



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

**COMPETENCIA DE LA BIFOCALIDAD
PSICOTERAPÉUTICA: UNA NUEVA PROPUESTA PARA
LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA
APLICADA A LA EXPLORACIÓN EXPERIENCIAL**

Memoria para optar al Título Profesional de Psicóloga

**Alumnas: Marcela Fernanda Guzmán Sánchez
Antonella Dina Vega Busco**

Profesor Patrocinante: Juan Yáñez Montecinos

2012

Agradecimientos

La presente memoria representa el término tangible de una etapa social y personalmente importante en mi vida. Por esta razón no puedo dejar de agradecer a las personas que han aportado en este logro profesional y personal. En primera instancia quisiera agradecer de todo corazón a mis padres, que me acompañaron en esta aventura que significó la maestría, y que de forma incondicional, entendieron mis ausencias y malos y buenos momentos. Asimismo, por su inmenso apoyo, sustento afectivo y económico y su constante confianza en mis capacidades.

En segundo lugar, a mi abuelo Oscar, inspirador del amor por la institución de la Universidad de Chile y por inculcarme que todas las personas somos iguales, no importando ninguna clase de diferencia.

En tercer lugar, a mi compañera de memoria y a su mamá, por su acogida, calidez, compañía, tolerancia y amistad.

En cuarto lugar, a mis amigos y familia, por su escucha, comprensión y aliento, tanto en los momentos difíciles como aquellos en los de distensión y alegría.

Y finalmente, a aquellas personas que por motivos de la vida, estuvieron y hoy no están, que sin duda, fueron grandes aportes en lo que hoy soy.

Muchas gracias a todos los que contribuyeron en este especial y relevante proceso.

Antonella

Quiero agradecer a mi madre, por su amor, apoyo y confianza incondicionales, por enseñarme que algunas de las cosas más importantes son la perseverancia y el compromiso con las personas y que uno ama y anhela.

A mi padre, por estar, a pesar de las distancias físicas, porque gracias a su constante espíritu de lucha y dedicación aprendí a no desistir y a seguir hasta el final, inclusive en tiempos de adversidad.

A Ginito, mi fiel amigo y compañero, aunque ahora ya no estás, quiero agradecer su contención, por haberme enseñado que las palabras no son necesarias para quererse y comprenderse.

A Antonella, por acompañarme en este precioso, arduo y a la vez contradictorio proceso. Por su valiosa amistad, escucha, comprensión. Por las risas y conversaciones que nunca faltaron y que fueron en todo momento un aliciente.

A Javier, por el enorme cariño, por estar a mi lado y acompañarme en todo momento. Gracias por su especial comprensión, apoyo, por su creatividad, preguntas y oposiciones que me ayudaron a observar desde distintos puntos de vista.

A mis amigos, por acompañarme en mi vida de hermosas y únicas maneras. Por las vivencias indelebles.

Al profesor Juan Yáñez, por guiarme en el Constructivismo Cognitivo y fomentar mi gusto por la Psicoterapia.

Muchas gracias a todos, sin duda han sido y seguirán siendo apoyo, inspiración, retroalimentación y cariño para mí.

Marcela

RESUMEN

La presente investigación tiene como fin desarrollar una nueva propuesta teórica para la psicoterapia Constructivista Cognitiva, abocándose específicamente a la técnica procedural de la Exploración Experiencial.

Uno de los principales aportes de esta memoria, se relaciona con el desarrollo teórico del Modelo Constructivismo Cognitivo, colaborando en particular al avance de la Teoría clínica de este enfoque. Asimismo tiene implicancias a nivel práctico en el desarrollo formativo de los terapeutas en formación, y también para su posterior desempeño profesional como psicoterapeutas.

Para la realización de esta propuesta teórica se utilizaron, principalmente, antecedentes sobre el desarrollo del Modelo Constructivismo Cognitivo, tanto de su evolución como de los componentes teóricos pertenecientes al modelo actual.

En particular, está enfocada hacia el ámbito de la Teoría Clínica y Psicoterapia de este modelo, abordando conceptos y procesos tales como Terapeuta, Paciente, Relación Terapéutica, Técnicas e Intervenciones. A partir de aquí, y desde una perspectiva particular de la interacción dada en el espacio psicoterapéutico, se seleccionó una técnica particular del enfoque, la que cuenta con características que le dan un sello único y distintivo a la psicoterapia de este modelo, y que el dominio de ella, permita poder a desarrollar habilidades que posibilitan el mejor manejo de una psicoterapia.

La recolección de la información y la creación de esta nueva propuesta, ha hecho plausible comprender la complejidad de las operaciones que el terapeuta debe llevar a cabo en el proceso psicoterapéutico. De la misma forma, ha posibilitado la sistematización de las mismas, permitiendo luego una facilitación de la creación de programas formativos para terapeutas que deseen formarse en el Modelo Constructivismo Cognitivo.

Lo Anterior hace viable entender al psicoterapeuta de este modelo, como un perturbador estratégicamente orientado, que se basa en procesos comunicativos especificados en actos de habla, que generan perturbación en el paciente, en pos del cambio de este.

Palabras claves: Comunicación, Terapeuta, Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, Exploración Experiencial, Psicoterapia Constructivista Cognitiva.

ÍNDICE

ÍNDICE	5
INTRODUCCIÓN.....	7
ASPECTOS METODOLÓGICOS	10
Objetivos	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Metodología.....	11
CAPÍTULO I: BASES TEÓRICAS.....	12
1.1. Evolución del Modelo Constructivista Cognitivo.....	12
1.2. Modelo Constructivista	14
1.3. Conocimiento humano.....	15
1.4. Comunicación	18
1.4.1. Asertividad Generativa	22
1.5. Terapia Constructivista Cognitiva	23
1.5.1. Principales Factores del Espacio Psicoterapéutico: Terapeuta, Paciente y Relación Terapéutica	23
1.5.2. Esquema Comunicacional Psicoterapéutico desde el Constructivismo Cognitivo	28
1.5.3. Cambio psicoterapéutico.....	30
1.5.4. Encuadre.....	33
1.5.5. Intervenciones Psicoterapéuticas	37
1.5.6. Técnicas.....	39
1.6. Exploración Experiencial	41
1.8.1. Secuencia de aplicación.....	44

1.8.2. Operaciones del Terapeuta en la Exploración Experiencial.....	46
1.9. Concepto de Competencia desde el Modelo Constructivismo Cognitivo	49
1.9.1. Competencias para la aplicación de la Exploración Experiencial.....	51
CAPÍTULO II: PROPUESTA TEÓRICA.....	54
2.1. Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica	54
2.2. Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica: Definición.....	56
2.2.1. Actitud de Receptividad.....	56
2.2.2. Habilidad de Expresividad.....	59
2.3. Características de la Competencias de la Bifocalidad	60
2.4. Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica en la Exploración Experiencial	61
CONCLUSIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS.....	89

INTRODUCCIÓN

El ser humano, y su complejidad inherente, ha sido un importante y dificultoso objeto de estudio para la Psicología. La concepción de sujeto se ha vuelto crucial para esta disciplina y las diversas corrientes, puesto que marca pautas importantes para el ejercicio psicoterapéutico. En este sentido y desde la Psicoterapia Constructivista Cognitiva, es importante mencionar los aportes que han dejado el Modelo Conductual, Cognitivo Clásico e Interpersonal, convirtiéndose en insumos para la creación del Modelo Constructivista Cognitivo. Lo anterior ha implicado en términos generales, transiciones relevantes en la epistemología y en el objeto de estudio de los diversos modelos mencionados. Esto a su vez ha puesto en cuestión el quehacer psicoterapéutico y, más específicamente, el cómo llevar a cabo un proceso psicoterapéutico exitoso, teniendo implicancias directas en la persona del psicoterapeuta.

Bajo este escenario, la formación personal y teórica de éste cobra vital relevancia, siendo ambas decisivas en la efectividad psicoterapéutica. Si bien existen múltiples formas de hacer terapia (Cortes & Kusanovic, 2002) el Modelo Constructivista Cognitivo ha realizado grandes esfuerzos para, por una parte, consolidarse como un Nuevo Modelo y, por otra, para el establecimiento de criterios que permitan crear un marco de referencia que posibiliten el perfeccionamiento del quehacer psicoterapéutico y con ello, el fortalecimiento de la formación clínica.

Sin embargo, a pesar de estos múltiples intentos y de la gran trascendencia de esta temática, es una meta que ha sido especialmente difícil de lograr. En primer lugar, uno de los aspectos que ha obstaculizado este horizonte, es que la particularidad del servicio otorgado por la psicoterapia es de carácter intangible, teniendo importantes repercusiones a nivel de formación. Esto porque la persona que otorga este espacio y servicio ha sido conceptualizada como un sujeto único con una historia, idiosincrasia e identidad, que además se encuentra en cambio constante, de manera que el poder controlar el cómo será como psicoterapeuta es imposible de saber. En otras palabras, no se puede llegar a saber con certeza cómo es que el proceso de formación profesional modificará al sujeto, siendo así imprecisas las características que tendrá como profesional y el cómo llevará a cabo este quehacer, poniendo en cuestión la calidad del servicio otorgado.

Pese a lo anterior, se considera un gran aporte sentar bases que permitan direccionar el despliegue de los terapeutas en formación, brindándoles conocimiento y fomentando estrategias que le posibiliten un desempeño exitoso en psicoterapia. No obstante, esto ha sido permanentemente orientado a la formación académica, otorgando los fundamentos teóricos que el terapeuta en formación debe manejar para poder ser un sujeto competente en su área de desempeño. Esto es porque es una de los objetivos más fáciles de poder alcanzar durante la formación universitaria. Sin embargo, estos esfuerzos se han dirigido y resuelto frecuentemente con intentar que el terapeuta en formación conozca y maneje una serie de contenidos teóricos, dejando de lado la formación práctica. Sumado a esto, y como se mencionó, el terapeuta no es sólo un cúmulo de teorías, sino que es un sujeto particular en cambio permanente, lo que influye directamente en cómo será su despliegue en este ámbito.

Es así como la dificultad principal está puesta en la formación de características personales que puedan ser beneficiosas para el entrenamiento en psicoterapia, y asegurar que este quehacer profesional sea llevado a cabo de manera exitosa una vez que estos sujetos hayan ingresado al mercado laboral.

De esta forma, la presente investigación surge como una propuesta dentro del Modelo Constructivista Cognitivo, planteando la posibilidad de crear una competencia psicoterapéutica que permita resolver, al menos parcialmente, esta problemática de la formación psicoterapéutica. A esta competencia se denominó Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica. Esta se enfocará en poder sistematizar las características y habilidades que el terapeuta en formación debe desarrollar para poder desplegarse de manera exitosa en el contexto psicoterapéutico. Si bien esta propuesta es de carácter teórico, la sistematización llevada a cabo permite que los esfuerzos académico-formativos puedan enfocarse hacia los distintos componentes que un terapeuta debe aprender y potenciar para el despliegue de esta competencia psicoterapéutica, y, con ello, avanzar en pro de un desempeño efectivo en el quehacer psicoterapéutico.

Los componentes descritos, conformadores de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, abordan los conceptos de Receptividad, Expresividad y enganche-desenganche. Asimismo, hay que considerar las intenciones básicas, correspondientes al Modelo Constructivista Cognitivo, que el terapeuta debe poseer y mantener para desplegar esta competencia.

Desde el Modelo Constructivista Cognitivo, existen técnicas que el terapeuta debe desplegar, que se constituyen como estrategias psicoterapéuticas. En este sentido, es importante señalar que existen dos técnicas que le dan un sello y carácter particular al Modelo: la Metacomunicación y la Exploración Experiencial.

Para efectos de esta investigación, el desarrollo de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica será abordado desde la Exploración Experiencial, debido a que esta técnica es la que debe conservarse en el proceso psicoterapéutico, no sólo como una técnica que es aplicada frecuentemente, sino también como una intención que el terapeuta debe mantener a lo largo de toda la psicoterapia.

La técnica de Exploración Experiencial tiene como objetivo llevar a la conciencia contenidos que no son conscientes para el paciente, permitiendo que el espectro de significaciones que este otorga a su vivencia vaya ampliándose e integrándose al sujeto. Asimismo, el proceso psicoterapéutico, al igual que la Exploración Experiencial, se basa en este mismo método, es decir, en el método de la autoexploración (Yáñez, 2005).

Al constituirse esta técnica como una estrategia imprescindible, el dominio de ella es un requisito para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico desde el Modelo Constructivista Cognitivo. Esto se relaciona con el hecho de que este proceso guarda importantes similitudes, en cuanto a fondo y forma, con la técnica de Exploración Experiencial. Por tanto, el manejo de esta también implica el poder lograr un mejor dominio del proceso psicoterapéutico en su totalidad, el que tiene como fin primero y último la creación de las condiciones para el cambio del paciente

Todo lo anterior posiciona a esta técnica como un elemento primordial dentro de la psicoterapia Constructivista Cognitiva, permitiendo fundamentar el hecho de que esta propuesta teórica se haya orientado hacia la realización de esta, explicitando cómo es que la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica tiene lugar en el objetivo y secuencia de aplicación de la Exploración Experiencial

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Objetivos

Objetivo General

Plantear el desarrollo de una nueva propuesta teórica de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, como una competencia fundamental a nivel formativo y profesional, para llevar a cabo la técnica procedural de la Exploración Experiencial y el proceso psicoterapéutico en su totalidad.

Objetivos Específicos

1. Definir de manera rigurosa, a partir de recopilación bibliográfica, el concepto de Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica dentro del marco de la Metateoría y Teoría Clínica Constructivista Cognitiva.
2. Definir y describir acuciosamente los componentes que forman parte de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica.
3. Fundamentar las implicancias prácticas que la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica tiene para el proceso formativo-pedagógico de los psicoterapeutas.
4. Sistematizar en términos prácticos y pedagógicos la forma en que los componentes de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica deben ser articulados para poder llevar a cabo una Exploración Experiencial efectiva.
5. Crear las condiciones necesarias para la posterior propuesta de cursos orientados a la formación de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica.
6. Proponer actividades que permitan del desarrollo de los componentes conformadores de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica.
7. Aportar al desarrollo conceptual y aplicado del Modelo Constructivista Cognitivo.

Metodología

Para llevar a cabo la siguiente investigación, se utilizó como herramienta metodológica central la revisión bibliográfica de diversos autores, correspondientes a fuentes primarias y secundarias.

Las primeras están relacionadas principalmente con el psicólogo Juan Yáñez Montecinos, basándose primordialmente en la tesis de doctorado en psicología, la que aportará de manera transversal al marco teórico y desarrollo de esta propuesta teórica.

Con respecto a las fuentes secundarias, se destaca la revisión de memorias de título realizadas por alumnos de psicología de la Universidad de Chile.

Para el desarrollo de esta investigación se realizaron sistematizaciones y elaboraciones acerca de los temas propuestos, realizando una síntesis de lo anterior para finalmente elaborar que permita sentar las bases para el desarrollo de una propuesta teórica que se constituya como un aporte para el Modelo Constructivista Cognitivo.

Este estudio es, en primera instancia, de carácter teórica-documental, debido a que la información recabada es principalmente obtenida a partir de la revisión de diversos documentos escritos.

Asimismo, es también de tipo exploratorio, puesto que el objetivo primordial será abordar una nueva competencia psicoterapéutica, denominada Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, dentro del Modelo Constructivista Cognitivo.

Por otro lado, es de carácter descriptivo, ya que se centra en la descripción de los componentes conformadores de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, y sus implicancias prácticas a nivel formativo y profesional.

En síntesis se puede concluir que la siguiente propuesta será de tipo teórico-documental, exploratorio y descriptivo, debido a que consistirá en una revisión, análisis, sistematización y elaboración de contenidos.

CAPÍTULO I: BASES TEÓRICAS

1.1. Evolución del Modelo Constructivista Cognitivo

El presente Modelo se desprende desde un largo proceso de evolución, en donde ha habido cambios en las nociones de sujeto, subjetividad, conocimiento, derivado desde un cambio de epistemología y de objeto de estudio (Vergara, 2010).

En un primer momento, se encuentra el conductismo, comenzado por J.B. Watson, en los años 20 del siglo pasado. Se basa en una epistemología positivista, planteando que el sujeto es una entidad externa a la realidad y que puede acceder a esta última tal cual es, de una forma más menos estandarizada (Vergara, 2010). Así, la visión entre un sujeto y otro sobre la realidad no debiera ser muy distinta, puesto que se están refiriendo al mismo fenómeno (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001; Vergara, 2010). Bajo este paradigma, el sujeto es reactivo, reacciona a esa realidad que está afuera (a los estímulos medio ambientales), de una manera mecánica, con una especie de reciprocidad automática frente a las demandas ambientales, sin que exista una reflexión; por lo tanto, el sujeto no afecta la realidad, sino que la realidad lo afecta a él. De este modo, el objeto de estudio del conductismo se centra en lo observable: La Conducta (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001). Desde este modelo, las técnicas que se utilizan tiene como objetivo principal la remisión de los síntomas.

A partir de todo esto, el terapeuta es concebido como un experto en observación e instrucción conductual y se aboca a corregir las conductas “anómalas” y a fomentar a aquellas que resultan más apropiadas (Cortés y Kusanovic, 2002). Por su parte, el paciente se constituye, en esta dinámica jerárquica, como un aprendiz (ibidem).

En un segundo momento, producto de la deficiencia explicativa del modelo conductual, aparece el Cognitivism Clásico, que se ciñe al mismo paradigma epistemológico. Sin embargo, en este sí se consideran factores no observables: los procesos cognitivos de los sujetos (Vergara, 2010). Se postula la presencia de un sujeto racional que actúa en base a las ideas relacionadas con él mismo, los otros y el mundo, funcionando en base al análisis de los sucesos. La conducta observable, así como las emociones, son resultado de dichos procesos racionales (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne,

Leiva y Vergara, 2001). El objeto de estudio sería la mente y sus procesos cognitivos, existiendo, así, un cambio a nivel de paradigma (Cortés y Kusanovic, 2002).

El terapeuta se considera como un sujeto ligado al saber y es responsable de identificar esquemas anormales pertenecientes al paciente, para posteriormente, volver a estructurarlos bajo la noción de normalidad. El paciente, por su parte, es visto como un colaborador investigativo en este proceso (íbidem).

En ambas corrientes expuestas prima la búsqueda de La Verdad, objetiva, única y alcanzable para los sujetos (Vergara, 2010). Por lo tanto, existiría un observador externo que puede acceder a ese conocimiento dado desde fuera (Molina, 2008). Sin embargo, el objeto de estudio en el primero es la conducta observable, y en el segundo, los esquemas cognitivos de paciente.

Posterior a ambos momentos, y debido a falencias de ambos para abordar el fenómeno humano (Yáñez, 2005; 2009; Vergara, 2010) ocurre un cambio paradigmático y epistemológico: La Verdad ya no es el centro, sino la experiencia subjetiva. Surge la epistemología Constructivista, que plantea que “la realidad sólo es posible concebirla en la propia experiencia del sujeto” (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001, Vergara, 2010). Así, la realidad desde el constructivismo puede concebirse como “una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción (Guidano, 1994, en Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001).

Dentro de este nueva epistemología y paradigma, aparece el Momento Interpersonal, el que, a diferencia de los dos anteriores, plantea que la realidad está de manera continua en flujo y es el sujeto quien le otorga un orden a partir de sus estructuras cognitivas, las que se desarrollan durante toda la vida del sujeto y que son producto de las múltiples relaciones interpersonales que este sujeto establece a lo largo de su continuo vital (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001; Vergara, 2010). Así, por tanto, “la vida psíquica de los sujetos va a constituirse en esa particular forma de ordenar la realidad tanto contextual como interpersonal (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001, p.102). El sujeto es concebido como interpersonal, el que deja de ser visto como una entidad pasiva que recibe y clasifica información de una realidad externa dada, pasando a ser activo, concibiendo y ordenando su realidad a partir de sus propias estructuras y organización (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001). El

acento no está puesto sólo en cómo el sujeto procesa la información, sino que además se consideran los afectos, las emociones, las cogniciones y la conducta, las que se hallan íntimamente ligados a las interacciones del sujeto con otros y con su medio, es decir, a las instancias interpersonales (Cortés y Kusanovic, 2002). La concepción de sujeto está ligada a un autodeterminismo interpersonal (ibidem).

Desde aquí, el terapeuta es concebido como un experto en la teoría y en lo interpersonal (ibidem). El paciente, por su parte, es quien posee el conocimiento sobre sí mismo, y es un colaborador activo del proceso de terapia, y, por ello, del trabajo de autoconocimiento (Safran y Segal, 1994).

Desde este cambio de paradigma epistemológico y evolución del modelo aparece el Momento Constructivista, que “se consolida como un momento continuador y consolidador del momento interpersonal” (Cortés y Kusanovic, 2002, p.33).

1.2. Modelo Constructivista

Desde esta perspectiva, la idea de verdad y la pregunta sobre la realidad, como era vista en los momentos positivistas, pierde sentido. Así, la pregunta ahora apunta hacia la subjetividad, hacia la vivencia del observador. De este modo, la realidad a la que se puede acceder es siempre la realidad desde el sujeto. Esa realidad externa dependerá exclusivamente del observador en cuestión. Por tanto, el conocimiento humano no se fundamenta a partir de las percepciones ambientales, sino que se ve fundado por las características propias del sujeto. A pesar de esto, el constructivismo no niega la existencia de una realidad ni de elementos objetivos, los que sólo toman el matiz de real en la medida que hay alguien que pueda “acceder a ello”. Por tanto, el acceso a la realidad “tal cual es” (como se planteaba en los dos primeros momentos del modelo), no es posible.

En este momento, el sujeto pasa a ser concebido como activo, en donde la realidad estaría sometida a la interrogación de cada hombre en particular. El concepto de realidad y el de sujeto pasan a ser inseparables e interdependientes, ya que es el sujeto mismo quien va a construir su mundo respectivo a partir de las perturbaciones externas. Entonces, como plantea Maturana con su noción de Multiverso (1991), habrían múltiples

realidades, que van a depender más de las características del observador que de lo observado (Zlachevsky, 1996). Asimismo, como plantea Von Foerster, la realidad pasa a ser un mundo de sistemas observantes. “Cuando se coloca la objetividad entre paréntesis, todas las posiciones, todos los versos en el multi-verso, son igualmente válidos” (Maturana, 1991, en Zlachevsky, 1996).

El observador es parte integrante de lo que observa y por ello, el conocimiento que surge de la experiencia tiene características de autorreferencialidad. Según Varela (en Zlachevsky, 2009) cada vez que un sujeto distingue un fenómeno lo hace desde el contexto en el que está inmerso.

Para poder conocer la realidad, el sujeto utiliza las mismas estructuras que lo conforman, posicionándose como un sujeto activo que asimila los fenómenos de una manera única, particular, irrepetible e histórica. En este conocer se produce una creación conjunta de creador/creado (Rosenbaum y Dyckman, 1995, en Zlachevsky, 1996). El conocimiento está reflejando siempre en las estructuras del organismo que está conociendo, mucho más que la estructura de la realidad en sí (Ruiz, 1992).

Por tanto, el conocimiento humano es la autoorganización de la propia experiencia.

1.3. Conocimiento humano

“... el orden y la regularidad propios de nuestro trato habitual con las cosas y con nosotros mismos, no son dados de forma externa y objetiva, sino que son un producto de nuestra continua interacción con nosotros mismos y con el mundo”.

(Guidano, 1994 en Vergara y Gaete 1999, p.103)

Los conceptos de realidad y sujeto están íntimamente ligados en términos de emergencia y de construcción, inmersos en una dinámica esencialmente inseparable, en donde la realidad es siempre la realidad desde un sujeto.

Si bien se puede señalar que existe “algo afuera”, este “afuera” va depender de quién “lo mire”, por lo que, a pesar de la existencia de elementos objetivos, éstos sólo existen en el plano real en el momento que alguien “puede acceder a ellos” a través de su lente particular.

Esta mirada única y personal que reviste la vivencia subjetiva de cada sujeto, está en directa relación con la interacción de éste con la realidad. De este modo, es posible aseverar que el mundo no se descubre sino que se produce en el intercambio de quién es el sujeto y de los acontecimientos que vive en él. Esta vivencia puede ser categorizada como de carácter únicamente autorreferencial, descartando la idea de un conocimiento representativo de la realidad per se.

En este escenario, cabe señalar a su vez, que a partir de la influencia que ejerce el individuo en su medio y su entorno en él, se generan regularidades que facilitan la construcción esquemática, al interior del sujeto, de una estructura y organización del conocimiento, lo que iría posibilitando la complejización de estas estructuras esquemáticas y la autoorganización de la propia experiencia (Yáñez, 2005). El conocimiento va siendo organizado a partir de las propias estructuras del sujeto, congruentes con su historia, recursos, temperamentos, entre otros, otorgándole sentido a su vivenciar.

Por lo tanto, la experiencia humana en el acto de conocer, es proactiva, autoorganizada y autorreferencial, pues, *a partir de mi voy organizando todo mi conocimiento* (Guidano, 1994).

Un aspecto importante a considerar, es que al entender el conocimiento humano como la autoorganización de la propia experiencia, se deben considerar tanto los elementos cognitivos como los elementos emocionales atinentes a este contexto, es decir, el sujeto al mirar y construir el mundo, va otorgando significados particulares que no sólo contienen la mera descripción de las situaciones, sino que también la vivencia emocional que les subyace.

A partir de esta mirada, la cognición (de conocer) se concebiría a través de dos fuentes: por un lado, la experiencia inmediata, es decir, vivencia sensorial y emocional que el acontecimiento tiene para el sujeto, aquella asociada al sistema afectivo-emocional de los seres humanos, y, por otro lado, la explicación que éste le da a dicho acontecer. Desde esta perspectiva, se puede definir la primera fuente como el conocimiento tácito, continuo, un proceso abstracto, asociado al *dominio de las emociones*, más bien analógico y que constituye la primera fuente de conocimiento. La

segunda fuente alude al conocimiento explícito, el cual se asocia a lo cognitivo, a la capacidad de verbalización, abstracción, a la conciencia reflexiva y la discontinuidad. Este conocimiento se acompaña por una separación gradual de los pensamientos del sujeto de la inmediatez de la experiencia, a diferencia del conocimiento tácito, donde el aquí y el ahora es protagonista en el proceso de conocimiento. En consecuencia, el conocimiento humano surge de una dialéctica entre un nivel emotivo- tácito, compartido con el resto de los seres humanos, y un nivel explícito, que se constituye en el desarrollo evolutivo particularmente humano (Cortés y Kusanovic, 2002) que le otorga una percepción de continuidad a la praxis de los sujetos.

Por lo tanto, este proceso basado en la relación permanente entre el sentir y el explicar, es de carácter continuo, coherente y unitario, en donde, ambos conocimientos, tanto tácito como explícito, funcionan de forma paralela, conjunta y complementaria, en una dinámica constante, pues el nivel explícito está subordinado a la forma de organizar la experiencia, y de esta manera, poder mantener la coherencia interna del sujeto, que se da explicaciones de orden consciente acerca de sí mismo. Todo lo anterior, se constituye como un proceso único y particular de cada sujeto (Greenberg y Safran, 1991).

Así, la noción de conocimiento humano puede ser precisada como la construcción y reconstrucción continua y constante de una realidad que permite la consistencia entre la experiencia inmediata y la explicación y consecuente ordenamiento idiosincrático de un sujeto (Maturana y Varela, 1984; Arciero 1989, en Guidano 1994; Mahoney 1991; 1997; Zagmutt, Lecannelier y Silva, 1999; Zagmutt y Silva 1999).

Sin embargo, durante la experiencia en curso del sujeto, donde existen interacciones con el medio, puede haber perturbaciones que podrían ser desequilibrantes para la estructura y organización del sujeto, impidiendo que se cree una explicación del nivel tácito del conocimiento. Es así como se genera una discrepancia entre lo que el sujeto vive de forma inmediata, emocionalmente, y lo que el sujeto de explica de dicha vivencia. Al no ser posible otorgar una explicación (dar un significado) coherente, lo que ocurre es que la experiencia tácita queda en curso de forma indefinida en la historia del sujeto, aislada (Botella, Herrero y Pacheco, 1997), encapsulada, pudiendo desencadenar un cuadro psicopatológico. En palabras de Yáñez (2005) “una psicopatología como concepto, puede ser entendida como la interferencia de la dinámica autorreferente de construcción de sistemas de conocimiento y de la subjetividad” (p.184). De esta forma, según el Constructivismo Cognitivo, una psicopatología tiene que ver fundamentalmente

con las “dificultades internas del sistema de conocimiento y en las presiones desbordantes del medio” (ibidem).

1.4. Comunicación

El ser humano nace y habita en un medio social delimitado previamente a su existencia. Su esencia intrínseca y evolutivamente social basada en procesos comunicativos le ha posibilitado la sobrevivencia en contextos en donde, de manera singular, no hubiese podido sobrevivir (Arciero, 2005). En otras palabras, la comunicación refleja la necesidad de los seres humanos de asociación y cooperación mutua (Águila, s/f).

Por tanto, la distinción de un medio social, dentro del proceso de construcción del sujeto, y, por ende, la noción de Otro se vuelven cruciales para su desarrollo ontogénico y filogenético, puesto que las dinámicas interaccionales que se establecen, actúan como perturbaciones para el sistema, implicando una movilidad constante en él y la búsqueda inalcanzable de un equilibrio ilusorio (Vergara, 2010). Estas dinámicas están delimitadas espacio-temporalmente y se basan en procesos comunicativos (Yáñez, 2002). En este sentido, es relevante precisar el término de comunicación humana, el que es entendido como un fenómeno interpersonal complejo y continuo que está presente en todas las esferas de la actividad humana, y que se da en la medida que existen dos o más sujetos que están en situación de relación, o que se hallan en un contexto espacio-temporal común (Llacuna, 2004). Así, es imposible escapar del fenómeno comunicativo, “la comunicación es obligatoria y no podemos huir de ella” (ibidem), debido a que el estar insertos en un medio social y vivir en él nos sitúa inevitablemente en ella.

Por otra parte, la comunicación puede ser definida como un proceso que pone en contacto a dos o más sujetos y funciona como momento organizador y como escenario de expresión de la subjetividad en el que se intercambia información de sujetos concretos, construyéndose la individualidad y el conocimiento del mundo (Águila, s/f). Este intercambio informativo es siempre subjetivo, puesto que tanto emisor como receptor hacen interpretaciones singulares a partir de su propia experiencia personal.

“La comunicación es un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento, tales como la palabra, el gesto, la mirada, el espacio interindividual” (Rizo, 2004, p.12). De esta forma, todo comportamiento humano tiene un valor

comunicativo, que reside en procesos de interacción y que le posibilitan acoplar sus conductas al entorno (íbidem). Para Peralta (2000) y desde el enfoque pragmático del lenguaje, la comunicación humana se puede definir como “un proceso de interacción o de entendimiento personal donde las relaciones establecidas definen un cierto nivel de entendimiento a partir del cual llegan a obtener su sentido la interacción y los contenidos. La comunicación puede ser entendida como una combinación de actos, o, como una serie de actos con propósito o intención” (p.56).

En este contexto, es necesario precisar el tipo de interacción existente, pues en la medida que existan dos sujetos interactuantes entre sí, es posible aseverar que la intención se constituiría de manera recíproca entre los participantes. Sin embargo, cabe la posibilidad que, a pesar de la coexistencia de un emisor y un receptor, la intención sea unidireccional, esto porque aquel quien “emite el mensaje” no se encuentre particularmente orientado hacia el receptor. En este sentido, podría hablarse no sólo de una intención comunicativa, sino que también de una intencionalidad, en la medida que el mensaje es dirigido hacia alguien o referido a algo. Por tanto, al verlo desde esta perspectiva, puede plantearse que el emisor no tenga la intención de dirigirse hacia un receptor determinado, sino que lo que comunica sea sólo referido a algo, constituyéndose éste como un mensaje con un “contenido” definido, mas no emitido hacia un interlocutor. Lo anterior es únicamente plausible al entender al ser humano como un ser inherentemente comunicativo.

Tomando en cuenta esta distinción, la comunicación será considerada como una interacción entre un emisor que tiene la intención de dirigirse a alguien en particular, es decir, su mensaje estará orientado hacia un interlocutor determinado.

Para Maturana en la interacción recurrente de un organismo con otros, se generan coordinaciones de coordinaciones conductuales, las que son resultado de conductas comunicativas, que surgen en un acoplamiento social (Peralta, 2000).

Dicho de otro modo, en la medida que los seres vivos se relacionan con otros, se van coordinando acciones en un espacio de interacciones recurrentes, existiendo una especie de entendimiento mutuo, el cual le otorga sentido a la interacción y a los contenidos (Zlachevsky, 1996; Peralta, 2000).

Cabe señalar que para que esta coordinación conductual sea plausible, es necesaria la existencia de hablantes oyentes, que, en interacción, se generen mutuamente cambios estructurales, los que a su vez modularían sus respectivas dinámicas estructurales (Peralta, 2000).

Siguiendo con la conceptualización del término comunicación y desde la perspectiva del Modelo Constructivista Cognitivo, ésta se definiría como un comportamiento interpersonal entre sistemas cuya función central es transmitir intenciones en el espacio interaccional, lo que tiene como finalidad perturbar al otro. (Yáñez, comunicación personal, 2012). En tanto, la comunicación humana alude a un fenómeno interpersonal intencional entre sujetos, que son activos en este contexto, pues comprenden y producen información a partir de una intención, tanto consciente o inconsciente y, por consiguiente, generan perturbaciones en el otro. Existiría, entonces, una interacción intencional entre conceptualizaciones de los mundos de los sujetos implicados (Yáñez, comunicación personal, 2012).

De esta forma, se pueden señalar ciertas características asociadas a este comportamiento:

1. Reconocimiento mutuo: en la medida que el ser humano habita con otros, es capaz, a partir de las dinámicas que se establecen en el medio y a sus propias estructuras, reconocerse a sí mismo, de distinguir a otros y ser distinguido por otros (Maturana, 1992), abarcando tanto el proceso de socialización, como el de individuación.
2. Coordinación: En el contexto interaccional recurrente, el ser humano coordina sus acciones, posibilitando la estabilización de ciertas pautas de comportamiento y el acoplamiento al entorno.
3. Transmisión de información: El término información viene del latín *informare*, que significa “formar adentro” (Ferrater Mora, 1994). Lo que transmitimos son perturbaciones que el otro reconstruye o forma interiormente. Pueden tener un grado de objetividad, lo que está relacionado con la consensualidad y con el aspecto genérico de un contenido particular.
4. Transmisión de intenciones: Propósito o voluntad a hacer algo. En este sentido, se puede tener una intención particular al entablar una interacción con alguien, mas esta puede ser sólo el propósito de comunicar algo. Así, hay intención en la medida en que se establece una interacción directa con otro.
5. Generación de perturbaciones: Para entablar un proceso comunicativo con otro, es necesario afectarlo, de modo que este se perturbe.

En síntesis, todo lo anterior ocurre en la propia existencia del sujeto, en la medida que convive con otros en un medio social, en donde constantemente establece dinámicas

interaccionales, basadas en procesos comunicativos y delimitadas espacio-temporalmente, es decir, establece relaciones interpersonales (Yáñez, 2002). En ellas existirían participantes que ocupan los roles de hablante/oyente y oyente/hablante simultáneamente, siendo activos en todo el proceso comunicativo. En este punto cabe señalar que, en ciertas ocasiones en esta dinámica relacional, existiría preponderancia de cierto rol, es decir, habría cierta tendencia hacia un polo más bien receptivo o hacia uno más expresivo (Yáñez, comunicación personal, 2012).

Es importante mencionar que a la base de esta interacción, los participantes comprenden y producen actos de habla, entendidos como diferentes clases de dominios de coordinaciones de acciones consensuales (Maturana, 1991). Éstos se constituyen como una proposición hecha por un hablante/oyente y que comprende los niveles locutivo, ilocutivo y perlocutivo, con el fin de producir una perturbación deseada en el otro (Yáñez, 2003). Estos niveles son entendidos como:

- Locutivo: la emisión del enunciado, su orden y estructuración morfosintáctica. Claridad y dirección del mensaje.
- Ilocutivo: se refiere a la intención de lo dicho (fuerza ilocutiva); elementos no verbales y paralingüísticos como: corporalidad, facialidad; suprasegmentalidad y contexto.
- Perlocutivo: efecto interpersonal del acto de habla, el otro evalúa e interpreta la intención.

Asimismo, un acto de habla implica al sujeto en sus tres niveles de respuesta (Yáñez, 2003):

- Comportamental: asociado principalmente a la conducta objetiva, ya que es de fácil acceso a la observación del resto. Es predominantemente voluntaria.
- Emocional: nivel de respuesta de difícil acceso, a menos que los indicadores emocionales sean desbordantes. Se puede acceder a él interpretando el lenguaje no verbal, por lo tanto, se accede a él de forma indirecta. Es involuntario e informa acerca del estado interno del sujeto en relación con el contexto. Este nivel de respuesta es fundamental en el despliegue de un acto asertivo.

- Cognitivo: nivel de organización abstracto y simbólico. Está relacionado con las significaciones que otorgamos al mundo, los otros y nosotros mismos. La función de este nivel es la integración total del funcionamiento del sujeto. Está conformado por procesos mediacionales, representaciones y esquemas cognitivos interpersonales que organizan un sentido de sí mismo coherente, unitario y continuo en el tiempo.

Sin embargo, no es posible disociar estos tres elementos, ya que se dan de manera conjunta en las interacciones y son interdependientes entre sí, lo que ocurre también con los niveles locutivo, ilocutivo y perlocutivo.

De esta forma, los actos de habla, constituyentes de la comunicación, son relevantes en el establecimiento y mantención de las relaciones interpersonales. Por ello, es importante prestarle especial atención, pues están asociados al desenvolvimiento social y personal de los sujetos. En este sentido, la asertividad cobra vital relevancia, pues repercute directamente en lo anteriormente señalado.

1.4.1. Asertividad Generativa

Desde el Modelo Constructivista Cognitivo, la Asertividad es definida como “Competencia interpersonal orientada a dar expresión a un deseo (intención asertiva) a través de la acción de un sujeto (acto asertivo), y cuya satisfacción sólo es posible de alcanzar en una dinámica interpersonal, como consecuencia secundaria e implícita se produce un efecto generativo (generatividad intra e interpersonal) en la relación de los sujetos involucrados”. (Yáñez, 2003, p.6).

Esta competencia es vehiculada a través de actos de habla, denominados actos asertivos, debido a que poseen dos fines: fin instrumental y fin generativo (Yáñez, 2003; 2012b). El primero se refiere a lograr la satisfacción de un deseo, de manera consciente e intencional, a partir de la interacción con un otro. El segundo, corresponde al cambio del estado de la relación entre dos o más sujetos implicados en una relación interpersonal, lo que es llamado efecto generativo. Aquí, se pueden modificar: a) mantención: “constancia de una relación a través del tiempo, en base a una historia construida conjuntamente” (Dobry, 2005, p.108); b) intensidad: fuerza que caracterizaría al compromiso interpersonal, implicando la conducta, emoción, necesidad o motivación; c) intimidad: intercambio de contenidos personales, que implican la “construcción y deconstrucción

constante de la intersubjetividad” (íbidem); d) proyección: está circunscrito a una dinámica relacional, en donde los participantes son capaces de prever un futuro en conjunto. Para que la relación pueda cambiar es necesario que ésta a lo menos se mantenga en el tiempo. El fin generativo es inconsciente y resulta de mayor trascendencia en el grado de satisfacción en relación a un acto asertivo. Debido a lo anterior, es posible establecer que un acto asertivo no puede ser sólo comunicativo puesto que en este sentido la expresión del deseo estaría asociada únicamente a la idea de comunicar, existiendo de por medio sólo una intención comunicativa (Yáñez, comunicación personal, 2012).

Por tanto, las condiciones mínimas para que ocurra el despliegue de un acto asertivo, son: la necesidad de satisfacción de un deseo (fin instrumental) del sujeto y la existencia de un otro. Así, al mantener una relación interpersonal a partir del efecto generativo de un acto asertivo, se asegura también el intercambio de otras transacciones posibles para satisfacer otros deseos, otorgando al sujeto un sentimiento de estabilidad y disponibilidad de los demás (Yáñez, 2003).

Al igual que en los actos de habla, un acto asertivo implica al sujeto en sus tres niveles de respuesta que comprometen al sujeto en su totalidad (Yáñez, 2003).

De esta forma, un sujeto asertivo es aquel que “es capaz de defender sus derechos personales, de defender a los demás, de disfrutar sus relaciones interpersonales y de actuar con una actitud segura frente al mundo” (Yáñez, 2003). Esta característica es plausible de ser vista en la medida que el sujeto es capaz de llevar a cabo actos asertivos en sus relaciones interpersonales, es decir actos de habla que vehiculicen la asertividad (Yáñez, comunicación personal, 2012). De esta forma, la asertividad estaría presente sólo en una porción de las interacciones comunicativas, en la medida que exista un fin instrumental y un subsecuente fin generativo.

1.5. Terapia Constructivista Cognitiva

1.5.1. Principales Factores del Espacio Psicoterapéutico: Terapeuta, Paciente y Relación Terapéutica

Al entender la dinámica sujeto/realidad como elementos dependientes en su existencia, es posible comprender también la existencia de un ser humano en constante dinámica con su medio, como una característica transversal a la especie y que tiene

relación en el cómo se sitúa en el mundo. Esta característica está asociada al deseo de alcanzar una especie de equilibrio ilusorio, que sólo es posible en la medida que el sujeto interactúa con su entorno. Este medio que podría facilitarle una especie de “completitud” a partir de la proactividad y de la acción misma del sujeto, como principal actor de su vida, es, a su vez, agente de presión para el sistema (Vergara, 2010). En este sentido y bajo esta lógica, la psicoterapia se constituiría tanto como “una presión y una creación de condiciones que favorezcan la reorganización o el reordenamiento del sujeto” (Yáñez, 2005, p.83).

Desde la corriente Constructivista Cognitiva, la psicoterapia se conceptualizaría como un proceso interpersonal, constituido por una interacción de carácter técnico-profesional, basada en un modelo teórico psicológico particular que contempla tres componentes esenciales: dos o más sistemas de conocimiento independientes, pero interactuantes entre sí, con formas únicas y particulares de ver el mundo; al otro, denominados socialmente como terapeuta y paciente; y, a su vez, el tercer componente el cual se constituye como la relación entre los componentes anteriores, es decir, al encuentro entre ambas subjetividades en interacciones recurrentes por un período de tiempo específico y cuyo fin principal, es el logro de un cambio en el paciente(s) en la dirección de la mejoría de los síntomas y/o cambios asociados a los desórdenes psicológicos, a través de un proceso de autoconocimiento, lo que a su vez, podría provocar cambios en la organización del terapeuta(s) (Yáñez, comunicación personal, 2012). A lo anterior se le denomina, relación terapéutica.

En efecto, se puede entender que en este espacio interactuante entre los dos sistemas, está presente, por una parte, el paciente, quien solicita un servicio profesional especializado puesto que se halla en un proceso de sufrimiento, debido a la desorganización creciente, producto de su forma de operar en el mundo (Cortés y Kusanovic, 2002). Así, el paciente se constituye como un sujeto con ciertas dificultades en términos de funcionalidad en el plano social y/o biológico (Vergara, 2012), aquejado por un padecimiento psíquico perturbador con respecto a él mismo o a los demás, lo que obstaculiza su sano desarrollo (Yáñez, 1999). Por otra parte, se encuentra el terapeuta, “experto en una teoría psicológica clínica y en los procedimientos” (Yáñez, 2005, p.78), que a partir de sus recursos, historia, creencias, valores y formación, actúa como un perturbador estratégicamente orientado y crea las condiciones para que opere el cambio psicológico del paciente, colaborando con la modificación de los patrones de

autoconciencia del paciente y permitiendo ampliar su espectro de significaciones para facilitar la comprensión de lo que el paciente está reconstruyendo en este contexto terapéutico interpersonal (Guidano, 1994).

Cuando se habla del terapeuta como un perturbador estratégicamente orientado, se refiere a que éste establece el contexto terapéutico como un espacio de comprensión, indagación y autoexploración, donde las diversas explicaciones y vivencias discrepantes serán las que permitan abrir las posibilidades de intervención del terapeuta, perturbando, flexibilizando, ampliando y/o modificando las perspectivas del paciente (Chacón, 2010). Así, en este escenario de tipo emocional-interactivo, el paciente es capaz de *descentrarse* de su propia experiencia, reorganizarla y re-centrarse en aspectos que ha estado dejando fuera de ella, posibilitando una relectura de su experiencia en curso y las explicaciones que realiza de ellas, pudiendo llegar a una comprensión más abarcativa de su propia forma de funcionar (Chacón, 2010). Tomando esto en cuenta, es necesario explicitar aún más la relevancia del proceso de descentramiento (Safran y Segal, 1994), a partir del cual el sujeto es capaz de verse como un tercero, distanciándose de su experiencia inmediata y de sus explicaciones, facilitando así el cambio (Ver Anexo N°1).

En consecuencia, el terapeuta como un perturbador estratégicamente orientado, está focalizado en: él mismo como instrumento de cambio psicoterapéutico; el paciente; y la relación terapéutica. Esta última es crucial, ya que dependiendo de la forma de relación que sea establecida, el paciente podrá desplegarse, y, a partir de las bases necesarias que provee esta relación, generar su propio cambio, constituyéndose el propio paciente como su agente de cambio (Guidano, 1994; Yáñez, 2009; 2011a; 2012; Chacón, 2010).

De esta forma, se constituye el rol del terapeuta, quien, a partir de su despliegue, pretende “facilitar la asimilación de la experiencia inmediata, a través de la autoobservación y comprensión de la propia dinámica emocional, con la intención que el paciente logre conocer cómo al interior de su sistema personal de funcionamiento va construyendo su significado, logrando así, nuevas nociones de sí mismo, articuladas en niveles más flexibles, plásticos, abstractos e integrados” (Zagmutt y Silva, 1999).

A partir de lo anterior, el rol del terapeuta está asociado al establecimiento de condiciones para facilitar la reorganización y la formulación de teorías más coherentes y comprensivas sobre sí mismo (Neimeyer, en Mahoney, 1997), permitiendo darle una explicación lógica a la experiencia inmediata de carácter perturbadora. De esta manera, el

terapeuta relaciona su trabajo a la colaboración en este proceso, actuando como co-investigador, estableciendo una relación y un “contrato” igualitario (no autoritario) que distribuye las responsabilidades para el cambio (Mahoney, 2003), considerando, sin duda, que quien más sabe de sí mismo es el propio paciente (Yáñez, 2005), puesto que es él el permanente experto sobre sí mismo y sobre lo que está experimentando (Mahoney, 2003). Por tanto, es el paciente quién debe tomar conciencia del lugar que posee en el mundo y asumir la responsabilidad de su quehacer en éste, como un sujeto activo y responsable de los cambios concretos que experimenta en términos de reorganización sistémica (Yáñez, 2009, 2011a; 2011b; 2012).

Por esta razón, el terapeuta no tiene la capacidad de determinar ni controlar el momento en que el paciente reorganiza los contenidos, ni el resultado del proceso (Yáñez, 2005). Su tarea, en términos técnicos, está asociada a modificar los patrones de autoconciencia del paciente, por lo que, en el contexto terapéutico interpersonal, debe poner especial atención a las oscilaciones emocionales en curso, para finalmente facilitar al paciente la comprensión de la reconstrucción (Guidano, 1994, p.151).

Con respecto a la relación terapéutica, que se constituye como el tercer elemento dentro del marco psicoterapéutico, se podría señalar que ésta se concibe como la interacción entre paciente y terapeuta, delimitada por un encuadre psicoterapéutico, el que regularía esta relación y le otorgaría un prisma distinto a las interacciones cotidianas.

Esta dinámica interaccional particular es el resultado de la relación entre terapeuta y paciente, es decir, la forma de relación y su operar a partir de las características técnicas del terapeuta, las características personales de los participantes, y del tipo de vínculo que se establece entre estas dos subjetividades. Lo anterior es denominado Alianza Terapéutica (Yáñez, 2005). En esta relación particular entre las subjetividades presentes, se debe propiciar un contexto especial que permita llevar a cabo experimentos esenciales de la vida y que muchas veces se constituye como un espacio en donde los pacientes puedan arriesgarse a experimentarse a sí mismo y a los otros de nuevas maneras (Cortés y Kusanovic, 2002; Mahoney, 2003).

Si bien la Alianza es resultado de el terapeuta, el paciente(s) y la interacción entre ellos, es también producto de las percepciones de estos sujetos, respecto del tipo de relación terapéutica (Safran y Muran, 2000; Yáñez, comunicación personal, 2012), las que

están inextricablemente ligadas a cómo los sujetos vivencian y se despliegan en este vínculo.

El terapeuta, en función de su autoconocimiento y del conocimiento del paciente, debe sentar las bases para establecer un espacio seguro. El despliegue del terapeuta está orientado a generar las condiciones para el cambio, las que están intrínsecamente ligados a la forma de relación construida, a partir del despliegue y características del paciente. Por tanto, el terapeuta debe amoldarse a cada paciente, debido a que el vínculo seguro va a depender del sujeto que esté en psicoterapia, de su idiosincrasia. De esta forma, el terapeuta trabaja para establecer una buena alianza, y el paciente sencillamente es en ella; sin embargo, la alianza está en función del despliegue y percepción del paciente en y de la relación terapéutica. Asimismo, el terapeuta también trabaja en pos del establecimiento de una buena alianza terapéutica, porque, según estudios (Safran y Segal, 1994; Safran y Muran, 2000), esta se constituye como el mejor predictor de éxito terapéutico.

Si bien el terapeuta tiene una percepción particular de la relación terapéutica y participa de la alianza, se prioriza la percepción que el paciente ha construido de esta relación, la que se caracteriza por ser fluctuante y dinámica en función de la vivencia del paciente en esta relación. Por otra parte, la posibilidad de parte del terapeuta de vivenciar y categorizar la alianza le permite identificar el campo de intervenciones que puede desplegar durante el proceso psicoterapéutico, así, una intervención más arriesgada podría tener lugar dentro de una buena alianza, sin quebrarla o ponerla en jaque. Esto también puede verse al revés, ya que en una buena alianza el paciente puede también manifestar más abiertamente un eventual desacuerdo y/o molestia con el terapeuta.

Una vez precisados los conceptos de terapeuta, paciente y alianza terapéutica, es necesario hacer alusión al proceso comunicativo que se establece en este contexto, ya que ésta es la base de toda interacción y relación humana, y por ende se constituye en un elemento fundamental para la creación de las condiciones para el cambio del paciente.

1.5.2. Esquema Comunicacional Psicoterapéutico desde el Constructivismo Cognitivo

El espacio psicoterapéutico, al igual que las interacciones cotidianas se constituyen en base a procesos comunicativos, producidos tanto por el paciente como por el terapeuta.

A continuación se grafica el Modelo Comunicacional Terapéutico propuesto por Juan Yáñez (2005), con respecto a la comunicación existente en psicoterapia. Para efectos prácticos, sólo se hará alusión a los actos de habla emitidos por los sujetos implicados en la dinámica relacional.

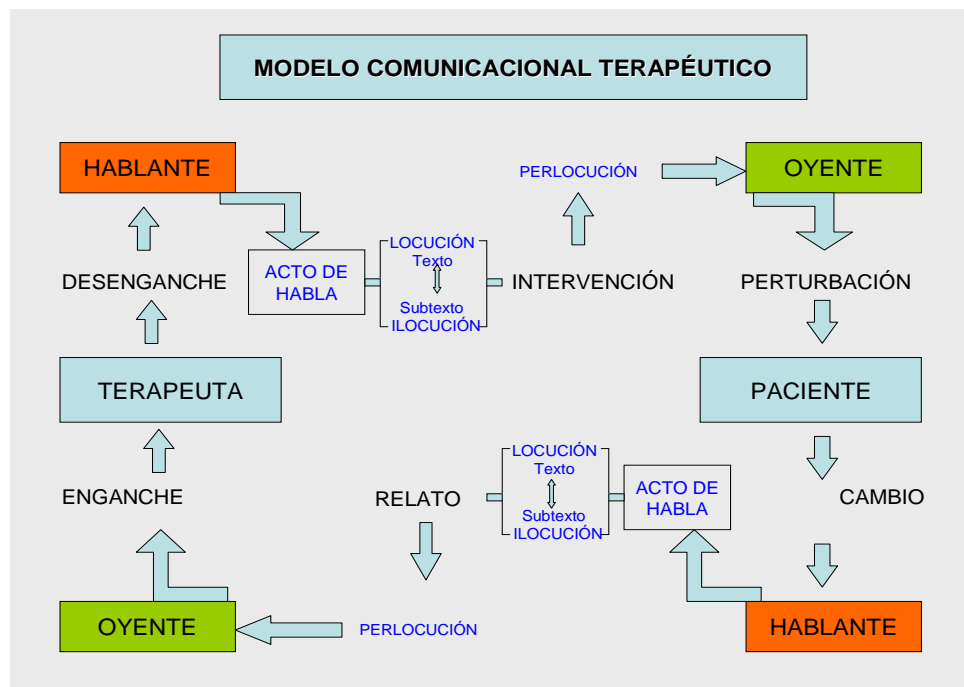


Figura N°1: Esquema Comunicacional de la psicoterapia constructivista cognitiva

Bajo este Modelo es posible visualizar aquellos actos de habla desplegados por el paciente, los que están relacionados con su propia existencia y los hechos que dirigen ésta, expresando a su vez los cambios que están fluyendo en su sistema de conocimiento. De esta forma, se plantea que estos actos de habla, por un lado, revelan los acontecimientos ocurridos en el cotidiano del paciente, y, por otro, estos hechos

relatados dan cuenta, a su vez, de la subjetividad misma de éste, quedando impresos con un sello único y particular, que nos acerca a las “características ontogénicas de su sistema de conocimiento personal” (Yáñez, 2005, p.143). Por otra parte, se encuentran los actos de habla producidos por el terapeuta, que en terapia se constituyen como intervenciones psicoterapéuticas, las cuales poseen la peculiaridad de estar a la base de referentes teóricos, de contenidos transversales a todo el proceso psicoterapéutico y del impacto vivencial y consecuente desenganche del terapeuta con respecto al despliegue del paciente (Yáñez, 2005). Asimismo y en este sentido, el terapeuta debe ser capaz de distinguir en los actos emitidos por el paciente, los tres niveles de análisis que componen los actos de habla, detectando las inconsistencias existentes entre lo locutivo e ilocutivo, puesto que se constituyen como espacio de fragmentación que pueden dar origen a múltiples intervenciones terapéuticas (Yáñez, comunicación personal, 2012).

Todo lo anterior, implica que estas intervenciones, consideren primeramente al paciente como un ser único y particular, por lo que están a la base de su idiosincrasia y de todo lo previamente señalado y, al terapeuta, como un experto estratégicamente orientado, que realiza intervenciones en esta misma línea, provocando el efecto perlocutivo consecuente, expresado en una perturbación focalizada en la sintomatología y/o en los sistemas de conocimiento propios del sujeto-paciente (Yáñez, 2005).

Consecuentemente con lo anterior, es posible aseverar que la comunicación en el espacio psicoterapéutico cobra vital relevancia y con ello, los actos de habla constituyentes de ella. Es así como “la comunicación entre paciente y terapeuta se especifica en actos de habla recíprocos, cuyas intenciones son diferentes, pero complementarias” (Yáñez, 2005, p.142).

Si bien este espacio psicoterapéutico está basado en una interacción y en procesos comunicativos, existen diferencias sustanciales asociadas a los roles de los participantes de esta dinámica relacional, constituyéndose el terapeuta como un perturbador estratégicamente orientado y el paciente como alguien que tiene expectativas sobre el fin de su padecer (Yáñez, 2005).

De la misma forma, existen otros elementos que diferencian aún más la relación psicoterapéutica de las interacciones cotidianas:

- En términos de intimidad, los contenidos desplegados y revelados son unidireccionales, ya que pertenecen sólo al paciente, y que si bien las intervenciones tienen que ver con la forma de conocer del terapeuta, estas son estratégicamente orientadas hacia el cambio y en función del paciente, y reguladas por las intenciones básicas explicitadas por el encuadre. Así, el nivel de involucramiento del terapeuta está siempre orientado a lo técnico y no a lo personal; el nivel de involucramiento del paciente es personal. Por lo tanto, el intercambio de contenidos personales está vinculado al paciente.
- Las intervenciones del terapeuta están ligadas a la historia de este, mas la revelación de este contenido es siempre tácita e implícita en su discurso. Sin embargo, los actos de habla producidos por éste, deben estar orientados singularmente al sujeto-paciente.
- Esta relación está supeditada al Secreto Profesional, puesto que el terapeuta no puede revelar nada del paciente en ningún contexto, a menos que se trate de supervisión clínica.
- La generatividad está asociada a los efectos interpersonales que emergen en la relación psicoterapéutica y que son producidos por el terapeuta. Está relacionado con lo perlocutivo, ya que tiene que ver con los resultados de un acto de habla.

De esta forma, y a modo de síntesis, la psicoterapia, matriz de los factores anteriormente señalados, permite en la operación del acto psicoterapéutico conceptualizar y demarcar el marco conceptual, contextual e interpersonal (Yáñez, 2005) convirtiéndose en “un espacio protegido para la co-construcción de significados alternativos más viables –no más verdaderos- en un trabajo de colaboración terapeuta-paciente” (Botella, Herrero y Pacheco, 1997). Es así como se constituye como un espacio que está orientado al cambio psicoterapéutico.

1.5.3. Cambio psicoterapéutico

¿A qué nos referimos cuando se habla de cambio psicoterapéutico? ¿Qué papel tiene el terapeuta en el cambio del paciente? ¿Cuándo se logra el cambio? Para contestar

estas interrogantes, es imprescindible precisar primeramente algunos aspectos esenciales para entender la noción de este concepto.

Según lo expuesto en los apartados anteriores, los organismos se hallan de forma permanente sometidos a una tensión fundamental entre la mantención y cambio de su sistema. Por su parte, los seres humanos, en tanto organismos, se rigen bajo esta misma tensión, supeditada a las perturbaciones y demandas del medio. A partir de esto último, es posible distinguir en ello dos modalidades de conocimiento que conforman el sistema de conocimiento humano. Bajo este contexto, el cambio se constituye como una condición de desarrollo de los sistemas de conocimiento, que emerge de manera espontánea desde perturbaciones físicas y psíquicas durante el curso de vida natural, y se constituye en la fuente más productiva de progreso de la autoorganización permanente del sistema.

Así, sumándose a las presiones de mantención/cambio a nivel biológico, el ser humano también experimenta dicha tensión a nivel de su sistema de conocimiento, que le posibilita no sólo experimentar el mundo sino explicárselo y ordenarlo, en un marco perceptivo único y particular, y que a su vez implica una percepción de continuidad en la praxis vital.

En este contexto particular, las perturbaciones y demandas ambientales, están siendo constantemente experimentadas y explicadas por cada sujeto, para poder mantener un sentido de sí coherente y continuo. Cuando lo anteriormente señalado se ve imposibilitado, es cuando el cambio psicoterapéutico tiene cabida, en la medida que está dirigido al logro de un mayor grado de inclusión de las perturbaciones que pudieran generar ciertas discrepancias sobre el sí mismo y la realidad concebida por el sujeto (Cortés y Kusanovic, 2002).

Por esta razón, el cambio estaría asociado a la reestructuración de los modelos de sí mismo y de la realidad, es decir, a la incorporación de nuevas maneras de experimentarse y de experimentar a los otros (Cortés & Kusanovic, 2002).

Es necesario precisar que existen dos niveles en donde la tensión entre mantención y cambio suceden: Por una parte, existen cambios más superficiales, ligados a la remisión de los síntomas, es decir, implican abordar aspectos operativos de las perturbaciones que emergen en el cotidiano. Se focaliza en un conflicto en particular buscando la resolución de éste de manera específica y directa (Dobry, 2005). Implica una

modificación a nivel de las dimensiones operativas, en donde el sujeto puede llegar a ser más abstracto, inclusivo, flexible, proactivo y tender más a la exposición. Y, por otro lado, hay cambios asociados a la atribución de significado de la experiencia perturbadora, de modo de poder simbolizarla e incorporarla, posibilitando la mantención del proceso de construcción del sujeto a nivel ontológico y la coherencia del sí mismo (Dobry, 2005), denominados cambios profundos. Estos últimos suponen un mayor nivel de autoconocimiento (Cortés y Kusanovic, 2002) que podrían estar asociados a la ampliación de significados y de tendencias a la acción (Vergara, 2010).

De esta forma, existirían procesos de construcción reordenamiento de los sistemas de conocimiento, teniendo como consecuencia la extensión de los límites de la coherencia sistémica, otorgándole un respaldo a los cambios que ocurren a nivel más superficial, denominados cambios profundos o máximos.

Por tanto, existe una “concordancia y correlación inextricable entre el dominio de cambios en las estructuras profunda y superficial del sujeto lo que hace que, un cambio en una, lleve de la mano, la modificación en la otra” (Yáñez, 2005, p.83). Es justamente en esta dimensión del conocimiento humano, con sus presiones de mantención/cambio en sus niveles mínimo y máximo, en donde discurre el proceso psicoterapéutico. Este proceso, puede verse tanto como una presión para el sistema de conocimiento, como una condición que favorecerá el reordenamiento del mismo sistema.

En efecto, en el proceso psicoterapéutico, el cambio y la significación, sin duda, se relacionan en una dinámica ineludible, puesto que el espacio conversacional entre las subjetividades y las técnicas y procedimientos que se llevan a cabo en él, contribuyen a la generación de contenidos experienciales vívidos disponibles para la significación (Yáñez, 2004).

Por otra parte y como se explicó con anterioridad, el terapeuta es el responsable de “crear las condiciones adecuadas para el cambio de los sistemas de conocimiento y la remisión de síntomas que aquejan al paciente” (Yáñez, 2005, p.159), lo que se logra en la relación terapéutica, con un encuadre particular y mediante interacciones de tipo simbólicas (Yáñez, 2005) y con un encuadre particular.

1.5.4. Encuadre

Es uno de los factores técnicos de la clínica psicológica transversal a las variables específicas e inespecíficas de la situación terapéutica; la primera entendida como diagnóstico, técnicas y tratamiento; y segunda, en tanto relacionado con alianza terapéutica, comunicación verbal y no verbal, empatía, clima emocional, entre otros. Asimismo, permite delimitar la relación fuera y dentro de sesión. En el Constructivismo Cognitivo, el encuadre es entendido como las reglas relacionales que regulan la relación terapéutica, adscribiéndose, paciente y terapeuta, a ellas de una manera natural y fluida a través de todo el proceso terapéutico. La función principal de este, es poder proveer un contexto interpersonal proyectado, estable y seguro en un tiempo dado que permita poder alcanzar las metas terapéuticas (Yáñez, 2005; 2009; 2011a; 2011b)

Una de las características fundamentales del encuadre Constructivista Cognitivo es la rigurosidad del establecimiento de esta, puesto que es un factor esencial para poder crear las condiciones de cambio del paciente (Yáñez, 2005; 2011a).

Pueden distinguirse dos tipos de encuadre, que de cierta forma, permiten regular la relación terapéutica y que operan de manera interdependiente.

1.5.4.1. Encuadre explícito

Se refiere a las reglas de funcionamiento del proceso psicoterapéutico acordadas, y explicitadas, preferentemente, por el terapeuta, para definir o delimitar los márgenes en que va a ser posible la relación (horarios, tiempo de sesión, frecuencia, ausencias justificadas o no justificadas, atrasos, modo de comunicación entre sesiones, instancia de devolución, lugar y hora de sesión y otros). Todo esto se ve en la primera sesión, exceptuando la instancia de devolución, que se llevaría a cabo en la tercera o cuarta sesión. Con respecto a los otros elementos, al formularse en la primera sesión, posibilitan que el paciente formule preguntas para así poder saber que no quedarán dudas con respecto a las condiciones operativas y administrativas del proceso psicoterapéutico (Yáñez, 2005; 2009; 2011a; 2011b).

Este tipo de encuadre podría ser relacionado con una especie de contrato terapéutico, en donde se fijan metas, objetivos y medios para alcanzarlos y con el estilo terapéutico particular del terapeuta.

Tanto paciente como terapeuta, en las entrevistas iniciales, deben decidir si es pertinente llevar a cabo el proceso psicoterapéutico cognitivo. El terapeuta considerará, tanto de lo teórico como de sus habilidades y/o experticia, la queja que el paciente trae, y cómo ésta se refiere a un estilo o personalidad del paciente que apunta a la conveniencia o no de la psicoterapia. En conjunto con esto, es necesario tener en cuenta que esta evaluación no sólo se realiza desde lo teórico y técnico, sino que el terapeuta realiza esto también desde lo personal (Yáñez, 2005; 2011b).

Por otro lado, el paciente, en base a su experiencia directa con el terapeuta, toma la decisión si participar del proceso psicoterapéutico, considerando tanto el estilo como las características personales del terapeuta (Yáñez, 2011b).

1.5.4.2. Encuadre implícito

Se refiere a las reglas relacionales que se desprenden principalmente de dos fuentes (Yáñez, 2005): (a) el comportamiento no verbal, específicamente de parte del terapeuta en cuanto a delimitar las interacciones expresivo-motoras posibles de llevar a cabo durante el proceso terapéutico. Se busca evitar al máximo las actuaciones de este nivel de lenguaje, ya que pueden ser interpretadas por el paciente en cualquier sentido, especialmente en la confirmación de sus esquemas cognitivos interpersonales. (b) Las costumbres y usos sociales de una cultura, lo que define las condiciones y características propias de interacciones que se dan en situaciones sociales determinadas. En este sentido, estos comportamientos sociales tienden a instalarse de manera natural, ya que tiene que ver con cómo la persona ha sido socializada dentro de la matriz sociocultural en donde este se ha desarrollado. No obstante, es posible que estas costumbres, que se establecen de manera implícita, puedan llegar a entorpecer los propósitos de la terapia Constructivista Cognitiva. Es aquí donde el terapeuta tiene el rol de poder neutralizar o atenuar este posible efecto.

El terapeuta también puede regular la relación desde un nivel más técnico, a través de las intenciones terapéuticas básicas: se han descrito tres de ellas, y forman parte de los factores específicos de la psicoterapia y de las competencias técnicas del terapeuta. Se sabe que, en realidad, no es humanamente posible lograrlas de manera cabal, sino que constituyen una especie de aspiración terapéutica necesaria de mantener durante todo el proceso en pos del beneficio del paciente, de la relación y de las condiciones necesarias para llevar a cabo el cambio psicoterapéutico. “El terapeuta debe participar como objeto de trabajo terapéutico desde lo inevitable de ser sujeto” (Dobry, 2005, p.88).

A continuación se señalarán las intenciones terapéuticas básicas:

- (a) Intención de Neutralidad: Alude a la postura aspiracional del terapeuta que implica no juzgar las conductas, los pensamientos, los deseos, valores y los sentimientos del paciente (Gabbard 2002 citado en Dobry, 2005), desde las propias conductas, pensamientos, deseos, valores y sentimientos del terapeuta. De esta forma, se espera que el terapeuta no dé una respuesta emocional que sea consecuente con el impacto emotivo que puede llegar a producirle el despliegue de ciertos contenidos del paciente, es decir, que el terapeuta esté disponible para el paciente, sin reaccionar de manera personal ante el despliegue de éste. Esta concepción de neutralidad puede relacionarse con los planteamientos de Mahoney (2005), sobre el respeto y la compasión en el proceso psicoterapéutico. Este autor define la compasión como un con- sentimiento o sentir con, por lo que es necesario que el terapeuta se emocione con la vivencia y el relato del paciente durante todo el proceso terapéutico. Por otra parte, también es necesario que el terapeuta sea capaz de respetar el despliegue e idiosincrasia del paciente y legitimarlo como un sujeto único y particular.
- (b) Intención de Abstinencia: tiene que ver con la capacidad del terapeuta para no desplegar contenidos personales durante el proceso de psicoterapia (historia propia, experiencia vital, juicios, opiniones, etc.). Según Yáñez (2005, p.97), “la revelación de contenidos personales del terapeuta, puede ser altamente contraindicado, especialmente cuando no se tiene suficiente evidencia de cuál puede ser el efecto que pueda tener sobre el paciente o la relación terapéutica”.
- (c) Intención de Receptividad: el terapeuta dispone, permanentemente, todos sus dispositivos sensoriales, emocionales y cognitivos para conectarse con su paciente

durante el proceso terapéutico. Esta intención facilita que el terapeuta pueda centrarse en contenidos significativos u otros que puedan aparecer de manera marginal en el despliegue del paciente y que son señales del funcionamiento medular de éste. Se constituye como un elemento central para poder decidir cuáles serán las intervenciones o técnicas más apropiadas de llevar a cabo en los distintos momentos de la sesión o de todo el proceso psicoterapéutico (Yáñez, 2005; Yáñez, 2011a; Yáñez, 2011,b)

Además de estas tres intenciones, Yáñez (2011a; 2011b) ha descrito una cuarta:

- (d) Intención de Escepticismo: se refiere a no poner un juicio previo a lo que el paciente despliega en sesión, intentando evaluar todas las variables plausibles relacionadas con la dinámica del paciente (Yáñez, 2004; 2011a; 2011b).

A partir de todo lo anterior, y en relación al contexto psicoterapéutico en el Modelo Constructivista Cognitivo, existirían entonces ciertos factores técnicos especializados que contribuyen en la generación de las condiciones que posibiliten el cambio en los pacientes. De esta forma, se puede aseverar que la relación terapéutica interpersonal está basada en un encuadre técnico, que en términos prácticos permite unificar criterios en el modelo y establecer ciertos límites en la dinámica relacional con el paciente, que son necesarios debido a las características especiales de la relación y en ciertas técnicas específicas. Y, por otra parte, norma al terapeuta, otorgándole un marco relacional en donde él puede moverse.

En este escenario, el terapeuta debe desplegar estrategias terapéuticas que provienen del marco teórico y también de la práctica psicoterapéutica. En este sentido, es posible visualizar dos tipos: las intervenciones y las técnicas. Ambas, para poder llevarlas a cabo, es necesario que el terapeuta posea: a) habilidades técnicas especializadas, provenientes de los conocimientos de tipo más conceptual y que se desarrollan y perfeccionan en el expertise; b) y habilidades personales, las que son distintivas e idiosincráticas de cada terapeuta, lo que le da una peculiaridad en su forma de hacer psicoterapia (Cortés y Kusanovic, 2002; Yáñez, 2011a).

Sin embargo, la diferencia radica en que las primeras son inmediatas, en cambio las segundas, son más complejas de aplicar, puesto que requieren de un procedimiento de aplicación específico, constituido por diversas fases, las que el terapeuta debe manejar a nivel teórico y práctico.

1.5.5. Intervenciones Psicoterapéuticas

Son definidas como estrategias que despliega exclusivamente el terapeuta, especificadas en actos de habla, y que están referidas a otro dentro del espacio psicoterapéutico. Estas persiguen que el discurso del paciente sea significativo mediante la articulación y rearticulación de éste, logrando la significación de los contenidos (Yáñez y Cols., 2002b, en Cortés y Kusanovic, 2002; Dobry, 2005). Las intervenciones tienen una intención particular del terapeuta y están orientadas a la perturbación del paciente.

Se clasifican según jerarquía, teniendo como criterio el grado de involucramiento del terapeuta. De esta forma, desde el Modelo Constructivista Cognitivo (Yáñez, 2005), se constituyen como intervenciones:

- Escucha Terapéutica: Corresponde a la intervención básica e imprescindible del proceso psicoterapéutico, pues sienta las bases para el despliegue de las demás intervenciones. El terapeuta presta atención a todo el despliegue del paciente, asociados tanto a la comunicación verbal como no verbal.
- Exploración: tiene como objetivo dirigir el relato del paciente hacia temáticas que no son tratadas por éste de manera espontánea, y de los cuales es requerido sacar información. La idea central es otorgar un margen de referencia general al paciente dentro del cual es paciente puede desplegarse. Esto permite recabar información, evitando la dispersión del relato del paciente.
- Aclaración: facilita comprender los significados que el paciente, desde su experiencia, le atribuye a ciertos conceptos, logrando que el terapeuta pueda compartir el mundo experiencial del paciente, sin contaminarlo con contenidos de él. Se le pregunta al paciente de manera directa el significado de una palabra o concepto utilizado.

- Paráfrasis o Reflejo Locutivo: el terapeuta, a partir del discurso del paciente, reitera una palabra presente en éste, pretendiendo establecer un consenso discursivo y evaluar la pertinencia entre el concepto utilizado y la intención que el paciente tiene.
- Reflejo Ilocutivo: Consiste en la repetición de ideas o sentimiento claves desplegados por el paciente, haciendo énfasis en la intención, permitiendo que se tome conciencia de éste, lo que no implica necesariamente la repetición textual de lo dicho por el paciente (Greenberg y Cols., 1996)
- Señalamiento: su objetivo es hacer referencia a contenidos que no están incluidos o que no han sido tratados de manera suficiente en el relato del paciente, mas de los que el terapeuta tiene claros atisbos de su existencia. Se constituye como una reflexión breve sobre un contenido particular.
- Metacomunicación: tiene como fin movilizar la emocionalidad del paciente, a partir del despliegue de una petición del terapeuta, la que es consecuencia de un estado de éste que ha sido suscitado por el despliegue del paciente.
- Confrontación: su objetivo es plantear una hipótesis proposicional al paciente sobre su propia experiencia, y que éste denomina bajo una categoría conceptual distinta a la del terapeuta, emergiendo y evidenciando posibles discrepancias, contradicciones o dobles mensajes en el despliegue del paciente.
- Adlaterización: su función es poder develar y desarticular las defensas existentes en el contenido del paciente, mediante una exageración de lo dicho por el paciente.
- Rotulación: su objetivo es plantear una categoría conceptual propuesta como una característica esencial del paciente o de algún otro sujeto importante en el discurso del paciente. La idea central de esta intervención es sintetizar una señal cognitiva que permita facilitar los procesos de elaboración integración del paciente, pudiendo generalizarlo a su cotidiano.

- Bisociación: esta intervención contempla dos formas de ser llevada a cabo: a) consiste en la asociación de dos contenidos semejantes a nivel cognitivo o emocional, perteneciente a la historia del paciente, que sin embargo él aún no ha relacionado; b) proponer tentativamente la asociación de un mismo contenido que aparece en contextos distintos.
- Interpretación: su objetivo central es la introspección del paciente, a partir de la proposición de una hipótesis sobre su funcionamiento.

Cabe señalar que las primeras cuatro intervenciones tienen como finalidad principal el orden y la secuencialidad del relato; las cuatro siguientes están más ligadas al componente emocional; y las últimas cuatro requieren un mayor grado de conocimiento del paciente y de compromiso del terapeuta, ya tienen como fin último la resignificación del paciente, siendo intervenciones más arriesgadas.

1.5.6. Técnicas

En el Modelo Constructivista Cognitivo se distinguen dos tipos de técnicas: las operativas y las procedurales. Ambas poseen un procedimiento específico de aplicación dentro de la terapia, sin embargo, los objetivos son diferentes.

Por una parte, las técnicas operativas, se abocan fundamentalmente a lograr la remisión sintomática y provienen de los modelos conductuales y cognitivo clásico, siendo aplicados dentro de un contexto terapéutico de carácter constructivista. Gracias a que están dirigidas “a los aspectos concretos de las dificultades de los pacientes, y el resultado, frecuentemente es alentador, lo que incide en la motivación y la confianza del paciente en el proceso terapéutico” (Yáñez, 2005, p.101). De esta forma, buscan un cambio superficial, en pos de un cambio profundo del paciente (Yáñez y Cols., 2002). Estas técnicas priorizan el procedimiento de aplicación por sobre las habilidades personales del terapeuta (Cortés y Kusanovic, 2002)

Por otro lado, las técnicas procedurales, Exploración Experiencial y Metacomunicación, buscan un aumento de los niveles de autoconciencia, a través de la interfaz entre experiencia inmediata y explicación, estando direccionadas a la organización u operar del paciente y al ordenamiento de la experiencia. Se basan principalmente en el método de la autoobservación (Dobry, 2005), y en experiencias ocurridas tanto fuera como dentro de la sesión, en la relación terapéutica, siendo el terapeuta un partícipe activo de esta dinámica. Así, la característica principal es que han sido diseñadas tanto como un metódico proceso de deconstrucción y reorganización de la experiencia del paciente (Yáñez, 2005), como de las explicaciones mediante las que este significa la realidad. Estas técnicas, a diferencia de las operativas, se centran mucho más en las habilidades personales del terapeuta, y constituyen el quehacer psicoterapéutico (Cortés y Kusanovic, 2002; Dobry, 2005).

Las técnicas Procedurales le otorgan un sello particular y único a este estilo de psicoterapia. Sin embargo, la Metacomunicación resulta ser más infrecuente, en tanto la Exploración Experiencial se constituye no como sólo una técnica, sino que también podría eventualmente ser considerada como una intención básica y una intervención psicoterapéutica permanente durante todo el proceso psicoterapéutico (Yáñez, comunicación personal, 2012). Ésta estaría asociada con la indagación clínica que el terapeuta debe llevar a cabo, es decir el esfuerzo por relacionarse con alguien que no conoce. Asimismo, en esta interacción, existiría un interés subyacente relacionado con una curiosidad e ingenuidad ante los contenidos del otro (Yáñez, 2011b). De esta forma, al conformarse como una intención, estaría a la base de las dos técnicas procedurales.

Por otra parte, y retomando a lo anterior, estas técnicas también poseen un sello distintivo respecto del trabajo del terapeuta y de la manera en que el paciente es instado a conducirse durante la terapia (Yáñez, 2005; 2011b).

Estas técnicas también poseen las características de: ser una especie de síntesis de la evolución del Modelo Constructivista Cognitivo, ya que en ella es posible reconocer principios y mecanismos de las diversas etapas de este; abordar los diferentes niveles de integración del sujeto, desde lo más biológico, hasta cuestiones de tipo emocional, interpersonales y cognitivo; y crear condiciones intersubjetivas para el cambio y reorganización sistémica del paciente.

Para efectos del desarrollo de la presente memoria, se abordará específicamente la técnica procedural de Exploración Experiencial.

1.6. Exploración Experiencial

Esta técnica procedural aborda contenidos que son parte de la historia vital e idiosincrasia del paciente, los que son traídos por éste a sesión, y que no están vinculados con la relación ni la sesión terapéutica. Por tanto, la Exploración Experiencial se centra específicamente en lo que es llamado eje diacrónico. Sin embargo ésta también puede transcurrir en el eje de lo sincrónico, ya que se puede llevar a cabo para poder explorar emociones que el paciente experimenta en el transcurso de la psicoterapia, siempre y cuando este eje se encuentre relacionado con los contenidos diacrónicos (Dobry, 2005).

La Exploración Experiencial se realiza mediante la activación de recuerdos que son especialmente relevantes para la identidad del sujeto, los que son siempre relatados de forma espontánea por el paciente. Debido a estas características, esta técnica permite que el sujeto se dé cuenta de su modo de operar y de su particular forma de significar o de emocionarse frente a la realidad en la que está inserto (Yáñez y Cols., 2002; Yáñez, 2011b).

Para lograr este objetivo, el proceso de descentramiento (Safran y Segal, 1994) se vuelve crucial, pues permite al sujeto separar la realidad de la realidad interpretada por éste (Ver Anexo N°1).

Posee diversos niveles de análisis de lo relatado por el paciente, y la consideración de todos ellos es parte integral de esta técnica procedural, persiguiendo la meta central de ésta, que sería lograr la reorganización sistémica del paciente: el primer nivel corresponde a los hechos o anécdotas propiamente tal, donde aparecen historias, contextos, personajes, situaciones, y es, además, el que suele ser más abundante en cuando a producción del paciente; en el segundo nivel emergen las interpretaciones que el paciente realiza acerca de las situaciones que le ocurren en donde se evidencia su

manera particular de procesar información, de acuerdo a su propia idiosincrasia; el tercer nivel se refiere a la forma en que el paciente cuenta los acontecimientos, evidenciando aspectos inconscientes a los que el paciente no posee acceso, que son esenciales para la terapia (pudiendo ser parte de algunos niveles de intervención) y que, por ende, es necesario que el terapeuta los registre; el último nivel de análisis es el impacto emocional y cognitivo que el terapeuta experimenta a partir del despliegue de los contenidos del paciente.

Los contenidos idiosincráticos que son abarcados por la Exploración Experiencial movilizan las estructuras profundas del paciente, produciendo un alto grado de perturbación en éste. No obstante, a través de la secuencia de aplicación de esta técnica, es plausible bajar las defensas que puedan emerger en el proceso, permitiendo que la exploración de estos contenidos altamente perturbadores resulte viable.

Si bien el terapeuta es quien va guiando la sucesión de contenidos que van siendo abordados durante la Exploración Experiencial, y que es el paciente quien va relatando los acontecimientos de su experiencia vital, puede plantearse con certeza que ni uno ni otro por sí solos son capaces de llegar a concebir la cualidad de la reorganización sistémica del paciente.

Para aplicar esta técnica, hay ciertas condiciones o mandatos que deben cumplirse (Yáñez, 2005), entre ellas se encuentran:

- (a) Emocional: relato con excesiva conmoción de esta índole, emociones desbordantes, difusas, que no pueden reconocerse o categorizarse (Yáñez 2011b). Aunque no haya una conceptualización, el paciente se refiere al compromiso emocional que el evento relatado le provoca, o también es posible que el terapeuta pueda notar éste a través del lenguaje no verbal (corporalidad, facialidad, suprasegmentalidad, expresión emocional directa), de su conducta. Esto está muchas veces relacionado con un bloqueo de emociones primarias o de contenidos perturbadores. Por ende, es de crucial importancia abordar en profundidad este tipo de contenidos.

- (b) Cognitivo: lo relatado por el paciente resulta confuso, insuficiente, poco comprensible o ambiguo en cuanto al contenido. Aquí es posible notar que el

sujeto carece de referencia de causa-efecto de lo que ocurre (problemas de secuencialidad, por ejemplo) existiendo una cierta disolución de las relaciones entre los acontecimientos. Esto puede evidenciarse cuando el paciente no es capaz de ordenar lo pensado y/o narrado coherentemente, perturbándose por lo incomprensible o por la falta de simbolización de los sucesos.

(c) Emocional y Cognitivo: existe una mezcla de las condiciones (a) y (b). Cuando esto ocurre, se puede plantear que estos contenidos se encuentran en un nivel cercano a la simbolización, ya que la mezcla de ambos indicadores con un alto nivel de intensidad, “crea condiciones de energía o de dinamismo que hacen muy posible el reordenamiento de la experiencia o la simbolización de la experiencia, de modo que se produzca efectivamente y en plenitud, una catarsis” (Yáñez, 2005, p.112). Es por esto que este indicador es una clara señal de un buen progreso en el proceso psicoterapéutico.

(d) Contenido: este indicador no es propio del paciente. Se da cuando el terapeuta experimenta una perturbación emocional, cognitiva o ambas en relación a lo relatado por el paciente, ya que está cumpliendo el papel de aparato psíquico auxiliar. Esto puede ocurrir sin que el paciente se extrañe o perturbe emocionalmente con su propio relato. Aquí, la Exploración Experiencial es iniciada porque el terapeuta no comprende bien qué pasa con el paciente.

Se utiliza cuando hay poca claridad respecto a los hechos (“no sé cómo fue que pasó”). Frecuentemente surge del terapeuta, es él quien se extraña, quien experimenta perplejidad y sorpresa. Por tanto, se puede hacer una Exploración Experiencial cuando el terapeuta no entiende bien qué le pasa al paciente.

En caso de que ninguna de las cuatro condiciones se cumple para poder aplicar esta técnica procedural, debido a la falta de material productivo, lo que se lleva a cabo es una exploración de la cotidianidad del paciente, ya que dichas actividades, en general, se realizan con un bajo nivel de conciencia de ellas (Yáñez 2011b).

1.8.1. Secuencia de aplicación

1. Relato panorámico: corresponde al relato no intervenido del paciente, lo que éste cuenta espontáneamente acerca de un acontecimiento importante que le ocurrió y que ha sido incorporado como una experiencia vital que resulta traumática, emocionalmente perturbadora, incomprensible, pudiendo ser un hecho remoto o reciente. La idea es que esta narración discurra de la forma más natural posible, evitando las intervenciones del terapeuta, salvo que las preguntas formuladas estén referidas al antes, durante y después del acontecimiento que el paciente está relatando. Con esto, se pretende acceder lo más directamente posible a la forma idiosincrática en que el paciente va construyendo relatos acerca de los acontecimientos de su vida. Como supuesto a la base, está que la forma en que el sujeto se cuenta su propia historia influye en cómo éste se comporta y las concepciones que tiene del mundo, de los demás y de sí mismo. De esta forma, el terapeuta puede informarse de contenidos significativos de la vida del paciente y además le da un marco relativamente definido de las interpretaciones plausibles de ser realizadas, así como del acoplamiento entre su relato y el del paciente. En esta etapa se preferencia la escucha y la aclaración.
2. Descripción detallada de los acontecimientos: se realiza un análisis por escena en tres tiempos (antes, durante y después), identificando detalles del (a) contexto físico, (b) contexto interpersonal y (c) escenario (hecho propiamente tal). La secuencia debiera tener varias escenas, la idea es captar siempre la escena esencial en torno a los acontecimiento o la significación de ellos. Son contenidos que tienen un alto valor de significación y que corresponden generalmente a la escena donde aparece la perturbación emocional o cognitiva y que suele preagnar la escena anterior y posterior. Esto tiene que ver con la posibilidad de secuenciar, lo que implica una significación más cercana a los acontecimientos. La Exploración Experiencial procura acercar la brecha entre la interpretación y los acontecimientos que ha vivido el paciente. Esta etapa tiene cuatro objetivos: aumentar detalles secundarios o marginalmente relatados, los que podrían ir modificando el sentido del relato o facilitando interpretaciones nuevas; bajar las defensas del paciente, ya que el detallismo anecdótico permite distraerlo, centrando su atención en

elementos que en un principio parecen irrelevantes; bajar niveles de sesgo cognitivo del paciente, ansiedad o de auto enjuiciamiento, en la medida que el detallismo va aumentando y que el terapeuta insta al paciente a ir desplazándose por zonas del relato que fluyen entre los procesos de mantenimiento y los de cambio; y abundar material/contenidos que no han sido incorporados en el relato del paciente, permitiendo al terapeuta ir construyendo narraciones alternativas mediante las intervenciones desplegadas.

3. Reorganización sistémica: los cambios vienen del dominio que logra alcanzar el paciente de la dinámica de explicación – experiencia inmediata. Los cambios que ocurren son significativos e implican niveles de respuesta comportamental (tendencia a la acción), emocional (movilización y reorganización de patrones emotivos) y cognitivo (simbolización y explicación de la experiencia tácita).

Debido a que el proceso de reorganización sistémica conlleva altos montos de ansiedad por el hecho de dejar una estructura y cambiarla por otra, el rol del terapeuta es fundamental, en el sentido de otorgar un espacio seguro al paciente para que este pueda practicar conductas exploratorias (tomando conciencia de inclusión y descentramiento de su experiencia), facilitando la reorganización sistémica. Así, los contenidos que han sido marginados, se van incorporando gradualmente a la dinámica de la mismidad, desplazándose desde la memoria episódica a la semántica, y pasando a constituir la identidad del sujeto. “Esta etapa de rastreo de la experiencia se completa cuando el paciente reconoce espontáneamente su conducta” (Greenberg s/f, en Dobry, 2005, p.86), dándole una interpretación alternativa a su experiencia. Esto posibilita un autorreconocimiento de una situación particular, lo que podría evidenciar una forma de funcionamiento general del paciente (Greenberg y cols., 1996). Es esta toma de conciencia la que permite avanzar hacia una reorganización del sí mismo, ampliando la gama de significaciones y, por ende, de tendencias a la acción (Vergara, 2010). De esta forma, la técnica de Exploración Experiencial se convierte en un instrumento de insight, puesto que permite hacer consciente ciertos aspectos del sí mismo del paciente que no eran asequibles para su conciencia (Leiva y Vásquez, 1999).

1.8.2. Operaciones del Terapeuta en la Exploración Experiencial

Como se señaló con anterioridad, la Exploración Experiencial, se constituye como una técnica crucial dentro del contexto psicoterapéutico del Modelo Constructivista Cognitivo.

En ella, así como también en todo el proceso psicoterapéutico, la autoexploración se vuelve un método esencial, que permite acceder a aspectos internos inaccesibles a la conciencia (Dobry, 2005). De esta forma, se podría aseverar que esta técnica se alinea de manera directa y eficaz a todo el proceso implicado, permitiendo ahondar en un análisis racional y afectivo en relación al funcionamiento del propio sujeto. Así, la actitud de padecer externo, pasa finalmente a ser una percepción de responsabilidad interna en el acontecer (Guidano, 1993, citado en Cayazzo y Vidal, 2002).

Por ello, las implicancias y el despliegue del terapeuta son trascendentales para que ésta se lleve a cabo de manera satisfactoria. Un rasgo fundamental e imprescindible a considerar es que aquello que relata el paciente corresponde a su experiencia inmediata y a las formas de autorreferirlas para hacerlas comprensibles (Guidano, 1999). Lo anterior requiere un esfuerzo y un análisis de tipo bifocal, de manera que el terapeuta debe ser capaz de poder reconocer y distinguir entre la experiencia en curso del paciente y la explicación que éste hace de los hechos que le acontecen y que reflejan su manera de significar su mundo (Cortés y Kusanovic, 2002). Para identificar lo primero, es necesario que el terapeuta se pregunte cómo es que la persona vivió y sintió en ese tiempo-espacio particular, y, para poder diferenciar la explicación, debe preguntarse sobre el por qué de dicha experiencia. Lo fundamental de esta acción terapéutica, consiste en que sea el propio paciente el que logre diferenciar entre estas dos formas de conocimiento. Esto, en un primer momento se lleva a cabo en el acontecimiento/escena específico/a que está siendo explorado en un momento determinado. Todo esto implica que el paciente alcance a observar y vivir tres clases de dualidades: a) diferenciar entre experiencia inmediata y explicación; b) mirarse tanto en primera como en tercera persona, pudiendo observar su experiencia desde afuera; y c) lograr que el paciente vea los acontecimiento tanto de manera subjetiva como objetiva, pudiendo abstraerse de su experiencia inmediata (Leiva y Vásquez, 1999).

Lo anterior ocurre en todo el proceso psicoterapéutico de manera transversal, debido a que “el terapeuta sólo puede intentar establecer las condiciones capaces de provocar la reorganización. Esas condiciones consisten básicamente en la producción de acontecimiento cargados de afecto, capaces de modificar la experiencia, inmediata, de modo que el paciente no pueda evitar reconocerlos y autorreferírseles” (Guidano, 1994, en Chacón, 2010).

Si bien la Exploración Experiencial se basa en el hecho de poder analizar un acontecimiento particular ocurrido en un momento determinado de la vida del sujeto, ésta apunta a que el paciente pueda lograr las tres dualidades mencionadas anteriormente con las demás experiencias vitales de su acontecer, siendo, por tanto, una técnica que moviliza al sujeto de manera tal que pueda lograr generalizar este proceso, pudiendo extrapolarlo a su vida en general, fuera de la psicoterapia.

Esto implica un doble esfuerzo para el terapeuta, ya que éste debe desarrollar la competencia terapéutica de lograr diferenciar entre la experiencia inmediata y explicación, comprendiéndola a nivel teórico y pudiendo aplicarla de manera eficaz en la práctica psicoterapéutica. Además, debe ser capaz de que el paciente pueda aprehender esta forma de operar, instando a que el sujeto desarrolle y extrapole esta competencia, siendo luego una herramienta de vida (Vergara, 2010). El terapeuta, más que ayudar al paciente a ver qué acontecimientos vive, lo insta a darse cuenta del cómo procesa esas experiencias, cómo las significa, pudiendo hacerse consciente de sus reglas de funcionamiento (Chacón, 2010; Vergara, 2010).

El terapeuta se sitúa como un guía, posibilitando que el paciente observe, en el relato de su experiencia, aspectos de ella que resultan negados por su conciencia (Chacón, 2010). Asimismo, a través de su despliegue total, permite actuar como un facilitador, posicionando al paciente como un agente activo para poder lograr su propio cambio, de manera que éste pueda llegar a observar y comprender que la génesis y explicación de su malestar se debe a cuestiones internas, propias de cómo él vive, aprehende y explica su experiencia.

Lo anterior exige al terapeuta que todas las intervenciones que él despliega en sesión deben realizarse como reflexiones tentativas y orientadas, intentado no focalizarse hacia un objetivo particular (Leiva y Vásquez, 1999). Del mismo modo, durante todo el proceso psicoterapéutico, es necesario considerar las intenciones psicoterapéuticas, la

opinión y consentimiento del paciente, y la relación terapéutica, para poder desplegar técnicas y/o intervenciones, dándole un sustento a éstas, incluyendo la técnica procedural de Exploración Experiencial.

En el proceso de psicoterapia, se intenta reconstruir la dificultad del paciente de manera detallada y secuencial, con el propósito de intentar movilizar al paciente hacia poder investigar y analizar nuevos puntos de vista posibles como explicaciones a su experiencia en curso (Chacón, 2010). Esto también es algo que se realiza en la técnica de Exploración Experiencial, en donde se buscan eventos que son discrepantes y/o confusos para el paciente y/o para el terapeuta, permitiendo el surgimiento de nuevas explicaciones.

Las operaciones que el terapeuta debe llevar a cabo para poder desplegar esta técnica procedural, incluyendo los efectos esperados, deben ir orientadas a ir encauzando el relato del paciente de manera intencionada y propositiva a partir de los contenidos que el paciente despliega en sesión y la experiencia in situ de éste durante la narración, y su propia experiencia en curso, desde un impacto vivencial hasta un impacto de tipo técnico profesional. Todo esto implica que el terapeuta sea capaz de *detectar* contenidos reveladores, propios de en la interfaz mismidad/ipseidad y provocan desequilibrio en el paciente; *instigar* una exploración abierta de tales contenidos; *contener* eficientemente la altos montos de ansiedad que moviliza el remover contenidos perturbadores; *explorar* detallada y técnicamente las escenas cargadas de contenidos perturbadores; *cuestionar* interpretaciones que sean inconsistentes con la experiencia en curso del paciente; *perturbar* la interpretaciones del paciente proponiendo alternativas a estas; *propiciar* la movilización de las dimensiones operativas, facilitando la reformulación esquemática; y *facilitar* la creación de las condiciones interpersonales para la integración de la simbolización emergente de la experiencia trabajada en la exploración experiencial” (Yáñez, 2005, p.123)

A pesar de que parezca que esta técnica procedural es rígida en su aplicación, es imperioso que el terapeuta sea capaz de acoplarse a cada paciente, dependiendo de las características particulares de este. Así, la secuencia de aplicación irá siendo modificada de acuerdo al despliegue particular de cada paciente.

1.9. Concepto de Competencia desde el Modelo Constructivismo Cognitivo

De acuerdo a todo lo anteriormente expuesto en los apartados preliminares, es posible concluir que las exigencias requeridas al terapeuta son elevadas y necesitan de un adecuado despliegue y manejo de los niveles emocional, cognitivo y conductual asociadas al contexto psicoterapéutico.

En este contexto se vuelve imprescindible el concepto de competencia, ya que este alude “a una característica subyacente de un individuo, que está relacionada causalmente a un criterio de referencia de desempeño superior en un trabajo o situación” (Spencer y Spencer, 1993). De esta manera, y relacionándolo con el quehacer psicoterapéutico, se espera que un terapeuta sea capaz de crear las condiciones necesarias para el cambio del paciente, permitiendo una resolución interna de la crisis (Guidano, 1994 en Chacón, 2010). Para que el resultado del desempeño del terapeuta sea exitoso, es crucial que este pueda alcanzar un manejo de excelencia de todos los aspectos mencionados en los apartados revisados anteriormente, demandando no solamente conocimiento técnicas, sino que habilidades personales.

Para efectos de esta memoria, se utilizará el concepto de competencias desde el Modelo Constructivista Cognitivo, las que son definidas como (Yáñez, 2005) un “conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas, sobresalientes en un área específica del funcionamiento humano. Involucran al sujeto como una totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo” (p.161). En este sentido, las competencias están compuestas por cuatro aspectos: conocimiento, habilidad, actitud y autoconcepto. No obstante, recientemente se ha realizado una modificación a uno de los componentes de las competencias, cambiando la noción de autoconcepto por el de identidad (Yáñez, 2011b; 2012). Cada uno de los componentes es definido como:

- (a) Conocimiento: corresponde a la internalización de un conjunto de contenidos conceptuales, que se expresan en dispositivos cognitivos referentes a un campo determinado del conocimiento, implicando manejo y dominio teórico de éste (Yáñez, 2003; 2011b; 2012). Está compuesto por dos tipos de conocimiento:
 - a. Conceptual: manejo de contenidos asociados a un ámbito teórico particular, lo que se relaciona con procesos de categorización (Yáñez, 2011b).

- b. Expertise: Es el saber teórico aplicado, relacionado con la experiencia de la práctica tanto del procedimiento como de la intervención asociada (Yáñez, 2011).

El conocimiento influye en la actitud del terapeuta así como en la construcción de su Identidad (Yáñez, 2012).

- (b) Habilidades: Repertorios de acción intelectual, emocional y conductual, que resuelven eficientemente las demandas operativas o técnicas de un área particular del funcionamiento humano (Yáñez, 2003; 2011b; 2012).

- (c) Actitud: Evaluación de carácter emocional que hace el sujeto de su conocimiento y sus habilidades en un área específica en donde este sujeto se mueve (Yáñez, 2003; 2011a; 2011b; 2012). Implica un nivel motivacional que se expresa en la conducta, y se puede relacionar con el estilo personal de la persona (Yáñez, 2012).

- (d) Identidad: Imagen que el sujeto ostenta en torno de sí mismo y ante los demás como representante de una determinada área de acción (Yáñez, 2011b). Depende en buena medida de su estructura idiosincrática. La identidad puede ser también definida como proceso de construcción particular y continuo, entendida como aquellas características del sujeto, reconocidas por sí mismo y por el resto como distintivas de él (Vergara, 2011). La identidad contempla tres elementos esenciales referidas a los niveles cognitivo, emocional e interpersonal:

- a. Autoconcepto: Categorías conceptuales de definición propia (Yáñez, 2011b). Categorías cognitivas más estables, proyectivas y explicativas acerca de sí mismo (Yáñez, 2012).

- a. Autoimagen: Valorización o evaluación de uno mismo con respecto a los otros (Yáñez, 2011b), siendo el resultado de una dinámica interaccional entre la apreciación que hace de sí mismo y la apreciación que los otros

tienen de ese sujeto. Corresponde a la frontera entre el yo y los demás, refiriéndose a la recapturación de experiencias. Es flexible y en constante cambio, por tanto, es permeable. Está siempre en juego y se relaciona con los impactos vivenciales (Yáñez, 2012).

- b. Autoestima: “Corresponde a la imagen que el sujeto ostenta en torno de sí mismo y ante los demás como representante de una determinada área de acción” (Yáñez, 2003). Referentes experienciales que generan categorías emocionales descriptivas del acontecer, referidas sobre el flujo de la praxis vital (Yáñez, 2012). No son un concepto, sino que pretenden captar lo que ocurre. Indicador de cómo evalúa el sujeto su gestión en un área particular (Íbidem).

1.9.1. Competencias para la aplicación de la Exploración Experiencial

Como se revisó en el apartado de Exploración Experiencial, es necesario que el terapeuta posea y maneje diestramente ciertas competencias específicas para poder desplegar de manera exitosa esta técnica procedural.

Ésto, visto desde la perspectiva de las Competencias en el Modelo Constructivismo Cognitivo y sus respectivos componentes, puede sistematizarse como que el terapeuta debe tener como características:

- (a) A nivel de Conocimiento: implicaría que el terapeuta maneje con pericia el conocimiento teórico y los conceptos referentes a la Exploración Experiencial. Para poder aplicar esta técnica procedural se requiere un alto dominio conceptual de ésta, con todo lo que ello implica. Asimismo, es necesario que el terapeuta maneje todo lo referente al proceso psicoterapéutico (Metateoría y Teoría Clínica Constructivista Cognitiva), así como también sobre la noción de competencia asociada al modelo y sus respectivos componentes. Por otro lado, es esencial el nivel de Expertise (conocimiento práctico) del terapeuta, ya que no sirve saber sólo lo anteriormente expuesto, sino que es necesario aplicar la técnica de forma efectiva y eficiente. Uno de los aspectos más difíciles del nivel de Expertise es instalar la capacidad de ajustar la metodología, la conceptualización y el impacto

emocional en curso (con el paciente), para acoplarlo a un instante particular de la aplicación de la técnica. Aquí es necesario que el terapeuta flexibilice su operar, a partir del ajuste que se produce desde la interacción particular con una persona; por tanto la formalidad de la técnica debiera pasar a un segundo plano, priorizando el acople con el paciente. Ésto se logra en la medida que el terapeuta se ajusta al fenómeno de la *Emergencia* de la interacción ligada a la dinámica de *cambio* del paciente. En este sentido el nivel más alto que el terapeuta debe ser capaz de desarrollar es la posibilidad de la *Creatividad e Innovación* (Yáñez, 2011b).

Ya que este componente de las competencias tiene repercusión tanto en la actitud como en la identidad del terapeuta, es necesario que el conocimiento sea sólido en relación a todo lo planteado con respecto al Modelo Constructivista Cognitivo, la Exploración Experiencial y las competencias, de manera que los otros dos componentes mencionados puedan ser positivos en el terapeuta, permitiendo un eficiente despliegue posterior.

(b) A nivel de Habilidades: se requiere que el terapeuta desarrolle la habilidad de indagación clínica, permitiendo profundizar en diversos aspectos del paciente. Por tanto, la indagación debiera poder instalarse como una actitud permanente durante el proceso psicoterapéutico. Sin embargo, es necesario considerar que esta no es una indagación ingenua ni carente de cauce, sino que es requerido que el terapeuta aprende a desempeñarse como un perturbador estratégicamente orientado, pudiendo inquirir es aspectos de la vida y vivencia del paciente que resultarían ser datos claves para el planteamiento de hipótesis generales sobre el funcionamiento del sujeto, y que serían además trascendentes como puntos de intervención posibles, en pos de crear las condiciones para el cambio.

(c) A nivel de Actitud: Corresponde a la motivación personal, al entusiasmo, valor y/o significación que el terapeuta atribuye al campo en donde se desempeña. La actitud es un componente de las competencias que interfiere de manera muy rápida las interacciones interpersonales, siendo, así, contagiosa. Es aquí donde entran en juego las intenciones básicas del terapeuta, las que deben mantenerse

de manera permanente durante el transcurso de la terapia. Además de éstas, existe también la actitud de interés, la que puede ser definida como la disposición del terapeuta a prestar plena atención al despliegue integral de contenidos del paciente, facilitando la expresión de todos sus dispositivos cognitivos, emocionales y conativo/conductuales para crear las condiciones para el cambio psicoterapéutico. Estas actitudes están orientadas a promover la indagación clínica y a impedir que el terapeuta contamine con sus propios contenidos el relato del paciente, favoreciendo las condiciones para la aplicación de la Exploración Experiencial.

- (d) A nivel de Identidad: Al igual que la actitud, este componente es evaluado en el plano interpersonal. Esta corresponde a la síntesis del conocimiento, la habilidad y la actitud, respaldando las acciones que el terapeuta lleva a cabo sesión a sesión. Este respaldo se refiere a desde qué lugar habla el terapeuta, el lugar y la certeza desde la que emite actos de habla dirigidos hacia el paciente. Tiene que tener una identidad establecida, clara, sentida, con que el terapeuta sea capaz de apropiarse de su identidad, teniendo una sensación de dominio de ella, otorgándole seguridad, confianza, y consistencia en lo que dice en sesión. Por lo tanto, la identidad tendría que ver con esto y lo que corresponde a la experiencia ganada durante las diversas aplicaciones de la Exploración Experiencial. De acuerdo al resultado de dichas aplicaciones, el terapeuta puede obtener un feedback sobre su despliegue, reverberando en él.

CAPÍTULO II: PROPUESTA TEÓRICA

2.1. Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica

A partir de todos los apartados anteriores, es posible aseverar la existencia de un sujeto que se constituye como un ser constructor de su propia realidad, de sus vivencias y de sí mismo. Del mismo modo, es posible establecer que toda experiencia es conocimiento, y que nuestra historia nos construye y, por otra parte, construye el mundo subjetivo que contemplamos. Esto sitúa al sujeto como un actor principal activo y proactivo de su propia vida, otorgándole la responsabilidad de ella.

Por otro lado, este sujeto activo se desarrolla y vive en un entorno social, basado en interacciones comunicativas que implican la coordinación con otros y le posibilitan el establecimiento, mantención y cambio de relaciones interpersonales. Es dentro de estas relaciones y del medio social en el que el sujeto está inserto que este mismo va complejizándose y cambiando a lo largo de su desarrollo evolutivo. Es importante precisar que, dentro de este cambio, la comunicación cobra un rol fundamental, ya que es esta la que perturba a los sujetos, permitiendo que existan instancias de cambio.

Bajo este escenario, la psicoterapia, al ser una relación interpersonal comunicativa, se constituye como un espacio particular destinado al cambio del paciente, lo que se logra mediante un modelo, dotado de ciertas reglas relacionales, intervenciones y herramientas psicoterapéuticas. En este contexto terapéutico, el paciente va en busca de una mejoría, y el terapeuta debe desplegar sus habilidades técnicas y personales para poder lograr esto, convirtiéndose el primero en su propio agente de cambio; en tanto, el segundo debe crear las condiciones necesarias que favorezcan la reorganización del paciente.

Todo esto implica altas exigencias y demandas para el terapeuta. A nivel personal es indispensable mencionar las capacidades de autoobservación y autoconocimiento, que posibilitan el reconocimiento emocional propio, permitiendo realizar intervenciones en pro del cambio del paciente. Por otra parte, es imprescindible que el terapeuta sea capaz de darle legitimidad al paciente y de flexibilizar sus intervenciones en función de éste, acoplándose a él y creando las condiciones para el cambio. Con respecto al ámbito

técnico, es necesario que maneje los conocimientos teóricos y que pueda llevarlos a la práctica de manera eficaz.

En este contexto, tanto las intervenciones como las técnicas cobran vital relevancia para lograr el objetivo psicoterapéutico. En este sentido, la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica es esencial para todo el proceso terapéutico, ya que este es un espacio interaccional basado en procesos comunicativos que incluyen los niveles de respuesta cognitivo, emocional y conductual. A partir de ello, los sujetos involucrados, activos en su participación, se constituyen como hablantes/oyentes y oyentes/hablantes, posibilitando que cada uno de ellos asuma roles de carácter Expresivos y Receptivos en esta dinámica.

Si bien, el paciente puede desplegarse en estos dos niveles mencionados, la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica es una competencia de índole psicoterapéutica, por lo que sólo el terapeuta puede manejarla en este contexto. Esto se debe a características particulares de dicha competencia propias de un proceso terapéutico, que serán explicados con posterioridad.

Para efectos de esta memoria, la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica será abordada desde la técnica procedural de la Exploración Experiencial, puesto que esta última, a partir de lo expuesto con anterioridad, se constituye como una estrategia terapéutica imprescindible dentro del Modelo Constructivista Cognitivo.

2.2. Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica: Definición

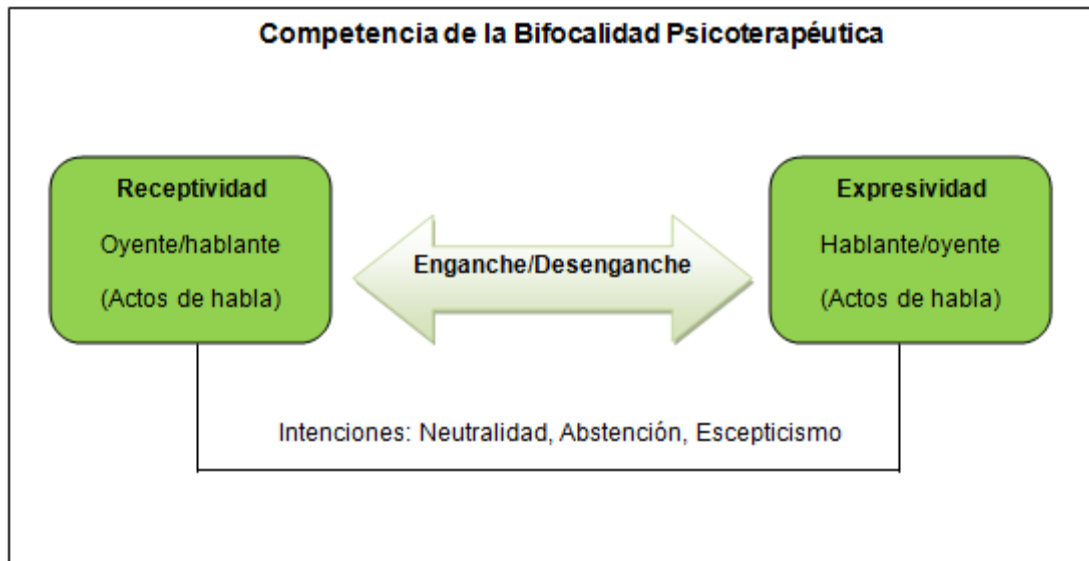


Figura N°2: Diagrama de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica.

A partir de las bases teóricas revisadas, la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica puede ser definida como: Talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas que despliega únicamente el terapeuta, en el contexto interpersonal psicoterapéutico, a partir de su actividad conductual, emocional y cognitiva, y que le permite un desempeño exitoso, pudiendo constituirse como una condición para el cambio del paciente. Esta contempla tanto la actitud de receptividad como la habilidad de la expresividad.

2.2.1. Actitud de Receptividad

El contexto psicoterapéutico se desarrolla en un espacio comunicativo en el cual el terapeuta, a partir de su solidez técnica y de sus habilidades personales, dispone de toda su dotación sensorial, cognitiva y emocional, para mantenerse en conexión con su paciente y con lo que ocurre en el contexto psicoterapéutico. A este proceso se le denomina Receptividad, la que está asociada a la apertura, disponibilidad y disposición inmediata del terapeuta para con el paciente, permitiendo, en el acontecer de la sesión y

de la terapia en su globalidad, alcanzar una **concepción** general del paciente. Por otra parte, cabe señalar que estaría relacionada al eje sincrónico, ya que tiene que ver directamente con una disponibilidad inmediata, en el aquí y el ahora, sesión a sesión, en conjunto con el paciente. Otro punto a considerar, es que en la Receptividad hay sólo actos de habla de tipo ilocutivo y perlocutivo, es decir, se caracteriza por una comunicación no verbal.

En el ámbito de la Receptividad, y como parte de este proceso constitutivo de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, se encuentra la intervención de la Escucha Terapéutica. Ésta puede diferenciarse de la Escucha Cotidiana al entender que esta última se refiere a una disposición parcial o completa a nivel sensorial, cognitivo y emocional de un oyente/ hablante, que podría eventualmente realizar hipótesis, pero no necesariamente fundamentadas en un saber teórico remitido al ámbito de la disciplina psicológica. Este fenómeno genera un impacto emocional en el oyente/hablante, que moviliza sus tres niveles de respuestas sin poder desprenderse del componente emocional que genera el despliegue del hablante/oyente.

En cambio, la Escucha Terapéutica se ciñe a un contexto de tipo psicoterapéutico, y es definida como prestar atención al paciente en sus niveles de respuesta, conductual, emocional y cognitivo (Yáñez, 2005; 2009; 2011a; 2011b). Ésta permite captar la esencia del fenómeno, en un nivel mucho más fenomenológico, permitiendo al terapeuta aproximarse lo más cercanamente posible al paciente a partir del discurso, la comunicación no verbal y el comportamiento de éste, logrando una especie de complementariedad de respuesta con respecto al acto comunicativo del paciente (Yáñez, 2005). Así, la escucha terapéutica haría plausible una **comprensión** del paciente, considerando aspectos más descriptivos y generales de éste (Yáñez, comunicación personal, 2012).

Además de prestar atención a los tres niveles de respuesta del paciente, el terapeuta se centra en sus propios procesos internos que son generados a partir del despliegue del paciente y de la relación terapéutica que se establece entre ambos sistemas de conocimiento.

De esta forma y a modo de síntesis, la escucha se sitúa en (Vergara, 2010; 2011):

- i. Escucha del paciente: Disposición del terapeuta a comprender la información desplegada por el paciente, tanto a nivel tácito como explícito.
- ii. Escucha Recursiva centrada en el terapeuta: Habilidad del terapeuta para comprender y tomar conciencia de las perturbaciones/impacto que el paciente le provoca en sesión, y para poder abstenerse de actuar en concordancia con ese primer impacto, con el fin de no interferir/mermar el proceso comunicativo. Para esto es necesario que el terapeuta conozca en profundidad sus juicios, ideologías, pensamientos y emociones. Por otra parte, este nivel también está asociado al referente constante de los principios teóricos que forman parte de la formación terapéutica y que se encuentran presentes de manera transversal en el ejercicio del terapeuta dentro del proceso psicoterapéutico (Yáñez, 2005).
- iii. Escucha Recursiva centrada en la Relación: Habilidad para comprender y tomar conciencia de la dinámica dada en la relación terapéutica/emergente interpersonal.

La interacción de estos elementos permitirá por parte del terapeuta, el surgimiento de intervenciones que perturben los sistemas de conocimiento del paciente. De esta forma, la escucha terapéutica se relaciona estrechamente con los últimos cuatro niveles de las intervenciones psicoterapéuticas: adlaterización, rotulación, bisociación e interpretación. Sin embargo, sería posible considerar también la confrontación como una intervención perteneciente a este grupo, ya que con esta el terapeuta plantea una hipótesis alternativa, mediante la expresión de una categoría conceptual distinta a la que el paciente ha construido respecto de su propia experiencia (Yáñez, 2005; 2012).

Además de las características anteriormente mencionadas, uno de los aspectos centrales de la escucha terapéutica es el proceso de **enganche**, entendido como aquel que a partir del despliegue de los contenidos locutivos e ilocutivos del paciente, genera un impacto emotivo en el terapeuta, lo que a su vez, implicaría la emergencia de una categoría conceptual referida a la emoción en curso suscitada por el paciente (Yáñez,

2011c). A pesar de que esto también se produce en la escucha cotidiana, lo que la distingue de ella es que existe otro proceso mediador en el cual el terapeuta a partir de la conciencia de sus propias emociones y cogniciones, es capaz de advertir este impacto, categorizarlo y generar una categoría alternativa que represente el impacto del marcador interpersonal, la cual sea plausible de aceptar para el paciente, posibilitando de esta forma, el despliegue de una intervención productiva, relevante y atingente en el proceso terapéutico. A este proceso se le denomina **desenganche** y se constituye como un elemento central dentro de la relación terapéutica (Yáñez, 2011c).

2.2.2. Habilidad de Expresividad

En el marco psicoterapéutico, el fenómeno de la Receptividad y con ello, de la Escucha Terapéutica, son eventos esenciales para que la terapia discurra. Asimismo, y a partir del impacto vivencial que el despliegue del paciente provoca en el terapeuta, los procesos mediadores de enganche y desenganche, se vuelven cruciales para la generación de intervenciones efectivas en este contexto.

Todo lo anterior se produce en un espacio interpersonal psicoterapéutico, en el cual los sistemas interactuantes se constituyen como hablante/oyente y oyente/hablante, por lo que están constantemente comunicándose a partir de los niveles locutivos, ilocutivos y perlocutivos, comprendidos en los actos de habla. Por lo que, existiría comunicación verbal y no verbal.

De esta forma, en este contexto, todas las acciones desplegadas por el terapeuta, contemplando la estructura y organización de lo dicho, los elementos no verbales relacionados con la suprasegmentalidad y la expresión no verbal per se, facial y kinestésica, y los efectos que tiene lo comunicado sobre el otro, se constituirían como elementos cruciales en el hablante/oyente como terapeuta.

Por esta razón, es que la habilidad de comunicación asertiva del terapeuta se torna crucial, lo que implicaría la necesidad de regular los actos de habla como herramientas que permitan la generación de intervenciones óptimas, posibilitando la obtención de los efectos deseados y el posicionamiento del terapeuta como un

perturbador estratégicamente orientado, que genere las condiciones necesarias para lograr el cambio en el paciente. A esta habilidad se le denomina expresividad.

2.3. Características de la Competencias de la Bifocalidad

En términos teóricos y para llevar a cabo la técnica de Exploración Experiencial, es necesario considerar los siguientes aspectos:

- Está acotada a un encuadre psicoterapéutico.
- Posee procesos mediadores, denominados enganche y desenganche, que tienen relación con componentes cognitivos, emocionales y conductuales.
- El proceso de enganche es requisito para el proceso de desenganche. Sin embargo, cabe señalar que la inexistencia del desenganche, haría inexistente a su vez, la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica.
- En el proceso de desenganche existiría el tránsito entre el componente emocional y cognitivo, puesto que el paciente generaría un impacto vivencial en el terapeuta que debe categorizar a nivel conceptual.
- El desenganche le otorga a esta dinámica la peculiaridad terapéutica, puesto que permitiría no empapar el despliegue del paciente con las características propias y representativas de la idiosincrasia del terapeuta, pudiendo realizar intervenciones más eficientes y orientadas estratégicamente. Por su parte, la expresividad también depende del desenganche, en el sentido de que, al no desplegar contenidos propios de él y ceñirse a la neutralidad, permiten llevar a cabo intervenciones estratégicamente orientadas, teniendo como norte el cambio del paciente.
- Está orientado/dirigido/supeditado a los focos, objetivos y metas psicoterapéuticas. Por tanto, toda receptividad y expresividad no es ingenua, sino que persigue un fin definido en la relación psicoterapéutica. Esto está en pro del objetivo general del proceso psicoterapéutico.

- En la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica tanto Receptividad como Expresividad ocurren de manera simultánea en el terapeuta.
- Es decir, el terapeuta está continuamente recepcionando y expresando. Sin embargo, existe cierta predominancia de uno u otro polo, dependiendo del contexto.
- La Receptividad se constituye como una intención básica perteneciente al encuadre implícito, que posibilita la expresividad y con ello el despliegue de las intervenciones y técnicas más apropiadas para el paciente.
- La Expresividad y Receptividad están normadas a partir de las intenciones de neutralidad, abstención y escepticismo.
- El terapeuta debe ser capaz de constituirse como un experto en transitar entre estos dos polos, es decir, debe saber cuándo y cómo recepcionar y expresar, considerando al paciente, la relación y a él mismo. Esto facilitaría la creación de condiciones para el cambio.
- Al llevar a cabo esta técnica y considerar la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica como central en este procedimiento, el terapeuta se sitúa desde un compromiso total en términos de funcionamiento, contemplando el nivel comportamental, cognitivo y emocional.

2.4. Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica en la Exploración Experiencial

Como se señaló con anterioridad, para llevar a cabo la Exploración Experiencial hay que guiarse por la secuencia de aplicación de esta técnica. En este apartado se pretende asociar la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica con las distintas etapas de la aplicación

- a) Relato Panorámico: en esta parte, el paciente cuenta a *grosso modo* la escena que será explorada, lo que posibilita al terapeuta estar predominantemente en el polo de la Receptividad. La idea central es lograr que el paciente vaya relatando

de forma general lo que ocurrió, centrándose más bien en elementos de tipo descriptivo-contextual.

Al estar en el plano de la Receptividad, la escucha terapéutica como intervención pasa a ser central, ya que así el terapeuta puede recepcionar al paciente en sus tres niveles de respuesta: conductual, emocional y cognitivo. De este modo, es posible que el terapeuta pueda escuchar al paciente en su totalidad, no sólo el contenido del relato, sino que también se escuchan los elementos ilocutivos y perlocutivos del y provocados por el paciente.

La Escucha Terapéutica es la intervención que sirve de base para poder luego realizar otro tipo de intervenciones, tanto de índole locutivas como ilocutivas.

Por otro lado, al ser la Escucha Terapéutica la intervención básica de la psicoterapia, en un comienzo no depende de otras intervenciones, sino que provee las bases necesarias para que el terapeuta vaya “amoldándose” al paciente, y así poder luego ir encauzando el relato de éste. Es así como el resto de las intervenciones dependen en mayor medida (en relación a la Escucha Terapéutica) de las características del paciente, de su despliegue en sesión. Por ejemplo, si el paciente es demasiado detallista, perdiendo el foco del relato, es necesario que el terapeuta despliegue intervenciones para volver al eje central y poder lograr una panorámica del relato. La Escucha Terapéutica también provee las bases para poder transitar hacia el polo Expresivo.

En esta fase, el terapeuta podría también utilizar intervenciones de aclaración, la que está orientada a precisar categorías conceptuales utilizadas por el paciente o a la descripción de acontecimientos que son relatados por el éste (Yáñez, 2009; 2011; 2012). Asimismo, es posible que el terapeuta utilice intervenciones de paráfrasis.

Hay que considerar que paciente y terapeuta siempre se impactan mutuamente, mas es fundamental que el terapeuta escuche la perturbación que el paciente genera en él, prestando atención a su proceso de enganche con el despliegue del paciente, para luego poder desengancharse. No obstante, puede plantearse que, aquí, lo fundamental en la Escucha Terapéutica, es predominante el enganche, ya que, mediante actos ilocutivos, el terapeuta le muestra al paciente que ha

repcionado su despliegue, demostrando comprensión de lo relatado y de su vivencia. Esto no quiere decir que el terapeuta no se desenganche en esta fase, sino que este enganche que se muestra mediante la ilocución sería más bien de tipo instrumental, para poder generar coordinación mutua. Esto es una parte del proceso que facilita la construcción del emergente interpersonal (Yáñez, 2009; 2012).

En relación a la aclaración, puede plantearse que está inevitable e inextricablemente relacionada con el enganche y el desenganche, y que es este último el que permitiría al terapeuta desplegar intervenciones efectivas, facilitando la producción de material por parte del paciente.

Por otro lado, es necesario mencionar que en la aclaración, al estar más cargada hacia el polo de la Expresividad, el terapeuta debe ser capaz de desplegarla de manera consistente, existiendo congruencia entre lo locutivo y lo ilocutivo, de manera que se pueda generar un impacto en el paciente que resulte productivo para el proceso psicoterapéutico.

En síntesis, lo anteriormente expuesto permite afirmar que todos los actos de habla desplegados por el terapeuta deben ser estratégicamente orientados hacia la creación de condiciones que posibiliten el cambio del paciente. Cabe señalar que esta estrategia y orientación están íntima y necesariamente ligadas al funcionamiento general del paciente, por tanto, para cada paciente hay una estrategia y orientación diferentes, independiente de que la meta general y final, sea el poder generar condiciones necesarias para el cambio. De igual forma, este cambio es particular y distinto en cada paciente, ya que está relacionado inextricablemente con su forma de funcionamiento.

En este sentido, todas las intervenciones o actos de habla que el terapeuta pueda desplegar sesión a sesión estarían asociados a esta meta, donde todas y cada una de estas intervenciones están necesariamente guiadas por este fin. Es por esto mismo que estas serían estratégicas, ya que todas tendrían una intención particular asociada a dirigirse a esta meta.

A pesar de que en la fase de Relato Panorámico se utilizan intervenciones asociadas al polo de la Expresividad, esta etapa es predominantemente receptiva,

ya que implica que el terapeuta pueda hacerse un panorama general de lo que está relatando el paciente, en términos de procedimiento de la técnica, se espera que el relato sea mínimamente intervenido por el terapeuta. Así, la Receptividad permite contextualizar al terapeuta, ya que lo sitúa dentro de una situación particular, con un contenido distintivo, en los tres niveles de acto de habla por parte del paciente. Por tanto, en esta fase el terapeuta puede saber: de qué se está hablando y quién está hablando, y el qué y el cómo de lo que es relatado dan indicios de funcionamiento general del paciente.

Todo este proceso de contextualización del paciente se lleva a cabo fundamentalmente en el eje sincrónico de la psicoterapia, aunque la Exploración Experiencial esté principalmente abocado a revelar elementos pertenecientes al eje diacrónico del ciclo vital de paciente.

- b) Descripción detallada de los acontecimientos: Aquí el rol principal del terapeuta tiene cuatro objetivos: Aumentar detalles secundarios o marginalmente relatados; bajar las defensas del paciente; bajar niveles de sesgo cognitivo del paciente, ansiedad o autoenjuiciamiento; y abundar material que no ha sido incorporado en el relato del paciente.

El terapeuta, por tanto, indaga en cuestiones del contexto ambiental, interpersonal y los hechos ocurridos. En toda esta dinámica es posible ver, por un lado, los acontecimientos propiamente tales, y la interpretación/explicación que el paciente hace de ellos. Es de vital trascendencia que el terapeuta puede distinguir estos dos niveles; si el terapeuta logra hacer esta distinción, puede entonces encauzar el relato del paciente hacia elementos más detallados y marginales.

“Por tanto, el método requiere que el terapeuta tenga la habilidad para distinguir entre la experiencia inmediata y la explicación que se da el mismo paciente cuando revisa dicha experiencia. Para ello, se espera que el terapeuta tenga la capacidad de ponerse en el lugar del paciente, de manera que pueda ayudarlo a distinguir, en la reconstrucción, lo que es su experiencia inmediata y lo que es la explicación de la experiencia” (Chacón, 2010, p.25)

Por otra parte, cabe señalar que si bien los contenidos que se revelan por parte del paciente se sitúan más bien en el eje diacrónico, la re-experimentación de la vivencia mediante la inmersión plena lo posiciona en el eje sincrónico, volviendo a experimentar lo que ya vivió, dando lugar a una especie de “*resincronización*” de su vivencia. En tanto, el terapeuta, en su intención de Receptividad, es decir de disponibilidad y apertura hacia el paciente, se sitúa en un eje sincrónico, pero, a su vez, a partir de la escucha terapéutica, le permite “*diacronizar*” los contenidos relatados por el paciente, pudiendo, eventualmente, generar hipótesis de funcionamiento general de este.

Por otra parte, el terapeuta puede ponerse en el lugar del paciente y experimentar de manera conjunta con él lo que el paciente ya vivió, lo que ocurre en el eje sincrónico de la sesión. Como plantea Chacón, “el terapeuta puede no solamente entender cognitivamente la experiencia del paciente, sino que puede vivirla y hacerla suya. En otras palabras, puede coexperimentar con el paciente su estado prerreflexivo” (2010, p.25).

En este contexto, el terapeuta, basándose en la actitud de Receptividad y en la Escucha Terapéutica, comienza a realizar más intervenciones de tipo locutivo, acompañadas de ilocución consistente a lo expresado verbalmente, que le permitan indagar en detalles de la escena relatada y al mismo tiempo encauzar el relato. Así, al dirigir el discurso del paciente hacia detalles que no son relatados de manera tan espontánea y que se hallan en los márgenes de la coherencia sistémica, el terapeuta puede identificar una escena esencial del relato en la cual indagar. Por tanto, es a través del potenciar el nivel del detallismo del relato que el terapeuta puede introducirse en las fracturas del relato del paciente, accediendo a material más inconsciente. Esta fase “se centra en guiar al paciente para que pueda observar en el relato de su experiencia o durante la Exploración Experiencial, aspectos de la misma, que hasta ahora, le resultan negados por su conciencia, como parte de su estrategia para sostener su coherencia” (Chacón, 2010, p.70).

Es por esto que, en esta parte de la Exploración Experiencial se utilizan intervenciones abocadas tanto al ámbito verbal, como no verbal, comprendiendo actos de habla de nivel locutivo, ilocutivo y perlocutivo, incorporando de manera importante aquellas relacionados con el nivel locutivo. Esto, permite al terapeuta

transitar constantemente desde el polo de la Receptividad hacia el polo de la Expresividad y viceversa. Sin embargo, en esta fase, existiría una cierta tendencia hacia el polo de la Expresividad, puesto que los actos de habla locutivos, le permitirían al terapeuta direccionar la Exploración Experiencial, hacia aspectos no conscientes del paciente. Cabe señalar que es de vital importancia que todos los actos de habla realizados por el terapeuta, estén mediados tanto por el proceso de enganche como el de desenganche, para realizar intervenciones atingentes y efectivas al contexto y que le permitan acceder al nivel inaccesible de la conciencia (Zagmutt, 2004, en Chacón, 2010), es decir, que el paciente sea capaz de visualizar aspectos de la experiencia que no han sido reconocidos por el mismo, lo que a su vez, le permitiría ampliar el espectro de significaciones posibles, es decir, el repertorio de posibles explicaciones (Guidano, 1994).

En esta fase, las intervenciones que están más presentes corresponderían principalmente a la Escucha Terapéutica, Exploración, Reflejo Ilocutivo, Señalamiento y Metacomunicación.

- c) Reorganización Sistémica: en esta última fase de la secuencia de aplicación de la Exploración Experiencial, el paciente logra otorgarle una explicación más congruente a su experiencia inmediata, posibilitando la apropiación e integración de ella como parte de sí mismo (Guidano, 1994).

Aquí, los actos comunicativos del terapeuta se vuelven más riesgosos y requieren de un mayor compromiso y actividad de éste. Asimismo se compromete con una hipótesis de funcionamiento general del paciente, realizando afirmaciones proposicionales que son aseveraciones directas. En esta fase, el terapeuta cumple un rol mucho más activo que en las dos fases anteriores.

En la reorganización sistémica se utilizan los actos de habla en sus tres niveles. Se utilizan mayormente intervenciones de metacomunicación, bisociación, confrontación, rotulación e interpretación, puesto que requieren mayor compromiso de parte del terapeuta y un grado de conocimiento profundo del paciente.

La reorganización del paciente puede darse total o parcialmente y no necesariamente se alcanza en todas las Exploraciones Experienciales (Yáñez, comunicación personal, 2012).

Es necesario tener en cuenta que la Exploración Experiencial ha sido dividida en fases por cuestiones más pedagógico-formativas, así como también las explicaciones que se han realizado en función de la aplicación de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica a esta técnica procedural. Las fases van a variar dependiendo de cada paciente.

CONCLUSIONES

La psicoterapia es un espacio interaccional que demanda numerosas competencias que el psicoterapeuta debe desarrollar para poder crear las condiciones y lograr facilitar el proceso de cambio del paciente. Este objetivo psicoterapéutico, que es transversal a todo proceso de terapia, es, no obstante, singular, puesto que las condiciones para el cambio serán siempre particulares y únicas para cada paciente.

Considerando que, desde el Modelo Constructivista Cognitivo, se concibe al ser humano como un sujeto proactivo que se construye a sí mismo y su propio mundo de manera constante en tanto se halla en relación inextricable y continua con su medio, se puede concluir que el terapeuta se encuentra expuesto a una subjetividad que es un devenir, un proceso dinámico y etéreo que está durante toda su vida en evolución permanente.

De igual forma, el terapeuta es en sí mismo una subjetividad particular y única, que en la elección y realización de su ejercicio profesional pone constantemente en cuestión los límites de su capacidad de entender el mundo, de entender a los otros y de entenderse a sí mismo (García, 2007).

Es así como en el contexto psicoterapéutico, la subjetividad del paciente se sumerge en un espectro de posibilidades de cambio inconcebibles, tanto como para éste como para el terapeuta. Ambos comienzan a descubrir la forma de vivir y vivir-se del paciente, llegando a sorprenderse de algunas significaciones atribuidas a ello. Es de esta forma que este espacio se constituye como una posibilidad de poder llegar a observar procesos conformadores del sujeto, que antes nunca habrían sido plausibles de llegar a ver ni considerar. “No sabemos lo que somos capaces de ser, no sabemos en lo que podemos transformarnos. Como escribiera Shakespeare: sabemos lo que somos, pero no sabemos lo que podríamos ser” (Echeverría, 2003, p.37).

En el ejercicio psicoterapéutico se puede percibir constantemente lo descrito con anterioridad en la frase de Echeverría, puesto que el rol del psicoterapeuta se halla orientado a crear las condiciones para el cambio, sin saber necesariamente cuándo ni cómo éste tomará forma.

Es este escenario poco concreto, cambiante e impredecible el que marca la mayor dificultad para poder establecer un proceso formativo unívoco e inequívoco, que asegure la conducción de un proceso psicoterapéutico exitoso.

Para que lo anterior pueda tener lugar, es necesario que el terapeuta pueda desarrollar y manejar habilidades técnicas conjugadas con habilidades personales. Las primeras se hallan más relacionadas al proceso pedagógico formativo propiamente tal, y las segundas tienen que ver con la historia del terapeuta, con la construcción de su idiosincrasia.

Bajo esta lógica, las instituciones de índole formativo poseen una gran responsabilidad en ambos sentidos: por un lado, deben proveer de herramientas y estrategias que posibiliten el conocimiento teórico y técnico y, por otro lado, deben ocuparse de brindar condiciones para que los terapeutas en formación reconozcan sus propias fortalezas y debilidades relacionadas con el contexto psicoterapéutico, para, de esta forma, potenciar las primeras y atenuar o hacer que aquellas debilidades se transformen en elementos favorables que posibiliten el desarrollo óptimo de la psicoterapia (Yáñez, comunicación personal, 2012).

En este sentido, cabe señalar que los esfuerzos e instancias institucionales no son suficientes por sí solas, sino que es requerido que el sujeto en formación terapéutica sea un agente activo en este proceso, estando constantemente alerta a aspectos de él mismo que deba reevaluar con el fin de potenciar y desarrollar para poder asegurar que su quehacer psicoterapéutico profesional sea de excelencia. Es decir, es necesario que el sujeto sea consciente de las características y despliegue de sí mismo que pueden convertirse en importantes insumos para poder construir una formación psicoterapéutica satisfactoria, y que, en el futuro, le permitan un buen desempeño profesional. Asimismo, es importante señalar que esta formación no se ciñe solamente a los años de formación de pregrado, sino que es un devenir constante en la vida del sujeto, ya que los procesos formativos no ocurren solamente en las aulas de clase u otras instancias de índole universitaria, sino que éste abarca todas las aristas de la vida del sujeto. Por lo tanto, no se trata solamente de mantener una tensión formativa sobre nuestra capacidad instrumental o técnica, sino de analizar constantemente cómo el terapeuta se entiende a sí mismo, a los demás y cómo es que construye su propio mundo.

Lo anterior permitiría no sólo la aplicación de la teoría, sino que también establecer límites entre los contenidos entre paciente y terapeuta. Esto se halla íntimamente relacionado con el autoconocimiento de éste último, lo que haría, eventualmente, plausible que este sujeto se encuentre más abierto y disponible al conocimiento del otro, facilitando así el reconocimiento y conocimiento del funcionamiento del paciente y qué clase de relación es posible de ser construida para poder establecer una que permita la formación de una alianza adecuada, favoreciendo la creación de condiciones para el cambio.

Este punto es de vital relevancia, “ya que es precisamente en el proceso relacional donde los riesgos de fracaso del éxito terapéutico se pueden ver incrementados” (García, 2007, p.2-3).

De esta forma, los aspectos personales cobran gran trascendencia, puesto que, como se ha mencionado con anterioridad, el vínculo expresado en la relación terapéutica es uno de los mejores predictores de éxito terapéutico (Corbella y Botella, 2003; Lara, 2010). Por lo tanto, para que pueda existir una alianza favorable, no sólo es necesario que el sujeto maneje aspectos técnicos, sino que depende, en su mayor medida, de características y habilidades personales de carácter relacional, que posibiliten la formación de un espacio seguro. Las relaciones que se establecen bajo esta profesión, distan de todo tipo de interacción que el sujeto pueda constituir en las distintas áreas de su vida, por lo que, este particular modo relacional es mayormente aprendido en la dinámica relacional terapéutica, en el ejercicio clínico de la psicoterapia. Esto es porque, en el cotidiano, no existe ningún tipo de relación que sea homologable a la relación psicoterapéutica.

Pese a la relevancia de lo anteriormente expuesto, los centros de formación se han dedicado mayormente a sentar las bases del saber, el conocimiento teórico, mas no se han abocado o se han dedicado insuficientemente al ámbito práctico, área en la que se constituye la psicoterapia, siendo así la esfera en donde se da un salto desde el saber teórico al saber aplicado, al expertise.

Todo lo anterior, conlleva a que el terapeuta necesite desarrollar múltiples competencias relacionadas con el espacio psicoterapéutico, que le permitan un desempeño exitoso en su campo de trabajo, es decir, en poder crear las condiciones de cambio del paciente.

La presente investigación ha desarrollado la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica como una nueva propuesta dentro del Modelo Constructivista Cognitivo. Esta nueva competencia se constituye como relevante en todo el proceso terapéutico, mas, para efectos de esta memoria, se abordó desde la técnica procedural de la Exploración Experiencial.

Para llevar a cabo la propuesta de esta competencia, fue necesario hacer una revisión de elementos correspondientes a la Metateoría y Teoría Clínica Constructivista Cognitiva, a modo de poder lograr una contextualización histórica de este Modelo. Bajo esta lógica, los momentos conductuales y cognitivo clásicos han sido importantes para el desarrollo del Constructivismo Cognitivo, ya que le han otorgado insumos teórico-prácticos para su surgimiento, independiente de que exista una diferencia epistemológica fundamental entre estos diversos momentos. Aquí el positivismo y la existencia de una verdad única y externa quedan obsoletos, dejando atrás la noción de un sujeto que debe adecuarse a una realidad objetiva y normada, para dar paso a la existencia de una realidad que resulta inasequible, y que, por tanto, permitiría la existencia de tantas realidades como sujetos en el mundo. Esto también permite la concepción de un sujeto proactivo, que construye y reconstruye constantemente su propia realidad y a sí mismo. Además, es importante mencionar que desde este modelo, no sólo se consideran los fenómenos conductuales y cognitivos, sino que también los procesos emocionales e interpersonales, siendo, todos estos, particulares y únicos en cada sujeto.

De esta forma, el medio social cobra relevancia en la construcción de la idiosincrasia de cada sujeto. En este contexto, los procesos comunicacionales inherentes al ser humano forman parte de las perturbaciones que desequilibran al individuo, y, al mismo tiempo, constituyen la posibilidad de reorganizarse y volver a un estado de equilibrio ilusorio (Vergara, 2010). En este sentido, es importante mencionar que el sujeto es proactivo y responsable de su propia construcción basada en dos formas de conocimiento; la experiencia inmediata y la explicación que le otorga a ella. Ambos ejes derivan en que el conocimiento humano se constituye como la autoorganización de la propia experiencia, caracterizándose esta, predominantemente, por ser de índole afectivo-emocional, lo que se ha considerado, en la concepción del Modelo Constructivista Cognitivo, como el núcleo central (Dobry, 2005).

Cuando el sujeto no puede dar una explicación que resulte congruente con su experiencia inmediata, este se desequilibra, no pudiendo integrar la experiencia de forma

adecuada. Al ocurrir esto, aparecen los síntomas. En este contexto sintomatológico concebido desde el Constructivismo Cognitivo, la psicoterapia cobra relevancia, estableciéndose como un espacio peculiar, con características distintas a las que se establecen en situaciones cotidianas. Aquí hay dos subjetividades que se encuentran y relacionan, donde una de ellas, en decir, el sujeto-paciente, acude “a causa de la desorganización creciente de una particular forma de vivir, que le acarrea aflicción, y cuyo objetivo es el logro de un cambio a través de un proceso de conocimiento” (Yáñez 1998; 1999; 2000b, en Cortés & Kusanovic, 2002, p.62). La otra subjetividad asume el rol de terapeuta, procurando crear las condiciones que posibiliten la reorganización del otro sujeto.

Esta dinámica interpersonal basada en procesos comunicativos, impele a que el terapeuta deba estar alerta a tres elementos constituyentes de este espacio: él mismo, el paciente y la relación terapéutica. Aquí, la forma de conocer del terapeuta es una herramienta para el proceso psicoterapéutico, debiendo prestar especial atención a la elaboración personal (Safran y Segal, s/f, en García, 2007; Vergara, 2010) que él hace del proceso psicoterapéutico y del paciente. Sin embargo, para poder desplegar las intervenciones óptimas, es necesario que el terapeuta pueda desengancharse de dicha elaboración personal (Yáñez, 2011a; 2012). Por tanto, es requerido que el terapeuta posea un elevado autoconocimiento, teniendo claro aspectos conformadores de él, tales como sus valores, creencias, sentimientos, emociones, así como potencialidades y dificultades de su propia vida, etc. Es por ello que, y como se mencionó con anterioridad, el terapeuta debe ser un experto en su propio autoconocimiento. No obstante, es también requerido que sea un experto del dominio técnico, en relación al conocimiento teórico y a la práctica clínica, el que sólo es útil en la medida que este sujeto puede llegar a conjugar esto con su autoconocimiento. Por otra parte, se halla el paciente, el que es un experto en su propia vida, siendo el que más se conoce (Kelly, s/f, en García, 2007; Vergara, 2010). Es por esto que es necesario que, en la relación terapéutica, el terapeuta le otorgue legitimidad a la vivencia del paciente, así como a su despliegue en sesión. Sólo en la medida que esto pueda darse en la relación terapéutica, se podrá llegar a establecer un espacio seguro, posibilitando la formación de una alianza exitosa.

Esto implica la necesidad de desarrollar competencias terapéuticas para el logro de un desempeño psicoterapéutico exitoso. De esta forma, en este contexto, la noción de competencia de vuelve crucial. Cabe señalar que en el concepto de competencia, desde

el Constructivismo Cognitivo, existirían elementos relacionados con lo teórico y los aspectos técnicos, que sientan las bases para el ejercicio psicoterapéutico, debido a que le permiten tener un marco de referencia que rige el aspecto práctico, y aquellos que tienen relación con la construcción de su idiosincrasia. Ambos planos se pueden hallar transversalmente en los componentes de las competencias desde el Constructivismo Cognitivo:

- a) Conocimiento: es el sujeto quien aprehende los conocimientos conceptuales a partir de sus propias estructuras, desde su autorreferencialidad y es también responsable de la aplicabilidad de ellos.

- b) Habilidades: estarían relacionadas con aspectos personales desarrollados durante el proceso evolutivo del sujeto y modulados a través de lo teórico. Asimismo, las características personales de cada sujeto, a su vez también modularán lo teórico conceptual, ya que, por ejemplo, una intervención tomará una forma particular en cuanto a aspectos locutivos e ilocutivos, dependiendo de los repertorios conductuales, emocionales y cognitivos propios de cada terapeuta; lo teórico, entonces, hará que dichos repertorios se ciñan a una estructura general y un objetivo específico, puesto que se hayan sistematizados por el Modelo.

- c) Actitud: al referirse a una evaluación personal, está íntimamente ligado a la vivencia emocional que el sujeto experimenta. Esto está relacionado con la historia de vida del sujeto, con su construcción identitaria. Por tanto, está mediado fundamentalmente por aspectos personales. Pese a lo anterior, podría existir una cierta correlación directamente proporcional, entre conocimiento y habilidad, y evaluación positiva; es decir, a mayor conocimiento y habilidades, mejor evaluación emocional. En este punto es importante considerar las Organizaciones de Significado Personal de cada sujeto¹.

¹ Véase Guidano, 1994.

- d) Identidad: estaría atravesada por aspectos de carácter personal asociados a la construcción y deconstrucción continua del sujeto. Ya que la identidad hace referencia a un área determinada de acción, en este caso, se refiere a la identidad del sujeto como psicoterapeuta. Por tanto, al estar relacionado con este ejercicio particular, depende también de los conocimientos teóricos y prácticos que el sujeto haya desarrollado, así como también está relacionado con las habilidades personales en este ámbito determinado. En estos términos, es importante tener un autoconocimiento elevado, puesto que esto permitiría tener conciencia de aspectos que podrían interferir con el proceso terapéutico. De esta forma es importante flexibilizar el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima. En otras palabras, es primordial que el terapeuta, al tener mayor conciencia de sí mismo, pueda permear estos aspectos, para así poder diluir ciertas concepciones de sí mismo que pueden llegar a mermar su desempeño psicoterapéutico.

A partir de lo anterior, es posible aseverar que las competencias cobran gran relevancia en contextos de índole profesional, puesto que permiten, a partir de su despliegue, obtener resultados exitosos en el campo de acción del sujeto. En este sentido, el escenario psicoterapéutico no es la excepción. Por ello, es de suma importancia identificar competencias genéricas, es decir, transversales a los individuos que ejercen el quehacer psicoterapéutico.

Considerando la propuesta teórica realizada en la presente memoria, se podría postular que una de las competencias genéricas a desarrollar para poder llevar a cabo un proceso psicoterapéutico exitoso es la Competencias de la Bifocalidad.

En términos generales, esta competencia alude a talentos y destrezas que el terapeuta debe manejar en términos teóricos y aplicados, en donde lo fundamental es que pueda transitar ente los polos de la Receptividad y la Expresividad, mediados por los procesos de enganche y desenganche, en donde los actos de habla son imprescindibles, porque se constituyen como intervenciones en sus tres niveles: locutivo, ilocutivo y perlocutivo. Asimismo, es necesario considerar, subyacentes a todo este proceso, las intenciones psicoterapéuticas básicas que el terapeuta debe procurar mantener durante todo el proceso de terapia.

Para llevar a la práctica esta competencia, es necesario que, en primer lugar, el terapeuta tenga conocimientos conceptuales sobre ella y también todo lo relacionado con el Modelo Constructivista Cognitivo, es decir, con la Metateoría y la Teoría Clínica. Particular y detalladamente, debe ser capaz de manejar, a lo menos, los conceptos de enganche, desenganche, intervenciones, técnicas, herramientas, encuadre, asertividad generativa, actos de habla, relación terapéutica, alianza y competencia. Además, es imprescindible que el terapeuta no sólo conozca y maneje esto en términos teóricos, sino que sea también capaz de llevarlos a la práctica de manera eficiente. Esto implica que la mínima condición que el terapeuta debe ser capaz de desplegar es el poder acoplarse al paciente, a esa subjetividad particular y en constante cambio. De la misma forma, el hecho de que todos los pacientes sean distintos, involucra que, a pesar de que exista una metodología que permite sistematizar los procedimientos psicoterapéuticos, el terapeuta debe necesariamente ser *flexible y creativo* en el ámbito aplicado.

En segundo lugar, y para el despliegue eficiente y exitoso de una terapia, es requerido que el terapeuta posea altos niveles de autoconocimiento, dicho de otro modo, es imprescindible que posea un conocimiento de sí mismo importante en relación a su funcionamiento, modo de construcción de sí, de los otros y del mundo. En este sentido es relevante que sea consciente de su historia, creencias, valores, ideologías, sentimientos, emociones, entre otros. Por otro lado, cabe señalar que el terapeuta debe poseer grados de autocontrol elevados, ser flexible y utilizar aquellas características personales constituyentes de sí, que pueden conformarse como fortalezas en la psicoterapia. El hecho de que este sujeto tenga conocimiento de todo lo anterior, le permite tener conciencia del desafío constante que implica ser terapeuta, puesto que si bien, el objetivo central es difícil de conseguir (la creación de condiciones para el cambio), el proceso para llegar a este no es menos dificultoso. Esta conciencia está asociada a tener en cuenta que todo el despliegue del terapeuta, hasta lo más mínimo y aparentemente insignificante, está influyendo de manera constante en la creación de las condiciones para el cambio. Por lo tanto, la labor del terapeuta involucra al sujeto en su totalidad. Esto puede ser visto desde dos perspectivas: desde su historicidad, en términos de idiosincrasia identitaria, y también desde el despliegue sesión a sesión como perturbador estratégicamente orientado.

Si bien la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica es transversal a todo el proceso de psicoterapia, como se mencionó con anterioridad, ésta se aplicó

específicamente a la técnica de Exploración Experiencial. La relevancia de esta técnica radica en que le otorga un sello característico al Modelo Constructivista Cognitivo, constituyéndose como una intervención y una intención que el terapeuta debe mantener permanentemente durante el proceso de terapia. Por otra parte, esta técnica procedural, en términos generales, tiene ciertas similitudes al proceso psicoterapéutico global:

- a) Las primeras sesiones están destinadas a conocer las problemáticas centrales del paciente, las que serán objeto de trabajo en el proceso de terapia (Cortés & Kusanovic, 2002). En la fase de Evaluación se intenta conocer al paciente, siendo, entonces, un relato más general. En la Exploración Experiencial, por su parte, la primera etapa está abocada al Relato Panorámico, en donde el sujeto describe un acontecimiento importante de manera general y poco intervenida por el terapeuta, que da indicios del funcionamiento global del paciente.

- b) La segunda fase corresponde a la fase de Ajuste, en la que se comienza a abordar el motivo de consulta, y donde el terapeuta puede conocer al paciente de forma más profunda (íbidem). En la Exploración Experiencial, la fase de Descripción Detalla de los Acontecimientos tiene como fin poder identificar la escena nuclear del relato del paciente, reconociendo, a su vez, la perturbación emocional y/o cognitiva asociada a ésta. Esto se lleva a cabo profundizando en detalles del relato relacionados con el contexto físico, contexto interpersonal y escenario/hecho propiamente tal. Lo que el proceso psicoterapéutico general y esta fase tienen en común, es la profundización de contenidos con respecto a la vivencia del paciente.

- c) En la tercera fase se realiza el proceso psicoterapéutico propiamente tal, abocándose a la sintomatología y a los aspectos estructurales relacionados con la significación de la realidad, llegando a establecer posibles aspectos disfuncionales del paciente (Yáñez, 1998; 1999; 2000; conversación personal, 2002, en Cortés y Kusanovic, 2002). En la Exploración Experiencial, la fase de Reorganización Sistémica, se lleva a cabo la incorporación gradual de contenidos que han sido soslayados, de modo que vayan transitando desde la ipseidad hacia

la mismidad, integrándose a la identidad del sujeto. La incorporación de estos contenidos, si bien están vinculados con un hecho en particular, se encuentran relacionados con un modo general de operar del sujeto.

Otro punto importante a señalar, es que el proceso psicoterapéutico y la Exploración Experiencial poseen como método primordial la autoexploración, la que es “entendida como un proceso de búsqueda vivencial, que consiste en llegar a darse cuenta de una complicada serie de datos del proceso interno, que de otro modo hubieran sido inaccesibles a la conciencia. Este proceso no es solamente un análisis racional, sino que implica contactarse con el modo de operar del sujeto tanto a su particular manera de asignar significados a lo que le rodea, como su funcionamiento afectivo” (Greenberg, Rise & Elliot, 1999, en Cortés y Kusanovic, 2002, p.83).

Es posible, a partir de lo anteriormente señalado, aseverar que la Exploración Experiencial se alinea a la psicoterapia, es decir, persigue el mismo objetivo central, facilitando la gradual reorganización y promoción del cambio del paciente. Además, la Exploración Experiencial, al ser constituyente del proceso psicoterapéutico, también es regida por la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica. Así, para llevar a cabo el procedimiento de la técnica de Exploración Experiencial aplicando la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, es necesario poseer los conocimientos teórico-prácticos y personales que se mencionaron con anterioridad. Aquí cabe hacer hincapié en el total manejo conceptual de la secuencia de aplicación de la Exploración Experiencial. Por otra parte, es necesario manejar a nivel teórico qué elementos constituyen la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica y de qué forma se hallan articulados.

A modo de síntesis, la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica se expresa en la aplicación de la Exploración Experiencial de la siguiente forma:

Fase Ex Ex	Competencia Bifocalidad	Actos de Habla	Intervenciones
Relato Panorámico	Preponderantemente Receptivo	Preponderantemente Ilocutivo: Gestual, facial, kinestésico. Perlocutivo	Escucha T. Aclaración Paráfrasis
Descripción detallada de los acontecimientos	Receptivo y Expresivo	Locutivo Ilocutivo Perlocutivo	Escucha T. Exploración Reflejo Ilocutivo Señalamiento Metacomunicación
Reorganización Sistémica	Receptivo y Expresivo	Locutivo Ilocutivo Perlocutivo	Escucha T. Metacomunicación Bisociación Confrontación Rotulación Interpretación

Cuadro nº1: Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica en la Exploración Experiencial

A partir de lo anterior, es fundamental señalar la importancia de las habilidades expresivas y receptivas, pues es la comunicación la herramienta primordial de cambio en psicoterapia (Dobry, 2005). Estas habilidades expresivas y receptivas, acotadas a un contexto psicoterapéutico, particular deben ser desplegadas en el momento en que el terapeuta considere preciso, para, de esta forma, producir un efecto real en el otro, en y por medio de la relación (ibidem). Este efecto, después de la producción de actos de habla predominantemente locutivos e ilocutivos del psicoterapeuta, es de vital importancia en el proceso psicoterapéutico en general y en la aplicación de la Exploración Experiencial en particular, puesto que este efecto perlocutivo se constituye como una perturbación en el paciente, que gradualmente se van conformando como elementos importantes para el cambio de éste.

Por otra parte es importante mencionar los aspectos distintivos de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, aplicado a la técnica de la Exploración Experiencial. La Receptividad es significativa porque puede constituirse como un indicador de complementariedad y coordinación con el paciente. Particularmente, cabe señalar la importancia de contención, no enjuiciamiento, empatía cognitiva², comprensión y escucha

² Empatía conceptual, basada igualmente en emociones (Yáñez, 2011c).

(como intervención básica en todo el proceso de aplicación de la técnica) en este polo. Asimismo es importante aseverar que dentro de esta intención se encuentra la intervención básica de todo el proceso de aplicación de la técnica, es decir, la Escucha Terapéutica. La relevancia de ésta radica en que, a partir de ella, se pueden generar todas las otras intervenciones.

Al inicio del proceso psicoterapéutico, más específicamente en la primera sesión, la Receptividad da comienzo a la psicoterapia. Sólo a partir de ello la Expresividad comienza a tener una forma particular, acoplándose a las singularidades del paciente. Si bien la Expresividad y la Receptividad se influyen mutuamente, la Expresividad siempre deviene de la Receptividad, y más aún, de la Escucha Terapéutica, puesto que, el terapeuta debe tener en cuenta no solamente aquellos elementos que recibe en ese momento, sino que todos los que ha recibido durante todo el proceso psicoterapéutico.

Por otro lado, a diferencia de la Receptividad, la Expresividad no es un indicador de algo, sino que ésta se basa en otros indicadores para que pueda tener lugar. Estos corresponderían a elementos tales como la relación y la alianza psicoterapéutica. Así, si hay una alianza bien constituida, entonces es plausible realizar intervenciones más arriesgadas, correspondientes a los últimos cuatro o cinco niveles de intervención.

Tomando en cuenta lo que ha sido previamente expuesto, puede plantearse que la regulación y precisión de los niveles de los actos de habla, locutivo e ilocutivo, o ambos juntos, es una habilidad importante en el psicoterapeuta, pues son ellos, los que se constituyen como perturbaciones en la subjetividad del paciente. El autoconocimiento y autoobservación son imprescindibles para llevar a cabo la técnica de Exploración Experiencial asociada a la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, puesto que es este aspecto el que permitiría al psicoterapeuta hacerse consciente del impacto vivencial generado por el paciente, poder categorizarlo y generar una categoría anexa que posibilite una intervención efectiva.

Esta tarea es particularmente complicada para los terapeutas en formación, debido a que uno de los objetivos más difíciles para ellos es lograr desengancharse de la emoción que le suscita el paciente (Yáñez, 2005). Este objetivo puede lograrse a partir de la práctica clínica y de mayores niveles de autoobservación y autoconocimiento. Asimismo, otro aspecto especialmente dificultoso de lograr es poder articular la multifocalidad que se le demanda al terapeuta.

Estas problemáticas pueden observarse con mayor claridad en el inicio del ejercicio profesional, al verse expuesto a un contexto novedoso, el terapeuta puede encontrarse con perturbaciones que remuevan contenidos poco elaborados de su idiosincrasia, por tanto, es recomendable que éste se someta a un proceso psicoterapéutico, puesto que el auto análisis podría fomentar la mantención de la propia perspectiva, continuando el mismo camino e imposibilitando la aparición de un punto de vista distinto, de una explicación que permita salir de la circularidad y que le otorgue al sí mismo una coherencia y consistencia mayor. Sólo en la medida que los niveles de autoconocimiento se complejicen y, con ello, la posibilidad de tener conciencia de las fortalezas y aspectos críticos de la existencia, los terapeutas podrán realizar intervenciones óptimas y eficientes que posicionen al paciente como el actor principal del espacio y el único agente de cambio.

Esto fomenta la formación de una conciencia de “mí”, “en mi interacción con el mundo como obligando que las categorías que se pueden usar para denominar lo que pasa, tengan que ser constantemente revisadas, para ser fieles a lo que se va dando en forma dinámica y procesal en la experiencia (Yáñez, en Gálvez, 2010).

De esta forma es posible preguntarse por las implicancias de la formación psicoterapéutica, lo que subyace a ella. Para ello es necesario entender en primera instancia que la formación, como proceso no es la utilización irreflexiva de una teoría o modelo ya estipulados, sino más bien, es esencialmente la forma de conformar una teoría o modelo (Gálvez, 2010). En este sentido cabe señalar que en la forma misma de hacer terapia, se puede aseverar que cada terapeuta posee un modo único y particular de llevar a cabo su quehacer profesional, puesto que éste está asociado a habilidades teórico-prácticas y personales. Si bien las primeras pueden ser impartidas de manera estandarizada para todo el estudiantado, esto termina siendo finalmente un elemento distinto en cada terapeuta en formación, puesto que cada uno aprende estos contenidos teóricos en relación a su propio sistema de conocimiento, pasando por un filtro particular en cada sujeto. En tanto las segundas están relacionadas con una construcción única e irrepetible per se. Por tanto, se puede decir que cada psicoterapeuta “posee sus propios valores, creencias, y la forma particular de ver el mundo. Válidas todas. Es desde esa forma, única y particular de ver, desde donde actúan para utilizar nuestras mejores herramientas y tratar de aliviar los dolores de quienes consultan.” (Zlachevsky, 1996, p.3).

“La psicoterapia es una abstracción y, en lo concreto, existimos terapeutas” (íbidem). El desempeño de un psicoterapeuta en general, y más específicamente un terapeuta cognitivo, se expresa en una serie de competencias técnicas y personales que son el resultado complejo de una formación clínica que lo capacita para ejercer la psicoterapia y que, al mismo tiempo, lo provee de una identidad como psicoterapeuta” (Yáñez, 2005).

Generalmente, en el cotidiano, las universidades se centran más en impartir aspectos de tipo teórico-conceptual, sin embargo, no es suficiente para poder llegar a desempeñarse de manera exitosa en el quehacer psicoterapéutico. Esto es porque, es también necesario formar las habilidades personales, de modo de poder potenciar las fortalezas del terapeuta en formación, así como también poder trabajar y/o diluir características que puedan llegar a entorpecer este quehacer. Es importante considerar que en este escenario, los centros de formación, en términos generales, se han hecho cargo principalmente de impartir elementos que resultan de menor dificultad para efectos de entrenamiento (conocimiento conceptual). En tanto, aquellos aspectos que se asocian con lo relacional, se vuelven más complejos en su desarrollo y modulación, por lo que se torna de vital importancia, que los establecimientos también se hagan cargo de ellos, a partir de actividades prácticas que los fomenten y potencien (Barra, 2012). Así, durante la formación de terapeutas del Modelo, se puede apreciar la importancia de regular, de acuerdo con la teoría, el papel del terapeuta en los procesos de cambio y las dificultades que los aprendices enfrentan al intentar incorporar las habilidades que permiten la regulación de la relación con el paciente, especialmente en lo referido a la modulación de sus repertorios personales que interfieren con la terapia. Por lo tanto, los centros de formación debieran hacerse cargo de prestar las instancias necesarias que fomenten el autoconocimiento, de modo que el terapeuta en formación pueda ser consciente de qué aspectos mejorar de sí mismos para poder luego tener un buen desempeño en el área de psicoterapia

Por otro lado, si bien es requerido que los centros de formación se hagan cargo de proveer las instancias necesarias para potenciar las habilidades personales, no por eso se debe dejar de lado la formación teórico-conceptual. Por el contrario, es primordial el perfeccionar estas instancias. Así, la propuesta teórica de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica surge como una posibilidad de sistematizar una forma de operar del terapeuta que es subyacente a todo el proceso psicoterapéutico. Esto permite una mejor formación de tipo pedagógico y teórica. Esta sistematización posibilita que los

terapeutas en formación tomen conciencia de lo que tienen que saber y aplicar, es decir, los hace consciente de sus fortalezas y debilidades, pudiendo identificar dónde pueden focalizar sus esfuerzos formativos, y, por tanto, optimizar el tiempo dedicado al ámbito práctico. Además, a nivel académico, permite la creación de un programa formativo, que a partir de las diversas generaciones y de las condiciones de los alumnos en términos generales, se focalice en aquellos aspectos más débiles, por lo que se torna crucial que el curso esté constantemente revisando y retroalimentándose a partir de la mirada del académico y de la de los estudiantes.

Por tanto, esta propuesta teórica hace plausible crear las condiciones para la posterior organización de cursos prácticos dirigidos a fomentar la formación de las habilidades que son los componentes principales de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica: Receptividad y Expresividad. Asimismo, es necesario que estos cursos pudiesen ir enfocados a poder entrenar el proceso de enganche-desenganche, puesto que es uno de los elementos más difíciles de formar, ya que este requiere altos niveles de autoconocimiento y el poder lograr que los terapeutas en formación puedan distanciarse de sus estados internos en pro del paciente. Esto es particularmente complicado porque es algo que no se da en la vida cotidiana, sino que es algo que ocurre netamente en la relación terapéutica, y, por lo tanto, no es algo que se entrene en el diario vivir.

Otro punto importante de la creación de esta propuesta, es que el entrenamiento de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica se centrará en poder aplicarla específicamente en la técnica procedural de la Exploración Experiencial. Ésta se constituye como la técnica que le da el sello particular al Modelo Constructivista Cognitivo, debido a que no sólo es una técnica propiamente tal, sino que es también una intención que el terapeuta debe aprender a mantener permanentemente durante todo el proceso de psicoterapia (Yáñez, Comunicación Personal, 2012). Por otra parte, gracias a los isomorfismos que esta técnica guarda con todo el proceso psicoterapéutico, puede llegar a plantearse que, al manejar esta técnica procedural, entonces el psicoterapeuta será capaz de poder llegar a conducir una terapia de manera adecuada. Ésto también implica que, el hecho de poder realizar una Exploración Experiencial de manera exitosa, permite que el terapeuta pueda llegar a manejar eficientemente la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica.

Con el fin de proponer instancias para potenciar el desarrollo de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica, se han planteado una serie de actividades en función a

la propuesta creada en esta memoria (Ver Anexo N°2). De esta forma, los contenidos tratados en las actividades serán, por un lado, los componentes de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica – Receptividad, Expresividad y enganche-desenganche –, y, por otro, la Exploración Experiencial, como técnica e intención. La modalidad de estas actividades es de tipo teórico-práctica, debido a lo planteado sobre la relevancia de poder conjugar el desarrollo de habilidades tanto de conocimiento conceptual como de conocimiento personal. Estas últimas se hallan orientadas a la terapia propiamente tal, pero también hacia un entendimiento sobre el funcionamiento general del terapeuta, hacia la forma en que éste entiende el mundo, a los demás y a sí mismo, en función a la vida misma.

Un aspecto relevante a señalar, es que a partir de las revisiones bibliográficas, se cree elemental ahondar en la temática de la comunicación desde el Modelo Constructivista Cognitivo, debido a su importancia dentro del proceso psicoterapéutico y considerándolo como la base de las interacciones humanas y, por tanto, de la psicoterapia misma. Por otra parte, se cree necesario realizar investigaciones relacionadas con la identificación y conceptualización de otras competencias que se constituyan como fundamentales dentro del proceso psicoterapéutico del Modelo Constructivismo Cognitivo. Esto podría dar paso a la ejecución de un Perfil de Competencias mínimos que el terapeuta deba manejar a nivel conceptual y aplicado, teniendo implicancias a nivel formativo. De esta forma, estas temáticas, se convierten en un desafío importante para futuras investigaciones de la línea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, (s/f). Comunicación en la vida cotidiana. Recuperado el 11 de Junio de 2012, del sitio web: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/comunicacion.shtml>
- Arciero, G. (2005). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal: reflexiones sobre la experiencia humana*. Buenos Airesm Argentina: Amorrortu.
- Barra, L. (2012). Cátedra de Postítulo de Gestión por Competencias. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Botella, Herrero y Pacheco (1997). Pérdida y Reconstrucción: una mirada constructivista al análisis narrativo del duelo. Recuperado el 6 de Agosto de 2010, del sitio web: <http://es.scribd.com/doc/40748297/Perdida-y-Reconstruccion-Duelo-Constructivista>
- Cayazzo, F. & Vidal, S. (2002). Definición de los conceptos de deseo, intención y complementariedad de intenciones en el Modelo de la Asertividad Reformulada desde el marco del Modelo Cognitivo. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Chacón, H. (2010). El terapeuta como perturbador estratégicamente orientado. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Psicología mención Adulto. Escuela de Posgrado, Facultad de Ciencia Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Cortés, S. & Kusanovic, J. (2002). Estado actual de la psicoterapia cognitiva en el Centro de Psicología Aplicada (CAP's) de la Universidad de Chile. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Dobry, C. (2005) *Estudio de las competencias del psicoterapeuta constructivista-cognitivo desde la perspectiva de la asertividad reformulada*. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Echeverría, R. (2003). *La Ontología del Lenguaje* (6ª Edición). Santiago, Chile: LOM Ediciones S.A.

- Ferrater Mora, J. (1994). *Diccionario de Filosofía*. (ed. 1999). España, Ed. Ariel S.A.
- Gálvez, F. (compilador, 2010). *Formación en y para una Psicología Clínica*. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- García, J. (2007). Un homenaje a M.J. Mahoney; Los riesgos del ejercicio de la Psicoterapia (un viaje al lugar peligroso). Recuperado el 15 de Junio de 2012, del sitio de web de Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Constructivistas: <http://www.sppc.org.pt/downloads/mahoney+jgm.pdf>
- Greenberg, L. y Safran, J. (1991). *Emotion, psychotherapy and change*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Piatigorsky, J. (Trad.). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Guidano, V. (1999). *El modelo cognitivo posracionalista: Hacia una reconceptualización teórica y crítica*. Quiñones, A. (Comp.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Lara, S. (2010). Cátedra de Introducción a la psicoterapia humanista. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Llacuna, J. (2004). Comunicación Interpersonal: El efecto palo alto. Recuperado el 15 de Junio de 2012, del sitio web: http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1031200
- Leiva, V. y Vásquez, C. (1999). *Técnicas cognitivas*. Grupo cognitivo adultos en Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs: La formación del Psicólogo Clínico. CAPs. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes.Basic*. New York
- Mahoney, M. (1997) *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. España, Editorial Desclée de Brouwer.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructiva*. Barcelona, España: Paidós Ediciones.
- Maturana, H. (1991). *El sentido de lo humano*. Santiago, Chile: Editorial Hachett.
- Maturana, H; y Varela, F. (1984): *El árbol del conocimiento*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Molina, V. (2008). Cátedra de Psicología del Desarrollo I. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Peralta, J. (2000). Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación: una visión pragmática constructivista centrada en los contextos. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, p.54 – 66. Recuperado el 5 de Junio de 2012, del sitio web de Universidad Autónoma del Estado de México: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83600704>.
- Rizo, M. (2004). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo conceptos de comunicación. Recuperado el 30 de Mayo de 2012, del sitio web: <http://www.portalcomunicacio.com/download/17.pdf>
- Ruiz, A. (1992). La terapia cognitiva procesal sistémica de Vittorio Guidano. Aspectos teóricos y clínicos. Recuperado el 24 de Abril de 2012, del sitio web del Instituto de Terapia Cognitiva: http://www.inteco.cl/articulos/011/texto_esp.htm
- Safran, J. y Muran, C. (2000): *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica.

- Vergara, P. y Gaete, P. (1999): Diagnóstico y cambio en la teoría cognitiva – post racionalista. En *Memorias de las Primeras Jornadas Clínicas del Caps*. Departamento de Psicología. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Vergara, P. (2010). Cátedra Metateoría y Teoría Constructivista Cognitiva. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Vergara, P. (2011). Cátedra de Teoría Clínica. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. & Vergara, P. (2001). Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 1 (10), 97-110.
- Yáñez, J., Centro de Psicología Aplicada, CAPs, (1999). *Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Yáñez, J. (2002) *Apunte sobre Teoría Clínica Constructivista-Cognitiva*. Apunte no publicado de circulación restringida para uso académico.
- Yáñez, J. (2003). Teoría clínica constructivista: Segunda parte. Manuscrito no publicado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J. (2004). Apunte “Psicoterapia, cambio y encuadre terapéutico”. Manuscrito no publicado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J. (2005) *Constructivismo cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de doctor en psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J. (2009). Cátedra de Introducción a la Clínica y Psicoterapia Constructivista Cognitiva. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- Yáñez, J. (2011a). Cátedra Psicoterapia II. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Yáñez, J. (2011b). Cátedra de Taller para el Desarrollo de Competencias para la clínica Constructivista Cognitiva. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile
- Yáñez, J. (2011c). *Ficha Clínica Constructivista N° 2: Secuencia de Acceso a Contenidos Emocionales*. Apunte no publicado de circulación restringida para uso académico.
- Yáñez, J. (2012). Cátedra de Introducción a la Clínica y Psicoterapia Constructivista Cognitiva. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Zagmutt, A., Lecannelier, F. y Silva, J. (1999). El problema de la delimitación del constructivismo en psicoterapia [Versión electrónica]. *Journal of Constructivism in Psychotherapy*, 1 (4), 117-127. Extraído de <http://posracionalismo.cl>
- Zagmutt, A. y Silva, J. (1999): Conciencia y Autoconciencia: Un enfoque constructivista. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Año 53. Vol. 37. N°1.
- Zlachevsky, A. M. (1996). Una mirada constructivista en psicoterapia. *Revista Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Año 14. Vol. 5. N°26.
- Zlachevsky, A. M. (2009). El lenguaje visto – visto desde Ortega y Heidegger –, y la fundamentación filosófica de la psicoterapia conversacional. Recuperado el 10 de Junio de 2012, del sitio web: <http://es.scribd.com/doc/46938604/45/La-Psicoterapia-como-techne>

ANEXOS

Anexo N°1 Descentramiento

Según Safran y Segal (19994) corresponde a un proceso que tiene como fin que el sujeto pueda observarse a sí mismo como un observador participante, facilitando el distanciamiento entre las interpretaciones que le da a los acontecimiento y los hechos en sí mismos. Realizar este proceso podría permitir modificar la índole de la experiencia, abriendo una gama nueva de significaciones posibles para el sujeto.

Por lo anteriormente señalado, el descentramiento se vuelve una práctica crucial para el terapeuta: primero, con respecto impacto emocional generado por el paciente; y, segundo, descentramiento respecto de su paciente, para poder distinguir entre las interpretaciones del paciente y los hechos más objetivos. Al mismo tiempo, el psicoterapeuta debe ser capaz de instar a que el paciente logre llevar a cabo el mismo proceso con él mismo.

El descentramiento, entonces, es una práctica del terapeuta que además el paciente debe aprender en su vida, porque le permite visualizar la realidad como algo que se construye en donde él es el agente de construcción de este proceso, y por tanto, de cambio de sí mismo.

El descentramiento del terapeuta está estrechamente relaciona con el enganche y el desenganche, es decir, lo que se produce y la reacción que el terapeuta experimenta a partir del despliegue del paciente en psicoterapia (Yáñez, 2005). Esto implica tener altos grados de autoconciencia y de autoconocimiento por parte del terapeuta, lo que facilitaría el enganche y desenganche. Con respecto al autoconocimiento, es un tema que no está aún desarrollado en el Constructivismo Cognitivo, ya que no se encuentra distinguido de la autoconciencia.

Anexo N°2 Actividades

Actividad N°1: “Implicancias de la Receptividad”

Descripción

2 alumnos deben ofrecerse como voluntarios para participar en la actividad, uno como paciente y otro en el rol de terapeuta. El paciente debe narrar, durante 5 minutos, algún acontecimiento relativamente reciente que le haya causado algún grado de incomodidad (confusión, emocionalmente cargado, conflictivo, etc.). El terapeuta, por su parte, debe solamente prestar atención al relato del paciente, prestando atención al despliegue del narrador, sin tomar nota y sin realizar ninguna intervención locutiva.

El resto de los alumnos que no se encuentran en alguno de estos dos roles, debe focalizar su atención en lo narrado por el paciente.

Una vez terminado el relato del paciente, el terapeuta da una descripción/opinión respecto del despliegue del paciente, dando luego la posibilidad al resto de los alumnos de hacer lo mismo de manera voluntaria, complementando lo dicho por el terapeuta.

Paralelamente a esto, las ayudantes del curso tomarán nota del despliegue del paciente, desde la posición de observador-participante, con la intención de realizar una descripción más detallada, añadiendo sus observaciones y/u opinión a las intervenciones anteriores.

Luego de la realización de la actividad, se pasarán los contenidos relacionados con comunicación, asertividad generativa y asertividad.

Posteriormente a esto, se volverá a aplicar la actividad descrita

Tiempo estimado: 20 – 30 minutos.

Objetivo general: Entrenar a los terapeutas en formación en la Habilidad de Receptividad.

Objetivos específicos:

1. Tomar conciencia de lo que implica en términos prácticos la Habilidad de Receptividad.

2. Fomentar el aprendizaje conceptual de las temáticas subyacentes a la Habilidad de Receptividad.
3. Incrementar los niveles de autoconocimiento con respecto a las propias habilidades de los terapeutas en formación que se hallan relacionadas con la Habilidad de Receptividad.

Actividad N°2: “Enganche”

Descripción

Los terapeutas en formación serán divididos en grupos de 4 personas.

A todos los participantes del curso se les muestra un video, el que será seleccionado con anterioridad por el docente y sus ayudantes, por la calidad perturbadora de los contenidos emocionales. Antes de ver el video, se dará la instrucción de especial atención a lo que está ocurriendo en el video, poniendo énfasis en el impacto vivencial que genera en ellos.

Posteriormente, las personas se reúnen en los grupos acordados, quedando cada uno de los grupos a cargo de un moderador, que puede ser el profesor o sus ayudantes.

En una primera instancia se comparte el impacto vivencial que cada uno de ellos experimentó viendo el video, y luego categorizarlo en un concepto asociado a la emocionalidad.

Tiempo estimado: 15 – 30 minutos.

Objetivo general: Entrenar a los terapeutas en formación en identificar y conceptualizar su propio impacto emocional que es generado por el despliegue del otro.

Objetivos específicos:

1. Tomar conciencia del impacto vivencial en curso suscitada por el otro.

2. Entrenar la capacidad de escoger una categoría conceptual que sea pertinente y coherente con el impacto vivencial.
3. Observar el despliegue del paciente en su totalidad, considerando los contenidos de actos de habla.
4. Incrementar los niveles de autoconocimiento con respecto a la propia emocionalidad suscitada por los otros.
5. Fomentar las habilidades de descentramiento, a partir de las emociones que otros vivenciaron con la actividad.

Temáticas Asociadas: Conocimiento, Experiencia inmediata – Explicación, Receptividad, Actos de habla.

Actividad N°3: “Desenganche”

Descripción

Los terapeutas en formación serán divididos en los mismos grupos hechos en la actividad anterior.

A todos los participantes del curso se les mostrará otro video, distinto del visto en la actividad N°3, teniendo también la característica de tener un contenido emocional perturbador.

Posteriormente, las personas se reúnen en los grupos acordados, quedando nuevamente a cargo del moderador que los supervisó anteriormente.

En una primera instancia se comparte el impacto vivencial que cada uno de ellos experimentó viendo el video, y luego categorizarlo en un concepto asociado a la emocionalidad.

Luego, el monitor dará la instrucción de que cada uno de los participantes del grupo realice una intervención que sea contingente a su impacto vivencial, es decir, una intervención en base al enganche suscitado.

La siguiente consigna será que los participantes reflexionen a cerca de las reflexiones que cada uno de ellos elaboró y sobre las consecuencias posibles que ellas traerían.

Finalmente, de manera grupal, se debe elaborar una intervención que sea pertinente y efectiva para el sujeto del video, de modo que pueda generar una perturbación que resulte productiva.

Tiempo estimado: 25– 45 minutos.

Objetivo general: Entrenar a los terapeutas en formación en generar una categoría anexa al impacto vivencial sentido en primera instancia.

Objetivos específicos:

1. Tomar conciencia del impacto vivencial en curso suscitada por el otro.
2. Entrenar la capacidad de escoger una categoría conceptual que sea pertinente y coherente con el impacto vivencial.
3. Entrenar la capacidad de generar una categoría anexa al impacto vivencial.
4. Entrenar la capacidad de elaborar intervenciones coherentes con la categoría anexa y productivas en relación a las características del paciente.
5. Incrementar los niveles de autoconocimiento con respecto a la propia emocionalidad suscitada por los otros.
6. Fomentar las habilidades de descentramiento.

Temáticas Asociadas: Conocimiento, Experiencia inmediata – Explicación, Actos de habla, Intervenciones terapéuticas, Receptividad, Asertividad.

Actividad N°4: “Expresividad y Exploración Experiencial”

Descripción

A los participantes se les divide en grupos de 4-5 personas, a los cuales se les asigna un poema. Ellos mismos deben dividirlos por versos, estrofas o como fuese pertinente para luego recitarlo. Para llevar a cabo esto, se les da unos minutos, pudiendo así ensayar la coordinación grupal en torno al texto. A continuación, se realiza la actividad: cada uno de los integrantes proclama el extracto acordado, siendo acompañados con elementos de tipo ilocutivo y perlocutivos, otorgándole un sentido emocional-vivencial al poema.

Luego, cada grupo se reúne con alguno de los ayudantes del curso, recibiendo un feedback de su desempeño, tanto de forma individual como grupal.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Objetivo general

Actividad N°5: “Expresividad y Exploración Experiencial”

Descripción

Antes de realizar esta actividad, es necesario que se hayan pasado los contenidos relacionados con la Exploración Experiencial, específicamente enfocándose a la conceptualización de la técnica, secuencia de aplicación, las operaciones del terapeuta y las intervenciones asociadas a cada fase, considerando que estas deben ser atingentes.

La actividad consiste en dividir a los participantes en grupos de 3, donde cada uno de ellos tendrá el rol de terapeuta, paciente u observador de manera rotativa. Estos deben:

- Paciente: Debe narrar algún evento relativamente reciente que sea perturbador emocional o cognitivamente.
- Terapeuta: aplicar una Exploración Experiencial.

- Observador: debe poner especial atención en el terapeuta, teniendo en cuenta los elementos locutivos, ilocutivos y perlocutivos de las intervenciones realizadas.

A estos roles, se suma una persona que tendrá el rol de moderador/monitor, poniendo atención a la interacción terapeuta-paciente y también a cada uno de ellos por separado, focalizándose más en el rol de terapeuta.

El profesor indicará el momento en que el relato del paciente debe ser detenido. Una vez ocurrido esto, el moderador y el paciente comentan (en otro espacio/lugar) principalmente la performance del terapeuta, en función de cómo se sintió con la gestión de este. Se le pregunta abiertamente qué cosas le habían resultado positivas o destacables de la gestión y qué aspectos mejoraría.

Posteriormente, en grupo y con el moderador, se comenta el despliegue general de la persona que se desempeñó como terapeuta, focalizándose en la gestión de éste. A partir de esto, los participantes deben comentar sobre esto, y plantear su opinión en relación acerca del despliegue que ellos tendrían siendo terapeutas.

Tiempo estimado: 60 minutos.

Objetivo general: Entrenar en la aplicación de la técnica de Exploración Experiencial, considerando todas las operaciones que el terapeuta debe realizar a la base de ella, aplicando los componentes de la Competencia de la Bifocalidad Psicoterapéutica

Objetivos específicos:

1. Poner en práctica la Habilidad de Receptividad.
2. Poner en práctica la Habilidad de Expresividad.
3. Poner en práctica el enganche-desenganche.
4. Tomar conciencia de las operaciones que el terapeuta debe desplegar en la realización de la técnica.

Temáticas Asociadas: Conocimiento, Experiencia inmediata – Explicación, Actos de habla, Intervenciones terapéuticas, Receptividad, Expresividad, enganche – desenganche, técnica de Exploración Experiencial, Intenciones del terapeuta, Competencia.

Nota: Es necesario que estas actividades seas realizadas de manera secuencial, mas no necesariamente contiguas.