tener el terapeuta para establecer una relación

terapéutica efectiva con el cliente, según Rogers (1951, 1957, citado en Corbella y Botella, 2003). La capacidad de ser empático es una habilidad social básica para entender a los demás y mantener una buena relación con ellos, así como saber gestionar determinadas situaciones críticas. Estos aspectos son importantes para el éxito terapéutico.

Una vez demostrada la importancia de la alianza terapéutica en los resultados finales de la psicoterapia, distintos autores han profundizado en el conocimiento de los motivos y tipos de rupturas de la alianza (Jilton, 1999) y en cómo trabajar en terapia para resolverlas (Arnkoff, 1995; Safran y Muran, 2000b; Watson y Greenberg, 1995).

La investigación en el área de la alianza terapéutica ha servido para constatar que, en el caso de la psicoterapia, existen situaciones difíciles de resolver, más que pacientes difíciles tal como suele describirse en el campo de la psicopatología. Efectivamente, ciertos pacientes son difíciles de tratar para ciertos terapeutas, pero en cambio son más accesibles para otros y viceversa. Esto se debe a las habilidades y características de cada terapeuta y a la gestión de la sesión terapéutica que realiza. En este sentido, los terapeutas experimentados, tienen más recursos y habilidades consolidadas para afrontar situaciones críticas con éxito que los terapeutas principiantes (Barraca, 2009; Santibáñez & cols, 2008).

Safran (Santibáñez, 2008), realizó un análisis de la investigación en psicoterapia concluyendo que sólo el 15% del cambio psicológico en terapia es atribuible a factores específicos, mientras que un 45% se atribuiría a factores de la relación terapéutica. Dentro de estas variables inespecíficas, se ha encontrado que la relación terapéutica y particularmente la alianza terapéutica,



tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Por supuesto debe darse un respeto por parte del terapeuta en relación a las expectativas y necesidades del consultante, ya que de no respetarse estas se pone en riesgo la relación terapéutica con el consecuente posible fracaso de la terapia (Ábalos & Villegas, 1995). Saber atender estas necesidades del paciente forma parte de la labor profesional del terapeuta. Varios estudios (Santibáñez, 2009. Froján-Parga & Cols., 2011), demuestran que los terapeutas expertos recogen mejor las expectativas de los pacientes y clarifican los objetivos de terapia en base a ellos.

### **La Relación Terapéutica: Una Perspectiva Constructivista**

Desde la perspectiva del Constructivismo Relacional (véase Botella, 2006) la psicoterapia se puede equiparar a un diálogo colaborativo destinado a transformar las narrativas de identidad del cliente.

Así, tal y como afirma Botella (2006) la psicoterapia tiene lugar en el lenguaje y deriva su potencial transformador de ser una forma especializada de conversación en que se da voz a nuevas posiciones subjetivas, se narran nuevas historias, emergen nuevas formas de inteligibilidad y lo aún no dicho encuentra un lugar para ser oído consciente y reflexivamente.

La tensión dialéctica entre continuidad y discontinuidad juega un papel crucial en la recuperación de un sentido de inteligibilidad y transformación respecto a la propia narrativa de identidad. La vida no siempre parece muy dispuesta a satisfacer nuestros deseos o someterse a nuestros planes. Así, a

menudo las narrativas que oímos de nuestros clientes han sido fragmentadas críticamente por acontecimientos vitales que han introducido en ellas una inesperada discontinuidad, frustraciones, abusos, traumas, pérdidas, enfermedades, síntomas... Es probable que esa sea la razón por la que muchos de nuestros clientes expresan su meta en terapia como la de que las cosas (y ellos mismos) vuelvan a ser como eran antes. Desgraciadamente, este rebobinado narrativo es imposible por definición, dado que no podemos hacer retroceder el tiempo. Sin embargo, citando a Kierkegaard, si bien la vida se vive hacia delante, se comprende hacia atrás. Como afirma M.C. Bateson (1993):

Gran parte del proceso de enfrentarse a la discontinuidad tiene que ver con el descubrimiento de tramas de continuidad. Uno no puede ajustarse a los cambios a menos que pueda reconocer alguna analogía entre la situación anterior y la nueva. (p. 45).

Sarbin (1986) ya advirtió que este reconocimiento "forma la base de la analogía, y si se requiere una traducción lingüística, la similitud parcial se expresa como metáfora" (p. 6). En este sentido, el cambio terapéutico reviste muchas dimensiones metafóricas. La metáfora expresa lo no familiar en términos de lo familiar. Dado que normalmente ambas cosas están desconectadas tenemos que dar un salto imaginario para reconocer la similitud a la que alude la metáfora. En términos semióticos, una metáfora es un significante que se emplea para referirse a un significado de una forma inicialmente no convencional porque aparentemente no tiene en cuenta las similitudes literales o denotativas (aunque debe poder advertirse alguna similitud para que la metáfora tenga algún sentido para sus intérpretes). Para

dar sentido a una metáfora se requiere más esfuerzo que en el caso de significantes más literales. Así, la metáfora puede tener una función de transferencia; transferir ciertas cualidades de un signo al otro.

El uso de metáforas permite lo que la terapeuta posmoderna Lois Shawver (1998) define como transvaloraciones. Una transvaloración es una redefinición que cambia la connotación evaluativa de un término de negativa a positiva (en el caso de una transvaloración positiva) o a la inversa (en el caso de una transvaloración negativa). Según Shawver, las transvaloraciones son posibles porque nuestro lenguaje natural parece poseer dos vocabularios de descripción: uno positivo y otro negativo. Shawver menciona muchos ejemplos de cómo casi cualquier término puede ser redefinido como positivo o negativo según la palabra o metáfora mediante la que nos refiramos a él. Por ejemplo, inmaduro se puede transvalorar positivamente como juvenil; irresponsable como tranquilo; no cooperativo como independiente. Por supuesto, la transvaloración negativa es siempre posible mediante el proceso contrario. La transvaloración va más allá del simple juego de palabras en la medida en que los nuevos significados emergentes nos permitan acceder a rasgos antes ignorados de la propia experiencia e identidad. Particularmente cuando como resultado de la transvaloración la posición subjetiva cambia de ser una víctima de las circunstancias a ser un agente activo en su configuración, sus efectos pueden ser profundos y duraderos, tal como han enfatizado tradicionalmente muchos terapeutas narrativos. En términos de Bakhtin, la transvaloración abre un espacio para la emergencia de nuevas voces, voces que pueden llegar a cuestionar el estatus de las preexistentes en cuanto que discursos dominantes.

## HABILIDADES TERAPÉUTICAS

Entre los primeros trabajos empíricos realizados sobre las características del terapeuta se encuentran los de Luborsky y cols. (1979) y los de Strupp (1978), en los que se comenzó a investigar de forma sistemática el rol del terapeuta. Winkler y cols. (1989), consideraron como aspectos relevantes dentro del quehacer psicoterapéutico la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia y el bienestar emocional que posea el especialista. Según Winkler (1989) la actitud de respeto es una de las más importantes y debe estar basada en la aceptación, la comprensión, la calidez y la ayuda hacia el paciente. Esta actitud frente a la terapia por parte del terapeuta implica hacer esfuerzos deliberados por no criticar, no juzgar ni reaccionar emocionalmente frente a las provocaciones (autorregulación emocional), lo que crea un marco y una atmósfera positiva. Estudios como los de Gondra (1984) muestran que el paciente valora estas conductas por parte del terapeuta como imprescindibles para mantener un clima positivo y de confianza.

Howard, Orlinsky y Trattner (1970) plantean que los terapeutas más conscientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia sus consultantes pueden ser más sensitivos y más capaces de responder terapéuticamente a los problemas emocionales del paciente.

Jiménez (2004) plantea que el nivel de ajuste emocional del terapeuta se relaciona con el éxito terapéutico, señalando que un terapeuta perturbado puede no sólo impedir el crecimiento de su paciente, sino también inducir cambios negativos en él.

Autores como Ruiz y Villalobos (1994), han estudiado las destrezas básicas referidas a la relación terapéutica (empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad), habilidades de escucha (clarificación, paráfrasis, reflejo, síntesis), habilidades de acción verbal (saber preguntar, confrontar, ofrecer información o aportar análisis o interpretaciones), habilidades del conocimiento sobre el modelo específico desde el que se trabaja, competencias sobre las técnicas concretas (la desensibilización sistemática, la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, etc.) y otras habilidades más generales y difíciles de clasificar (fluidez, flexibilidad, etc.). Estas habilidades facilitarían el éxito terapéutico.

Otros autores (Barraca, 2009) han explorado las habilidades del terapeuta en la práctica de la terapia Cognitivo-Conductual de tercera generación. En concreto en la Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Terapia Analítica Funcional: FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991) y la Terapia Conductual Dialéctica: DBT (Linehan, 1993). En su estudio valoraron las diferentes habilidades básicas requeridas para el proceso terapéutico. Éstas se muestran a continuación:

(1) habilidades de escucha y discriminación de respuesta,

(2) habilidades de fluidez, repertorio y competencia verbal (que incluirían el uso de metáforas, paradojas verbales, explicaciones de todo tipo, diálogo socrático o “dialéctico”, etc.),

(3) habilidades de ejecución motora (por la necesidad de proponer y llevar a cabo ejercicios experienciales, exposiciones, entrenamientos en todo tipo de habilidades concretas, etc.),

(4) habilidades de imaginación y creatividad (por la necesidad de

generar nuevas metáforas, usar el lenguaje de forma alternativa, plasmar nuevas imágenes evocadoras, etc),

(5) habilidades de conexión y empatía (la “validación” del paciente, la cercanía en el sufrimiento o “estar en el mismo barco”,

(6) otras habilidades como el trabajo en grupo de varios terapeutas con el mismo cliente, meditación, atención plena, etc.

Los resultados de su estudio, confirman que hay diferencias significativas entre los terapeutas principiantes y los expertos. Los terapeutas expertos hacen más uso de todas las habilidades terapéuticas básicas, sobre todo las verbales, que los terapeutas principiantes.

Sin dudas, la relación terapéutica es producto del encuentro entre el terapeuta y el cliente y está influida por las características y la historia personal de cada uno de ellos. Se han identificado algunas actitudes o características de los terapeutas y de los pacientes que ayudan al establecimiento de la alianza terapéutica, como por ejemplo la empatía y la calidez del terapeuta. Éstas habilidades son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes para establecer una buena alianza terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999; citados en Corbella y Botella, 2003). Henry y Strupp (1994) encontraron que comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, mientras que la baja valoración perjudicaba a la alianza.

Por otro lado, Safran, Muran y Samstag (1994, citado en Corbella y Botella, 2003) encontraron que se favorecía a la alianza terapéutica cuando el terapeuta tenía la capacidad de aceptar parte de la responsabilidad por sus rupturas relacionales en terapia y cuando se metacomunicaba con el paciente

en relación a posibles malentendidos. También se han estudiado algunas de las actividades técnicas y las acciones del terapeuta durante las sesiones relacionándolas con el desarrollo de la alianza.

Otros autores como Cormier y Cormier (2006) y Ruiz y Villalobos (1994) señalan diferentes características personales básicas que debe tener un terapeuta para favorecer el curso de la terapia. Entre los aspectos más importantes destacan la autorregulación emocional y el autoconocimiento con la finalidad de que los propios problemas y dificultades no interfieran en el tratamiento. Una aplicación importante del autoconocimiento es que el terapeuta sepa detectar cuándo experimenta fuertes reacciones emocionales en respuesta a sus pacientes (lo que otros autores denominan contratransferencia; Freeman, 2001; Leahy, 2001). Todo terapeuta debe ser sensible a sus procesos internos y a los procesos de interacción durante la terapia, analizar sus propias motivaciones y reacciones internas e impedir que influyan negativamente en la terapia.

En la actualidad es aceptado por muchos profesionales de la psicoterapia que, independientemente del marco teórico, la relación terapéutica forma parte fundamental del éxito del proceso. Bados y García (2011) afirman que las habilidades terapéuticas permiten que el profesional adquiera las destrezas necesarias para establecer la relación interpersonal con el paciente, en la cual busque proporcionar a la persona o a la familia comprensión sobre el problema de lenguaje o la comunicación que padece y la forma de manejarlo, adaptarse a la situación y saber cómo hacer frente a ello

En el caso de la psicoterapia, las habilidades sociales, en concreto la asertividad y la autorregulación emocional, son parte fundamental de las

destrezas y estrategias del psicólogo clínico y están asociadas a una terapia eficaz, estas se encuentran presentes en los cuatro estadios fundamentales del proceso terapéutico: relación, evaluación y establecimiento de metas, selección y aplicación de estrategias y evaluación y conclusión.

Es evidente que si no existe una relación terapéutica efectiva donde se proporcione el ímpetu y la base para que las estrategias de intervención sean efectivas no se logrará una intervención exitosa. Dentro de las habilidades que desarrolla un psicoterapeuta, una de las más importantes es la interacción con la otra persona. Esta interacción tiene que ser adecuada socialmente hablando y asertiva en todo el sentido de la palabra. Es a través de la interacción interpersonal que el psicoterapeuta consigue casi todas sus metas. El uso del tono de voz, mirada, retroalimentación, gestos y demás componentes verbales y no verbales hace que las posibilidades de ayudar o no ayudar al paciente mejoren considerablemente sin importar tanto la corriente teórica que maneja (Hidalgo y Abarca, 1990; Del Prette, Del Prette y Mendes, 1999).

### **Habilidades Terapéuticas: Una Perspectiva Constructivista**

Desde el punto de vista del constructivismo se insiste en que las habilidades terapéuticas consisten en la capacidad de creación de un contexto relacional y conversacional orientado al cambio y crecimiento del cliente, y no sólo en una serie de capacidades procedimentales.

De hecho el propio George Kelly insistió mucho en este punto en su obra original de 1955, por lo que algunos autores como Feixas y Botella (2008) lo consideran un precursor de una posición integradora en psicoterapia.



Así, Kelly centró los objetivos de la terapia en términos de cambios deseables en el sistema de constructos del cliente, dejando a iniciativa del terapeuta el cómo llevarlos a la práctica.

Botella y Feixas (2008) sintetizan la relación entre estrategias y técnicas (de aflojamiento y rigidificación en este caso) mediante la siguiente tabla adaptada de Neimeyer (1993).

	ESTRATEGIAS DE AFLOJAMIENTO	ESTRATEGIAS DE RIGIDIFICACIÓN
Condiciones ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iluminación suave</li> <li>• Asiento cómodo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iluminación potente</li> <li>• Asiento más formal</li> </ul>
Conducta no verbal del terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reclinarse en la butaca</li> <li>• Dejar la mirada errática</li> <li>• Postura abierta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclinarsse hacia delante</li> <li>• Contacto visual continuo</li> <li>• Tomar notas en la sesión</li> </ul>
Conducta co-verbal del terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar bajo</li> <li>• Hablar despacio</li> <li>• No acabar las frases</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar más alto</li> <li>• Hablar más deprisa</li> <li>• Acabar las frases de forma "correcta"</li> </ul>
Conducta verbal del terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplear metáforas</li> <li>• Ser inexacto, especulativo</li> <li>• Hacer preguntas abiertas</li> <li>• Preguntar acerca de los sentimientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lenguaje literal</li> <li>• Ser preciso y exacto</li> <li>• Hacer preguntas cerradas</li> <li>• Pedir información</li> </ul>
Técnicas terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociación libre</li> <li>• Técnicas de relajación, hipnoterapia, fantasía dirigida</li> <li>• Relato de sueños</li> <li>• Dramatización exploratoria (terapia de rol fijo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro de hábitos o conductas</li> <li>• Registro de pensamientos</li> <li>• Planificación de experimentos personales con predicciones claras</li> <li>• Cuestionar "creencias disfuncionales"</li> <li>• Práctica de habilidades</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brainstorming</li> <li>• Expresión artística</li> </ul>	nuevas (entrenamiento en asertividad) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar una rejilla</li> <li>• “interpretaciones” del terapeuta de la conducta del cliente</li> </ul>
--	--	--

*Tabla 1. Estrategias terapéuticas de alojamiento y ridificación.  
Adaptada de Neimeyer (1993).*

En la tabla se puede observar cómo aparecen técnicas de todas las procedencias teóricas y algunas propias de posicionamientos conversacionales que invitan a una actitud flexible y ecléctica del terapeuta y no a una de dominio de procedimientos específicos *per se*.

### **EXPERTICIA TERAPÉUTICA**

En estudios orientados a conocer las variables que se asocian al abandono de la terapia se ha señalado que las razones más comunes se refieren a la percepción de actitudes negativas del terapeuta (falta de autoconocimiento, de autorregulación emocional y de asertividad) y de la terapia como no beneficiosa, lo que apoya las conclusiones de otros estudios de que las aproximaciones al tratamiento, conductas y actitudes de algunos terapeutas pueden ser las variables más críticas en explicar las altas tasas de abandono (Acosta, 1980; Baekeland & Lundwall, 1975). Esto pone de manifiesto la importancia que parecen tener las variables del terapeuta en la decisión de cómo termina la terapia (Guzmán & Mora, 1995). En la misma línea, Duchny Proctor (1977) plantean que la mayor responsabilidad de un

tratamiento abandonado prematuramente recae sobre el terapeuta, señalando que éste, a través de la congruencia que logre entre el estímulo del consultante y su propia respuesta junto con el manejo que haga de la relevancia de los contenidos que trata con el consultante, darían cuenta de la mayor o menor sintonía percibida por el consultante en su relación con el terapeuta.

La experiencia del terapeuta ha sido un aspecto muy estudiado dentro del ámbito de investigación de las variables del terapeuta. Existen estudios en los que se ha encontrado una relación directa entre edad y experiencia del terapeuta con su estilo comportamental. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración; conductas que se han encontrado altamente relacionadas con cambios positivos en los consultantes. La diferencia entre terapeutas inexpertos y terapeutas experimentados está en que los primeros adoptan sólo esporádicamente actitudes confrontacionales e interpretativas (Navarro y cols., 1987) y además en que los segundos presentan mayor tolerancia hacia las expresiones de emociones negativas que los principiantes (Feixas & Miró, 1993).

Según Opazo (1986), es posible sostener que la buena relación paciente-terapeuta mejora la eficiencia terapéutica. Es así como Romero y cols. (2000) han concluido que la variable más significativa que distingue a los terapeutas que obtienen buenos resultados de los que no es la capacidad de formar una buena alianza terapéutica con los consultantes.

Ábalos y Villegas (1995) señalan que una de las principales responsabilidades del terapeuta consiste en favorecer, facilitar y fomentar la creación y mantención de un vínculo terapéutico con los consultantes, aun frente a aquellos que presentan una patología más severa, que dificulta la

creación y mantención del vínculo.

Considerando la perspectiva de los consultantes, algunas investigaciones de Krause (1992) han llevado a plantear que la ausencia de un ajuste emocional o "sintonía", entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta, pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda.

Treyon y Kane (1993) estudiaron la influencia que tendría como variable predictiva la mayor o menor fortaleza de la alianza terapéutica, de modo que cuanto más débil sea el vínculo paciente-terapeuta, mayor probabilidad habrá de abandono, lo que se corrobora con la investigación realizada por Kasija y Oviedo (2001) en una muestra de salud privada.

Orlinky, Grawe y Parks (1994) encontraron que el 66% de estudios mostraban una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos. El factor de colaboración y confianza es el que presenta una mayor correlación con los resultados de la terapia (Hatcher, 1999; Stiles *et al.*, 1998).

En dominios de conocimiento como el que nos ocupa, estructurado y normativizado, la definición de experto vs. principiante es considerablemente consensuada, y en los criterios de selección de nuestra muestra se podrá comprobar como deja poco lugar a dudas de que ambos grupos difieren significativamente en cuanto a:

- Horas de formación
- Conocimiento experto
- Práctica profesional
- Experiencia directa

Los estudios sobre psicología del conocimiento experto (véase por ejemplo Gobet, 2015) revelan además que expertos y principiantes difieren en dimensiones de su funcionamiento que van más allá de los criterios normativizados socio-profesionales. Concretamente hay abundante evidencia empírica de que los expertos difieren de los principiantes a través de multitud de dominios de conocimiento en lo siguiente:

- Los expertos se caracterizan por un **mayor desarrollo cognitivo en su área de conocimiento**. Éste desarrollo no correlaciona necesariamente con la inteligencia medida en términos de la psicometría tradicional.
- El desarrollo de la experiencia implica una **progresión desde una comprensión superficial y literal de los problemas** (típica de la cognición de los principiantes) **hacia una comprensión articulada, conceptual y basada en principios** (típica de la cognición de los expertos).
- Las investigaciones que comparan mapas conceptuales de principiantes con otros de expertos en un dominio de conocimiento sugieren consistentemente que estos últimos se caracterizan por su **mayor número de conceptos, relaciones y niveles jerárquicos, es decir, por su mayor diferenciación e integración**.
- Los **expertos y los principiantes razonan de maneras diferentes**. En las primeras etapas de la resolución de problemas, los expertos pasan proporcionalmente más tiempo formando una comprensión conceptual del problema y generan representaciones que son conceptualmente más ricas y organizadas que las de los principiantes.

- Además hay mucha evidencia de que **los expertos utilizan procesos perceptivos diferentes que los principiantes**. De hecho en los dominios de conocimiento que dependen de aspectos vinculados a la percepción visual (por ejemplo diagnóstico radiológico), se ha demostrado que los expertos "ven" rasgos de la realidad que los principiantes no detectan.
- Por otra parte **los expertos utilizan un razonamiento marcadamente más narrativo y casuístico que los principiantes**.
- Además los expertos **razonan de una forma mucho más flexible** y son capaces incluso de saltarse las normas o los sistemas taxonómicos de su dominio de conocimiento si creen que el caso sobre el que están razonando así lo requiere.
- Por último hay mucha evidencia de que los expertos **traducen el conocimiento declarativo en procedimental de una forma automática**, lo cual hace que a veces sean capaces de ejecutar tareas sumamente complejas de forma experta sin ser capaces de decir cómo lo han hecho.

Por lo que respecta a los escasos estudios que hay sobre diferencias entre psicoterapeutas principiantes y expertos (véase por ejemplo Jennings *et al.*, 2016) coinciden en el resultado de que:

- Los psicoterapeutas expertos **convergen en creencias significativas sin importar su enfoque teórico preferido**--Mahoney & Craine (1991).
- La experiencia psicoterapéutica implica un **creciente reconocimiento de las variables de los clientes, la personalidad de los terapeutas y**

**la calidad de la relación terapéutica como los factores más importantes en el resultado de la psicoterapia.**

- La experiencia implica también una **disminución en la preferencia de los principiantes por ser directivos** (vs. reflexivos).
- Las formulaciones de casos de los expertos son **más completas, elaboradas, complejas y sistemáticas.**

## **ESTUDIO 1**

### **COMPLEJIDAD COGNITIVA Y FORMULACIÓN DE CASOS EN EXPERTOS EN PSICOTERAPIA VS. TERAPEUTAS PRINCIPIANTES.**

Teniendo en cuenta todo lo antedicho, el objetivo de este estudio fue comprobar cuáles eran las diferencias entre dos grupos de psicoterapeutas, uno de principiantes y otro de expertos en términos de su organización del conocimiento.

#### **Método**

##### **Participantes**

Los 108 participantes en este estudio se dividieron en dos grupos: Principiantes y Expertos.

El grupo de Principiantes se compuso de 58 estudiantes de postgrado matriculados en un curso de Máster en Psicoterapia Integradora. Su media de edad fue de 25,7 años (Mínima 22,2; Máxima 29,9; Desviación Típica de 2,2). Ocho de ellos (un 13,79%) eran hombres. Las otras cincuenta (un 86,21%) eran mujeres. Para garantizar que eran realmente principiantes y no terapeutas profesionales que cursasen dicho Máster se controló que tuviesen un máximo de 50 hs. de experiencia clínica—si bien un 90% de ellos simplemente no tenía ninguna.



El grupo de Expertos se compuso de 50 psicoterapeutas profesionales, acreditados por sociedades profesionales pertenecientes a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. Tales criterios establecen que, como mínimo, los terapeutas acreditados deben: (1) Estar en posesión de una titulación universitaria para acceder a la formación como psicoterapeuta. La Licenciatura en Psicología y la Licenciatura en Medicina y Cirugía son consideradas las más adecuadas para el acceso a la formación. (2) Disponer de un mínimo de tres años a tiempo parcial, en el período de post-grado universitario, dedicados a la formación teórica, técnica y clínica en Psicoterapia y a la adquisición de las habilidades básicas del psicoterapeuta, a través de cursos y seminarios, con un mínimo total de 600 horas. (3) Acreditar un mínimo de dos años de práctica profesional como psicoterapeuta, debidamente supervisada. Al menos incluirá el tratamiento de dos casos y un mínimo total de 300 sesiones de tratamiento y 100 sesiones de supervisión de dichos tratamientos (de las cuales al menos 50 serán supervisiones individuales en las modalidades de psicoterapia individual). (4) Un mínimo de seis meses de actividades prácticas en entornos públicos o privados de Salud Mental, en los cuales el psicoterapeuta en formación pueda tener experiencia directa de la clínica psicopatológica, permitiéndole tomar contacto directo con las diferentes formas de manifestación de los trastornos mentales y los distintos profesionales que intervienen en la Salud Mental. (5) Un mínimo de 50 horas de formación, que permitan a los alumnos identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la Psicoterapia, mediante métodos que contengan elementos de autorreflexión, terapia o experiencia profesional.

La media de edad de los Expertos fue de 46,3 años (mínima 42,2; máxima 55; Desviación Típica de 2,9). Quince de ellos (un 30%) eran hombres. Las otras 35 (un 70%) eran mujeres. Además de los criterios de FEAP y para garantizar que se trataba de terapeutas expertos, se controlaron otras variables de su ejercicio y experticia. Así, todos ellos tenían más de 15 años de experiencia clínica, veían a más de 10 pacientes por semana, tenían un grado de Doctor en Psicología o Medicina así como varias publicaciones y presentaciones en conferencias internacionales (decenas en algunos casos).

## **Instrumentos**

### *Narrativa de Conceptualización de Caso*

Para contrastar el nivel de conocimiento tanto declarativo como procedimental de los participantes en el estudio se elaboró un instrumento consistente en una narrativa en primera persona de una paciente ficticia en la que se incluían ejemplos de 28 conceptos diferentes de diversas tradiciones psicoterapéuticas.

El instrumento íntegro se incluye en la parte de Anexos y en él se podrá comprobar que los 28 conceptos clave de psicoterapia corresponden a:

- Terapias de conducta (por ejemplo, refuerzo positivo)
- Terapias cognitivas (por ejemplo, sobregeneralización)
- Terapias humanistas (por ejemplo, consideración positiva incondicional)

- Terapias psicoanalíticas (por ejemplo, CCRT)
- Terapias sistémicas (por ejemplo, triangulación)
- Terapias constructivistas (por ejemplo, construcción rígida supraordenada)

Tal como se refleja en las instrucciones de respuesta al instrumento, se pidió a los participantes (i) que identificasen los conceptos clave que ilustraba la narrativa y (ii) el enfoque teórico al que pertenecía cada concepto.

### *Rejilla de Enfoques Terapéuticos*

Por otra parte para evaluar la complejidad del sistema de constructos que los terapeutas utilizaban para dar sentido a los diferentes enfoques teóricos se utilizó una Rejilla de Constructos Personales obtenida comparando y contrastando los seis enfoques teóricos principales mencionados antes.

El método de elicitación de los constructos fue el habitual en rejillas de constructos personales. Así, se pidió a los participantes que:

- (a) comparasen dos de los enfoques que formaban los elementos a contrastar,
- (b) explicitasen lo que tenían en común desde su punto de vista (o qué los hacía opuestos si ese fuera el caso);
- (c) elicitasen el polo opuesto de la construcción personal en (b);
- (d) repitiesen la comparación con otros dos enfoques (nueve comparaciones en total);
- (e) puntuasen cada enfoque en cada constructo bipolar.

### Ejemplo A (principiante)

*En mi opinión las terapias cognitivas y conductuales son similares porque ambas son directivas y lo contrario de "directiva" sería "no directivo"*

### Ejemplo B (experto)

*Las psicoterapias psicoanalíticas requieren una actitud del terapeuta bastante seria y profunda, mientras que las terapias sistémicas son mucho más lúdicas e irreverentes.*

### *Rejilla de Identificación de Factores Comunes e Ingredientes Específicos*

A los participantes también se les pidió que:

- Leyesen seis estudios de casos prototípicos (uno de cada uno de los principales enfoques ya mencionados excepto el constructivista dado que los principiantes aún no disponían de una mínima formación en esta orientación);
- Los clasificasen en una lista de 19 factores comunes;
- Los clasificasen también en una lista de seis factores específicos (siendo cada uno el principal "ingrediente activo" de cada enfoque).

Las instrucciones para dicha tarea se detallan en el documento adjunto en el apartado de Anexos.

## **Procedimiento**

La narrativa de conceptualización de casos se analizó en función del número de conceptos identificados correctamente por una parte y por otra del número de conceptos atribuidos correctamente a su orientación teórica.

Para evaluar la complejidad del sistema de constructos que los terapeutas utilizaban para dar sentido a los diferentes enfoques teóricos a partir de la Rejilla de Constructos Personales se calculó por una parte el Porcentaje de Varianza Explicada por el Primer Factor (PVEPF) de dicha rejilla. Por otra se llevó a cabo un análisis cualitativo del contenido de los constructos, agrupándolos en categorías jerárquicas supraordenadas conforme a criterios consensuados por tres jueces entrenados para ello.

Por lo que respecta a la tarea de identificación de factores comunes e ingredientes específicos, se computó el porcentaje de factores comunes atribuidos a cada uno de los casos prototípicos así como el de ingredientes específicos de cada enfoque atribuidos a cada uno de los casos de cada uno de los enfoques.

## **Aspectos Éticos**

Se siguieron las normas de la Ley de Protección de Datos Personales: Ley Orgánica de Protección de Datos personales (15/1999) y la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (41/2002).

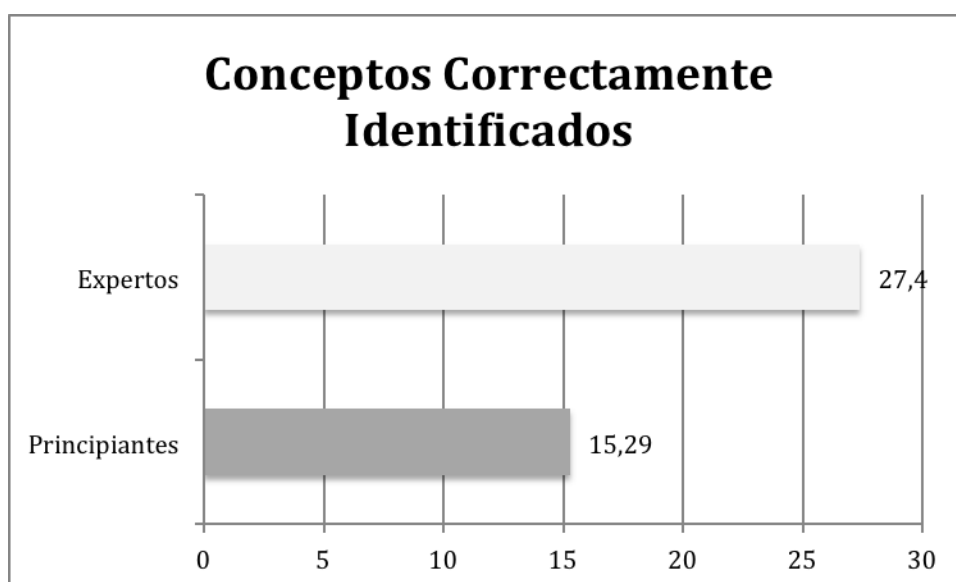
Todas las persona que participaron en el estudio, tanto investigadores como colaboradores, se comprometieron a mantener de forma rigurosa la confidencialidad de los datos.

Todos los datos y la información recopilada se guardó en archivos que permanecieron en estricta confidencialidad.

## Resultados

La Figura 1 presenta la comparación entre el número de conceptos identificados correctamente por la muestra de principiantes respecto a la de expertos.

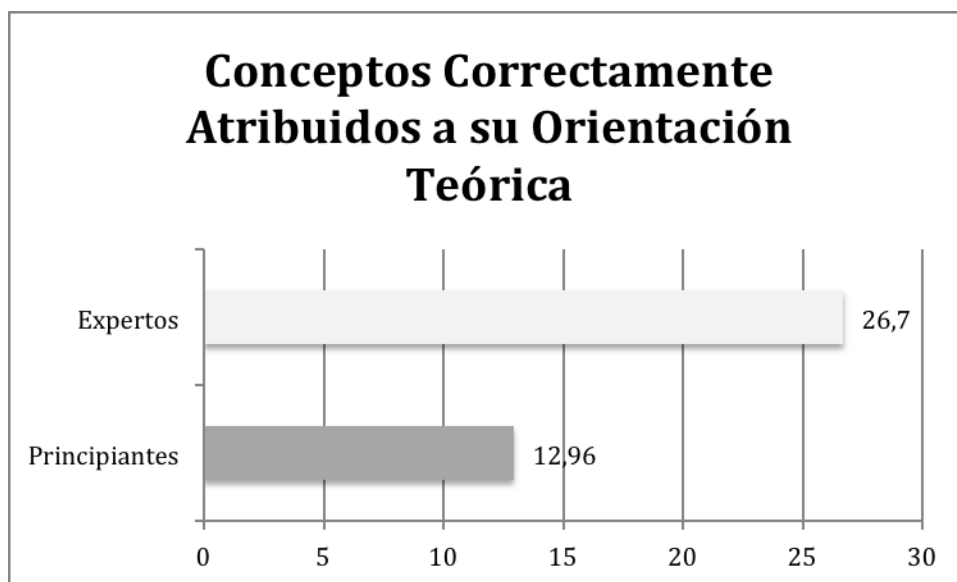
Como se puede comprobar en la figura la media de conceptos identificados correctamente por los principiantes fue de 15,29 a diferencia de la de expertos que fue de 27,4. La diferencia de medias resultó estadísticamente significativa ( $t = 2,435$ ;  $p = 0,021$ ).



*Figura 1. Conceptos identificados correctamente por la muestra de principiantes respecto a la de expertos*

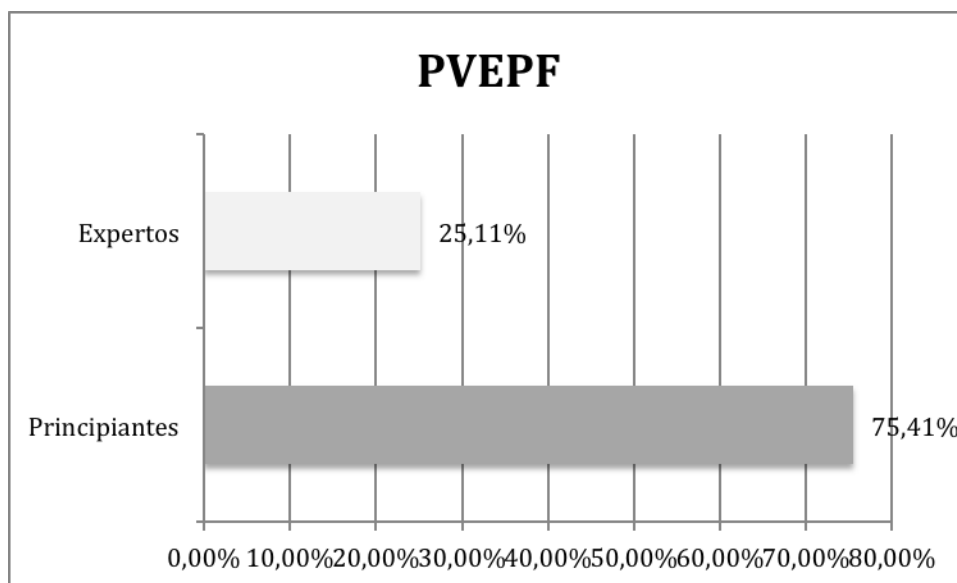
La Figura 2 presenta la comparación entre el número de conceptos correctamente atribuidos a su orientación teórica por la muestra de principiantes respecto a la de expertos.

Como se puede comprobar en la figura la media de conceptos identificados correctamente atribuidos a su orientación teórica por los principiantes fue de 12,96 a diferencia de la de expertos que fue de 26,7. También en este caso la diferencia de medias resultó estadísticamente significativa ( $t = 3,478$ ,  $p = 0,002$ ).



*Figura 2. Conceptos correctamente atribuidos a su orientación teórica por la muestra de principiantes respecto a la de expertos*

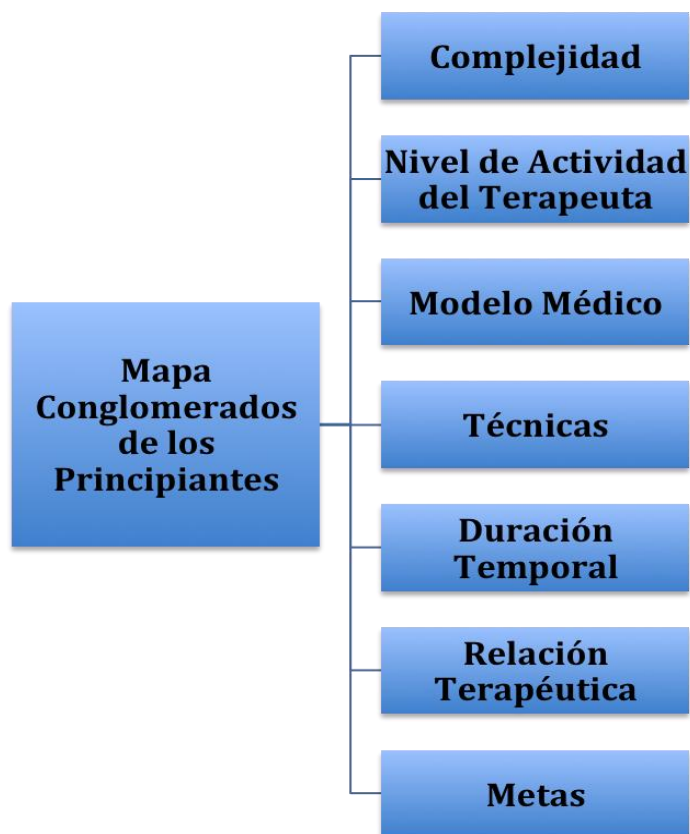
La Figura 3 presenta la comparación entre la media del PVEPF de las Rejillas de Constructos Personales de Expertos (25,11%) y Principiantes (75,41%). De nuevo en este caso la diferencia de medias resultó estadísticamente significativa ( $t = 5,367$ ,  $p = 0,001$ ).



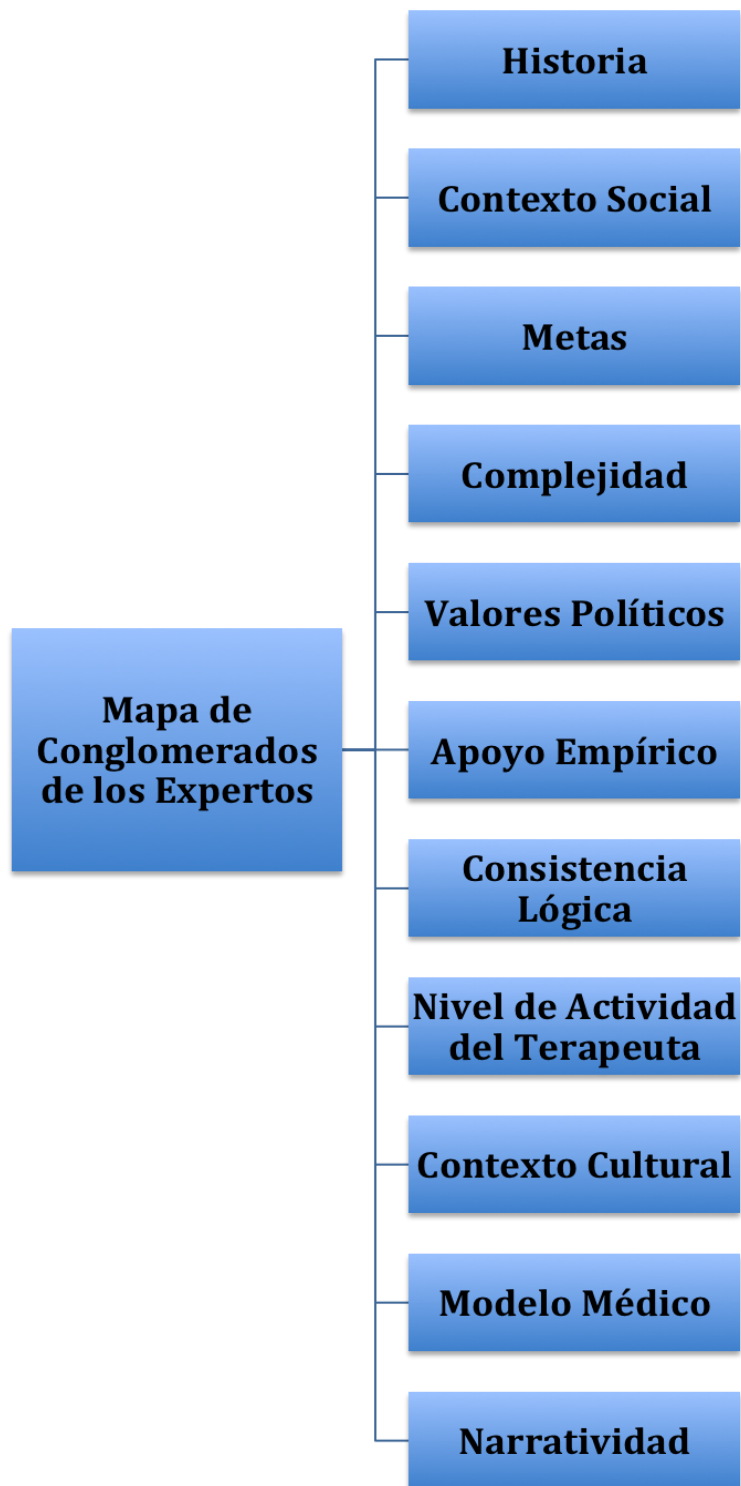
*Figura 3. Comparación entre la media del PVEPF de las Rejillas de Constructos Personales de Expertos y Principiantes*

Las figuras 4 y 5 presentan los mapas de conglomerados de contenido de los constructos extraídos del análisis cualitativo de las Rejillas de Enfoques Terapéuticos de principiantes y expertos respectivamente.

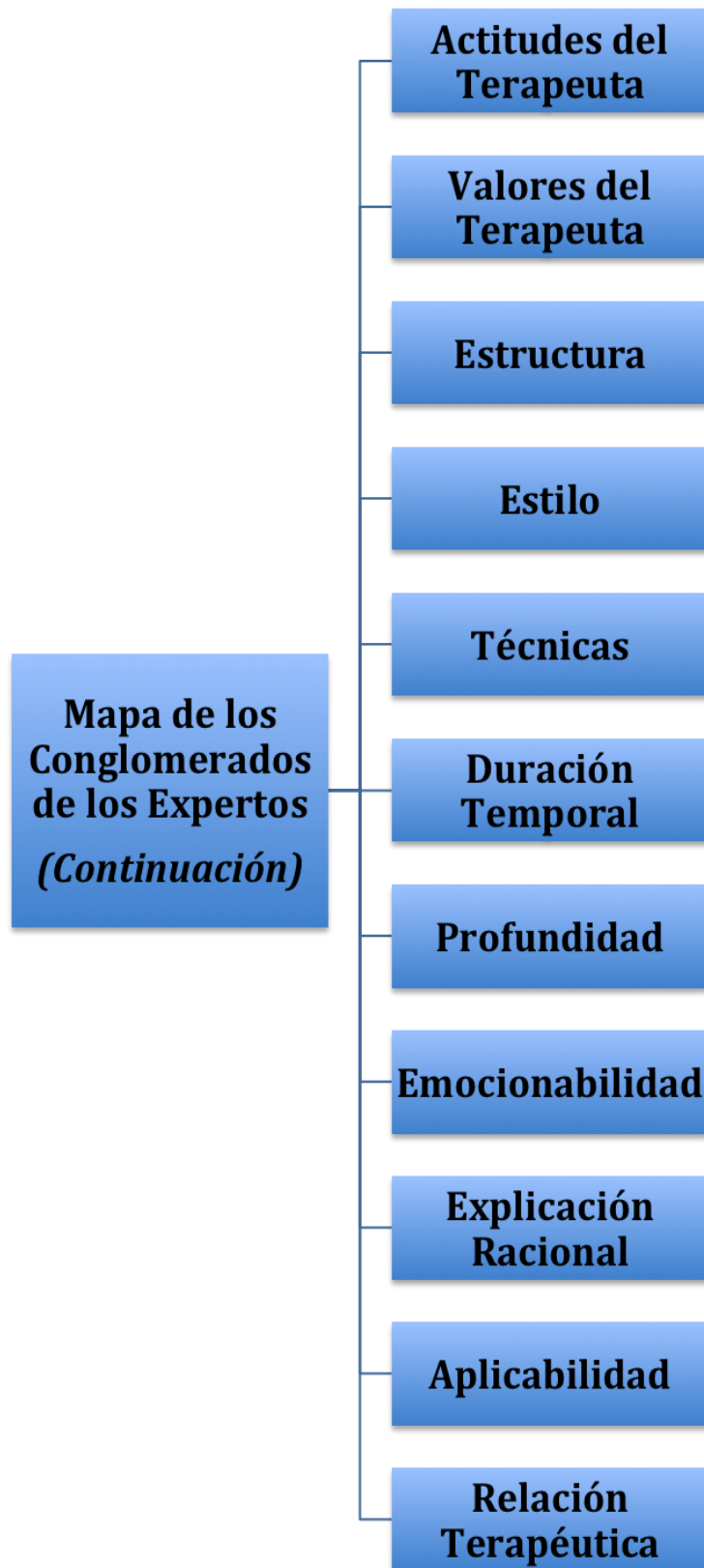




*Figura 4. Mapa de Conglomerados de los principiantes*



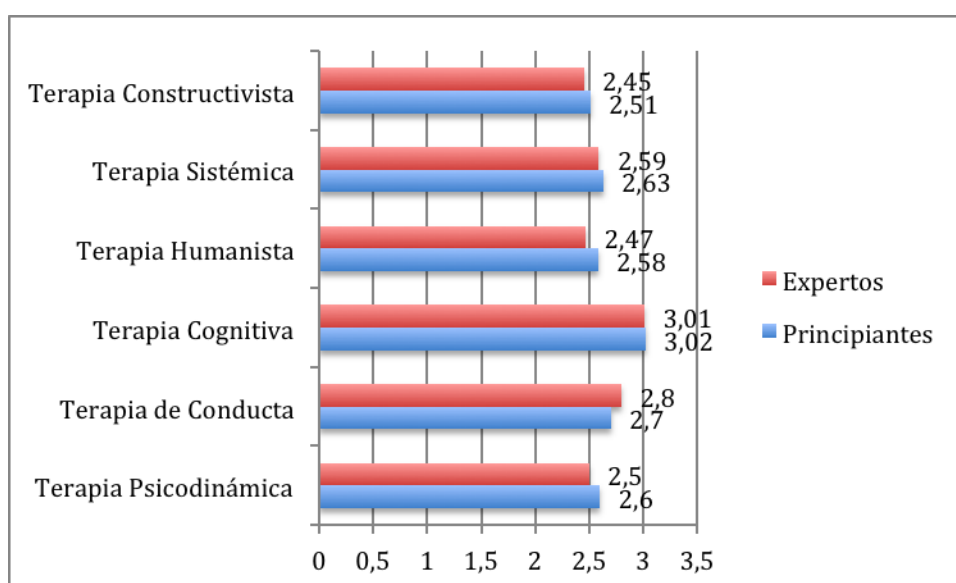
*Figura 5. Mapa de Conglomerados de los Expertos*



*Figura 5. Mapa de Conglomerados de los Expertos (Continuación)*

Como se puede comprobar visualmente mediante la comparación de las dos figuras se hace evidente que los expertos utilizan una red conceptual más compleja que los principiantes. Utilizan más conceptos y los organizan en más conglomerados. En este caso no tiene sentido la posible significación estadística dado que se trata de datos semánticos obtenidos mediante análisis de contenido, pero la diferencia es obvia.

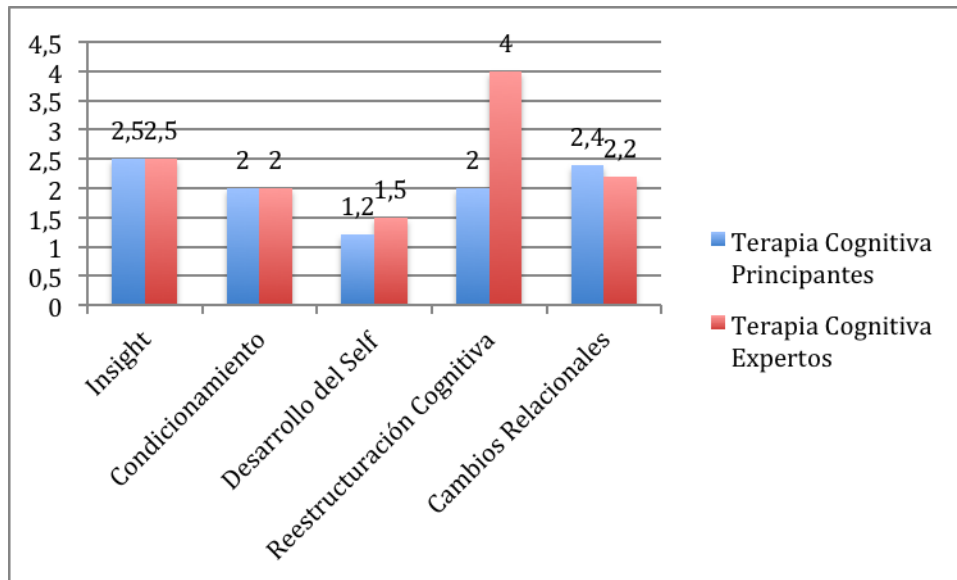
La figura 6 indica la media de la puntuación de factores comunes que los participantes (Principiantes y Expertos) identificaban en cada uno de los seis casos prototípicos analizados. El análisis de la significación estadística de dichas diferencias no reveló que fuesen significativas.



*Figura 6. Puntuación de factores comunes de los participantes (Principiantes y Expertos)*

Las figuras 7 a 11 indican la media de la puntuación de factores específicos que los principiantes y expertos identificaban en cada uno de los

seis casos prototípicos analizados. El análisis de la significación estadística en este caso sí reveló un patrón consistente: los expertos identificaban más presencia del ingrediente activo de cada orientación en el caso de dicha orientación.



*Figura 7. Puntuación de factores comunes de los participantes (Principiantes y Expertos) para la Terapia Cognitiva*

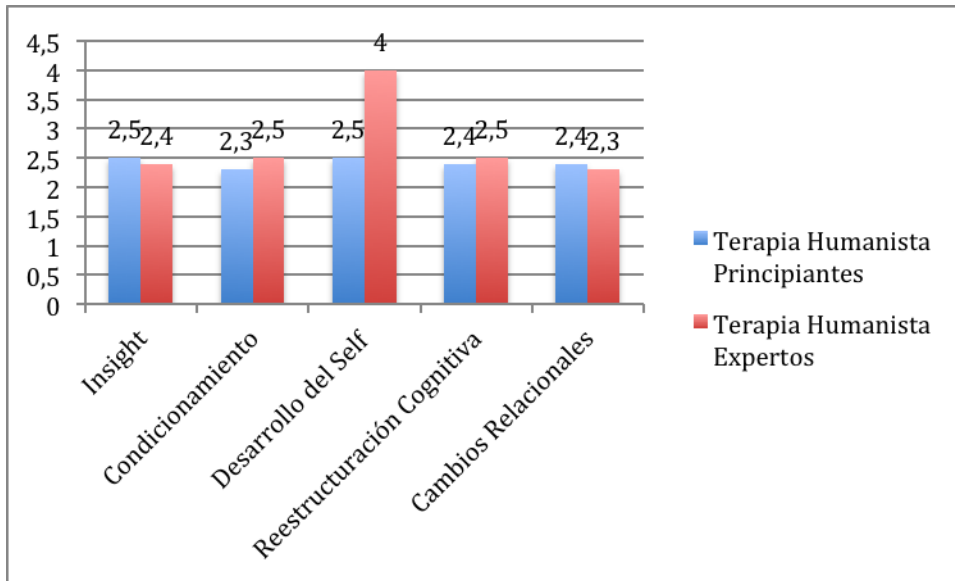


Figura 8. Puntuación de factores comunes de los participantes (Principiantes y Expertos) para la Terapia Humanista

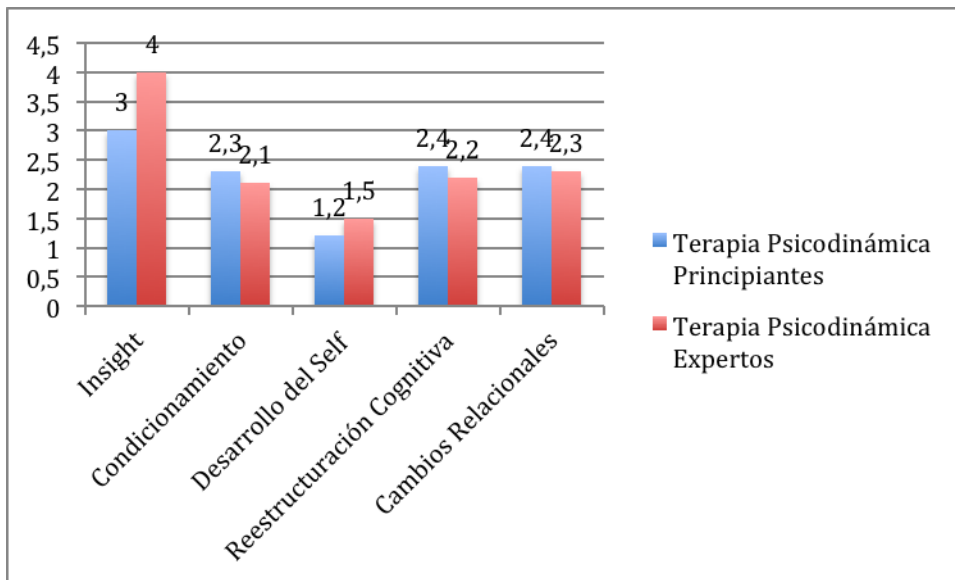


Figura 9. Puntuación de factores comunes de los participantes (Principiantes y Expertos) para la Terapia Psicodinàmica

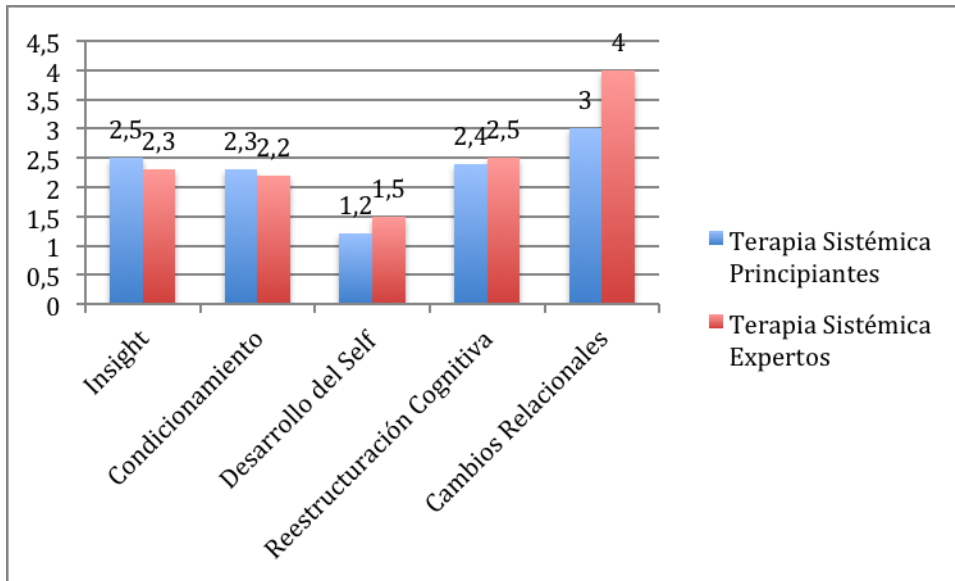


Figura 10. Puntuación de factores comunes de los participantes (Principiantes y Expertos) para la Terapia Sistémica

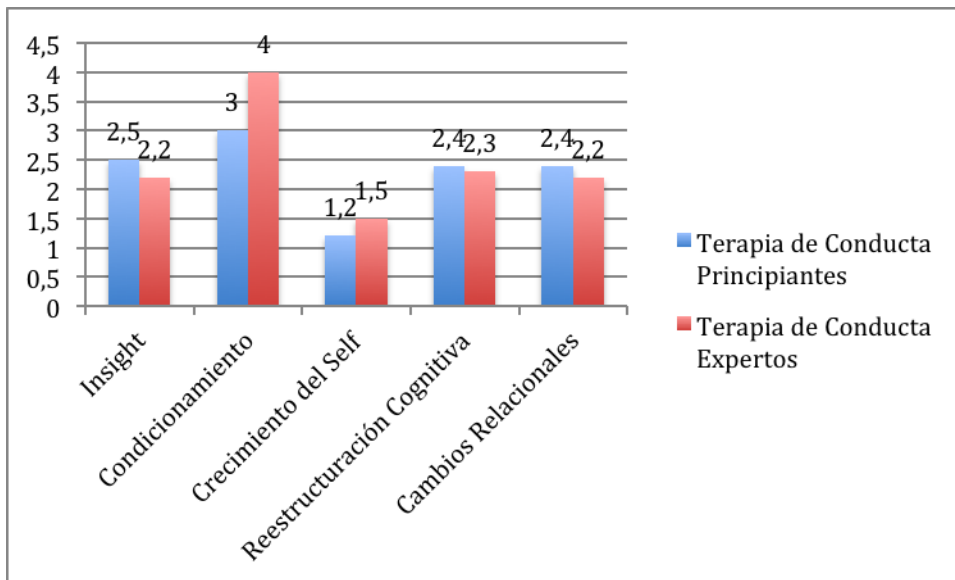


Figura 11. Puntuación de factores comunes de los participantes (Principiantes y Expertos) para la Terapia de Conducta

## Discusión

Los resultados muestran diferencias significativas entre ambos grupos de terapeutas, noveles y expertos, tal como habíamos previsto.

Tanto el nivel declarativo como procedimental de los participantes expertos y principiantes, evaluados mediante el *Instrumento de Narrativa de Conceptualización del Caso*, son muy diferentes. Los terapeutas Expertos identifican 27,4 conceptos correctamente frente a los 15,29 de los terapeutas principiantes.

Según los resultados del *Instrumento de Rejilla de Enfoques Terapéuticos*, para evaluar la complejidad del sistema de constructos que los terapeutas utilizaron para dar sentidos a los diferentes enfoques teóricos, mostró diferencias significativas en los resultados obtenidos entre los terapeutas principiantes y los expertos. Los terapeutas principiantes atribuyeron 12,96 conceptos correctamente a su orientación teórica, frente a los 26,7 identificados correctamente por los terapeutas expertos.

Respecto al *Instrumento de Rejilla de Identificación de Factores Comunes e Ingredientes Específicos*, los resultados no manifestaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Los resultados obtenidos en este estudio resaltan la diferencia en la complejidad cognitiva que tienen los diferentes profesionales. Es lógico pensar que a más experiencia y formación continua en psicoterapia ayuda a desarrollar profesionales más expertos y competentes respecto a sus objetivos



dentro de la terapia. Pensamos que si los terapeutas noveles tuvieran más horas de práctica con casos reales y supervisión y una formación exhaustiva (tanto teórica como desarrollo de las habilidades del terapeuta y crecimiento personal y profesional), tal vez se pudiera reducir el gap que la inexperiencia deja.

**ESTUDIO 2**

**DIFERENCIAS EN LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN  
SITUACIONES TERAPÉUTICAS CRÍTICAS ENTRE TERAPEUTAS  
PRINCIPIANTES Y EXPERTOS**

En psicoterapia se han descrito decenas de variables influyentes sobre el resultado, tanto de los pacientes como de la relación terapéutica y/o en el desempeño específico del psicoterapeuta. La relación terapéutica, y especialmente la alianza que se establece entre el paciente y el profesional, ha demostrado ser un factor importante en las diferentes orientaciones teóricas, como la psicodinámica, la cognitiva, la interpersonal, la ecléctica, la experiencial y la comportamental (Botella y Corbella, 2003) y en diferentes estilos de terapia, tales como las individuales, las grupales y las familiares, encontrándose en la mayoría de los estudios una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia (Botella y Corbella, 2003).

Una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico hecha por Orlinsky, Grawe y Parks (1994), concluyó que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia. La alianza terapéutica correlaciona positivamente con los resultados del tratamiento. Numerosos estudios apoyan estas conclusiones (Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998; Bachelor, 1991; Barber, *et al.*, 2000; Dinger, Strack, Leichsenring y Schauenburg, 2007; Elvins y Green, 2008; Green, 2009; Horvath y Symonds, 1991; Langhoff, Baer, Zubaegel y Linden, 2008; Weerasekera, Linder,

Greenberg y Watson, 2001, citados en Corbella y botella, 2003).

Ya se ha comentado en un apartado anterior de esta tesis la relevancia de la regulación emocional, entendida como la capacidad de regular adecuadamente las propias emociones. De acuerdo con Siegel (2006), la regulación emocional es un proceso complejo que incluye ser consciente de iniciar, inhibir y modular los siguientes aspectos: los estados emocionales internos (la sensación subjetiva de la emoción), los pensamientos asociados a las emociones (los pensamientos que se activan frente a una situación), las reacciones fisiológicas relacionadas con los procesos emocionales (frecuencia cardíaca, sudoración, liberación de hormonas en sangre...), y el comportamiento relacionado con la emoción (comportamientos, conductas, expresión facial y comunicación no verbal).

La importancia de la regulación emocional en los terapeutas durante el proceso psicoterapéutico se relaciona con la capacidad de gestionar eficazmente la psicoterapia y los procesos críticos dentro del proceso psicoterapéutico.

El cambio psicoterapéutico implica, casi por definición, la activación de profundos procesos emocionales en el cliente. Es poco probable que la participación en este proceso deje el terapeuta emocionalmente intacto. Es por este motivo que a mayor habilidad de autoconocimiento, de autorregulación emocional y de asertividad, garantizará mayor salud emocional en el terapeuta y, consecuentemente influirá de forma positiva en la terapia.

Ser psicoterapeuta significa, en parte, "tener una ventana abierta hacia el alma humana" y "un lugar privilegiado desde el que contemplar el apasionante curso de la vida humana" (Bugental, 1978). Sin embargo no es en

absoluto una actividad de mero espectador, y es en el proceso de implicación con el ser humano donde sus desafíos y privilegios se hacen más evidentes (Mahoney, 1991).

Las distintas teorías psicoterapéuticas pueden ser herramientas útiles cuando se trata de dar sentido a los procesos emocionales, tanto de los clientes como de los terapeutas. Cada una de las diferentes teorías hace hincapié en diferentes aspectos del cliente (y del terapeuta), y cada una puede proporcionar una ruta diferente hacia el desarrollo personal. Como tal, las perspectivas únicas de cada una deben ser preservadas. (Bohart y Tallman, 1999).

A pesar de la singularidad de cada una de las teorías psicoterapéuticas, la centralidad del papel desempeñado por los procesos emocionales en el funcionamiento humano hace que valga la pena explorar su grado de solapamiento integrador. En palabras de Mahoney de nuevo, la experiencia emocional del cambio es fundamentalmente la misma, ya sea dentro o fuera de la psicoterapia y de si se trata de un cliente o un terapeuta.

Si hablamos de un proceso de psicoterapia, el principal objetivo para el terapeuta debería ser ayudar al paciente a reducir el sufrimiento y a gestionar el cambio hacia situaciones, comportamientos, pensamientos y sentimientos funcionales en el día a día. Por tanto, si queremos ofrecer una garantía de éxito terapéutico, resulta indispensable analizar los factores en la relación, en la gestión de situaciones críticas y las habilidades que mantienen la alianza terapeuta-paciente. Poder valorar las diferencias entre terapeutas principiantes y expertos, nos ayudará a ver los déficits de los terapeutas principiantes y a proponer un programa formativo que cubra las necesidades y permita gestionar

de forma óptima el proceso terapéutico y las situaciones críticas desde el inicio de la práctica clínica.

El objetivo general de este estudio tesis fue explorar la autorregulación emocional durante episodios críticos en el proceso terapéutico comparando una muestra de terapeutas experimentados y una de terapeutas principiantes.

## Método

### Participantes

La muestra se compuso de 92 terapeutas divididos en dos grupos: (N) Terapeutas Principiantes (n=46) y (E) Terapeutas Expertos (n=46). Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes (el criterio de exclusión fue negarse a participar en el estudio.)

---

#### Criterios comunes a los dos grupos:

1. Licenciatura en Psicología o Medicina.
2. Con formación específica en psicoterapia a nivel universitario (Posgrado, Máster o Doctorado).

---

#### Criterios específicos para el grupo de Principiantes.

Máximo de experiencia clínica de 1 año a media jornada.

#### Criterios específicos para el grupo de Expertos.

Título de Doctor.

Mínimo de experiencia clínica debidamente supervisada equivalente a 10 años.

---

Pertenencia a sociedades profesionales o científicas.  
Que imparta docencia en algún programa de formación en psicoterapia a nivel universitario (Posgrado, Máster o Doctorado).  
Supervisor docente de algunas sociedad profesional.  
Publicaciones en revistas científicas del ámbito de la psicoterapia.  
Presentaciones en congresos científicos del ámbito de la psicoterapia.

---

## **Instrumentos**

*Entrevista de Autorregulación Emocional para Terapeutas (EAET) adaptada de la Therapist Self-Regulation Interview (TSR Interview, Botella y Beriain, 2009).*

En la **EAET**, se pide a los participantes:

(a) Que recuerden un episodio crítico en una sesión de terapia—es decir, en el que hayan experimentado emociones o sentimientos que puedan haber interferido en el proceso terapéutico (por ejemplo, rabia, ansiedad, desesperanza o aburrimiento).

(b) Que describan brevemente el contexto del episodio: información básica sobre el paciente, motivo de demanda y curso de la terapia hasta ese momento.

(c) Que describan el episodio crítico mediante el siguiente formato de entrevista:

1. ¿Qué hizo el cliente para que tú sintieses esa emoción?
2. ¿Por qué crees que hizo eso?
3. ¿Qué sentiste o cómo te sentiste como consecuencia de lo que el cliente hizo?
4. ¿Por qué crees que te sentiste así?
5. ¿Cómo regulaste esa emoción?
6. ¿Qué hiciste o qué le dijiste al cliente como consecuencia de cómo te estabas sintiendo en ese momento?
7. ¿Qué hizo entonces el cliente?
8. ¿Por qué crees que hizo eso?
9. ¿Puso eso fin al episodio?

## **Procedimiento**

Tras contactar con los participantes del estudio y concertar una hora para entrevista, se aplicaron los instrumentos descritos de la forma especificada.

Cada entrevista se transcribió y analizó en detalle. Las respuestas se codificaron y se organizaron de forma jerárquica para diferenciar las conductas, pensamientos y emociones más frecuentes en las situaciones críticas.

La codificación y jerarquización siguió la lógica de la Metodología de Teoría Fundamentada y fue llevada a cabo por tres analistas formados en el método.

Después del análisis cualitativo, se calcularon dos índices cuantitativos para cada grupo de respuestas a cada pregunta secuencial:

(1) Índice de diferenciación (número de categorías de respuestas independientes para cada pregunta secuencial); y,

(2) Índice de integración (número de clústeres de respuestas diferentes para cada pregunta secuencial).

El Índice de Integración (I) fue dividido por el Índice de Diferenciación (D) para obtener una medida de Comunalidad (C) para cada grupo de respuestas a cada pregunta secuencial:  $C = (I/D) \times 100$ .

El valor de C indica el porcentaje de respuestas compartidas en relación con las respuestas independientes. Es 0 cuando no hay respuestas compartidas, 50 cuando la mitad de ellas son compartidas, y 100 cuando todas son.

Finalmente, mapeamos el camino seguido por cada participante en su proceso individual de cada categoría de respuesta secuencial a la siguiente.

Los mapeamos todos juntos para hacer visibles cuáles eran "los caminos menos y más transitados", así como quiénes los transitaban.



## **Aspectos Éticos**

Se siguieron las normas de la Ley de Protección de Datos Personales: Ley Orgánica de Protección de Datos personales (15/1999) y la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (41/2002).

Todas las persona que participaron en el estudio, tanto investigadores como colaboradores, se comprometieron a mantener de forma rigurosa la confidencialidad de los datos.

Todos los datos y la información recopilada se guardó en archivos que permanecieron en estricta confidencialidad.

## **Resultados**

El índice de las categorías de contenido procedentes del análisis de las entrevistas a los principiantes fue el siguiente:

### 1. Marcador inicial de acción del paciente

1.1. Comunicación paradójica (x8)

1.2. Romper la alianza terapéutica (vínculo, tareas o metas) (x8)

1.3. Mostrar desprecio extremo hacia otro significativo (x8)

### 2. Teoría de la mente del terapeuta pre-regulación

2.1. Manifestación de ambivalencia relacional (x16)

2.2. Características relacionales de la pareja (x16)

3. Reacción emocional del terapeuta
  - 3.1. Desesperanza/frustración (x16)
  - 3.2. Cólera (x8)
  - 3.3. Rechazo, desprecio (x8)
4. Construcción autoexplicativa del terapeuta
  - 4.1. Situacional (x16)
5. Regulación emocional del terapeuta
  - 5.1. Mediante contención y conciencia (x16)
  - 5.2. A través de la empatía y la resonancia emocional (x8)
6. Acción externa del terapeuta
  - 6.1. Comportamiento observable (x12)
  - 6.2. Aclarar el significado (x12)
7. Marcador final de acción del paciente
  - 7.1. Restaurar el vínculo terapéutico de forma no verbal (x8)
  - 7.2. Restaurar verbalmente el vínculo terapéutico (x24)
8. Teoría de la mente del terapeuta post-regulación
  - 8.1. Manifestación de la ambivalencia relacional (x4)
  - 8.2. Función protectora de la acción problemática (x4)
  - 8.3. Restauración del vínculo terapéutico gracias a la intervención del terapeuta (x6)

El índice de las categorías de contenido procedentes del análisis de las entrevistas a los expertos fue el siguiente:

## 1. Marcador inicial de acción del paciente

- 1.1. Comunicación paradójica (x4)
- 1.2. Divulgar una acción éticamente reprobable (x2)
- 1.3. Romper la alianza terapéutica (vínculo, tareas o metas) (x4)
- 1.4. Negar la influencia del terapeuta sobre el proceso terapéutico (x2)
- 1.5. Mostrar desprecio extremo hacia otro significativo (x4)
- 1.6. Mostrar una confrontación simétrica una y otra vez (x2)

## 2. Teoría de la mente del terapeuta pre-regulación

- 2.1. Estrategia orientada a objetivos (x2)
- 2.2. Prueba de la "capacidad de contención" del terapeuta (x2)
- 2.3. Manifestación de ambivalencia relacional (x4)
- 2.4. Función protectora de la acción problemática (x2)
- 2.5. Reacción defensiva (x2)
- 2.6. Extrema necesidad de apego afectivo (x2)
- 2.7. Características relacionales de la pareja (x4)
- 2.8. Falta de autocontrol emocional (x2)

## 3. Reacción emocional del terapeuta

- 3.1. Ansiedad (x2)
- 3.2. Desesperanza/frustración (x8)
- 3.3. Cólera (x4)
- 3.4. Malestar (x2)
- 3.5. Confusión (x2)
- 3.6. Rechazo, desprecio (x4)
- 3.7. Aburrimiento (x2)
- 3.8. Impaciencia (x2)

- 3.9. Agresividad (x2)
- 4. Construcción autoexplicativa del terapeuta
  - 4.1. Situacional (x4)
  - 4.2. Conceptual (x2)
  - 4.3. Invalidación de las expectativas del terapeuta (x2)
  - 4.4. Invalidación personal (x2)
  - 4.5. Confirmación dolorosa de la morfostasis humana (x2)
  - 4.6. Resonancia emocional/contagio (x2)
  - 4.7. Chantaje emocional (x2)
- 5. Regulación emocional del terapeuta
  - 5.1. Mediante la acción planificada (x4)
  - 5.2. Mediante contención y conciencia (x8)
  - 5.3. A través de la empatía y la resonancia emocional (x4)
  - 5.4. Vía unión (x4)
- 6. Acción externa del terapeuta
  - 6.1. Comportamiento observable (x6)
  - 6.2. Renegociar el marco terapéutico (x2)
  - 6.3. Aclarar el significado (x6)
  - 6.4. Atribuir la responsabilidad de cambiar al cliente (x2)
  - 6.5. Autocontrol emocional (x2)
- 7. Marcador final de acción del paciente
  - 7.1. Restaurar el vínculo terapéutico de forma no verbal (x4)
  - 7.2. Restaurar verbalmente el vínculo terapéutico (x12)
  - 7.3. Restaurar el espacio terapéutico de manera no verbal (x2)
  - 7.4. Restaurar el espacio terapéutico verbalmente (x4)

## 8. Teoría de la mente del terapeuta post-regulación

8.1. Estrategia orientada a objetivos (x2)

8.2. Prueba de la "capacidad de contención" del terapeuta (x2)

8.3. Manifestación de la ambivalencia relacional (x2)

8.4. Función protectora de la acción problemática (x2)

8.5. Restauración del vínculo terapéutico gracias a la intervención del terapeuta (x3)

8.6. Restauración del espacio terapéutico gracias a la intervención del terapeuta (x1)

Como se puede observar, tanto el número de categorías como de unidades por categoría es sistemáticamente superior en los expertos que en los principiantes. El cálculo de la significación estadística no tenía sentido tratándose de datos procedentes básicamente de un análisis cualitativo.

El cálculo del índice de diferenciación (número de categorías de respuestas funcionalmente independientes para cada pregunta secuencial) para los expertos dio los resultados siguientes:

Reacción emocional del terapeuta = 9

Teoría del terapeuta de la mente (pre-regulación) = 8

Construcción autoexplicativa del terapeuta = 7

Teoría de la mente del terapeuta (post-regulación) = 6

Acción de P (marcador inicial) = 6

Acción externa del terapeuta = 5

Regulación emocional del terapeuta = 4

Acción de P (marcador final) = 4

El cálculo del índice de integración (número de clústeres de respuestas diferentes para cada pregunta secuencial) para los expertos dio los resultados siguientes:

Regulación emocional del terapeuta = 4

Acción de P (marcador final) = 3

Reacción emocional del terapeuta = 3

Acción de P (marcador inicial) = 3

Teoría de la mente del terapeuta (pre-regulación) = 2

Acción externa del terapeuta = 2

Construcción autoexplicativa del terapeuta = 1

Teoría de la mente del terapeuta (post-regulación) = 1

El cálculo del índice de diferenciación (número de categorías de respuestas funcionalmente independientes para cada pregunta secuencial) para los principiantes dio los resultados siguientes:

Reacción emocional del terapeuta = 2

Teoría del terapeuta de la mente (pre-regulación) = 2

Construcción autoexplicativa del terapeuta = 3

Teoría de la mente del terapeuta (post-regulación) = 2

Acción de P (marcador inicial) = 2

Acción externa del terapeuta = 2

Regulación emocional del terapeuta = 2

Acción de P (marcador final) = 2

El cálculo del índice de integración (número de clústeres de respuestas diferentes para cada pregunta secuencial) para los principiantes dio los resultados siguientes:

Regulación emocional del terapeuta = 2

Acción de P (marcador final) = 1

Reacción emocional del terapeuta = 1

Acción de P (marcador inicial) = 1

Teoría de la mente del terapeuta (pre-regulación) = 1

Acción externa del terapeuta = 1

Construcción autoexplicativa del terapeuta = 1

Teoría de la mente del terapeuta (post-regulación) = 1

También en este caso, los índices de integración y diferenciación de los expertos son sistemáticamente superiores a los de los principiantes. El cálculo de la significación estadística no tenía sentido tratándose de datos procedentes básicamente de un análisis cualitativo.

El análisis de los cursos de acción seguidos por los terapeutas expertos reveló varios patrones relevantes:

- De planificar la acción a regular la emoción y después actuar. Cuatro de los terapeutas expertos (constructivistas y sistémicos) convergieron al mencionar que para ellos el proceso se había centrado principalmente en la acción más que en el discurso.
- De actuar para regular la emoción a restaurar el vínculo terapéutico a través de la acción de uno. Cuatro de ellos (constructivistas y sistémicos de nuevo) también convergieron al mencionar que habían regulado sus emociones perturbadoras y restaurado el vínculo terapéutico por medio de sus acciones en lugar de sus palabras.

Sin embargo, ambas convergencias probablemente sean más un reflejo del evento crítico específico que del enfoque del terapeuta.

- De aclarar el significado del evento a luego restaurar verbalmente el enlace terapéutico o el espacio. Otro grupo de participantes convergió al mencionar que habían seguido un camino "verbal", es decir, a través del diálogo con el cliente.
- La restauración del vínculo terapéutico mediante intervención terapéutica. Finalmente, seis de ellos coincidieron en conectar la restauración del enlace terapéutico a una intervención terapéutica en sí misma.

Por lo que respecta al análisis de los cursos de acción seguidos por los terapeutas principiantes, no hubo patrones relevantes, es decir repetidos por más de un terapeuta.



## Discusión

Los resultados de este estudio mostraron diferencias significativas entre el grupo de terapeutas principiantes y expertos.

Los resultados obtenidos mediante la *Entrevista de Autorregulación Emocional para Terapeutas*, nos revela que el número de categorías reveladas es claramente superior en los terapeutas expertos frente a los noveles.

Los terapeutas expertos, frente a una situación crítica, se muestran más conscientes de la situación terapéutica, más confiados en sus capacidades y en su gestión de la situación, menos desbordados emocionalmente, actúan más como agentes activos y son más capaces de poner límites dentro de la terapia para no generar excesiva transferencia y contratransferencia con el paciente. Los terapeutas noveles, no tienen recursos suficientes para gestionar y regular emocionalmente una situación crítica dentro de terapia. La mayoría se identifican con la situación del paciente, la hacen personal y les cuesta tener una actitud proactiva y asertiva frente al cliente.

Con estos resultados, creemos indispensable que los terapeutas noveles puedan tener acceso, dentro de su formación, a diferentes recursos y estrategias para aprender a gestionar las emociones de forma efectiva, y aprender a no personalizar las situaciones que suceden dentro de la terapia.

## CONCLUSIONES GENERALES

Nuestros resultados demuestran que los expertos tienen más conocimiento declarativo que los principiantes. Identifican correctamente un número significativamente mayor de técnicas a la vez que las atribuyen de forma significativamente más acertada a sus orígenes teóricos.

Este resultado es coherente con la noción del desarrollo del sistema de constructos personales como aumento de la complejidad. A medida que la experiencia, y sobre todo la construcción de esta, articula cada vez más el sistema, este se vuelve más diferenciado e integrado a la vez.

La diferenciación permite discriminar más y mejor entre diferentes matices de lo construido. La integración por su parte permite ordenar y jerarquizar mejor el dominio de lo construido. Ambas en combinación confieren una mayor flexibilidad, sutileza, ámbito y aplicabilidad del sistema en cuestión.

Ser capaz de identificar conceptos teóricos en la narrativa del paciente no constituye solamente un conocimiento declarativo sino también procedimental. Por lo tanto los resultados indican que los expertos tienen más habilidades y no solamente más conocimientos, dado que la identificación de aspectos relevantes en la narrativa del paciente y la capacidad de conceptualizarlos constituye de por sí una habilidad terapéutica.

En consonancia con lo comentado con anterioridad, un mayor nivel de conocimiento procedimental es probable que conlleve una posición más flexible y adaptativa del terapeuta.

De esta manera se produce una evolución natural de ser un técnico en la aplicación de procedimientos concretos a ser un instrumento en sí mismo, alguien que utiliza su propia posición en las relaciones a favor de la creación de un tipo de conversación que fomente el cambio del cliente.

Así, los terapeutas expertos organizan el conocimiento de forma que fundamenta una percepción rápida y precisa de patrones amplios, mientras que los terapeutas principiantes tienen dificultades identificando y percibiendo patrones en situaciones cotidianas, tales como la narrativa del paciente.

La percepción de patrones propia de los expertos les permite un tipo de procesamiento de la información “de arriba abajo” que hace mucho más generalizable y extensible sus conocimientos y habilidades. De alguna forma ya no dependen de tener que aplicar sus conocimientos en unas condiciones específicas sino que los pueden modificar, extender, ampliar y adaptar a una serie cada vez mayor de contextos.

Además, los terapeutas expertos representan los acontecimientos a niveles semánticos más profundos, es decir no sólo son capaces de diferenciarlos sino de integrarlos. Utilizan sistemas de constructos considerablemente más complejos que los principiantes. Tanto la medida cuantitativa (PVEPF) como la cualitativa (análisis de contenido) coinciden en indicar que los expertos manejan un sistema más complejo y rico.

Tal como ya se ha comentado, esta mayor complejidad confiere características de mayor flexibilidad y adaptabilidad al sistema, que queda librado de los rigores de unas condiciones de aplicabilidad específicas.

Por otra parte, tanto los terapeutas principiantes como los expertos perciben los diferentes casos prototípicos analizados como compuestos

fundamentalmente por factores comunes. Éste fenómeno se debe probablemente a razones diferentes. Mientras que en el caso de los principiantes puede tratarse de un sistema poco diferenciado, en el caso de los expertos se debe probablemente a su mayor capacidad de abstracción y jerarquización y al resultado consensuado en la investigación en psicoterapia de que los terapeutas expertos desarrollan una mayor actitud integradora.

Lo anterior lleva a pensar que la percepción de factores comunes puede tener dos explicaciones alternativas, quizás incluso dos momentos evolutivos diferentes. Una primera sería debida a la falta de capacidad de discriminación selectiva, y es quizás la que caracteriza a los propios clientes que en numerosos estudios se ha demostrado que atribuyen una parte muy significativa del éxito de las intervenciones a factores comunes. La segunda sería propia de un sistema complejo, que a pesar de percibir diferencias y matices en un nivel subordinado es también capaz de jerarquizarlas en otros niveles más supraordenados. Este sería el caso de la percepción de factores comunes por parte de expertos.

Por lo que respecta a la identificación de ingredientes específicos, los terapeutas expertos son sistemáticamente más capaces de atribuirlos a los casos prototípicos de la orientación correspondiente. Sin embargo tanto principiantes como expertos perciben ingredientes específicos de unas orientaciones en las demás, lo cual combinado con lo comentado anteriormente vuelve a transmitir la imagen de un sistema que, en el caso de los expertos, es no solo más integrados sino más diferenciado.

Igual que en el caso anterior, parece que la percepción de ingredientes específicos transteóricos se da no necesariamente por falta de capacidad

discriminativa, sino justamente por lo contrario también. A pesar de que pueda parecer contraintuitivo, es cierto que la mayoría de orientaciones han exagerado las diferencias entre ellas en detrimento de las similitudes. Por eso precisamente incluso terapeutas con una elevada complejidad en su dominio son capaces de identificar tales dimensiones transteóricas.

Los pacientes pueden desencadenar reacciones emocionales perturbadoras, incluso en terapeutas expertos, mediante una serie de marcadores diferentes. Algunos de ellos comparten la característica de constituir acciones que están más allá de los límites de la relación terapéutica (rupturas de alianzas, comunicación paradójica y comportamiento verbalmente violento hacia los demás).

Precisamente en relación a la capacidad de autorregulación como conciencia y manejo de las redes de procesamiento ocultas que se mencionaban en un apartado anterior, se entiende que tales acciones de los clientes contribuyan a disparar reacciones intensas en los propios terapeutas.

Los terapeutas varían con respecto a lo que atribuyen tales desencadenantes. Sus ideas teóricas preferidas son obviamente útiles para explicarlos. Por lo tanto, la teoría parece realmente desempeñar un papel en sus procesos de creación de significado y sus formas de planificar sus acciones posteriores.

Es obvio que ante tales disparadores los terapeutas buscan el significado de la experiencia en su repertorio de constructos, no disponen de otro. En este sentido las teorías de cada uno se vuelven una manera de dar significado a la experiencia, una forma de aportar estructura y foco no sólo a sus acciones terapéuticas sino a las propias circunstancias que las rodean.

Sin embargo, y como era de esperar, los terapeutas principiantes perciben menos de tales desencadenantes y los integran también en menor medida, con toda probabilidad debido a su falta de experiencia.

Parece así que los principiantes pasan por alto elementos y episodios importantes del proceso terapéutico, lo cual en cierto sentido les protege de la invalidación que comportaría verse periódicamente sometidos a crisis que no tienen constructos para resolver.

Los terapeutas expertos también varían en cuanto a sus reacciones emocionales a tales eventos críticos. Sin embargo, en este caso el papel de las preferencias teóricas no es obvio, y se refieren a sus emociones en un lenguaje común que suena bastante integrador.

El uso de un lenguaje común en referencia a sus propios procesos es quizás un indicio de hasta qué punto han integrado su rol profesional con su vida personal. No necesitan "psicologizar" la vida cotidiana o sus propios procesos porque ya encarnan en sí mismos una forma de pensar y actuar informada por la psicología.

Sin embargo, las divergencias teóricas surgen de nuevo cuando explican sus emociones. De nuevo los principiantes son menos diferenciados e integrados en este punto.

En cuanto a la autorregulación emocional, parece haber una convergencia espontánea entre los terapeutas participantes. Independientemente de su persuasión teórica, todas convergen en cuatro "estrategias" principales que implican empatía, conciencia, acción planificada y evitar la sobregeneralización (a pesar de que enfatizan diferentes aspectos de entre los mencionados).

Los terapeutas principiantes no llegan a converger debido a que prácticamente cada uno sigue cursos de acción anticipada diferentes.

Las acciones de restauración de los expertos difieren de nuevo, incluso si en su mayoría comparten el objetivo de aclarar el significado del evento crítico a través de (a) acción explícita, o (b) diálogo y comunicación verbal.

También, como era de esperar, sus explicaciones de las acciones del cliente después del hecho también varían según sus preferencias teóricas. En cada categoría, excepto la regulación emocional del terapeuta, la diferenciación (es decir, la individualidad) es mayor que la integración. Así, las diferencias individuales en las respuestas de los terapeutas parecen ser la norma.

En cuanto a esta categoría más integradora, en la que la integración es tan alta como la diferenciación, nuestros datos sugieren que mientras los terapeutas (y clientes) pueden divergir ampliamente en sus acciones, reacciones y teorías personales, los terapeutas convergen en sus formas de autorregulación emocional.

Por lo que respecta a los principiantes, no se da dicha convergencia por el exceso de individualidad y falta de integración que manifiestan.

Nuestros resultados pueden indicar que la autorregulación emocional es un proceso de ordenamiento básico común a diferentes enfoques teóricos e incluso a procesos de cambio humano. Esto es particularmente así teniendo en cuenta que nuestra muestra está formada por terapeutas experimentados y principiantes pertenecientes a diferentes enfoques teóricos.

Así, la convergencia en los procesos de autorregulación emocional supera su formación en teorías divergentes. Esto indica que la autorregulación

emocional del terapeuta es probable que sea un factor común que integre las acciones del terapeuta de enfoques divergentes.

Sin duda, los resultados sobre las diferencias entre terapeutas expertos y principiantes son claros. El conocimiento, los recursos personales y la experiencia es clave para el proceso de terapia, y los terapeutas expertos obtienen resultados más satisfactorios que los terapeutas principiantes. Estos conocimientos obtenidos mediante los dos estudios, deberían ayudar a crear programas de formación mejores.

Bajo nuestro punto de vista creemos importante que se imparta una formación con recursos y estrategias en gestión emocional o autorregulación emocional, para ayudar tanto a terapeutas principiantes como para que ellos mismos puedan ofrecer esa ayuda a los clientes. De esta manera podrán sentirse más confiados y seguros. Estas cualidades también podrían reforzarse con un programa teórico-práctico centrado en ofrecer técnicas psicoterapéuticas y en numerosas horas de práctica con casos reales y su supervisión. Y por último, creemos indispensable que los terapeutas principiantes puedan hacer una formación personal que les ayude a ser conscientes de lo que sucede dentro de la terapia, por qué les afecta y cómo se relaciona con su historia personal y familiar. Estos cuatro aspectos de formación: regulación emocional, técnicas psicoterapéuticas, prácticas con casos reales y conocimientos personal del terapeuta, podrían ayudar a que los terapeutas principiantes empezaran su carrera profesional más seguros y más preparados.



## ANEXO

### Instrumentos estudio 1:

## COMPLEJIDAD COGNITIVA Y FORMULACIÓN DE CASOS EN EXPERTOS EN PSICOTERAPIA VS. TERAPEUTAS PRINCIPIANTES

### 1. Narrativa de conceptualización del caso

#### **Ejercicio de Conceptualización de Caso**

#### **Kira: Narrativa Autobiográfica**

© Luis Botella y Silvia Urbano, 2011

FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull.

A continuación encontrarás la narrativa de Kira, una paciente en psicoterapia a la que se le pidió que escribiera un texto describiéndose a sí misma y comentando todo lo que creyese que podía ser importante para llegar a entenderla y conocerla mejor. En el texto escrito por Kira aparecen ejemplos de los siguientes conceptos psicológicos y psicoterapéuticos:

1. ABC
2. Aceptación incondicional
3. *Acting Out*
4. Ansiedad (en el sentido Kelliano)
5. Aprendizaje vicario
6. Asunto pendiente
7. Cambio de Polo
8. CCRT
9. Condicionamiento clásico
10. Congruencia
11. Constructo supraordenado rígido
12. Control de estímulo

13. Deseo (fase inicial del modelo *Core Conflictual Relational Theme* CCRT de Luborsky)
14. Dilema implicativo
15. Empatía
16. Esquema negativo
17. Expectativas de autoeficacia
18. Homeostasis
19. Hostilidad (en el sentido Kelliano)
20. Invalidación
21. Lectura del pensamiento
22. Paradoja
23. Pensamiento absolutista
24. Refuerzo positivo
25. Simetría
26. Sobregeneralización
27. Transferencia
28. Triangulación

Lee el texto e identifica qué concepto de los anteriores ejemplifica cada fragmento de la narrativa de Kira. Utiliza para ello las casillas que encontrarás a la derecha de cada párrafo; escribe en ellas el número del concepto de la lista anterior que crees que el párrafo ejemplifica. **Si no conoces alguno de estos conceptos o no lo identificas como ejemplificado en el texto, deja la casilla en blanco. En ningún sentido se trata de un examen y lo realmente importante de este ejercicio es identificar qué conceptos conoces y utilizas, no evaluarlo.**

**MUCHAS GRACIAS**

Me llamo Kira, tengo 32 años. Soy lingüista y traductora y eterna aspirante a novelista—algún día acabaré mi fantástica novela (comentario sarcástico para quien no me conozca o no lo haya notado). Trabajo como editora y crítica en varias revistas y blogs de arte y literatura. Me habéis pedido que os explique cómo soy y alguna cosa de mi vida que os pueda ayudar a entenderme mejor. Lo intentaré, realmente deseo que sea así, que se me entienda, porque a veces creo que no me entiendo ni yo misma. Escribiré lo que me parece importante sin pensarlo demasiado, sin censurarlo. Así que tendréis que perdonar el desorden y la falta de estructura de lo que escriba... me habéis dicho que no es un ejercicio literario y así lo encaro—a pesar de que es muy difícil para mí sentirme completamente libre para escribir sin censuras estilísticas después de toda una vida de formación (¿o deformación?) lingüística.

Desde siempre he querido ser apreciada y valorada por los demás, sentirme importante y querida. Nada me importa más que sentir que “pertenezco” a una relación, que soy parte de un vínculo de afecto.

A veces pienso que soy una fatalista consumada y que al final consigo que las cosas me salgan mal porque lo provocho yo misma. Cuando entro en ese estado me desprecio profundamente.

Soy una mujer sumamente sensible, pero a veces actúo de forma impredecible incluso para mí y me comporto como si no me importase nada ni nadie.

Para mí vivir la vida plenamente implica ser sensible, entregada y apasionada. Lo malo es que eso me hace extremadamente vulnerable. Se me puede hacer daño con una mirada de desaprobación o con un gesto de desprecio. Admiro a la gente que no es así, que son lo bastante fuertes o seguros como para no dejarse afectar por pequeñeces, pero eso para mí conlleva ser insensible, dura, fría y distante y es algo que no quiero y que no soporto.

A veces me parece que mi vida se escapa a mis esquemas... no sé si se entiende lo que quiero decir... es como cuando intentas abrir un documento de un programa de ordenador con una versión más antigua del programa... que no lo puede leer. Es como si a mi sistema, a mi forma de ver la vida, se le escapasen trozos enteros de mi propia vida. Por ejemplo, lo de María no lo puedo entender de ninguna manera. Es como si me hubiesen educado para esperar determinadas cosas de los demás y cuando hacen algo que me resulta incomprensible sencillamente me siento absolutamente desbordada y descolocada.

Cuando algo no va como yo quiero reconozco que a veces prefiero fingir que no ha pasado nada. Mirar hacia otro lado y seguir como quien no quiere la cosa. Tengo una amiga que dice que eso es porque soy Cáncer y los cangrejos se defienden con una coraza exterior que les hace invulnerables... no sé, yo no creo en esas tonterías, pero la verdad es que como metáfora me encaja mucho.

Por ejemplo, el otro día estaba comiendo en la mesa de al lado el director de la revista de literatura en la que colaboro y sólo por como me miró ya supe que desaprobaba el tono que yo le había dado últimamente a las críticas que

había publicado. Me sentí fatal y me cambié de mesa.

Para mí no hay término medio; o estás conmigo o estás contra mí. Guste o no guste, yo lo que hago lo hago entregada al 100% y si alguien no quiere compartir mi camino, que se aparte de él. Lo último que necesito en mi vida son estorbos o lastres. Si no me ayudas, me perjudicas. Si no eres parte de la solución eres parte del problema.

Creo que me he equivocado en todo desde hace años. Todas las personas que he conocido desde que volví de Berlín me han defraudado, sin paliativos ni excepciones. Ha sido todo un desastre total que me ha llevado al pozo en el que me encuentro ahora.

Una vez perdí el control de tal manera después de una discusión con Werner que no sé ni cómo acabé en el *b-flat* (es un club de jazz al que iba mucho por aquel entonces), borracha perdida a base de Jack Daniels y haciendo el ridículo más espantoso. Casi acabo enrollada con el saxofonista sin darme ni cuenta de qué estaba haciendo; menos mal que el batería que es un buen amigo me llevó a casa y me sacó del lio.

Desde entonces asocio el sabor del Bourbon y la música de jazz al olvido de malas experiencias. Tan es así que el otro día dio la casualidad de que me estaba tomando un Manhattan y empezó a sonar *Blue Rondo a la Turk* (que es una de las que estaban tocando esa noche en el *b-flat*) y me entró una llorera que no podía parar.

Nunca me hubiese podido esperar que María reaccionara así. Para mí representó un golpe enorme y perdí completamente la confianza en la amistad y los buenos sentimientos. Una parte de mis creencias sobre la vida y las relaciones quedó absolutamente anuladas.

Lo que pasó fue que le pedí que llamase a un amigo de Werner para saber cómo estaba después de que yo le dejase en Berlín—;no lo iba a llamar yo, lógicamente!

Ahora sería fácil con Facebook, pero entonces no había. En resumen, ella se negó en redondo a llamarle. Me dijo que si quería saber algo llamase yo. Eso me indignó, me decepcionó y me entristeció a la vez. Desde mi punto de vista, si alguien es tu amiga tiene que estar siempre dispuesta a ayudarte. Yo lo hubiese hecho. No sé que pensará el resto de la gente, ni me importa, pero yo he crecido con esa idea: las amigas son para demostrarlo en las ocasiones difíciles.

Con el tiempo me fui dando cuenta de que Werner tenía algunas formas de comportarse más bien extrañas. No me fijé al principio, de hecho me parecía un detalle simpático, pero por ejemplo sus celos y su inseguridad llegaron a ser un problema. Un día me dijo que hasta poco antes de conocernos, cuando aún vivía con sus padres, le consultaba prácticamente todo a su madre y pasaban horas y horas hablando los dos o salían a pasear por Munich durante toda la mañana... Yo creo que eso compensaba la falta de atención que su madre recibía de su padre... No sé, no soy psicóloga, pero me parece que eso podría explicar porque la conducta tan infantil y dependiente de Werner no era considerada un problema en su casa... casi se veía como una solución.

Cuando le preguntaba a Werner cómo explicaba él esa relación tan especial con su madre, se limitaba a repetirme que su madre era de familia bávara desde el siglo XIV y que "las madres bávaras son así". Ya no entraba en más discusión posible, para él eso era una verdad inamovible y no se podía modificar: le llevaba siempre a predecir lo mismo de la gente, o al menos de las mujeres bávaras.

Para no pensar en él he escondido todo lo que me recordaba a esos meses tan especiales en Berlín. Los recuerdos que me traje de allí me hacen mucho daño... las fotos, el collar que me regaló por mi cumpleaños... lo he puesto todo en una caja y la he metido en un cajón. Hasta que no sea capaz de reconciliarme con esa época y conmigo misma no la pienso volver a abrir.

Después de lo de Berlín y antes de volver a Barcelona, estuve viendo a un

consejero que tenía mi universidad en Londres. Era extremadamente comprensivo y afectuoso, parecía que me entendía casi mejor que yo misma y que sabía captar lo que yo sentía inmediatamente. Era como si supiese ver en mi interior.

Y siempre parecía que me apreciaba como persona aunque le confesase aspectos problemáticos o conflictivos de mi. Nunca me sentí juzgada o rechazada por él... a pesar de que probablemente algunas de las cosas que le dije no le hiciesen demasiada gracia, si embargo él daba la sensación de que no confundía lo que yo hacía con quien soy... no sé si me explico... es algo que poca gente sabe hacer; como si te transmitiesen que hacer una tontería no es lo mismo que ser tonta.

Además era muy especial como profesional: por ejemplo, decía todo lo que sentía... recuerdo que una vez le dije en una sesión una cosa que le recordó a una experiencia de su propia vida y no sólo no lo intentó disimular sino que me explicó esa experiencia con cierto detalle. Eso me hizo verlo de otra manera, con mucha más confianza que a un simple "profesional".

A veces me recordaba a mi padre: tenía la misma mirada abierta y sincera... y su forma de tratarme era también muy parecida, parecía que confiaba en mi sin medida y por eso me daba aún más miedo defraudarle. De repente me empecé a dar cuenta de que muchas de las cosas que yo entendía que me decía, de hecho eran palabras casi literales de mi padre.

Siempre he sido la mensajera entre mi padre y mi madre. A veces pienso que sería mejor que se comunicasen directamente y no a través de mi. Por ejemplo, aun cuando estaba de sabático en Berlín y en Londres, mi madre era capaz de llamarme tres y cuatro veces al día para decirme cosas como que yo llamase a mi padre y le dijese que pasase por casa de mi madre a recoger la ropa que no se había llevado aún desde el divorcio. Pero es que mi padre también me llamaba o me enviaba un mail para preguntarme qué sabía de mi madre, así que la situación era surrealista. Y de hecho lo

recuerdo así incluso antes de que se divorciasen hace 2 años.

Me acuerdo que de pequeña me di cuenta de que cuando mi hermana aparentaba estar triste y preocupada mi padre lo notaba inmediatamente y le prestaba una atención muy especial. Desde entonces aprendí a hacer lo mismo; funciona muy bien con mi padre.

Mi madre lo quiere todo siempre a su gusto. Es una mujer muy atenta a los detalles y muy controladora. Recuerdo como nos insistía tanto a mí como a mi hermana en que quería que estudiásemos pero no porque ella lo quisiese sino porque lo quisiéramos nosotras. Ya de pequeñas no entendíamos cómo podíamos hacer algo que nos exigía ella pero porque lo queríamos nosotras... nos desconcertaba enormemente que nos dijese ese tipo de cosas.

¡Me gustaría tanto poder decirle cuatro cosas bien dichas a mi madre...! ¡Me quedaron tantas cosas por ventilar y tantos sentimientos por expresar cuando pasó lo de su divorcio! Pero ya es muy tarde... nunca me entenderá ni aunque lo intente, así que ya lo he dejado de intentar... pero la verdad es que a veces aún me amarga.

Si bien, como ya he dicho, no hay nada que desee más que ser valorada, sé por experiencia que no es nada fácil y que en muchas ocasiones no lo voy a conseguir. La verdad es que eso me da una rabia enorme, me hace ponerme a la defensiva inmediatamente y me cierro en mi misma refugiándome en mis cosas, escribo, estudio, paseo sola... A veces pienso que eso debe hacer que parezca justo lo que no quiero ser; fría y distante. Pero no es así en absoluto. Mientras estoy huyendo de la evidencia de que no me valorarán lo suficiente, estoy literalmente destrozada. Quien creyese que soy distante porque me viese pasear sola por las avenidas de Berlín cuando lo de Werner es que no se daba cuenta de que iba llorando.



A veces al salir de la Facultad en Berlín me pasaba por el Starbucks de al lado y entraba a tomarme un *Double Chocolate Chip Frappuccino*. Lo consideraba mi premio especial por haber aguantado un día más de clases sobre La Metáfora en la Obra de Goethe.

Así como con Werner todo era depender de mí, con Robbie en Londres era muy diferente. El y yo parecíamos iguales en todo, teníamos la misma responsabilidad sobre nuestra relación y al final casi parecía que el problema fuese cómo “desempatar”. Por ejemplo, cuando a él le ascendieron en el equipo de remo, yo me sentí casi obligada a dedicar más horas al taller de escritura creativa para poder competir por el premio literario de ese año. Supongo que este tipo de cosas son las que nos llevaron a vernos cada vez menos, porque cada vez nos consumían más tiempo.

Espero que la vida me sonría definitivamente, estoy segura de que sabré conseguirlo. Tengo lo necesario para ser feliz y he aprendido de las experiencias pasadas. Las personas que han pasado por mi vida me han enseñado lecciones muy valiosas que estoy convencida de que sabré utilizar.

**FIN DE LA PRIMERA PARTE**

A continuación identifica a qué orientaciones teóricas pertenecen cada uno de los conceptos que se incluye en el ejercicio. De nuevo, si **no conoces alguno de estos conceptos o no lo identificas como perteneciente a ninguna orientación teórica, no contestes. Recuerda que en ningún sentido se trata de un examen y lo realmente importante de este ejercicio es identificar qué conceptos conoces y utilizas, no evaluarte.**

ABC	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Aceptación incondicional	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
<i>Acting Out</i>	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Ansiedad (en el sentido Kelliano)	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Aprendizaje vicario	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual

	<input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Asunto pendiente	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Cambio de Polo	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
CCRT	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Condicionamiento clásico	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Congruencia	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica

	<input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Constructo supraordenado rígido	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Control de estímulo	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Deseo (fase inicial del modelo <i>Core Conflictual Relational Theme</i> CCRT de Luborsky)	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Dilema implicativo	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Empatía	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista

Esquema negativo	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Expectativas de autoeficacia	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Homeostasis	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Hostilidad (en el sentido Kelliano)	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Invalidación	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Lectura del pensamiento	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista

	<input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Paradoja	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Pensamiento absolutista	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Refuerzo positivo	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Simetría	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica <input type="checkbox"/> Terapia Sistémica <input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Sobregeneralización	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual <input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva <input type="checkbox"/> Terapia Humanista <input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica

	<input type="checkbox"/> Terapia Sistémica
	<input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Transferencia	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual
	<input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
	<input type="checkbox"/> Terapia Humanista
	<input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica
	<input type="checkbox"/> Terapia Sistémica
	<input type="checkbox"/> Terapia Constructivista
Triangulación	<input type="checkbox"/> Terapia Conductual
	<input type="checkbox"/> Terapia Cognitiva
	<input type="checkbox"/> Terapia Humanista
	<input type="checkbox"/> Terapia Psicoanalítica
	<input type="checkbox"/> Terapia Sistémica
	<input type="checkbox"/> Terapia Constructivista

## 2. Rejilla de Identificación de factores Comunes e Ingredientes

### Específicos

A continuación encontrarás, en primer lugar, una lista de factores comunes a las diferentes orientaciones terapéuticas propuestos por varios autores. En segundo lugar aparecen diferentes ingredientes específicos de cada orientación.

Evalúa en la escala que se incluye en cada factor el grado en que se aplica a cada uno de los casos del material de la asignatura.

(Piensa por qué le has atribuido dicha puntuación basándote en algún ejemplo del propio caso.)



### Factores comunes propuestos por Jerome Frank

		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente	
1. El cliente establece una relación de confianza emocionalmente significativa con una figura de ayuda (el terapeuta).	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P1
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN1
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG1
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H1
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S1
2. El terapeuta establece un marco de curación (encuadre, horario, periodicidad, honorarios...)	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P2
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN2
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG2
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H2
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S2
3. El terapeuta aporta un fundamento racional, esquema conceptual o mito que sirve para explicar el proceso terapéutico.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P3
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN3
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG3
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H3

	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S3
--	----------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	----

4. El terapeuta sigue algún tipo de ritual que diferencia la relación terapéutica de otras que no lo son.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P4
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN4
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG4
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H4
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S4

#### Factores comunes propuestos por Judd Marmor (diferentes de los anteriores)

5. El cliente confía en el terapeuta y le expresa libremente sus emociones.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P5
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN5
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG5
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H5
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S5

6. El cliente aprende nuevas habilidades cognitivas.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P6
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN6
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG6
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H6
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S6

7. El cliente aprende nuevas conductas mediante un proceso de aprendizaje operante.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P7
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN7
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG7
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H7
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S7

8. El cliente vivencia una experiencia emocional correctiva.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P8
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN8
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG8
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H8
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S8

9. El cliente utiliza al terapeuta como modelo a seguir.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P9
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN9
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG9
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H9
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S9

10. Entre terapeuta y cliente se dan procesos de sugestión y persuasión.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P10
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN10
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG10
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H10

	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S10
--	----------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

11. El cliente utiliza la terapia para ensayar y poner en práctica nuevas competencias.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P11
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN11
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG11
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H11
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S11

12. En la terapia se da una atmósfera de apoyo.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P12
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN12
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG12
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H12
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S12

### Factores comunes propuestos por Nicholas Hobbs (diferentes de los anteriores)

13. La terapia contribuye a descondicionar la ansiedad generada por otras figuras de la vida del cliente.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P13
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN13
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG13
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H13
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S13

14. En la terapia se dan fenómenos de transferencia entre cliente y terapeuta.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P14
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN14
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG14
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H14
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S14

15. Durante la terapia el cliente desarrolla progresivamente un sentido más aceptable de la vida.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P15
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN15
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG15
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H15
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S15

### Factores comunes propuestos por John Paul Brady (diferentes de los anteriores)

16. Durante la terapia el cliente incrementa sus expectativas de éxito.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P16
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN16
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG16
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H16
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S16

17. Durante la terapia el cliente incrementa su grado de	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P17
--	--------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

control sobre su vida y sus circunstancias.	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN17
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG17
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H17
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S17

18. Durante la terapia el cliente incrementa sus conductas adaptativas.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P18
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN18
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG18
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H18
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S18

19. Durante la terapia el cliente incrementa sus capacidades de autocontrol.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P19
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN19
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG19
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H19
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S19

Calcula la puntuación media de cada terapia en los factores comunes. Para ello suma las puntuaciones directas tal como se indica a continuación y divide el total en cada caso por 19.

$$\text{Total terapia psicodinámica} \\ P1+P2+P3+P4+P5+P6+P7+P8+P9+P10+P11+P12+P13+P14+P15+P16+P17+P18+P19=$$


$$\text{Media terapia psicodinámica}=\text{total}/19=$$

$$\text{Total terapia conductual} \\ CN1+CN2+CN3+CN4+CN5+CN6+CN7+CN8+CN9+CN10+CN11+CN12+CN13+CN14+CN15+CN16+CN17+CN18+CN19=$$


$$\text{Media terapia conductual}=\text{total}/19=$$

$$\text{Total terapia cognitiva} \\ CG1+CG2+CG3+CG4+CG5+CG6+CG7+CG8+CG9+CG10+CG11+CG12+CG13+CG14+CG15+CG16+CG17+CG18+CG19=$$


$$\text{Media terapia cognitiva}=\text{total}/19=$$

H1+H2+H3+H4+H5+H6+H7+H8+H9+H10+H11+H12+H13+H14+H15+H16+H17+H18+H19=

Total terapia **humanista**

--

Media terapia humanista=total/19=

--

S1+S2+S3+S4+S5+S6+S7+S8+S9+S10+S11+S12+S13+S14+S15+S16+S17+S18+S19=

Total terapia **sistémica**

--

Media terapia sistémica=total/19=

--

### Ingredientes específicos

20. Durante la terapia el cliente se hace consciente de los conflictos inconscientes que dificultan su adaptación a la realidad.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

21. Durante la terapia el cliente aprende a dar nuevas	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)



respuestas a estímulos que antes provocaban conductas no deseables.	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

22. Durante la terapia el cliente entra más en contacto con su experiencia y llega a aceptar más plenamente su propio yo.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

23. Durante la terapia el cliente se hace más consciente de sus distorsiones cognitivas y más capaz de contrarrestarlas.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

24. Durante la terapia el cliente lleva a cabo cambios significativos en la dinámica o la estructura de su sistema familiar.	Caso de terapia <b>psicodinámica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>conductual</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>cognitiva</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>humanista</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia <b>sistémica</b>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

## REFERENCIAS

- Ábalos, G. y Villegas, M. (1995). Percepción de un grupo de estudiantes de psicología de los factores asociados a un eficiente proceso terapéutico en la atención de pacientes adultos: una investigación cualitativa acerca de las variables inespecíficas en psicoterapia. *Tesis para optar el título de psicólogo, no publicada*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Acosta, F. (1980). Self described reasons for premature termination of psychotherapy by Mexican American, Black American, and Anglo-American patients. *Psychological Reports*, 47, 435-443.
- Bachelor, A., & Hovarth, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 133-178). Washington, Dc: American Psychological Association.
- Bados, L. A. y García, G. E. (2011). Características personales generales para ser terapeuta. Capítulos 2-4. *Habilidades terapéuticas*.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Ballesteros, F., Fernández, P. y Labrador, F. J. (2003). Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. *Anales de psicología*, *Anales de psicología*, vol. 29, no 1 (enero), 94-102.
- Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en terapia conductual de tercera generación. *Clínica y salud*. Vol. 20, nº2, 2009. Páginas 109-117.

- Baumann, N., Kaschel, R., & Kuhl, J. (2007). Affect sensitivity and affect regulation in dealing with positive and negative affect. *Journal of Research in Personality*, 41, 239-248.
- Baumeister, R. F., Schmeichel, B. J., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation and the executive function: The self as controlling agent. In A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles* (2nd ed., pp. 516-539). New York: Guilford Press.
- Benítez, J. L.; Tomás de Almeida, A. M. Y Justicia, F. (2007). La Liga de los Alumnos Amigos: Desarrollo de las habilidades sociales del alumnado para prestar apoyo socioemocional. *Anales de psicología*, vol. 23, nº2 (diciembre), 185-192.
- Boiten, F.A., Frijda, N.H., & Wientjes, C.J.E. (1994). Emotions and respiratory patterns: Review and critical analysis. *International Journal of Psychophysiology*, 17, 103-128.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and practice*, 16, 252-260.
- Botella, L. y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, No. 101, Marzo 2011, 21-23.
- Botella, L. (2008). Resultado y proceso en psicoterapia Cognitiva Constructivista Integradora. *Apuntes de psicología*. Vol. 26, nº. 2, páginas 229-241.
- Botella, L. y Feixas, G. (2008). *Teoría de los constructos Personales:*

*aplicaciones a la práctica psicológica*. Edición electrónica revisada y corregida en 2008 de la obra del mismo título editada en 1998.

- Bohart, A. Y Tallman, K. (1999). How clients make therapy work. The process of active self healing. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Bugental, J. F. T. (1978). Psychotherapy and process: The fundamentals of an existencial humanistic approach. (1978). *New York: Mcgraw-Hill*.
- Caballo, V. E. (2009). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. *SIGLO*.
- Caballo, V. E. (1998). Habilidades sociales: Teoría, investigación e intervención. Capítulo 4: el entrenamiento en habilidades sociales como estrategia de intervención en los trastornos psicológicos. *Síntesis psicología*.
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., & Klein, D. J. (1992). What is an emotion? The role of somatovisceral afference, with special emphasis on somatovisceral "illusions." *Review of Personality and Social Psychology*, 14, 63-98.
- Carrobbles, J. A. I. (1998). Prólogo al libro de V. E. Caballo: Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. *Promolibro: Valencia*.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). On the self-regulation of behavior. *New York: Cambridge University Press*.
- Chiari, G., Mancini, F., Nicolò, F., & Nuzzo, M.L. (1990). Hierarchical organization of personal construct systems in terms of the range of convenience. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 281-312.

- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2), 205-221
- Cormier, W. H. y Cormier, L. S. (2006). Estrategias de entrevistas para terapeutas. Bilbao, España: *Desclee de Brouwer*.
- Del Prette, A., Del Prette, Z. A., Mendes, B.M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*. 7(1). 27-47.
- Duchny, W. & Proctor, E. (1977). Initial clinical interaction and premature discontinuance in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47(2).
- Erber, R., & Tesser, A. (1992). Task effort and the regulation of mood: The absorption hypothesis. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28, 339-359.
- Esch, T., Fricchione, G.L., & Stefano, G.B. (2003). The therapeutic use of the relaxation response in stress-related diseases. *Medical Science Monitor*, 9, 23-34.
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: *Paidós Ibérica*.
- Fisher, D.V. (1990). Emotional construing: A psychobiological model. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 183-204.
- Frijda, N. (2006). The laws of emotion. *New York: Lawrence Erlbaum*.
- Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., Montañó-Fidalgo, M. Calero-Elvira, A., y Alpañés- freitag, M. (2011). Estudio comparativo de la conducta verbal del terapeuta según su experiencia durante la evaluación clínica. *Anales de psicología*. Vol. 27, nº 2 8mayo9, 311-318.

- Gismero, E. G. (2002). Escala de Habilidades sociales (EHS). Manual. *TEA ediciones*.
- Gondra, J. (1984). La psicoterapia de Carl Rogers. Bilbao: *Descleé de Brouwer*.
- Gordon, L. V. (2010). Cuestionario de Valores Personales (SPV). Manual. *TEA Ediciones*.
- Gordon, L. V. (2007). Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV). Manual. *TEA Ediciones*.
- Gross, J.J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237
- Gross, J.J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219.
- Hidalgo, C. H. y Abarca, N. M. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22,265-282.
- Howard, K., Orlinsky, D. & Trattner, N. (1970). Therapist orientation and patient experience in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 263-270.
- Ibáñez, J. E., Vargas, J. J., Ianda, P., y Olvera, J. (2011). Evaluación de un manual de entrenamiento en habilidades interpersonales par terapeutas. *Revista electronica de psicología Iztacala*. 14, (4), 2011.
- Jiménez, J. (2004). *Psicoterapia Focal*. Libro en elaboración.
- Jimenez, R. G. y Vázquez A. J. M (1998). Habilidades sociales: Teoría, investigación e intervención. Capítulo 6: Entrenamiento en habilidades

sociales a esquizofrénicos en un centro de salud de distrito. *Síntesis Psicología*.

Kasija, M. & Oviedo, P. (2001). Psicoterapia: variables que intervienen en el proceso desde la perspectiva de los pacientes en una muestra del área de la salud privada. *Memoria para optar al título de psicólogo, no publicada*, Universidad del desarrollo, Chile.

Kelly, G.A. (1955/1991). The psychology of personal constructs (Vols. 1 and 2). *London: Routledge*.

Kelly, G.A. (1969e). Personal construct theory and the psychotherapeutic interview. In B.A. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 224-264). New York: Krieger.

Klein, K., & Boals, A. (2001). Expressive writing can increase working memory capacity. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130, 520-533.

Koole, S. L. (2009a). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23, 4-41.

Koole, S. L., & Jostmann, N. B. (2004). Getting a grip on your feelings: Effects of action orientation and external demands on intuitive affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 974-990.

Koole, S. L., van Dillen, L. F., Sheppes, G. (2009). The Self-Regulation of Emotion. Chapter to appear in: Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (Eds.). *Handbook of Self-Regulation*. Volume 2. New York: Guilford Press.

Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: An integrative review. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.

Krause, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica. Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhé*, 54, (1), 60-67.

- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141.
- Lazarus, R.S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834.
- LeDoux J.E. (2002) Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are. *New York, Viking*.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S., & Rocchi, M.T. (1989). Schizophrenia and paranoia as solutions to predictive failure. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4, 417-432.
- Mahoney, M. J. (1991). Human Change processes. The scientific foundations of psychotherapy. *New York: Basic books*.
- Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1987). The tree of knowledge: The biological roots of human understanding. *Boston: Shambhala*.
- Mauss, I. B., Bunge, S. A., & Gross, J. J. (2007). *Automatic emotion regulation. Social and Personality Psychology Compass*, 1, 146-167.
- Mauss, I., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? *Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. Emotion*, 5, 175-190.
- Michelson, L.; Sugay, D. P.; Wood, R. P.; y Kazdin, A. E. (1987). Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento. *Barcelona: Martinez Roca (original 1983)*.
- Neimeyer, R.A., Baker, K.D., & Neimeyer, G.J. (1990). The current status of personal construct theory: Some scientometric data. In R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology* (Vol. 1) (pp. 2-22). Greenwich, CN: JAI Press.



- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfoque de las habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes (2001). *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*.
- Orlinsky, D., Grawe, K. y Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy-Noch ein mal. En A. Bergin y J. S. Garfield, (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-378) New York: Wiley and Sons.
- Pawlow, L.A., Jones GE. (2002). The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol. *Biological Psychology*, 60, 1-16.
- Pennebaker, J. W. & Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman & R. Silver (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 263-284). New York: Oxford University Press.
- Pepper, S. (1942). World hypotheses. Berkeley: *University of California Press*.
- Philippot, P., Chapelle, C. & Blairy, S. (2002). Respiratory feedback in the generation of emotion. *Cognition & Emotion*, 16, 605-627.
- Rankin, C. H. (2009). Introduction to a special issue of neurobiology of learning and memory on habituation. *Neurobiology of Learning and Memory*, 92, 125-126
- Rausch, S.M., Gramling, S.E., & Auerbach, S. M. (2006). Effects of a single session of large group meditation and progressive muscle relaxation training on stress reduction, reactivity, and recovery. *International Journal of Stress Management*, 13, 273-290.
- Richards, J.M., & Gross, J.J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410-424.

- Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de assetividad, autoestima e inteligencia emocional. ACDE.*
- Romero, J., Bejarano, A. & Álvarez, N. (2000). Alianza terapéutica en pacientes adictos: Una propuesta de instrumento. Sitio Web:  
<http://www.eradicciones.ord/revista/nuemro9/pdf/tesis.pdf>
- Rothbart, M. Ziaie, H. & O'Boyle, C. (1992). Self-regulation and emotion in infancy. In N. Eisenberg, & R. Fabes, (Eds.). *Emotion and its regulation in early development. New directions for child development* (pp. 7-23). San Francisco, CA: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- Ruiz , M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas.* Madrid: *Fundación Universidad-empresa.*
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic Alliance: a relational treatment guide.* New York: *The Guilford Press.*
- Safran, J. D., Muran, J. C. y Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation, Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes.* (pp. 225-255). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Salmurri, F. (2004). *Libertad emocional: estrategias para educar las emociones.* *Paidós ibérica.*
- Santibáñez Fernández, Patricia Macarena, Román Mella, María Francisca, Lucero Chenevard, Claudia, Espinoza García, Alejandra Elena, Iribarra Cáceres, Daniela Eugenia, & Müller Vergara, Pamela Alejandra. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. Retrieved January 21, 2014.

- Sheppes, G. & Meiran, N. (2007). Better late than never? On the dynamics of online regulation of sadness using distraction and cognitive reappraisal. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 1518-1532.
- Siegel, D. J. (2006). An Interpersonal approach to psychotherapy: awareness, mirror neurons, and neural plasticity in the development of well-being. Working draft: *psychiatric Annals*.
- Stiles, W., Agnew-Davies, R., Hardy, G., Barkham, M. & Shapiro, D. (1998). Relation of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.
- Suelves, J. M. Y Sanchez-Turet, M (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de psicología*, vol. 17, nº1 (junio), 15-22.
- Tang, Y.Y., Ma Y., Wang J., Fan Y., Feng S., Lu Q., Yu Q., Sui D., Rothbart M.K., Fan M., Posner, M.I.. (2007). Short term meditation training improves attention and self regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 2007, 104 (43):17152-17156
- Terapia Interpersonal (TIP).  
<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina5.htm>
- Treyon, G. & Kane, A. (1993). Relationship working Alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of counselling Psychology*, 40 (1), 33-36.
- Van Dillen, L. F., & Koole, S.L. (2007). Clearing the mind: A working memory model of distraction from negative emotion. *Emotion*, 7, 715-723.
- Van Dillen, L. F., & Koole, S.L. (2009). How automatic is "automatic vigilance? Effects of working memory load on interference of negative emotional

information. *Cognition and Emotion*, 23, 1106-1117.

Winter, D. A. (1992). Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research and applications. *London: Routledge*.

Zingler, E. Y Philips, L. (1960). Social effectiveness and syntomatic behaviours. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 231-238.

Zingler, E. Y Philips, L. (1960). Social competence and outcome in pshychiatric disorder. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 264-271.

Zingler, E. Y Philips, L. (1960). Social competence amn the process-reactive distinction in psychopathology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 215-222.