



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Postgrado
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

**EL PROCESO DE ENGANCHE Y DESENGANCHE DEL
TERAPEUTA EN EL CURSO DE LA PSICOTERAPIA:
Hacia el Descubrimiento Terapéutico**

**Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología
Clínica de Adultos**

Ps. MARCELA CAROLINA GALDAMES SEGUEL

Profesor Patrocinante:
Dr. Juan Orlando Yáñez Montecinos

Asesora Metodológica:
Mg. Elisabeth Wenk Wehmeyer

Santiago de Chile
Marzo de 2015

“...el otro no es uno de mis objetos de pensamiento, sino, como yo, un sujeto de pensamiento; que me percibe a mí mismo como otro distinto de él mismo; que, juntos, miramos el mundo como una naturaleza común; que, juntos también, edificamos comunidades de personas capaces de conducirse a su vez, en la escena de la historia como personalidades de grado superior”
(Ricoeur, 1996 [1990], p. 369).

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVOS.....	16
Objetivo General:.....	16
Objetivos Específicos:.....	16
PERSPECTIVA TEÓRICA.....	17
CAPÍTULO 1: Características del Proceso de Enganche y Desenganche.....	21
CAPÍTULO 2: Implicancias de la Configuración de la Identidad Personal en el Proceso de Enganche y Desenganche.....	53
CAPÍTULO 3: Del Proceso de Enganche y Desenganche al Proceso de Descubrimiento Terapéutico.....	65
CONCLUSIONES.....	86
REFERENCIAS.....	93

RESUMEN

Para el modelo psicoterapéutico constructivista cognitivo, los sentimientos del terapeuta que son gatillados por la conducta del paciente en el contexto de la psicoterapia, son concebidos como una herramienta de trabajo psicoterapéutico crucial que da cuenta de los esquemas cognitivos e interpersonales disfuncionales del paciente. Este proceso ha sido descrito más ampliamente bajo los constructos de enganche y desenganche por Kiesler (1979, 1982, 1988, 1996, 2001), Safran y Segal (1994) y Yáñez (2005). Sin embargo, no ha sido comprendido ni aplicado del todo, lo que se ve reflejado tanto en el despliegue de terapeutas experimentados como en aquellos que se encuentran en formación. Esto afecta la puesta en práctica de la psicoterapia constructivista al no poder realizar uno de sus principios básicos, orientado a facilitar intencionalmente el proceso de descentramiento en el paciente y que éste logre, en última instancia, resignificar su experiencia subjetiva, lo que es propio de su concepción basada en la realidad como una construcción subjetiva e intersubjetiva. Por ello, en este estudio teórico se busca comprender el proceso de enganche y desenganche desde el modelo psicoterapéutico constructivista cognitivo y postracionalista, clarificando las condiciones y destrezas del terapeuta para llevarlo a cabo, las que facilitan el proceso de cambio en psicoterapia. Para ello, se llevó a cabo una revisión y sistematización del estado del arte del modelo constructivista respecto del proceso de enganche y

desenganche y de sus contenidos asociados, lo cual se integró para otorgar una comprensión más acabada en cuanto a este proceso con los aportes del modelo constructivista a la comprensión de la construcción de la identidad personal, dada su base intersubjetiva. Finalmente, se generó una propuesta teórica que contemple una comprensión del proceso de enganche y desenganche durante la sesión de psicoterapia y las condiciones que requiere poseer el terapeuta para efectuar este proceso, estableciendo el concepto de descubrimiento terapéutico para explicar el proceso de enganche y desenganche, en tanto implica el acceso a contenidos perturbadores no sólo del paciente, sino también del terapeuta.

Palabras Clave: Proceso de Enganche y Desenganche, Modelo Constructivista, Base Intersubjetiva, Contenidos Perturbadores, Proceso de Descubrimiento Terapéutico

INTRODUCCIÓN

El constructo de contratransferencia ronda a la psicoterapia en el modelo psicoanalista casi desde sus inicios, pero era considerado como un fenómeno que requería ser reconocido, para luego descartarlo del proceso psicoterapéutico. No obstante, desde la teoría de la comunicación interpersonal que deriva del psicoanálisis, se posiciona la contratransferencia como una experiencia del terapeuta que puede ser utilizada para generar hipótesis sobre las dificultades relacionales del paciente, a partir del proceso denominado de enganche y desenganche. Esto implica un cambio paradigmático en la psicoterapia, al otorgar valor al potencial del influjo interpersonal en la facilitación del cambio.

La teoría de la comunicación interpersonal y, en particular, el proceso de enganche y desenganche es integrado a los planteamientos teóricos de la metateoría constructivista, enmarcándola dentro de las intervenciones metacomunicativas y de exploración de la experiencia del paciente. Sin embargo, el desarrollo teórico para la puesta en práctica del proceso de enganche y desenganche sigue requiriendo de una mayor conceptualización y especificidad de las orientaciones para su despliegue.

Por ello, el propósito del presente estudio teórico consiste en conocer el proceso de enganche y desenganche que realiza el terapeuta constructivista cognitivo en el marco de la psicoterapia, destacando las principales características de dicho proceso, las competencias que requiere poseer el terapeuta para su despliegue y las condiciones que éste debe generar en la psicoterapia para facilitar el cambio del paciente. Para su logro, se generó una formulación del problema de investigación y se desarrolló una propuesta teórica a través de los siguientes capítulos.

El capítulo 1 comprende las características del proceso de enganche y desenganche, que incluye los planteamientos iniciales de Kiesler (2001) y las reconceptualizaciones posteriores efectuadas desde el modelo constructivista por Safran y Segal (1994) y por Yáñez (2005). Además, en este capítulo se integran los planteamientos de Guidano (2001; 1994) que permiten complementar la comprensión de este proceso.

El capítulo 2 toma como eje central la configuración de la identidad personal desde los enfoques constructivista cognitivo y posracionalista que forman parte de la metateoría constructivista y sus implicancias en el proceso de enganche y desenganche, dada la relevancia de la intersubjetividad en la construcción de la identidad y en el despliegue del terapeuta de las intervenciones asociadas al proceso de enganche y desenganche.

El capítulo 3 corresponde a la integración de la revisión teórica presentada en los capítulos anteriores, en donde se detalla la propuesta generada en el desarrollo de esta investigación. Además de las competencias que requiere el terapeuta y de las condiciones que debe generar para facilitar el cambio del paciente, se plantea el proceso de descubrimiento terapéutico como una reconceptualización del proceso de enganche y desenganche.

El estudio culmina con la presentación de las principales conclusiones que derivaron de la propuesta teórica expuesta, destacando los principales hallazgos y sus implicancias, un análisis del cumplimiento de los objetivos de investigación y las proyecciones que derivan de esta propuesta que pueden volcarse en futuras investigaciones.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Desde la teoría psicoanalítica clásica y la psicología del yo, se considera la contratransferencia como la respuesta del terapeuta frente a la transferencia del paciente, que el terapeuta debe controlar a través de una vigilancia interna constante (Gabbarg, 2002 [2000]). No obstante, desde algunos enfoques psicodinámicos contemporáneos e interpersonales, se dio un vuelco significativo al concebir la experiencia subjetiva del terapeuta que es generada por el paciente como un factor central de la psicoterapia (Safran y Segal, 1994). Esta noción ha sido incorporada al enfoque constructivista en donde las interacciones interpersonales son contempladas como parte importante del ser humano, por lo que no se puede comprender al paciente con independencia del terapeuta (Kiesler, 1983 en Kiesler, 2001). De hecho, Safran y Segal (1994) afirman que en el proceso psicoterapéutico ocurren una serie de fluctuaciones sucesivas que se desarrollan transversalmente en el estado del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica, constituyendo tres niveles interdependientes. Es así como en el paciente va variando su mundo fenomenológico y en el estado del terapeuta se va modificando su experiencia interior, lo que a su vez influye en el desarrollo de la relación terapéutica.

La posición que adopta el terapeuta en sesión ha sido denominada por Guidano (2001; 1994) como la de un perturbador estratégico, por Safran y Segal

(1994) como la de un observador participante y por Kiesler (2001) como la contratransferencia objetiva que experimenta el terapeuta en el proceso psicoterapéutico. Sin embargo, es este último autor quien amplía la comprensión de dicha posición, conceptualizándola como el enganche y el desenganche que debe llevar a cabo el terapeuta para realizar las intervenciones terapéuticas metacomunicativas (Kiesler, 1979, 1982, 1988, 1996 en Kiesler, 2001). Posteriormente, esto es retomado por Safran y Segal (1994) y por Yáñez (2005) quienes describen mayores utilidades psicoterapéuticas al proceso de enganche y desenganche, las cuales atraviesan las intervenciones de metacomunicación y de exploración experiencial que se realizan desde el modelo clínico constructivista cognitivo.

El enganche alude a los sentimientos y tendencias a la acción que el paciente produce en el terapeuta durante la interacción entre ambos, mientras que el desenganche dice relación con la toma de conciencia del propio enganche y la posterior identificación del impacto emocional que le genera el influjo del paciente (Safran y Segal, 1994). Este proceso constituye el vehículo que permite dilucidar los esquemas cognitivos e interpersonales disfuncionales del paciente, en un contexto emocionalmente sensible que le permite volver a experimentarlos, tomar conciencia de ellos y buscar opciones para modificarlos (Guidano, 1994; 2001; Safran y Segal, 1994; Kiesler, 2001; Baringoltz, 2009; Voutilainen, Peräkylä y Ruusuvuori, 2010). El hecho de que el terapeuta efectúe

las intervenciones en base a este proceso, propicia que éste se constituya como un facilitador del cambio psicoterapéutico.

Pese al reconocimiento de la importancia para el cambio terapéutico en cuanto al empleo de los sentimientos que experimenta el terapeuta en la interacción con el paciente y al desarrollo teórico realizado por autores como Kiesler (Kiesler, 1979, 1982, 1988, 1996 en Kiesler, 2001), Safran y Segal (1994) y Yáñez (2005), la comprensión del proceso de enganche y desenganche puede seguir siendo profundizada, ya que aún consiste en una alusión teórica general que podría ser reconceptualizada a partir de la comprensión constructivista respecto de la construcción de la identidad personal.

Además, si bien se plantea que la capacidad de engancharse y desengancharse durante la interacción con el paciente se puede desarrollar en los terapeutas en el espacio de supervisión (Safran y Segal, 1994; Kiesler, 2001 y Yáñez, 2005), existe una baja consideración en la formación de psicólogos en el desarrollo de competencias que favorezcan la ejecución de este proceso, probablemente debido a la dificultad que implica para el supervisor explicarlo y para el terapeuta en formación comprenderlo, lo que se puede deber al escaso desarrollo teórico general de este proceso.

Esta dificultad puede afectar la práctica clínica, ya que atendería tanto en contra de los pacientes como de los terapeutas. En el caso de los primeros, se corre el riesgo de promover la toma de consciencia racional de sus problemas psicológicos, más que centrarse en los detalles de la experiencia subjetiva explicados de forma emocionalmente sensible.

Por su parte, en el caso que los terapeutas no se hagan conscientes del complejo cúmulo de sentimientos y emociones que experimentan durante las interacciones terapéuticas que establecen con los pacientes, se puede fomentar el establecimiento de hipótesis apresuradas y erróneas sobre éste y la forma en que se relaciona con otros (Safran y Segal, 1994). Además, el reconocimiento de estas experiencias puede ser favorable para el autocuidado de los terapeutas, al expresar aquello que experimentan durante las sesiones de psicoterapia con un paciente en particular (Yáñez, 2005).

En palabras de Safran y Segal (1994), ésta constituiría una técnica de cuestionamiento, la cual será eficaz en tanto propicie la toma de conciencia del paciente de su forma de construir la realidad.

Dado lo anterior, las preguntas de investigación a desarrollar en este estudio son: ¿en qué consiste el proceso de enganche y desenganche del terapeuta?, ¿cuáles son las competencias que requiere el terapeuta para

desplegar este proceso? y ¿cuáles son las condiciones que debe generar el terapeuta en psicoterapia para llevar a cabo el enganche y desenganche?.

El cambio en psicoterapia no sólo demanda que el paciente focalice su concentración en su experiencia subjetiva, sino que también es necesario que el terapeuta lleve a cabo el enganche y el desenganche respecto de aquello que el paciente genera en él (Kiesler, 2001). La comprensión y puesta en práctica del proceso de enganche y desenganche es central para el psicoterapeuta constructivista dado que se emplea a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico en la evaluación de los esquemas interpersonales y del ciclo cognitivo interpersonal del paciente, así como en la exploración de los procesos cognitivos de éste para que pueda modificarlos posteriormente (Safran y Segal, 1994).

Además, el proceso de enganche y desenganche es utilizado para la indagación en el despliegue de las intervenciones terapéuticas y de las técnicas procedurales de exploración experiencial y metacomunicación. Específicamente, para la exploración experiencial se requiere que el terapeuta sea capaz de engancharse y desengancharse de los contenidos desplegados por el paciente. Por su parte, en la metacomunicación forman parte de las fases de impacto vivencial y de despliegue. Tanto en la exploración experiencial como en la metacomunicación, el enganche y el desenganche permiten el intercambio

de experiencias vitales significativas entre terapeuta y paciente, con el objetivo de crear las condiciones para el cambio psicoterapéutico (Yáñez, 2005).

Por otra parte, es crucial que el terapeuta identifique sus sentimientos durante las sesiones, ya que inciden en las interacciones que establece con el paciente. De lo contrario, influirán en ésta sin que él sea consciente de ello, tal como le ocurre al paciente. Por ello, resulta esencial que el terapeuta tenga claridad y pueda distinguir cuándo está enganchado o desenganchado, con la finalidad de evitar ser partícipe del ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional del paciente y así poder cuestionar sus creencias disfuncionales sobre las relaciones interpersonales que entabla con otros (Safran y Segal, 1994).

Las etapas de enganche y desenganche también serían útiles para la detección de la emoción primaria del paciente con la cual el terapeuta debe empatizar, ya que forma parte de la experiencia emocional auténtica del paciente e indica cómo evalúa una determinada situación y cuál es su disposición a la acción (Greenberg y Safran, 1987 en Safran y Segal, 1994).

Todo esto se debe efectuar sobre la base de una relación terapéutica de apego segura, en donde el paciente pueda explorar libremente su experiencia subjetiva, volviendo al terapeuta cuando necesite la contención o una respuesta de éste (Guidano y Liotti, 1983; Safran y Segal, 1994; Kiesler, 1996 en Kiesler,

2001). Además, se requiere que el enganche y desenganche se realice sobre la inmediatez del aquí y el ahora de la sesión terapéutica, facilitando el cambio en psicoterapia en tanto permite abordar y cuestionar los procesos cognitivos del paciente de un modo emocionalmente inmediato (Safran y Greenberg, 1986 en Safran y Segal, 1994).

En definitiva, el proceso de enganche y desenganche es crucial en el proceso psicoterapéutico realizado desde el modelo constructivista, debido a que constituye un facilitador del cambio terapéutico real y duradero, en tanto forma parte de la premisa básica del terapeuta como observador participante (Safran y Segal, 1994) o como perturbador estratégicamente orientado (Guidano, 2001; 1994), que lleva al paciente a la resignificación de su experiencia subjetiva mediante el descentramiento que, finalmente, permite el traspaso de elementos de la ipseidad a la mismidad, en pro de lograr una mayor generatividad y complejidad del sí mismo (Yáñez, 2005).

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer el proceso de enganche y desenganche que despliega el terapeuta en el curso de la terapia, efectuada desde el modelo psicoterapéutico constructivista.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar y redefinir el proceso de enganche y desenganche que efectúa el terapeuta en el curso de la psicoterapia.

- Determinar las competencias que requiere el terapeuta para llevar a cabo el proceso de enganche y desenganche, que sean susceptibles de ser incorporadas en la formación de terapeutas.

- Clarificar las condiciones necesarias que debe generar el terapeuta constructivista durante la sesión de psicoterapia para el proceso de enganche y desenganche.

- Generar un nuevo concepto explicativo para la comprensión del proceso de enganche y desenganche.

PERSPECTIVA TEÓRICA

La presente investigación corresponde a un estudio teórico, en donde se construye una propuesta a partir de la descripción y análisis de los planteamientos de diversos autores. Específicamente, la perspectiva teórica como base en esta investigación, es el modelo psicoterapéutico constructivista cognitivo y postracionalista, a través del cual la realidad es concebida como un proceso continuo de construcción de efectúan los individuos a partir de las percepciones derivadas de su propia experiencia en el mundo, que se va constituyendo y ordenando en la intimidad individual y en las interacciones que establecen con las realidades de otros mediante un proceso dialéctico constante (Yáñez, 2005), por lo que destaca el rol activo y continuo de la construcción de su propia realidad que llevan a cabo los individuos (Safran y Segal, 1994), alcanzando un nivel de complejidad sistémica que se produce en la dinámica entre la realidad física o mundo físico, el contexto social o mundo intersubjetivo y la interacción entre ambas realidades que configuran la subjetividad del sí mismo (Yáñez, 2005).

El enfoque psicoterapéutico constructivista cognitivo integra los fundamentos y proposiciones de la teoría cognitiva, la teoría interpersonal, la teoría del apego, la teoría de la emoción y las tradiciones experienciales de la terapia centrada en el cliente y de la terapia gestáltica (Safran y Segal, 1994).

En este sentido, este modelo constituye una metateoría, en tanto “...no es una única teoría o un sistema conceptual monolítico, sino una familia de teorías relacionadas entre sí, que comparten una serie de afirmaciones y presupuestos. Es, si se quiere, un campo de abstracciones que reconoce una infinita diversidad de teorías individuales, dentro de los límites impuestos por las características conceptuales que definen esa metateoría” (Mahoney, 1997, p. 132 en Yáñez, 2005, pp. 11-12).

Desde la óptica psicoterapéutica propiamente tal, tanto el paciente como el terapeuta son concebidos como intérpretes activos con sus propias construcciones de la realidad. En consecuencia, la terapia se forja como un proceso dialéctico entre paciente y terapeuta, con una influencia de cambio bidireccional. Esta perspectiva permite a los terapeutas orientar a los pacientes en el descubrimiento de su propia realidad de forma creativa y constructiva, sin imponer los preconceptos del terapeuta acerca de la experiencia del paciente. De esta forma, es posible clarificar el contexto interpersonal y el modo en que los procesos cognitivos, afectivos y conductuales se desarrollan e interactúan en éste, a través del proceso psicoterapéutico está centrado en la maduración del sí mismo por medio de la diferenciación progresiva (Safran y Segal, 1994).

En palabras de Safran y Segal (1994) “...la metateoría aquí expuesta es tanto interpersonal como cognitiva: es interpersonal porque parte del supuesto

fundamental de que los seres humanos son por naturaleza criaturas interpersonales y que esto tiene profundas implicaciones para el desarrollo humano, los problemas clínicos y la psicoterapia; es cognitiva porque pone el acento en el modo como las personas construyen representaciones de su experiencia” (pp. 23-24).

Por su parte, el enfoque posracionalista concibe que el conocimiento humano es primariamente afectivo y, en segundo orden, se reorganiza desde el lenguaje. Este enfoque no niega la razón, si bien la concibe como un aspecto clave del conocimiento, no es el único, ya que el aspecto central es “la experiencia del paciente en primera persona” (Zagmutt, 2006, p. 1), ya que “indaga los modos de constitución del Sí Mismo y de construcción de la identidad personal” (Arciero, 2009 [2006], p. 12) que se organiza mediante una historia. Fue originalmente creado por Vittorio Guidano y continuado por Giampiero Arciero -que ha rescatado los aportes de la fenomenología hermenéutica a la psicoterapia y su vínculo con las neurociencias-, en conjunto con escuelas posracionalistas de Europa y Latinoamérica.

Considerando la importancia en los modelos psicoterapéuticos constructivista cognitivo y posracionalista, en general, y en los procesos de enganche y desenganche que lleva a cabo el terapeuta, en particular, de la construcción de su propia realidad que realizan los individuos o subjetividad, la

que en interacción con otras realidades personales conforman la intersubjetividad, los planteamientos anteriormente reseñados constituyen el marco de referencia de la presente investigación. Por ello, inicialmente se seleccionó toda la bibliografía publicada por los teóricos del modelo constructivista que hace alusión al rol de los sentimientos del terapeuta en el despliegue de intervenciones terapéuticas orientadas a la toma de consciencia y a la facilitación del cambio psicoterapéutico.

Se revisaron los planteamientos de Kiesler (2001) tanto sobre el enganche y desenganche en la metacomunicación como sobre la contratransferencia objetiva. También, se retomaron tanto las concepciones teóricas de Safran y Segal (1994) en cuanto al enganche y desenganche y a la concepción del terapeuta como observador participante del proceso de psicoterapia, los planteamientos de Guidano (1994; 2001) sobre la noción del terapeuta como perturbador estratégico y la propuesta de Yáñez (2005) respecto del modelo constructivista cognitivo. Además, se analizaron los aportes de Paul Ricoeur (1996 [1990]), de Giampiero Arciero (2003) y de Juan Yáñez (2005) sobre la construcción de la identidad personal.

CAPÍTULO 1: Características del Proceso de Enganche y Desenganche

A diferencia de la teoría psicoanalítica clásica, que ha tratado de obviar los sentimientos del terapeuta en sesión para velar por la eficacia de sus intervenciones (Safran y Segal, 1994), en consonancia con sus bases epistemológicas sobre la construcción de la realidad social y la intersubjetividad, entre los principales teóricos de los modelos psicoterapéuticos constructivista cognitivo y postracionalista, existe un claro consenso en la aceptación de los sentimientos y disposiciones a la acción que experimenta el terapeuta en la psicoterapia, los cuales pueden ser gatillados por el esquema de funcionamiento del paciente o también por las experiencias vitales o problemas del terapeuta que, de alguna forma, muestran algún grado de asociación con los problemas que narra el paciente en este contexto (Guidano, 2001; Kiesler, 2001; Baringoltz, 2009; Voutilainen, Peräkylä y Ruusuvuori, 2010).

Además, se observa un acuerdo consistente entre los principales referentes teóricos de estos modelos psicoterapéuticos en cuanto al empleo estratégico de los sentimientos del terapeuta que son gatillados por la conducta del paciente en el contexto de la psicoterapia, devolviéndolos elaborados a éste en la forma de intervenciones orientadas a la toma de consciencia de esquemas cognitivos e interpersonales disfuncionales, para luego ser resignificados y

modificados, constituyendo así la piedra angular facilitadora del cambio psicoterapéutico (Guidano, 1994; 2001; Safran y Segal, 1994; Kiesler, 2001; Baringoltz, 2009; Voutilainen, Peräkylä y Ruusuvuori, 2010).

Recientemente, Voutilainen, Peräkylä y Ruusuvuori (2010), al analizar extractos transcritos de las grabaciones de varios momentos de un proceso psicoterapéutico realizado desde el modelo constructivista cognitivo, encontraron que la interacción que el terapeuta establece con el paciente en un contexto específico, en donde el terapeuta se implicó emocionalmente, fue usado por el éste para lograr los objetivos de la psicoterapia.

Kiesler (2001) denomina esto como los procesos de enganche y desenganche que debe llevar a cabo el terapeuta para realizar intervenciones terapéuticas metacomunicativas (Kiesler, 1979, 1982, 1988, 1996 en Kiesler, 2001). Los constructos enganche y desenganche son retomados y ampliados por Safran y Segal (1994), quienes agregan que además de cumplir un rol central en el proceso de la metacomunicación, resulta relevante que los terapeutas logren identificar las acciones y comunicaciones pertinentes de los pacientes, ya que les facilita el proceso de desenganche, les permite identificar sus propias reacciones prototípicas ante determinados estímulos y así descentrarse de sus emociones.

Posteriormente, los conceptos de enganche y desenganche fueron incorporados por Yáñez (2005) dentro del modelo clínico constructivista cognitivo y empleados en el despliegue terapéutico de las técnicas procedurales de exploración experiencial y metacomunicación. A continuación se presenta una síntesis de los principales planteamientos de estos autores referentes al proceso de enganche y desenganche.

Según la teoría de comunicación interpersonal de Kiesler (1979, 1982, 1988, 1996 en Kiesler, 2001), durante las sesiones de psicoterapia, el terapeuta experimenta los distintivos problemas interpersonales de los pacientes. Al escuchar a sus pacientes, el terapeuta es impulsado por variados viajes hacia su mundo fenoménico, experimentando sus propias experiencias con diversas intensidades. Además, los pacientes le generan una serie de sentimientos, que pueden fluctuar desde admiración y respeto, hasta atracción sexual, ansiedad, frustración, rabia, competitividad y depresión. De hecho, los terapeutas experimentan sentimientos negativos durante las sesiones con sus pacientes de forma casi invariable. Esto se debe a que la interacción terapeuta-paciente, a pesar de sus características únicas, en mayor medida es similar a cualquier otra transacción humana (Kiesler, 2001).

Por ello, Kiesler rescata la teoría psicoanalítica contemporánea y, de forma similar a la conceptualización de Winnicott (1949 en Kiesler, 2001),

estudia y desarrolla ampliamente el concepto de contratransferencia. Esta formulación pretende ser un intento de integración ante los postulados parcelados sobre los aspectos contratransferenciales propios de la práctica psicoterapéutica, realzando su rol central en la facilitación del cambio en psicoterapia (Kiesler, 1979, 1982, 1988, 1996 en Kiesler, 2001).

Siguiendo la línea del psicoanálisis moderno y relacional, Kiesler (2001) concibe la contratransferencia como aquellas experiencias concretas y comportamientos que residen de forma encubierta y/o en las acciones abiertas del terapeuta. Según el mismo autor, la contratransferencia puede ser subjetiva u objetiva.

La contratransferencia subjetiva (Spotnitz, 1969 en Kiesler, 2001) se refiere a las reacciones defensivas e irracionales y a los sentimientos que el terapeuta experimenta con un paciente particular, que representan los efectos residuales de sus propios conflictos no resueltos. La contratransferencia subjetiva destaca por aquellas experiencias y acciones de un terapeuta con un paciente particular que se desvían de la línea base de comportamiento habitual del terapeuta con sus propios otros significativos, con su terapeuta y sus colegas supervisores, con su lista entera de pacientes y con dicho paciente en particular. Los sentimientos de contratransferencia subjetiva necesitan ser identificados y luego desenganchados y las representaciones dañinas o acting-outs tienen que

ser terminados por el terapeuta para reconstruir la alianza terapéutica y reestablecer transacciones más objetivas con el paciente (Kiesler, 2001).

Al contrario, la contratransferencia objetiva (Winnicott, 1949 en Kiesler, 2001) se refiere a los sentimientos oprimidos, actitudes y reacciones de un terapeuta evocadas principalmente por el comportamiento inadaptado del paciente y que son generalizables a otros terapeutas y a otras personas significativas en la vida de éste, quienes suelen experimentar estos impactos emocionales. En este caso, aquellas experiencias y acciones del terapeuta son hipotéticamente evocadas por la actividad del paciente durante sus sesiones, siendo el comportamiento del paciente el desencadenante predominante.

La contratransferencia objetiva se puede observar a través de la desviación de las experiencias y acciones del terapeuta en relación a la línea base del comportamiento usual del terapeuta dentro y fuera de las sesiones de terapia, que se relaciona con las reacciones típicas hacia el paciente, del terapeuta, de otros terapeutas y supervisores, así como de otros significativos en la vida del paciente. La identificación de sentimientos de contratransferencia objetiva pueden ser sumamente útiles para empatizar y clarificar los problemas básicos del paciente en relación con otros y puede servir como retroalimentación esencial para iniciar la experiencia emocional correctiva del paciente (Kiesler, 2001).

Con independencia del particular constructo de contratransferencia o del lenguaje, el referente empírico concreto debe ser la experiencia y acciones del terapeuta, principalmente cómo ellas ocurren durante una sesión de terapia. En segundo lugar, cualquier variante de contratransferencia del terapeuta -subjetiva u objetiva- requiere directrices operacionales explícitas que pueden distinguir cuál de las dos hipótesis causales de influencia -inducidas por el terapeuta o inducidas por el paciente- se encuentran vigentes en un caso particular (Kiesler, 2001).

Según Kiesler (2001), los sentimientos del terapeuta son centrales en el diagnóstico y la intervención terapéutica, ya que son útiles para atender o detectar aquellos aspectos del comportamiento del paciente que podrían expresar sus problemas interpersonales básicos.

Los conceptos de enganche y desenganche constituyen uno de los elementos centrales de la teoría de la comunicación interpersonal de Kiesler (1979, 1982, 1988, 1996 en Kiesler, 2001). Según Kiesler (1998 en Safran y Segal, 1994), el enganche y desenganche son las dos etapas que comprende el modelo del proceso de la metacomunicación que lleva a cabo el terapeuta en el contexto de la psicoterapia interpersonal.

El enganche se produce en la medida que el comportamiento del paciente durante las sesiones, el cual suele ser no verbal, evoca experiencias recíprocas en el terapeuta. En este sentido, la propia subjetividad del terapeuta siempre está implicada en el modo en que el comportamiento del cliente es experimentado (Kiesler, 2001). Safran y Segal (1994) agregan que el enganche es la participación inconsciente del terapeuta en la interacción con el paciente, en donde no advierte sus sentimientos y tendencias a la acción. De esta forma, durante la etapa de enganche, el terapeuta se ve movilizado o arrastrado por el paciente hacia sus propias respuestas estrechas y restringidas.

Tanto Kiesler (2001) como Safran y Segal (1994) conciben el desenganche como el distanciamiento del terapeuta de las emociones que le genera el paciente, que le devuelve a éste mediante una intervención metacomunicativa. Eisenthal (1992 en Kiesler, 2001), tras contrastar tres aproximaciones contemporáneas de la contratransferencia, encontró que para responder ante ella durante la terapia se requiere un proceso empático, una estrategia confrontativa y estrategias metacomunicativas de desvinculación.

Específicamente, Kiesler (2001) reconoce dos etapas secuenciales en el proceso de desenganche. Safran y Segal (1994) agregan una etapa o tarea terapéutica previa al desenganche. Por su parte, Yáñez (2005) describe seis

fases en el despliegue de la metacomunicación, las que no necesariamente son secuenciales.

Según Safran y Segal (1994), para lograr el desenganche el terapeuta debe ser capaz de advertir y catalogar todo aquello que en él suscita el influjo del paciente o, dicho en otros términos, debe tomar conciencia de los sentimientos y tendencias a la acción que el paciente le gatilla, para lo que es crucial que el terapeuta identifique sus respuestas complementarias al influjo interpersonal del paciente, los patrones repetitivos, recurrentes o cíclicos de las respuestas internas que le genera el paciente o de las sensaciones que experimenta sobre lo que le sucede a éste. Yañez (2005) agrega que en esta primera fase, el terapeuta experimenta un impacto vivencial ante algún marcador interpersonal del paciente, el que ocurre a nivel perlocutivo, es decir, es el efecto que produce en el terapeuta un acto de habla del paciente.

Con esta primera tarea terapéutica, se crean las condiciones necesarias para que el terapeuta se plantee hipótesis sobre las respuestas que el paciente genera en otras personas, ya que el reconocimiento de sus sentimientos y pensamientos sin aferrarse a ellos, le permitirá observar los marcadores

interpersonales¹ de la interacción terapéutica en las diversas sesiones e identificar las conductas no verbales del paciente que podrían estar relacionadas con sus propios sentimientos. Si esto aparece con cierta regularidad, el terapeuta podría utilizar dicho marcador interpersonal para explorar desde ahí la experiencia del paciente (Safran y Segal, 1994; Yáñez, 2005).

Por ello, el terapeuta requiere ser sensible a sus propias contribuciones inadaptadas que experimenta con los pacientes, para retirarse de ellas y de los sentimientos de impacto que le provocan (Kiesler, 2001), así comenzará el proceso de desenganche (Safran y Segal, 1994, p. 192).

La segunda etapa del desenganche consiste en interrumpir el refuerzo del patrón de comportamiento interpersonal inadaptado del paciente (Kiesler, 2001; Safran y Segal, 1994) y realizar intervenciones no complementarias que rechacen reforzar los problemas inadaptados de la vida del paciente (Kiesler, 2001).

Finalmente, en el tercer paso el terapeuta habla abiertamente con el paciente sobre la interacción entre ambos, refiriéndose explícitamente a las

¹ Según Safran y Segal (1994), los marcadores interpersonales son aquellos actos y comunicaciones pertinentes del paciente que despliega durante la sesión. Por su parte, Yáñez (2005) los entiende como aquellas acciones realizadas por el paciente que se asocian a los sentimientos y tendencias a la acción que experimenta el terapeuta en la sesión.

respuestas particulares del terapeuta a determinadas conductas del paciente o, dicho en otros términos, metacomunicándose con el paciente (Kiesler, 2001; Safran y Segal, 1994). Yáñez (2005) denomina esta fase como despliegue, donde el terapeuta expresa al paciente de forma directa y honesta su vivencia emocional de un modo sintético como resultado de una dinámica reciente, con el propósito de lograr el descentramiento del paciente.

Yáñez (2005) define la metacomunicación como “...una técnica procedural cuya característica es hacer referencia a las transacciones interpersonales y sus efectos, que ocurren durante la relación terapéutica. Se lleva a cabo en el eje sincrónico de la psicoterapia, o sea trabaja con el material que surge durante la sesión” (p. 124).

El objetivo de la metacomunicación inicialmente es la toma de consciencia por parte del paciente de sus propias conductas, para luego empezar a modificarlas (Kiesler, 1988 en Safran y Segal, 1994). Yáñez (2005) agrega que la intención de la metacomunicación es generar una perturbación emocional en el paciente, que pueda elaborar e incorporar a su mismidad, manteniendo su coherencia sistémica.

Tanto Safran y Segal (1994) como Kiesler (2001) coinciden en que la transmisión de los sentimientos del terapeuta debe realizarse una vez ha logrado

distanciarse de ellas y experimentarlas de forma moderada. Además, se requiere transmitir tanto los sentimientos como las hipótesis de marcador interpersonal de manera tentativa y exploratoria, destacando su carácter subjetivo, mostrando que el objetivo de que el terapeuta muestre honestamente sus sentimientos e hipótesis es para propiciar la exploración del paciente.

La metacomunicación se puede dirigir hacia algo que dijo el paciente, algo que realiza el paciente y se observa a través de su conducta no verbal, sobre lo que el terapeuta percibe que siente o piensa el paciente, sobre los sentimientos del terapeuta generados por el paciente o el marcador interpersonal del paciente (Safran y Segal, 1994). El terapeuta puede utilizar fantasías o metáforas al realizar la retroalimentación metacomunicativa, ya que generan un menor impacto amenazante en el paciente (Kiesler, 1996 en Kiesler, 2001). Además, esta intervención requiere plantear inmediatamente una pregunta al paciente para explorar su experiencia interna y, luego, que el terapeuta mantenga su postura de observador participante (Safran y Segal, 1994). El planteamiento de esta pregunta es diferenciado por Yáñez (2005) en una nueva fase que denomina exploración, donde con dicha interrogante, el terapeuta invita al paciente a que juntos investiguen cuáles son los hechos que podrían explicar las apreciaciones del terapeuta.

Cabe destacar que el acento de la metacomunicación debe estar puesto en el aquí y el ahora de la relación terapéutica, ya que les permite a los pacientes reconocer el rol que juegan en sus interacciones con otros mientras se desarrollan, lo cual facilita el descentramiento al constituir un proceso de aprendizaje basado en la experiencia concreta y no en un análisis abstracto (Safran y Segal, 1994; Yáñez, 2005). “Al proporcionarles a los pacientes retroalimentación sobre sus reacciones emocionales y señalarles las conductas que suscitan esas reacciones, se les ayuda a ir pasando gradualmente de la posición de víctimas impotentes, atrapadas en circunstancias que escapan de su comprensión, a una posición de agentes en la que se ven a sí mismos como participantes activos de las interacciones” (Safran y Segal, 1994, pp. 194-195).

Yáñez (2005) agrega otras tres fases a la metacomunicación, que denomina señalamiento, interpretación e integración, respectivamente. La fase de señalamiento se realiza si la fase de exploración no produce el efecto esperado en el paciente. En este caso, el terapeuta puede indicarle sintéticamente su marcador interpersonal al paciente, siendo este su máximo esfuerzo para mostrarle el efecto que produce en los otros, no sin antes dejar en claro el carácter subjetivo de su apreciación. Es mejor abandonar la metacomunicación si esta fase no produce la respuesta deseada. Yáñez (2005) enfatiza que “en este punto, quizás más que en ningún otro acto terapéutico, se muestra la equiparidad que existe en el encuentro entre dos expertos, o dos

subjetividades, en búsqueda de una interpretación, que facilite la integración de contenidos perturbadores al sí mismo” (pp. 132-133).

En la fase de interpretación, el terapeuta intenciona que el paciente establezca la relación de su marcador interpersonal con su forma de funcionamiento, siempre y cuando el propio paciente no lo haya realizado en fases anteriores. Para ello, Yáñez (2005) sugiere tres alternativas a emplear en función de las capacidades de integración del paciente y de las circunstancias en las que se ha ido desarrollando esta intervención:

- El terapeuta le menciona al paciente su hipótesis sobre el estado emocional o cognitivo de éste.
- El terapeuta asocia el marcador interpersonal del paciente que emergió durante la sesión con un acontecimiento pasado ocurrido durante el proceso de psicoterapia, que es más revelador del funcionamiento general del paciente. Otra posibilidad es establecer la asociación con dicho funcionamiento del paciente, sin hacer alusión a un acontecimiento previo. Esta alternativa requiere que dichos contenidos hayan sido trabajados previamente en el proceso psicoterapéutico.
- El terapeuta entrega al paciente una hipótesis sobre su funcionamiento general, en términos de un esquema cognitivo interpersonal prototípico.

“El alcance de la aplicación de la técnica de metacomunicación, depende críticamente de las capacidades que el paciente tenga, o haya desarrollado durante la psicoterapia, para revelar sus contenidos e interpretaciones, conectarse con los sentimientos de perturbación que surja de estos, e integrarlos simbolizándolos a su funcionamiento habitual” (Yáñez, 2005, p. 133).

Finalmente, la fase de integración “es lo que se puede denominar un “excedente de significado” en el sentido de que, producto del resultado exitoso de la aplicación de la técnica, frecuentemente se produce una aceleración de la dinámica del sí mismo, de tal manera que otros contenidos asociados comienzan a ser integrados a la forma de ser particular del sujeto, producto de la dinamización emocional y cognitiva que deja la inercia de la aplicación de la técnica. En esta fase, la función del terapeuta es ser un observador y un contenedor de este proceso de integración y de los efectos emocionales que producen en el paciente” (Yáñez, 2005, pp. 135-136).

A partir del desglose de las fases del proceso de enganche y desenganche y, por ende, de la metacomunicación, se aprecia que las explicaciones que proporcionan tanto Kiesler (2001) como Safran y Segal (1994) dicen relación exclusiva con las intervenciones que va realizando el terapeuta, de las que obtendrán una respuesta favorable del paciente, mientras que la propuesta de

Yáñez (2005) de tres fases adicionales, incorpora las intervenciones que puede realizar el terapeuta ante las posibles reacciones del paciente.

No obstante, destaca que Safran y Segal (1994) plantean que existen 4 tipos de metacomunicación, como alternativas para explorar la experiencia del paciente:

1. El terapeuta transmite sus propios sentimientos para mostrarle al paciente el efecto que produce en los otros, lo que facilita la toma de conciencia del paciente del rol que juegan en sus interacciones interpersonales.

2. El terapeuta transmite sus propios sentimientos para indagar la experiencia interna del paciente.

3. El terapeuta identifica y muestra al paciente sus marcadores interpersonales para facilitarles la toma de conciencia de su rol en las interacciones con otros.

4. El terapeuta realiza una exploración cognitiva y afectiva con el paciente, empleando el marcador interpersonal identificado.

La metacomunicación posee dos funciones. En primer lugar, el terapeuta proporciona al paciente un desmentido experiencial de su esquema interpersonal² disfuncional. En segundo lugar, ayuda al paciente a empezar a

² Según Yáñez (2005, p. 240), los esquemas interpersonales son “Estructuras cognitivo-afectivas que se conciben como representaciones prototípicas de muchas interacciones relativas al mantenimiento de las relaciones interpersonales”.

tomar consciencia de su propia contribución en las interacciones. De esta forma, la metacomunicación activa un proceso de descentramiento del paciente (Safran y Segal, 1994; Yáñez, 2005).

Durante el desengache y la metacomunicación, el terapeuta realiza un desmentido experiencial al paciente, generando oportunidades propicias para establecer nuevos aprendizajes al desprenderse del ciclo cognitivo interpersonal del paciente (Safran y Segal, 1994; Yáñez, 2005).

El desmentido experiencial de Safran y Segal (1994) postula que el aspecto central de la psicoterapia es exponer explícitamente a los pacientes sus creencias disfuncionales sobre las relaciones interpersonales y proponerles alternativas en la relación terapéutica para ponerlas a prueba. Según estos autores, la verificación consciente de hipótesis facilita el proceso de cambio gradual de los esquemas interpersonales disfuncionales del paciente.

El planteamiento del desmentido experiencial reconoce al paciente como un colaborador activo del proceso psicoterapéutico y lo alienta a trabajar fuera de la sesión en poner a prueba las hipótesis exploradas y evaluadas a través de la sesión terapéutica (Safran y Segal, 1994).

La propuesta de Safran y Segal (1994) del desmentido experiencial se basa en la teoría de Weis y sus colegas (1987 en Safran y Segal, 1994) de la evaluación inconsciente de los pacientes de sus creencias patógenas por medio del sometimiento del terapeuta a test de transferencia y en la postura del empirismo colaborativo de Beck y sus colegas (1979 en Safran y Segal, 1994), al considerar las percepciones de los pacientes como hipótesis que pueden ser puestas a prueba en la relación terapéutica.

La metacomunicación activa un proceso de descentramiento natural en el paciente (Yáñez, 2005), ya que el terapeuta muestra al paciente un desmentido experiencial de su esquema interpersonal disfuncional, facilitando la toma de conciencia de su contribución en sus interacciones con otros (Safran y Segal, 1994; Yáñez, 2005). “El descentramiento es un proceso a través del cual un individuo puede distanciarse de su experiencia inmediata, cambiando así la índole misma de esa experiencia. Este proceso permite abrir una brecha entre el acontecimiento producido y la reacción del individuo. Desarrollando la capacidad de observarse a sí mismo y observar sus propias reacciones - denominada por Rice como autoobservación reflexiva (1984 en Safran y Segal, 1994)-, el individuo comienza a distinguir entre la realidad y la realidad según él la interpreta” (Safran y Segal, 1994, p. 156).

Para Guidano (1994 [1991]), la realidad y la interpretación de la realidad corresponde a la interfaz o interdependencia entre experiencia y explicación que se encuentra a la base de la autocomprensión y es parte esencial de la dinámica del sí mismo, particularmente, del desarrollo de la mismidad. Con la experiencia se refiere, valga la redundancia, a la experiencia inmediata de un sujeto, que interactúa y experimenta al mismo tiempo “el ‘yo’ que actúa y experimenta” (pp. 10-11). La explicación la representa como el sentido del sí mismo que surge producto de la apreciación y autorreferencia de esa experiencia “el ‘mí’ que observa y evalúa” (p. 11), que se reordena en base a premisas aceptadas a priori aportadas por la experiencia inmediata.

Por su parte, la interpretación surge del proceso de regulación recursiva que alterna entre experiencia y explicación, es decir, a partir de la experiencia inmediata -experiencia a priori de primer orden- se produce una explicación o reordenamiento que, a su vez, produce cambios en la experiencia -experiencia a posteriori de segundo orden-. Desde esta interpretación emerge el conocimiento como un proceso circular de construcción y reconstrucción que otorga coherencia a la experiencia, al transformar continuamente los patrones de autocomprensión, que transforman la experiencia inmediata y facilitan su articulación posterior (Guidano, 1994 [1991]).

De esta forma, el paciente puede reconocer que la realidad del momento se construye y no que es una cuestión absoluta e inmutable. Incluso, puede empezar a visualizarse como un agente activo de ese proceso de construcción, lo que genera en él una asunción de responsabilidad. Así, el factor determinante del cambio del paciente es el modo en que éste interpreta su nueva experiencia (Safran y Segal, 1994).

Incluso, es plausible señalar que el descentramiento del paciente es similar al proceso de análisis que realiza el terapeuta durante la primera fase del desenganche, es decir, experimentar el ciclo interpersonal del paciente y otorgarle una explicación que modifica su experiencia. Se asume que esta es una de las razones por las cuales Yáñez (2005) afirma que “la técnica de la metacomunicación, como ya se ha señalado, y como se puede deducir de la descripción del proceso, es un esfuerzo terapéutico intenso y productivo para el paciente, en primer lugar, y para el terapeuta en segundo término. Ambos protagonistas requieren de sus mejores competencias para llevar a buen término este proceso, y los efectos son evidentes y frecuentemente saludables para ambos” (p. 136).

Según Safran y Segal (1994), para que el terapeuta logre desengancharse del ciclo cognitivo disfuncional del paciente, requiere funcionar como un observador participante, es decir, simultáneamente debe interactuar con el

paciente y observar dicha interacción de la que es partícipe. El terapeuta funciona simultáneamente como sujeto y objeto. De esta forma, el terapeuta puede estar mejor preparado para cuando vuelvan a aparecer en sesión los marcadores interpersonales del paciente. Este proceso es similar al que experimentan los pacientes cuando se descentran de sus pensamientos automáticos.

Por su parte, Guidano (1994) explica que desde el inicio del proceso psicoterapéutico, se requiere que el terapeuta llegue a una reformulación del problema presentándolo como algo interno, volcándolo a los sentimientos intrínsecos característicos del modo de ser del paciente, los cuales son perturbadores en sí mismos al no encontrarse reconocidos. El terapeuta lleva a cabo esto en un contexto interpersonal de colaboración recíproca que permite actuar en la interfaz experiencia / explicación, en donde se construye una comprensión del problema. Según Guidano (1994; 2001), con este despliegue el terapeuta se estaría comportando como un perturbador estratégico, lo que debe llevar a cabo desde las fases iniciales de la psicoterapia.

Sumada a la postura del terapeuta, tanto Kiesler (2001), como Safran y Segal (1994) y Yáñez (2005) coinciden en la importancia de la relación terapéutica en el proceso de enganche y desenganche.

En cuanto al enganche, Kiesler (2001) explica que es siempre transaccional, dado que es una creación conjunta que implica contribuciones tanto del paciente como del terapeuta, lo que da cuenta del reconocimiento del espacio intersubjetivo en el proceso de enganche y desenganche. La ventaja del enganche, según Safran y Segal (1994) es que lleva al terapeuta a una posición confirmadora y no cuestionadora de la autodefinición del paciente. Esto implica que en la etapa de enganche puede resultar clave la generación de empatía, en tanto consiste en la aceptación genuina por parte del terapeuta de las experiencias internas del paciente, caracterizada por un proceso cognitivo y afectivo que implica la exploración del mundo fenomenológico o las experiencias interiores del paciente y sus sutilezas (Safran y Segal, 1994), incluyendo sus expectativas y creencias personales. Según Kiesler (2001), esto permite la clarificación de los problemas interpersonales del paciente y es útil para la regeneración de la experiencia emocional de éste (Kiesler, 2001). Esto implicaría que es necesario e, incluso, deseable que el terapeuta se enganche, no sólo para la exploración de las experiencias del paciente, sino para la construcción de una alianza terapéutica.

Respecto de la metacomunicación propiamente tal, Kiesler (2001) enfatiza que requiere la percepción del paciente de algún nivel de alianza terapéutica positiva establecida con el terapeuta y, por ende, que debe ser dirigida por principios terapéuticos y realizarse sobre la base del apoyo y la

confianza. Además, se requiere confrontar al paciente y proporcionar experiencias emocionales correctivas. En este sentido, Yáñez (2005) reconoce que "...la base de apego segura que provee la alianza terapéutica, es el motor que dinamiza la metacomunicación" (p. 126).

Por su parte, Safran y Segal (1994) plantean que la detección de aquellas respuestas que son complementarias, mediante sus sentimientos, tendencias a la acción y marcadores interpersonales, le permitirá al terapeuta precisar su postura para propiciar una relación terapéutica en un determinado paciente y, con ello, desmentir -y no confirmar- su esquema interpersonal disfuncional.

Al contrario, el enganche del terapeuta resulta dañino para el proceso terapéutico -y, en definitiva, para el terapeuta pero sobre todo para el paciente y la alianza terapéutica- cuando las emociones del terapeuta permanecen fuera de su conciencia, es decir, cuando no son notadas ni etiquetadas. Por ello, los terapeutas simplemente no pueden ser "enganchados" en el inadecuado juego rígido y extremo del encuentro interpersonal que genera el paciente (Kiesler, 2001).

Safran y Segal (1994) reconocen que tanto los pacientes como los terapeutas pueden mostrarse reacios a explorar la relación terapéutica de un modo emocionalmente inmediato, dada la ansiedad que les puede generar a cada

uno la toma de conciencia de su propia contribución en la relación, como evitar potenciales quiebres de la relación. De hecho, una consecuencia de realizar una intervención metacomunicativa puede ser la ruptura en la alianza terapéutica y la interrupción del proceso terapéutico. La metacomunicación afecta la estabilidad de la alianza terapéutica (Yáñez, 2005).

Yáñez (2005), plantea que la relación terapéutica es un factor común a las psicoterapias, que resulta esencial en la generación del contexto interpersonal facilitador del cambio. Se da entre dos o más personas, para producir cambios en uno o más de ellos. Las características de la relación terapéutica son: unilateralidad, formalidad y se enmarcan dentro de un periodo de tiempo limitado. Esta relación se expresa en la alianza terapéutica, entendida como la relación particular que establece un terapeuta con un paciente o grupo de pacientes específicos. El encuadre terapéutico regula tanto la relación como la alianza terapéutica. La alianza terapéutica es una variable inespecífica de la psicoterapia, que permite la exploración y la resignificación de las experiencias del paciente. Parte de la alianza terapéutica lo constituye la interacción de los contenidos que emergen tanto de las experiencias del paciente como las del terapeuta.

Por ello, Yáñez (2005) plantea que el material que surge en la interacción terapéutica resulta altamente significativo para el proceso, pero requiere que se cumplan las siguientes condiciones:

- El terapeuta debe poseer competencias, habilidades y destrezas de orden superior, lo que requiere una formación teórica y práctica de calidad.
- Debe haberse desarrollado una fuerte alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta, por lo que se sugiere emplear este tipo de intervención en estadios avanzados del proceso terapéutico.
- El terapeuta requiere anticipar los efectos que esta intervención puede generar, en primer lugar, en la estabilidad de la alianza terapéutica y, en segundo lugar, en la organización y coherencia del sí mismo del paciente. Para ello, el terapeuta debe tener un alto nivel de conocimiento del paciente. El terapeuta debe abstenerse de realizar este tipo de intervención o cualquier intervención que desestabilice al paciente y que, por ende, resulte iatrogénica para éste.
- Esta intervención debe ser realizada ante un marcador interpersonal en curso, para asegurar que su impacto tenga un alto contenido emocional en el paciente y así evitar la intelectualización. Al respecto, Safran y Segal (1994) plantean que “para facilitar un cambio duradero, los esquemas interpersonales pertinentes deben ser plenamente activados. El paciente tiene que explorar sus cogniciones acerca de la interacción terapéutica de un modo emocionalmente inmediato” (p. 202).

- El terapeuta debe ser plenamente consciente del impacto vivencial que le ha generado el marcador interpersonal del paciente. Dicho impacto se puede revelar en el terapeuta a través de una confusión cognitiva, una perturbación afectiva o una tendencia impulsiva a realizar alguna acción -acting out- que experimente en la sesión ante la presencia de un determinado marcador interpersonal. Luego, el terapeuta debe tener la capacidad de desengancharse de su impacto vivencial y realizar una intervención metacomunicativa en pro del beneficio exclusivo del paciente.

- Al realizar una intervención metacomunicativa, el terapeuta debe usar un lenguaje proposicional, es decir, plantear su observación de modo tentativo y no como una afirmación. Además, debe plantear la intervención con una intención exploratoria, de modo de incitar al paciente a indagar todas las diversas explicaciones de lo que le sucede. El terapeuta puede comunicarse empleando los niveles locutivos o ilocutivos.

- Esta intervención se debe realizar teniendo a la base una intención terapéutica.

- Es más recomendable desplegar esta intervención en un momento emocional y contextualmente contingente.

- Esta intervención se debe realizar en función de que el paciente logre incorporar esta nueva experiencia a su mismidad, de modo de que mantenga su coherencia sistémica.

- Se requiere considerar el grado de consciencia del paciente de su marcador interpersonal para estimar el éxito de la intervención. En este sentido, Safran y Segal (1994 en Yáñez, 2005) distinguen dos tipos de marcadores interpersonales: marcadores de inmersión plena –en donde el paciente reconoce su percepción inadaptada y la valida, lo que pronostica favorablemente el resultado de la intervención- y marcadores de consciencia dividida – en donde los pacientes manifiestan una percepción disfuncional de sí mismos pero la cuestionan al mismo tiempo, lo que da cuenta de un pronóstico menos favorable de la intervención-.

Según Yáñez (2005), se requieren las condiciones antes mencionadas para realizar una intervención metacomunicativa. De lo contrario, se corre el riesgo de confirmar el esquema cognitivo disfuncional del paciente y de ejercer resistencias en el paciente a la metacomunicación o, más bien, a experimentar su procesamiento disfuncional (Safran y Segal, 1994 en Yáñez, 2005).

Tanto Safran y Segal (1994), como Kiesler (2001) y Yáñez (2005), plantean la posibilidad de que el terapeuta desarrolle esta capacidad mediante la práctica clínica supervisada, otorgando algunas directrices generales.

El terapeuta necesita reconocer los sentimientos que genera en el paciente, para lo que tiene que estar muy atento al discurso de éste -de sus

expresiones verbales y no verbales-, dado que comunican las características de la relación terapéutica en sí misma, como el foco conjuntamente analizable (Kiesler, 2001).

Safran y Segal (1994), sugieren que el terapeuta escuche las grabaciones de las sesiones terapéuticas para tomar conciencia de sus sentimientos y tendencias a la acción con el paciente en cuestión y así desengancharse. Esta sugerencia es similar a la planteada por Kiesler (2001).

Según Kiesler (2001), las experiencias del terapeuta evocadas por el paciente son previsibles y racionales. Al encontrarse en un nivel preconsciente o consciente, pueden ser identificadas por el terapeuta a través de la reflexión. Además, es posible detectarlas al encontrar similitudes entre sus reacciones ante el comportamiento interpersonal disfuncional del paciente, con las que experimentan otros significativos en la vida del paciente y/o los colegas del terapeuta al relatar o mostrar grabaciones de las sesiones psicoterapéuticas en el contexto de supervisión. De hecho, dentro de la terapia de la comunicación interpersonal, las reacciones emocionales del paciente, del terapeuta y del supervisor están constantemente abiertas al descubrimiento y la investigación.

No obstante, Kiesler (1988, 1996 en Kiesler, 2001) plantea que reconocer y descifrar estas experiencias y acciones derivadas en contratransferencia

requiere mucho más que una introspección casual del terapeuta. Los intentos de análisis personal a través de técnicas asociativas o experiencias programadas de “despersonalización” en las que el terapeuta intenta observar sus acciones con un cliente desde una perspectiva en tercera persona u otros procedimientos, claramente pueden ser útiles para el desenganche. A menudo, el descubrimiento más útil y el desengache vienen desde la postura de observación y de retroalimentación de los profesionales asociados al terapeuta -un supervisor, un colega consultado o un grupo de coterapeutas “supervisores”-. Especialmente, es desde estas perspectivas que el comportamiento de un terapeuta puede ser inspeccionado para descubrir desviaciones de una u otras líneas base del terapeuta (Kiesler, 2001).

En síntesis, las hipótesis diagnósticas que realice el terapeuta, en palabras de Kiesler (1983 en Kiesler, 2001), no sólo contemplan los problemas centrales del paciente, sino también su estilo interpersonal distintivo. Esto se lleva a cabo mediado por el impacto emocional y otros impactos complementarios que experimenta el terapeuta con el cliente a un grupo distintivo de categorías conductuales sobre el círculo interpersonal.

Como Guy y Brady destacan (2001 en Kiesler, 2001), hay muchos niveles de significado detrás de lo que es dicho o hecho durante la hora terapéutica. Clasificar nuestras hipótesis es el corazón no sólo de la práctica de una buena

terapia, sino también de la práctica de una buena ciencia. En ambas arenas, el entrenamiento requiere un descubrimiento sofisticado y la identificación de los comportamientos distintivos del paciente y del terapeuta.

Según lo que plantea Kiesler (2001), el terapeuta se quedaría con aquello que le genera el paciente, hasta que lo converse con sus colegas o en supervisión. Esto puede ser una alternativa para el trabajo de supervisión, pero no necesariamente se dará así en la práctica clínica cotidiana. Además, esto es contrario al proceso de enganche-desenganche que se está analizando, en donde el terapeuta realiza esto en situ y no puede esperar otro momento.

Si bien el desenganche se puede realizar con la ayuda de otros, no es el único camino. El trabajo en sesión es solitario en muchos casos, por lo que el terapeuta debe estar preparado para actuar sobre sus enganches in situ, para responder con intervenciones emocional y temporalmente contingentes a la experiencia que está desplegando el paciente.

Yáñez (2005) reconoce la dificultad de incorporar la adquisición de la habilidad para la toma de conciencia y el desenganche en un proceso de formación para terapeutas. Como una alternativa de solución para darse cuenta de los marcadores interpersonales del paciente, recomienda la utilización de la propuesta de la lingüística pragmática de John Austin y John Searle denominada por ellos como actos de habla.

Los actos de habla son actos comunicativos basados en reglas, debido a que “el hablante, al emitir una de esas oraciones, está característicamente diciendo algo y no meramente profiriendo palabras” (Searle, 1990 [1969], p. 32). Los actos de habla se pueden dar en tres niveles: Los actos locucionarios que atañen a decir algo que tiene un significado dicho expresamente en su contenido (Drake, 2001). Según (Searle, 1990 [1969]), los actos ilocucionarios “consisten característicamente en emitir palabras dentro de oraciones, en ciertos contextos, bajo ciertas condiciones y con ciertas intenciones” (p. 33) y los actos perlocucionarios corresponden a “las consecuencias o efectos que tales actos tienen sobre las acciones, pensamientos o creencias, etc., de los oyentes” (p. 34).

Estos tres niveles de actos de habla -locutivo, ilocutivo y perlocutivo- han sido incorporados por Yáñez (2005) como parte esencial de la intervención de escucha realizada por el terapeuta en psicoterapia, donde concibe los actos de habla como expresiones recíprocas entre terapeuta y paciente, que demandan ser atendidas y analizadas por el terapeuta. Además, plantea un modelo comunicacional constructivista cognitivo aplicado a la psicoterapia que integra el empleo técnico del terapeuta de los actos de habla en el proceso de enganche y desenganche, otorgando un aporte explícito para el despliegue de las intervenciones realizadas por el terapeuta en este proceso.

Yáñez (2005) enfatiza que “...el nivel más importante que debe tener en cuenta, corresponde a la ilocución, dado que se relaciona directamente con la intención del hablante con lo dicho, y es aquí donde se revela en toda su extensión, el marcador interpersonal. Este suele ser también el contenido más inconsciente de la comunicación del paciente y que, para el receptor, también puede tener esa calidad, por tanto, se requiere que el terapeuta se convierta en un experto en detectar este nivel para tener la posibilidad de evaluar la consistencia entre lo locutivo y lo ilocutivo” (p. 128).

Uno de los aspectos más destacables de la teoría de la comunicación interpersonal es la validación de las implicancias del constructo de contratransferencia del psicoanálisis llevado a la psicoterapia constructivista, en donde se reconoce la participación activa del terapeuta en el proceso psicoterapéutico y la importancia de la relación terapéutica. Igualmente destaca el reconocimiento de Kiesler (2001) que el enganche es intersubjetivo por sobre todo, no es sólo una experiencia que le ocurre al terapeuta, sino que sucede en la alianza terapéutica.

No obstante, la revisión anterior deja entrever algunas interrogantes sobre el proceso de enganche y desenganche. Por ejemplo, pareciera ser que la base de la metacomunicación está la creencia de que el paciente “replica” sus marcadores interpersonales en la relación con el terapeuta y que su

descubrimiento y puesta a prueba facilita el cambio terapéutico. Sin embargo, es probable que estos sentimientos del terapeuta pudieran ser extrapolables a otras ‘dificultades’ del paciente.

Se aprecia las propuestas de Kiesler (2001) y de Safran y Segal (1994) que incorporan el componente interpersonal a la terapia cognitiva. Por su parte, Yáñez (2005) agrega a la explicación del proceso de enganche y desenganche elementos clave del modelo constructivista, relativos a la dinámica de la identidad personal (mismidad-ipseidad), lo que ha otorgado una comprensión más acabada del proceso.

Como el proceso de enganche-desenganche implica la relación con otro -la intersubjetividad-, cómo éste afecta al terapeuta y cómo el terapeuta puede orientar este afecto en respuesta al paciente, con el propósito de desarrollar más ampliamente esa concepción ya iniciada por Yáñez (2005), se revisaron los planteamientos actuales del modelo constructivista relativos a la construcción de la identidad personal y su relación con la intersubjetividad, para establecer su aporte específico a la comprensión del proceso de enganche y desenganche.

CAPÍTULO 2: Implicancias de la Configuración de la Identidad Personal en el Proceso de Enganche y Desenganche

La comprensión posmoderna del sí mismo enfatiza la multiplicidad de la experiencia en la construcción de la identidad. En vez de considerar a la identidad como un factor estable que evoluciona a través del tiempo, es concebida como una entidad múltiple que se genera en la participación de diferentes y discontinuos ámbitos discursivos (Arciero, 2003).

Los márgenes de la identidad personal se delimitan a través de dos dimensiones temporales de la experiencia denominadas mismidad e ipseidad, que dan cuenta de la continuidad y el cambio propio de la experiencia de vivir (Heidegger, 1997 [1927]; Ricoeur, 1996 [1990]). Por su parte, la identidad narrativa constituye la entidad que regula y articula la relación de ambas dimensiones (Ricoeur, 1996 [1990]; Arciero, 2003).

Sobre la base de la identidad personal se encuentra la mismidad. Heidegger (1997 [1927]) concibe la mismidad desde el *dasein*. Específicamente, señala “el Dasein es el ente que soy cada vez yo mismo; su ser es siempre el mío (...) El quien es lo que a través del cambio de los comportamientos y vivencias se mantiene idéntico y de esta manera se relaciona con esa multiplicidad (...) Este tiene (...) el carácter de la *mismidad*” (p. 140).

Los planteamientos de Heidegger son retomados por Paul Ricoeur (1990 [1996]), quien denomina la mismidad como identidad-*idem*, siendo la dimensión de la identidad que nos permite identificar al ser en cuestión, a su estructura, con un sentido de unicidad vinculado a la continuidad interrumpida en el cambio, a la permanencia en el tiempo: "...la demostración descansa en la seriación ordenada de cambios débiles que, tomados de uno en uno, amenazan la semejanza sin destruirla; así hacemos con nuestros propios retratos en edades sucesivas de la vida...". (p. 111).

Desde el constructivismo, Guidano (1994 [1991]) define la mismidad como "un sentido unitario del sí-mismo continuo en el tiempo para poder funcionar" (p. 10). Específicamente, habla de la dinámica de la mismidad, que se va configurando mediante un proceso recursivo que ocurre en la interfaz experiencia y explicación, entre la experiencia de uno mismo -sujeto 'yo'- y el sentido de sí mismo que surge de la autorreferencia de dicha experiencia -objeto 'mí'- "El 'yo' que interactúa y experimenta está siempre un paso por delante respecto de la evaluación actual de la situación, y el 'mí' que evalúa se convierte en un proceso continuo de reordenamiento y reconstrucción del propio sentido consciente del sí mismo" (p. 20). Dicho proceso de reordenamiento va generando un conocimiento a lo largo de la vida, que se desarrolla a nivel tácito y explícito en el transcurso de la vida, propio de la capacidad autoorganizativa del sistema de conocimiento humano, que va estructurando el sentido de

identidad personal, con sentimientos esenciales de unicidad y continuidad a través del tiempo. Esto permite mantener la coherencia del sistema frente a los cambios que ocurren “frente al devenir temporal del yo y de una realidad mutable” (Guidano, 1987, p. 8).

Por su parte, Yáñez (2005), define la mismidad como una estructura centralizada de conocimiento explícito y la define como un “sistema de conocimiento centralizado que provee un sentido concordante de uno mismo a través de un sentimiento de continuidad y unicidad personal. Vinculado a los procesos de mantenimiento y de predominio simbólico en cuanto a esquemas cognitivos y emocionales” (p. 242).

Arciero (2003) define la mismidad como “el sentido de permanencia de mí mismo” (p. 51) en la multiplicidad de las situaciones propias del acontecer, que se configura a través de procesos de identificación y sedimentación de reglas de conducta a lo largo del tiempo y en relación con otros. La mismidad contiene los patrones emotivos estabilizados y recurrentes del sí mismo. Es la dimensión donde se organiza el dominio emotivo, que otorga el sentido de permanencia del sí mismo desde la historia personal. Desde la mismidad, la identidad es percibida dentro de la apariencia de la estabilidad a través del tiempo, que se organiza en base a categorías producto del ordenamiento de las experiencias en una configuración narrativa coherente.

En síntesis, se aprecian ciertas coincidencias en los planteamientos de la mismidad formulados por los autores previamente señalados. A partir de sus explicaciones, se puede entender que la mismidad es aquella dimensión del sí mismo que otorga un sentido de unicidad, continuidad, estabilidad y permanencia en el tiempo, que se va configurando a través de la sedimentación de estados emotivos -que se vuelven patrones estables- mediado por la relación con los otros. Esta percepción de permanencia en el tiempo se mantiene en una historia personal, con independencia de los cambios experimentados a lo largo de la vida.

Producto de la continua asimilación de la experiencia, entre el ‘yo’ que experimenta y el ‘mí’ que evalúa, surgen presiones con un carácter de perturbación que empujan al cambio del sí-mismo, que pueden ser asimiladas al sistema de forma adaptativa o producto de eventos cataclísmicos (Guidano, 1994 [1990]). En este sentido, Yáñez (2005) concibe la ipseidad como una estructura descentralizada de conocimiento tácito asociada a procesos de cambio, cuyos contenidos constituyen la acumulación de la presignificación de la experiencia inmediata desbordante, que se encuentran activos pero insuficientemente significados al otorgar un sentido discrepante al sí mismo (nivel prerreflexivo). No obstante, forman parte constitutiva del sistema.

Ricoeur (1996 [1990]), concibe la ipseidad como la diversidad, la variabilidad, la discontinuidad e inestabilidad. Por su parte, para Arciero (2003), la ipseidad contiene la multiplicidad del sí mismo que se manifiesta en el fluir de la vida, que es generada por diversos y discontinuos ámbitos discursivos, que son emocionalmente significativos y que perturban el sentido de continuidad personal, por lo que a nivel pre-reflexivo son selectivamente excluidos a esta dimensión de la dialéctica del sí mismo.

De forma similar a lo descrito sobre la mismidad, se aprecian concepciones comunes en los exponentes previamente referidos respecto de la ipseidad. En síntesis, se puede comprender como la dimensión nuclear del sí mismo que contiene un sentido de discrepancia, de discontinuidad y de inestabilidad, producto de la acumulación de experiencias emocionalmente perturbadoras y desbordantes en la relación con los otros, que son pre-reflexivamente excluidos al otorgar un sentido discrepante al sí mismo.

Entre la mismidad y la ipseidad se da una dialéctica mediada por la identidad narrativa (Ricoeur, 1996 [1990]; Arciero, 2003) y articulada a través del lenguaje (Arciero, 2003).

Yañez (2005) comprende esta dialéctica como un sistema dinámico de organización del conocimiento, en donde se encuentran en juego la organización de estructuras centralizadas de mantenimiento del sistema -

mismidad- y descentralizadas de cambio o perturbación -ipseidad-, que se encuentran en los márgenes de la coherencia del sistema y que cuando son atribuidas como contenidos desbordantes, presionan para ser incorporados en este, propiciando cambios que tienden a reorganizar los márgenes, complejizando el sistema y, por ende, la dinámica del sí mismo.

Dicha incorporación implica la identificación de las propiedades de la experiencia inmediata perturbadora que se vinculan de alguna forma con el sentido de continuidad (Arciero, 2003). En palabras de Ricoeur (1996 [1990]), “la concurrencia entre una exigencia de concordancia y la admisión de discordancias que, hasta el cierre del relato, ponen en peligro esta identidad” (p. 139). Al contrario, cuando los contenidos de la ipseidad que presionan los márgenes de la coherencia del sistema no son incorporados en la dinámica del sí mismo, se pueden producir una amplia gama de sintomatología, razón por la cual acuden las personas a psicoterapia (Yáñez, 2005).

A partir de esta dialéctica entre la mismidad y la ipseidad se construye la identidad. Según Ricoeur (1996 [1990]), la mismidad va recubriendo a la ipseidad, mediante la sedimentación de la historia de las disposiciones e identificaciones con otros adquiridas e interiorizadas en la vida. “La mismidad -*sameness*-, por tanto, “condensa” una historia: la historia de la sedimentación de la novedad y su integración a un orden emocional recurrente, que señala al

mismo tiempo la apertura posible al mundo; esa estabilidad emotiva individual es guiada por los procesos de reciprocidad con una alteridad significativa” (Arciero, 2003, p. 60).

De esta forma, la identidad constituye la unidad narrativa de las experiencias que transcurren durante la vida. La identidad narrativa se configura a través del relato de sí mismo que media entre la mismidad y la ipseidad. La comprensión del significado de la propia experiencia se produce en la narración, mediante un esfuerzo interpretativo mediado por el lenguaje y por el hecho de vivir con otros seres humanos, por lo que el origen de la identidad no se encuentra ni dentro de la conciencia ni fuera de ella (Arciero, 2003).

Arciero (2003) postula que la variabilidad de la experiencia puede ser integrada al sentido de permanencia a través de su reconfiguración en una narración o historia, que se construye mediante la atribución otorgada a la experiencia, que conlleva a su apropiación y a la unicidad del sí mismo. “En este acto, el Sí Mismo se apropia de su sentir y accionar, modulando la experiencia de su vivir a través de la estructuración de una cohesión coherente que se corresponde con la continuidad del sujeto de la historia y con la unidad de la historia misma” (p. 63).

Volviendo a la psicoterapia, se puede acceder a las experiencias perturbadoras del paciente a través de la narración, que permite ir integrando la concordancia -mismidad- y la discordancia -ipseidad-. De hecho, Ricoeur (1996 [1990]) reconoce que "... lo que la sedimentación ha contraído, la narración puede volver a desplegarlo" (p. 117). Esta frase quiere decir que la historia narrada es como el cemento que se ha sedimentado la mismidad y recubierto a la ipseidad, por lo que la narración puede levantar la cortina de la historia de la mismidad y, con ello, volver a revelar la ipseidad, integrando ambas dimensiones de la identidad personal.

Yáñez (2005) agrega que se puede acceder a la ipseidad del paciente desde sus constelaciones sintomáticas y desde la deconstrucción de los acontecimientos perturbadores, con la intencionalidad de incorporar nuevos elementos a la identidad sin amenazar la mantención de su coherencia.

Se entiende la deconstrucción como el fenómeno de dividir las partes de la experiencia hasta su composición originaria para luego volver a construirla en base a una nueva interpretación. Al respecto, Arciero (2009 [2006]) señala "interpretar significa recorrer juntos las huellas de sí mismo, mediante la negociación y la determinación de valores que conciernen a la vida personal, hasta la experiencia viva, para recomponerlas en una nueva configuración de significados. La recuperación de sí mismo es la estrella polar en el camino de

la interpretación terapéutica” (p. 56). De esta forma, el sustento metodológico de la psicoterapia se compone de la comprensión de los significados, de las motivaciones y de las intenciones de las personas (Arciero, 2003).

Guidano, 1994 [1990]) reconoce la realidad intersubjetiva, señalando que “el conocimiento de sí mismo y del mundo siempre está en relación con los otros” (p. 24), lo que es mediado a través del lenguaje. De hecho, el autorreconocimiento surge de la capacidad de distinguir entre sí mismo y los otros. Es así como la construcción de la identidad personal se encuentra entrelazada con los otros desde su origen, es decir, con el espacio intersubjetivo. Desde la praxis de vivir con otros seres humanos en el continuo fluir de la vida se va otorgando significado a la experiencia. A través de un esfuerzo interpretativo que se genera en el intercambio con otros, mediatizado por el uso de un lenguaje común, se reconfigura la propia praxis de vivir que se ordena en una narración con una estructura temporal secuencial y, es desde ahí, que surge la conciencia, la apropiación de la experiencia y la unicidad del sí mismo, es decir, la identidad narrativa, no surge de la reflexión solitaria respecto de sí mismo. “En ese carácter situacional se encuentra, desde el inicio, el otro, tanto directa como indirectamente; el otro-de-uno es, así, parte integrante de la comprensión de sí” (Arciero, 2003, p. 62).

La alteridad con el otro, con el extraño, no sólo aparece como la contraparte de sí mismo, sino que forma parte de la constitución ontológica de su sentido, en tanto el otro distinto de sí afecta la comprensión de sí mismo de múltiples maneras, por medio de la palabra, la acción o el relato donde el otro distinto de sí interpela al sí mismo, a su ipseidad (Ricoeur, 1996 [1990]). Esta es la intersubjetividad, que implica que somos moldeados por los otros desde nuestra constitución originaria, ya que es desde la intersubjetividad se suscita la ipseidad. Además, mientras el otro me afecta en mi ipseidad y me interpela, a ese otro también lo afecto en su ipseidad e interpele, produciéndose un intercambio bidireccional, valga la redundancia.

En esta interacción se genera una reversibilidad de las funciones bajo la regla de la reciprocidad. Es así como resulta imposible construir esta dialéctica de lo mismo y de lo otro de un modo unilateral. En palabras de Ricoeur (1996 [1990], p. xiv), “Sí mismo como otro sugiere, en principio, que la ipseidad del sí mismo implica la alteridad en un grado tan íntimo que no se puede pensar en una sin la otra, que una pasa más bien a la otra (...) Al ‘cómo’, quisiéramos aplicarle la significación fuerte, no sólo de una comparación –sí mismo semejante a otro- sino de una implicación: sí mismo en cuanto... otro”.

A través del intercambio que posibilita el lenguaje se genera la conciencia que el otro puede entender lo que uno experimenta, en tanto es similar a mí. “En general, los procesos de identificación implican que patrones experienciales,

que percibimos en los otros a través de un sentido, sean reconocidos como del mismo tipo de regularidad que percibimos en nosotros mismos a través de otro sentido” (Arciero, 2003, p. 32), dado que son percibidos con familiaridad al ser experiencias vividas en común, que inferimos que si uno las experimenta también son experimentadas por los otros.

El significado de la experiencia construido en el intercambio con otros a través del uso de un lenguaje común, se dirige hacia dos vertientes: al mundo personal -quien habla- y al mundo intersubjetivo -quien escucha-. Es decir, el sentido de permanencia y de interioridad va demarcando la separación entre uno mismo y los otros, por medio de la afectividad que se encuentra entrelazada con la interioridad personal, con el encuentro con el mundo y con los otros. Esto implica que somos ‘afectados’ por el mundo y por los otros y, por ende, interpelados a responder intencionadamente. “En efecto, ya desde las primeras etapas de la vida la progresiva organización del ámbito emotivo se corresponde con el ordenamiento de la relación con una persona en reciprocidad afectiva” (Arciero, 2003, p. 71).

No obstante, la visión del otro como similar a mí conlleva también la comprensión fundamental consistente en la imposibilidad de acceder al flujo de experiencias del otro tal como accedo a mis propias experiencias (Arciero, 2003). Ricoeur (1996 [1990]) plantea esto señalando que “... la donación del

otro no permite vivir las vivencias del otro, y en este sentido nunca es convertible en representación originaria” (p. 370). Esto da cuenta de la tensión existente entre ser interpelados emocionalmente por los otros y la imposibilidad de penetrar en sus experiencias tal como accedo a las mías (Arciero, 2003).

CAPÍTULO 3: Del Proceso de Enganche y Desenganche al Proceso de Descubrimiento Terapéutico

En base a la concepción de Ricoeur (1990 [1996]), la alteridad se entiende como la relación consigo mismo, con el otro y con la conciencia, que establecen todos los sujetos. Por su parte, la relación con los otros de intersubjetividad relativa a cada relación particular es constitutiva de la identidad narrativa, en cuyo cimiento se encuentra la ipseidad que se desarrolla en la intersubjetividad y en la alteridad.

Bajando esta concepción filosófica fenomenológico hermenéutica a la psicoterapia, se reconoce la alteridad en la relación terapéutica, al concebir que “...el otro no es uno de mis objetos de pensamiento, sino, como yo, un sujeto de pensamiento; que me percibe a mí mismo como otro distinto de él mismo; que, juntos, miramos el mundo como una naturaleza común; que, juntos también, edificamos comunidades de personas capaces de conducirse a su vez, en la escena de la historia como personalidades de grado superior” (Ricoeur, 1996 [1990], p. 369). Arciero (2003) señala que el encontrarme es siempre emocionalmente situado en el aquí y el ahora. El efecto es que encontrándome en el otro me encuentro y esto es mutuo en terapeuta y paciente.

Sobre esta concepción que plantea una relación entre el sí y el otro, se presenta la paradoja de la relación terapéutica donde el terapeuta y el paciente requieren adoptar una determinada posición que está dada por el rol de paciente y de terapeuta, ampliamente descrito por la disciplina psicológica. La relación terapéutica es una relación como cualquier otra en el sentido que es una relación intersubjetiva. La diferencia está en el rol que asume el terapeuta y lo despliega en su relación con el paciente. “Si las relaciones interpersonales nos crían, entonces las relaciones interpersonales nos curan, si las relaciones interpersonales nos enferman, entonces las relaciones interpersonales nos sanan” (Yáñez, 2005, p. 173). Como esta es una relación intersubjetiva se da entre un profesional y uno o más pacientes (Yáñez, 2005), construyen una relación particular, distinta a cualquier otra. En el marco de la relación terapéutica se concibe esta intersubjetividad como alianza terapéutica.

Dentro de la alianza terapéutica, entendida como una relación intersubjetiva particular, construida entre dos o más personas o dos roles ejercidos por personas, se “afectan” mutuamente en su ipseidad. De esta forma, la intersubjetividad se revela como su componente central del proceso psicoterapéutico, en tanto se conforma por el encuentro de dos o más personas que se afectan entre sí, lo que dice relación con el impacto emocional significativo que se generan mutuamente y que altera la comprensión del sí mismo: del terapeuta, pero del paciente por sobre todo.

Para la construcción de la alianza terapéutica, un requerimiento indispensable es que el terapeuta sea para el paciente un sujeto significativo de alteridad (Arciero, 2003). Al emerger durante el proceso psicoterapéutico las experiencias emocionales desbordantes del paciente, el terapeuta se vuelve una figura significativa de alteridad para éste, que lo perturba al desconfirmar su regularidad, pero que a la vez lo contiene y orienta, facilitándole la canalización y elaboración de su experiencia. Esto es lo que constituye la base segura de apego que provee la alianza terapéutica y que otorga dinamismo a las intervenciones psicoterapéuticas, propiciando la exploración del paciente (Yáñez, 2005). En este sentido, la alianza terapéutica permanece en el continuo fluir de la vida, tal como la vida misma, ya que se construye explícitamente para otorgar significado a las experiencias que conmocionan al paciente, a través de un esfuerzo interpretativo intersubjetivo mediado por un lenguaje común.

Para acceder a aquellos contenidos desbordantes para el paciente, el terapeuta realiza intervenciones perturbadoras. No obstante, dada la bidireccionalidad del encuentro intersubjetivo, durante las sesiones de psicoterapia, el paciente al expresarse también puede producir perturbaciones en el terapeuta. Entonces, el profesional requiere ser consciente de la posibilidad -o más bien certeza- de que el paciente igualmente lo interpelará emocionalmente, produciendo que emerjan contenidos de su ipseidad que, como ya ha sido previamente revisado, le otorgan un sentido discordante de sí

mismo, por lo que se encuentran sub-simbolizados en un nivel pre-reflexivo. Esto es lo que tanto Kiesler (2001), como Safran y Segal (1994) y Yáñez (2005) explican como el enganche del terapeuta.

Desde esta perspectiva, en el contexto de la sesión psicoterapéutica, el terapeuta se encuentra implicado en las situaciones particulares del paciente. Al intervenir, lo hace desde su propia interioridad, con la intencionalidad de que el paciente actualice el significado otorgado a cierto acontecimiento de su experiencia personal y lo incorpore como parte de su identidad personal. En este sentido, el desenganche implica que el terapeuta en sus interacciones con el paciente, le proporciona intervenciones originadas en su propia ipseidad, que le generan algún grado de conmoción, pero que requiere reconocerlas, elaborarlas y devolverlas intencionadamente al paciente. De forma similar al trabajo interno que requiere efectuar el terapeuta, la intencionalidad de las intervenciones del terapeuta está en detectar y elaborar los contenidos emocionalmente desbordantes que se encuentran alojados en la ipseidad del paciente, para que a través de la narración de su historia particular, pueda resignificarlos e incorporarlos en su identidad personal, otorgándole un nuevo significado, permitiéndole ampliar su generatividad y reformular su sentido de permanencia, de continuidad y de unicidad. Por ello, un marcador interpersonal no sólo puede ser un indicio del ciclo cognitivo disfuncional del paciente, sino de contenidos perturbadores del paciente que habitan en su ipseidad.

En este sentido, se propone que el proceso de enganche y desenganche como un proceso de descubrimiento terapéutico, porque comprende intervenciones de perturbación cuyo propósito es impactar los márgenes de la identidad personal del paciente para que emerjan los contenidos ocultos en la ipseidad que presionan para ser incorporados en la mismidad. No implica que se realice un hallazgo absolutamente novedoso de algo que no existía, sino que involucra más bien una revelación de contenidos emocionales que se encontraban encapsulados en la ipseidad, recubierta a su vez por la mismidad. Según Arciero (2003), se orienta a generar una dialéctica entre los contenidos perturbadores que emergen de la ipseidad y la mismidad, para reconfigurar la identidad, todo esto desde la narración, lo que conlleva a la identificación de las propiedades de la experiencia perturbadora inmediata que se vinculan de alguna forma con el sentido de continuidad personal.

Los cambios que se producen tienden a reorganizar los márgenes, ampliar la generatividad del paciente y complejizar la dinámica del sí mismo. Por ello, este conocimiento que emerge abre nuevas razones de sentido al paciente. De acuerdo con Yáñez (2005) y Safran y Segal (1994), el proceso de descubrimiento terapéutico otorga un desmentido experiencial al paciente, ya que a través del descentramiento del paciente genera oportunidades de otorgar nuevas interpretaciones a sus experiencias.

Los sentimientos del terapeuta que experimenta en la relación con un paciente, son centrales para el proceso psicoterapéutico, no sólo para la identificación e intervención del estilo interpersonal disfuncional del paciente, sino también de experiencias significativas del paciente que lo conflictúan y que no ha elaborado, para integrarlas como parte de sí mismo. En el caso del terapeuta, cada proceso de psicoterapia constituye un descubrimiento en tanto revelación de contenidos que conmocionan al paciente o que perturban al terapeuta como persona, los que detecta desde su propia experiencia discordante. El proceso de descubrimiento implica para el terapeuta develar su propia experiencia encubierta en la relación con el paciente, para devolvérsela mediante una intervención perturbadora que le facilite la toma de conciencia y resignificación de sus experiencias (Kiesler, 2001). Para ello, el terapeuta efectúa un despliegue técnico que inicialmente le demanda levantar el manto de su mismidad para incorporar elementos de su ipseidad interpelados por el paciente.

No obstante, cabe destacar que el foco de este proceso de cambio se encuentra absolutamente centrado en el paciente, mientras que en el terapeuta favorece su autocuidado al poder expresar aquello que experimenta en sesión. Lo importante es que el terapeuta genere las condiciones para que el proceso psicoterapéutico implique un descubrimiento para el paciente, en que emerjan contenidos divergentes, que sean reconocidos, aceptados y elaborados para ser

incorporados en su sí mismo. De esta forma, el proceso de descubrimiento terapéutico aplica a todas las intervenciones realizadas por el terapeuta que tengan como intención la perturbación.

El proceso de descubrimiento terapéutico comprende una serie de fases que va realizando el terapeuta por una parte y el paciente por otra pero que, en definitiva, funcionan como una orquesta en la sesión de psicoterapia, en donde el terapeuta es el director y el paciente es tanto los músicos como el compositor de una pieza que va creando en el acto. Esto implica que las intervenciones del terapeuta de lo que le genera el paciente en sesión, las emplea estratégicamente siguiendo un método específico, que se orientan a la inicial toma de conciencia del paciente y su posterior resignificación de la experiencia facilitando, con ello, el cambio psicoterapéutico.

Fase 0: Implicación

Alude a la vinculación del terapeuta con la experiencia desbordante del paciente, sin que tenga conciencia de ello. En esta fase ya aparece la interpelación no consciente del paciente a la ipseidad del terapeuta, como producto de la creación conjunta de ambos. Es lo que Kiesler (2001) y Safran y Segal (1994) definen como enganche y Yáñez (2005) como impacto vivencial, formulada como fase cero, en tanto el terapeuta no despliega intervenciones con

intención de perturbación, pero si demanda de la intervención de escucha propuesta por Yáñez (2005).

En esta fase se manifiesta la actitud empática del terapeuta hacia el paciente. Tanto Kiesler (2001) como Safran y Segal (1994) enfatizan la importancia de la empatía en el proceso. Estos últimos autores definen la empatía como la aceptación genuina por parte del terapeuta de las experiencias del paciente. Desde la óptica de la fenomenología hermenéutica de la construcción de la identidad, se asume como la brecha inquebrantable de acceder a las experiencias del otro -en este caso, del paciente- de igual forma como se tiene acceso a las vivencias de uno mismo, cuestiones que no son excluyentes entre sí y que sumadas permiten tener una mejor comprensión de la empatía. Dada la imposibilidad del acceso a la experiencia del otro tal como experimento mis propias experiencias, la empatía vendría siendo el entendimiento universal de las experiencias del otro y de la valoración emotiva que le otorga, respetando al otro en cuanto ser humano, con independencia de sus características particulares o idiosincráticas.

Cabe destacar que desde los planteamientos de Safran y Segal (1994) se desprende que es necesario y hasta deseable que se de esta fase en la psicoterapia, ya que contribuye a la demostración de empatía del terapeuta al paciente y a la construcción y/o fortalecimiento de la alianza terapéutica. Uno

de los aspectos centrales de esta fase es dejar que el paciente se exprese, sin limitarlo. Con una intervención de escucha efectiva (Yáñez, 2005), el terapeuta facilita técnicamente la generación de confianza y el desarrollo de la alianza terapéutica.

De acuerdo con Kiesler (2001), puede resultar altamente dañino para el paciente y para la alianza si el terapeuta se mantiene en esta fase y no avanza a las fases siguientes del proceso de descubrimiento terapéutico. Esto puede generar el efecto de encubrimiento de las experiencias emocionalmente desbordantes del paciente, con lo que no se cumpliría con el propósito de la psicoterapia constructivista orientada a la generación de un cambio profundo en el paciente, real y duradero. Según Yáñez (2005), las intervenciones metacomunicativas ponen en riesgo la estabilidad y continuidad de la alianza terapéutica. No obstante, desde esta perspectiva se aprecia que tanto la puesta o no en marcha del proceso de descubrimiento terapéutico afecta a la psicoterapia y a la alianza terapéutica.

Fase 1: Sorpresa

Consiste en la toma de conciencia inicial del terapeuta de la vinculación con las experiencias perturbadoras del paciente, que surge producto de una expresión del paciente que resulta inesperada para el terapeuta. Para ello, Ricoeur (1996 [1990]) da a entender que se activan contenidos de la ipseidad

ante lo inesperado o sorprendente, los que son incorporados una vez son comprendidos a través de la narración. En consistencia con los planteamientos de Yáñez (2005) es aquello que genera sorpresa o confusión durante la sesión, que afecta al terapeuta en su ipseidad y, por ende, requiere elaborar para devolver al paciente por medio de una intervención que logre afectarlo o perturbarlo. Es esta sorpresa o confusión que puede dar una pista al terapeuta de contenidos perturbadores del paciente que atentan contra la coherencia de su sistema y que no se encuentran elaborados. Los contenidos de la ipseidad también pueden ser aquellos que generen desconcierto, incertidumbre, desorientación, asombro o perplejidad, es decir, que producen una sensación de extrañeza en el terapeuta. En esta fase, el terapeuta se puede plantea las pregunta ¿qué me pasa? Según Yáñez (2005), este es un impacto vivencial que le ocurre al terapeuta a nivel perlocutivo, es decir, el efecto que le produce un acto de habla del paciente.

Es relevante destacar que la experiencia de sorpresa, en palabras de Guidano (1994 [1991]) es siempre autorreferencial, reflejándose más a sí misma que a aquello que se percibe que está ‘fuera’ del sí mismo.

Fase 2: Indagación

El terapeuta debe ser capaz de analizar su reacción interna y atribuirle un significado. Si lo atribuye a sí mismo, se recomienda elaborarlo junto con su supervisor y/o co-terapeuta, ya que puede dar cuenta de contenidos propios no

elaborados, lo que Kiesler (2001) denomina contratransferencia subjetiva. Si dicha atribución deriva de una experiencia vivida en la interacción terapéutica, requiere otorgarle un significado que pueda exponerle al paciente para que juntos lo interpreten y le proporcionen un nuevo sentido. El terapeuta debe ser capaz de asociar su experiencia desbordante con las acciones o comunicaciones del paciente que identifique como disfuncionales, problemáticas o perturbadoras.

Desde la fase de sorpresa, pero con mayor fuerza a partir de la fase de indagación, el terapeuta corta el vínculo con la experiencia perturbadora del paciente, ya que toma consciencia de aquello que ha experimentado emocionalmente por influjo del paciente. Safran y Segal (1994) sugieren que el terapeuta detecte sus respuestas complementarias al influjo del paciente. Para ello, el terapeuta se puede plantear la pregunta ¿por qué me siento...(confundido, perplejo, etc.)? Al finalizar esta fase, el terapeuta tiene una clara explicación de la sorpresa experimentada por el influjo del paciente, de sus respuestas complementarias a dicho influjo, así como una elaboración de una teoría de las experiencias emocionalmente desbordantes o perturbadoras del paciente.

Fase 3: Puesta a Prueba

Se presenta esta fase como una alternativa a desplegar en el caso que el terapeuta no haya logrado culminar con éxito la fase de indagación, es decir, que no haya identificado del todo una teoría de las experiencias emocionalmente desbordantes o perturbadoras del paciente. Específicamente, se propone que el terapeuta realice una intervención ilocutiva que ‘ponga a prueba’ la hipótesis que ha elaborado medianamente, que permita reforzar aquellas señales que le generaron la sorpresa, al contrario de lo que plantean Kiesler (2001) y Safran y Segal (1994) respecto de interrumpir el refuerzo del patrón de comportamiento interpersonal inadaptado del paciente.

Fase 4: Devolución

El terapeuta expresa al paciente la experiencia que ha vivenciado con éste producto de una interacción reciente. Esto lo realiza de un modo claro y preciso, siempre y cuando el terapeuta haya logrado distanciarse de su experiencia emocional y que la haya experimentado con una intensidad moderada. Tras la devolución, inmediatamente el terapeuta cierra su intervención planteando una pregunta al paciente. Esta es una forma de plantear la teoría que explica las experiencias del paciente de forma tentativa, tal como lo sugieren Safran y Segal (1994), intencionando la exploración para que terapeuta y paciente en conjunto busquen explicaciones a las apreciaciones del terapeuta.

Todos los autores revisados que teorizan respecto del proceso de enganche y desenganche, coinciden en recomendar realizar este tipo de intervención en el aquí y el ahora de la sesión terapéutica, donde ha discurrido esta implicación del terapeuta que ha dado pie al empleo de esta intervención. Además, cabe destacar que ellos plantean que las intervenciones del terapeuta desplegadas dentro del proceso de descubrimiento terapéutico, debe plantearlas de forma tentativa y realizarlas de modo sintético.

En las fases siguientes del proceso de descubrimiento, se coincide con las tres últimas fases de la técnica procedural de metacomunicación propuestas por Yáñez (2005), proponiendo una fase adicional y planteando algunas precisiones:

Fase 5: Señalamiento

Propone esta fase como alternativa a la fase de devolución -o despliegue según su denominación- y que se realizarán siempre y cuando dicha intervención no produzca el efecto esperado de generar una perturbación emocional en el paciente, como resultado de las experiencias personales desbordantes que ha expresado en el curso de la sesión psicoterapéutica (Yáñez, 2005). El señalamiento se puede utilizar como intervención específica no sólo para evidenciar al paciente su marcador interpersonal y, por ende, el potencial efecto que produce en los otros, sino para mostrarle la expresión que realizó en

la sesión que hizo inferir al terapeuta que ha vivido alguna experiencia emocionalmente significativa y desbordante que no ha referido durante el proceso terapéutico, que puede constituir una señal del origen de los motivos que lo llevaron a buscar apoyo psicoterapéutico.

Respecto de la fase de señalamiento, Yáñez (2005) enfatiza que “en este punto, quizás más que en ningún otro acto terapéutico, se muestra la equiparidad que existe en el encuentro entre dos expertos, o dos subjetividades, en búsqueda de una interpretación, que facilite la integración de contenidos perturbadores al sí mismo” (p. 133). No obstante, se aprecia que este hecho es generalizable a cualquiera de las intervenciones realizadas por el terapeuta en el proceso de descubrimiento terapéutico, ya que su propósito e intencionalidad es la interpretación conjunta para facilitar la integración al sí mismo de los contenidos desbordantes del paciente que emergen desde su ipseidad.

Fase 6: Interpretación

Según Yáñez (2005), consiste en la relación que realiza el paciente entre su marcador interpersonal y su estilo de funcionamiento, lo que es intencionado por el terapeuta. De forma similar al señalamiento, se puede establecer la relación entre la expresión del paciente y la alternativa de interpretación relativa al estado emocional o cognitivo de éste, dado que se asocia mayormente con una inferencia natural de la una relación intersubjetiva. Se sugiere emplear sólo

esta opción, sobretodo tomando en consideración el supuesto que el paciente se encuentra tomando consciencia de los contenidos que han emergido de su ipseidad. De esta forma, esta fase se puede utilizar con el propósito de acceder al impacto emocional que genera en el paciente el contenido perturbador que ha emergido.

Fase 7: Deconstrucción

Se propone esta fase, la que consiste plantear preguntas al paciente que le permitan volver a vivenciar las experiencias asociadas al contenido que ha emergido de su ipseidad, de un modo emocionalmente situado. La finalidad es que el paciente logre llegar hasta la experiencia originaria de dicho contenido desbordante, desanclando su historia.

Fase 8: Integración

Consiste en la reconstrucción experiencial de la historia del paciente asociada al contenido perturbador. Arciero (2003) sugiere en este caso que las explicaciones que surjan sean estructuradas de forma coherente con el sentido de unicidad y permanencia del paciente, para no arriesgar significativamente su coherencia interna. Por su parte, Yáñez (2005) explica que en esta última fase el terapeuta cumple el rol de observador y contenedor de las nuevas experiencias emocionales que le puede provocar al paciente esta resignificación.

Para desplegar una intervención perturbadora o de contraste como el descubrimiento terapéutico, tanto el terapeuta, como el paciente y la alianza terapéutica deben cumplir con ciertas condiciones. Siguiendo a Yáñez (2005), el terapeuta debe poseer competencias, habilidades y destrezas de orden superior, lo que requiere una formación teórica y práctica de calidad, que se deben traducir:

- A nivel epistemológico, en una concepción intersubjetiva de sujeto constructivo e intersubjetivo.
- A nivel teórico, en la comprensión exhaustiva del modelo constructivista y, especialmente, de la construcción de la identidad personal y la dialéctica que ella comprende.
- A nivel clínico,
 - En el dominio teórico y puesta en práctica de las condiciones del establecimiento de una relación terapéutica.
 - Posicionarse como un observador participante (Safran y Segal, 1994), en tanto demanda al terapeuta a interactuar con el paciente y observar dicha interacción, y como un perturbador estratégicamente orientado (Guidano, 2001; 1994), para comprender el problema del paciente en un contexto interpersonal de mutua colaboración.

- Requiere anticipar los efectos de una intervención con intención de perturbación que puede tener en la alianza terapéutica y en la organización del sí mismo del paciente. Para ello, el terapeuta debe tener un alto nivel de conocimiento del paciente (Yáñez, 2005). Cabe destacar que el terapeuta debe abstenerse de realizar este tipo de intervención o cualquier intervención que desestabilice al paciente y que, por ende, resulte iatrogénica para éste.
- A nivel de estrategias y técnicas,
 - Tener en plena consciencia el efecto perturbador que le generó la experiencia del paciente y referirlo ya descentrado sólo si su intensidad fue baja o moderada.
 - Ser realizada ante una experiencia perturbadora del paciente en curso.
 - Efectuar la devolución con un lenguaje proposicional, con una intención exploratoria que se encuentre claramente sujeta al análisis y el cuestionamiento.
 - Debe tener la intencionalidad principal de descubrimiento terapéutico del paciente y, en segundo lugar, la facilitación del autocuidado del terapeuta.
- A nivel de la persona del terapeuta,
 - Requiere un alto grado de autoconocimiento y la elaboración profunda del sí mismo a través de procesos psicoterapéuticos en

donde ejerza el rol de paciente. Este requisito de psicoterapia, más que constante, debe ser periódico.

- Demanda mantenerse en constante supervisión de un terapeuta más experimentado y/o en relación de co-terapia, para contar con un apoyo auxiliar de detectar y analizar los contenidos emocionalmente perturbadores que experimenta en las sesiones con sus pacientes.

Por su parte, el paciente requiere contar con estados emocionales de mayor estabilidad y con condiciones cognitivas de orden superior. Además, debe haberse desarrollado una fuerte alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta, por lo que se sugiere emplear este tipo de intervención en estadios avanzados del proceso terapéutico. Se requieren las condiciones antes mencionadas para realizar una intervención de esta naturaleza (Yáñez, 2005). De lo contrario, se corre el riesgo de confirmar el esquema cognitivo disfuncional del paciente y de ejercer resistencias en el paciente a la metacomunicación o, más bien, a experimentar sus experiencias desbordantes (Safran y Segal, 1994 en Yáñez, 2005).

Esto demanda que el terapeuta desarrolle una metaconciencia de sí mismo, para que en el curso de la sesión pueda acceder a su ipseidad desde la

conciencia, es decir, del relato consigo mismo. Para ello, el terapeuta requiere estar atento y analizar:

- Aquellas experiencias vivenciadas con el paciente que le generan algún grado de perturbación.
- El relato del paciente y las intervenciones que realiza como terapeuta en los tres niveles de actos del habla (locutivo, hiperlocutivo y perlocutivo).
- Las características de la alianza terapéutica particular, para evaluar los facilitadores y obstaculizadores del acceso a la ipseidad, tanto de sí mismo - terapeuta- como del paciente -otro como sí mismo-.
- Mantener una relación terapéutica, enmarcada dentro del encuadre terapéutico.

Como el proceso de descubrimiento terapéutico implica un despliegue técnico, es necesario que sea entrenado en procesos de formación para terapeutas y en el contexto de la supervisión clínica. Esto se puede efectuar a través del análisis de las reproducciones de las sesiones terapéuticas y/o en la conformación de duplas de co-terapia. Sobre todo en el caso de terapeutas noveles, las sugerencias de Kiesler (2001) de comparar su modo de ser habitual en relación con otras personas para la detección de experiencias propias emocionalmente perturbadoras que emergen en la relación intersubjetiva con un paciente particular, pueden ser sumamente útiles.

Cuando el terapeuta compara y determina que su comportamiento dista llamativamente del habitual en la relación con sus propios otros significativos, con sus supervisor y/o co-terapeutas, con sus otros pacientes y con dicho paciente en particular, cabe la posibilidad que las experiencias que está vivenciando en la sesión obedezcan a contenidos personales no resueltos, los que requiere elaborar tanto como una estrategia de autocuidado, como para evitar encubrir -y no facilitar el descubrimiento- de las experiencias emocionalmente perturbadoras del paciente en cuestión.

En cambio, cuando el modo habitual del terapeuta discrepa de su comportamiento típico con dicho paciente, pero se asemeja a las reacciones que tienen con éste los otros significativos en la vida del paciente, o en lo que genera a su supervisor y/o co-terapeutas, puede que las experiencias que vivió en sesión den cuenta de contenidos del paciente que le son desbordantes pre-reflexivamente y que, por ende, no ha incorporado en su sí mismo. Cabe destacar que estas sugerencias son para que el terapeuta las trabaje en el contexto de supervisión y/o co-terapia, cuyos contenidos revelados puede desplegar a posteriori en sesión, preferentemente en un momento emocional y temáticamente contingente.

No obstante, a diferencia de los planteamientos de Kiesler (2001) y de Safran y Segal (1994), estas alternativas sólo constituyen técnicas usualmente

empleadas, en primer término, para el entrenamiento y, en segundo lugar, para el apoyo de la detección de contenidos perturbadores. Esto se debe a que se recomienda que durante una sesión de psicoterapia, el terapeuta despliegue intervenciones de perturbación en contextos emocionalmente contingentes, con el propósito de generar una resignificación de la experiencia mientras se encuentre en curso, evitando así la intelectualización. Como alternativa, se propone trabajar en actividades prácticas orientadas al dominio de los actos de habla y a la detección de sensaciones discordantes del sí mismo.

En síntesis, tal como se refiere Yáñez (2005) respecto de la técnica procedural de la metacomunicación, el despliegue del descubrimiento terapéutico requiere un amplio y constante esfuerzo terapéutico para el terapeuta, pero principalmente para el paciente, ya que resulta emocionalmente intenso al empujarlo a construir una interpretación y sentido novedoso a sus experiencias dolorosas y, por ende, a sí mismo, otorgándole un sentido de permanencia con nuevos bríos.

CONCLUSIONES

El proceso de descubrimiento terapéutico es transversal a todas las terapias psicológicas en que el cambio se genera con el otro. La alianza terapéutica es la relación particular construida en la interacción entre el terapeuta y el paciente dentro de un espacio intersubjetivo psicoterapéutico. Desde esta alianza, se produce una interpelación mutua a la ipseidad de cada actor, en donde emergen los contenidos perturbadores del paciente, pero también del terapeuta. Por ello, la alianza terapéutica constituye el componente central del proceso psicoterapéutico, dado el impacto emocional significativo generado mutuamente y que produce transformaciones en la comprensión del sí mismo: del terapeuta, pero del paciente por sobre todo.

El presente estudio permitió la caracterización y redefinición del proceso de enganche y desenganche. En este sentido, el enganche se entiende como el sentido discordante de sí mismo que el terapeuta puede experimentar en la intersubjetividad de la alianza terapéutica y que constituye señales potenciales de:

- Contenidos perturbadores de la persona del terapeuta escasamente elaborados.
- Un estilo interpersonal disfuncional del paciente.

- Contenidos perturbadores del paciente asociados a las eventuales experiencias desbordantes que lo movilizaron a buscar apoyo psicoterapéutico.

De esta forma, en el proceso de enganche y desenganche el terapeuta despliega las intervenciones que dirige al paciente y que se originaron desde su propia ipseidad, que le generan algún grado de conmoción, pero que requiere reconocerlas, elaborarlas y devolverlas intencionadamente al paciente. La intencionalidad del terapeuta radica en la actualización de los significados que el paciente otorga a los acontecimientos desbordantes de su experiencia, para que a través de la narración de su historia particular, pueda resignificarlos e incorporarlos como parte de su identidad personal, permitiéndole ampliar su generatividad y reformular su sentido de permanencia, de continuidad y de unicidad.

A partir de la reflexión teórica efectuada, se proponen ocho fases para el despliegue del proceso, más una fase previa. Dichas fases son:

- Fase 0: Implicación: alude a la vinculación del terapeuta con la experiencia desbordante del paciente, sin que tenga conciencia de ello, para lo que requiere realizar una intervención de escucha efectiva, ya que desde esta fase surge la empatía y el fortalecimiento de la alianza terapéutica.

- Fase 1: Sorpresa: consiste en la toma de conciencia inicial del terapeuta de la vinculación con las experiencias perturbadoras del paciente, que surge

producto de una expresión del paciente que resulta inesperada para el terapeuta y que experimenta como una confusión.

- Fase 2: Indagación: constituye la elaboración de una teoría que permita explicar la sorpresa experimentada por el terapeuta y, por ende, las experiencias desbordantes del paciente que están emergiendo en la sesión.

- Fase 3: Puesta a Prueba: surge como alternativa a la fase de indagación, donde el terapeuta refuerza las expresiones del paciente que le generaron sorpresa para completar su teoría de las experiencias perturbadoras del paciente.

- Fase 4: Devolución: el terapeuta expresa al paciente la experiencia que ha vivenciado con éste producto de una interacción reciente y le plantea una pregunta al paciente que intencione la exploración.

- Fase 5: Señalamiento: surge como alternativa a la fase de devolución y consiste en mostrar al paciente la expresión que realizó en la sesión que hizo inferir al terapeuta que ha vivido alguna experiencia emocionalmente significativa y desbordante.

- Fase 6: Interpretación: consiste en que el terapeuta plantea abiertamente la relación existente entre la expresión del paciente y la alternativa de interpretación relativa al estado emocional o cognitivo de éste, con el propósito de acceder al impacto emocional que genera en el paciente el contenido perturbador que ha emergido

- Fase 7: Deconstrucción: consiste plantear preguntas al paciente que le permitan volver a vivenciar las experiencias asociadas al contenido que ha emergido de su ipseidad, de un modo emocionalmente situado.
- Fase 8: Integración: corresponde a la reconstrucción experiencial de la historia del paciente asociada al contenido perturbador.

En relación al segundo y tercer objetivo específico, se logró determinar que para desplegar una intervención perturbadora o de contraste como el descubrimiento terapéutico, tanto el terapeuta, como el paciente y la alianza terapéutica deben cumplir una serie de condiciones.

Para desplegar una intervención perturbadora o de contraste como el descubrimiento terapéutico, el terapeuta debe poseer competencias, habilidades y destrezas de orden superior que atraviesan los niveles del conocimiento epistemológico, teórico, clínico, estrategias, técnicas y el cuidado de la persona del terapeuta. Principalmente, esto se traduce en una visión arraigada de sujeto constructivo e intersubjetivo, una comprensión acabada del modelo constructivista y del proceso de construcción de identidad personal, dominio de las condiciones del establecimiento de una relación terapéutica, tener plena conciencia del efecto perturbador que le generó la experiencia desbordante del paciente y realizar una devolución sólo si se ha descentrado de ella, propiciando siempre la exploración y descubrimiento emocionalmente situado del paciente.

Resulta imprescindible que el terapeuta mantenga un equilibrio y una clara distinción entre su persona y su rol de facilitador del cambio psicológico de otros. El proceso de descubrimiento terapéutico implica que el terapeuta utiliza sus sentimientos en beneficio del paciente, pero nunca involucra sus sentimientos. Por ello, el foco de este proceso de cambio se encuentra absolutamente centrado en el paciente, mientras que en el terapeuta favorece su autocuidado al poder expresar aquello que experimenta en sesión.

El terapeuta necesita desarrollar una metaconciencia de sí mismo, para que en el curso de la sesión pueda acceder a su ipseidad desde la conciencia, es decir, del relato consigo mismo. Para ello, requiere atender a aquellas constelaciones de análisis relativas a las experiencias del paciente, sus experiencias en sesión, la alianza terapéutica y la mantención de la relación y el encuadre terapéutico. En este sentido, realizar este proceso implica una alta responsabilidad para el terapeuta y lo demanda completamente.

Por su parte, el paciente requiere contar con estados emocionales de mayor estabilidad y con condiciones cognitivas de orden superior. Además, debe haberse desarrollado una fuerte alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta.

A partir de lo anterior, se puede concluir que el cambio terapéutico depende en gran medida de la calidad del despliegue técnico del terapeuta. Por ello, se propone el entrenamiento en procesos de formación para terapeutas y en el contexto de la supervisión clínica empleando estrategias basadas en los actos de habla y en la detección de sensaciones discordantes.

El presente estudio permitió concluir que el proceso de enganche y desenganche implica un proceso de descubrimiento terapéutico, en tanto involucra la revelación de contenidos que conmocionan al paciente o que perturban al terapeuta, los que el terapeuta detecta desde su propia experiencia discordante. El proceso de descubrimiento implica para el terapeuta develar su propia experiencia encubierta en la relación con el paciente, para devolvérsela mediante una intervención con intenciones de perturbación cuyo propósito es impactar los márgenes de la identidad personal del paciente para que emerjan los contenidos ocultos en la ipseidad que presionan para ser incorporados en la mismidad. Para ello, el terapeuta efectúa un despliegue técnico que inicialmente le demanda levantar el manto de su mismidad para incorporar elementos de su ipseidad interpelados por el paciente. De esta forma, el proceso de descubrimiento terapéutico aplica a todas las intervenciones realizadas por el terapeuta que tengan como intención la perturbación.

Si bien fue posible conocer el proceso de enganche y desenganche que despliega el terapeuta en el curso de la terapia, efectuada desde el modelo psicoterapéutico constructivista, de esta investigación derivan una serie de interrogantes. Por ejemplo, ¿cuál es el aporte específico de los otros modelos psicoterapéuticos a la comprensión del proceso de descubrimiento terapéutico?, ¿cuáles son las principales sugerencias que se pueden entregar desde los otros modelos psicoterapéuticos relacionales para la adquisición de competencias asociadas al despliegue del proceso de descubrimiento terapéutico? Estas y otras interrogantes dejan una puerta abierta para desarrollar otras investigaciones que permitan dar continuidad a la profundización de la comprensión del proceso de descubrimiento terapéutico.

REFERENCIAS

- Arciero, G. (2005 [2003]). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal: Reflexiones sobre la experiencia humana*. (L. Padilla, trad.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Arciero, G. (2009 [2006]). *Tras las huellas de Sí Mismo*. (C. Molinari, trad.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Baringoltz, S. (2009). Las emociones del terapeuta en el interjuego de la relación terapéutica. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Terapias Cognitivas Constructivistas y Posracionalistas. Buenos Aires, 25 y 26 de Septiembre de 2009.
- Drake, J. L. (2001). *Hablar, hacer, causar: La teoría de los actos de habla de J. L. Austin*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Gabbard, G. (2002 [2000]). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. (V. Horigian, trad.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Guidano, V. (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano y Sociedad Chilena de Terapia Psotracionalista.
- Guidano, V. (1994 [1991]). *El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva psotracionalista*. (J. Piatigorsky, trad.). Barcelona: Paidós.
- Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.

- Guidano, V. & Liotti, G. (2006 [1983]). *Procesos cognitivos y desórdenes emocionales: Enfoque estructural de la psicoterapia*. (F. Huneeus, trad.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Heidegger, M. (1997 [1927]). *Ser y tiempo*. (J. Riviera, trad.). Santiago de Chile: Universitaria.
- Kiesler, D. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Psychotherapy in Practice* 57 (8), 1053-1063.
- Ricoeur, P. (1996 [1990]). *Sí mismo como otro*. (A. Neira, trad.). Madrid: Siglo XXI.
- Safran, J. & Segal, Z. (1994 [1991]). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. (G. Vitale, trad.). Barcelona: Paidós.
- Searle, J. (1990 [1969]). *Actos de habla: Ensayos de filosofía del lenguaje*. (L. Valdés, trad.). Madrid: Cátedra.
- Voutilainen, L., Peräkylä, A. & Ruusuvuori, J. (2010). Professional non-neutrality: Criticising the third party in psychotherapy. *Sociology of Health & Illness* 32 (5), 798-816.
- Yáñez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Zagmutt, A. (2006). La evolución de la terapia cognitiva posracionalista. *Conferencia plenaria presentada VI Congreso Latinoamericano de*

Terapias Cognitivas. Buenos Aires: Sociedad de Terapia Cognitiva
Posracionalista.