



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA , MENCIÓN ADULTO**

**ESTUDIO
EI TERAPEUTA COMO PERTURBADOR ESTRATÉGICAMENTE
ORIENTADO
Desde el enfoque Constructivista Cognitivo**

Tesis para optar al grado de Magíster

Autor

Ps. Hugo Chacón Romero

**Académico Patrocinante y Asesor Metodológico
Dra. y Ps. Irma Palma Manríquez**

2010

"A veces toda la terapia se juega en la dimensión emocional de la relación terapéutica" (Guidano)

Agradezco a mi profesora guía por su compromiso con mi trabajo de investigación y de quien aprendí mucho. Agradezco especialmente a Maureen, mi mujer, quien me estimuló y acompañó constantemente en este proceso de aprendizaje.

Agradezco a mi pequeña hija, María José, quien me inspiró emocionalmente en el desarrollo de la presente investigación.

INDICE

I. Introducción.....	6
II. Objetivos de la Investigación.....	9
III. Marco Teórico.....	10
3.1. Consideraciones Generales.....	10
3.1.1. El Conocimiento Humano.....	10
3.1.2 Identidad Personal.....	11
3.1.3 Proceso Terapéutico.....	14
3.1.4 El Cambio Terapéutico.....	16
3.2. El Terapeuta como perturbador estratégico.....	18
3.2.1 Definición.....	19
3.2.2 El método.....	22
IV. Metodología.....	28
4.1.Tipo de Estudio.....	28
4.2 Diseño.....	30
4.2.1 Selección del Caso.....	30
4.2.2 Procedimiento.....	32
4.2.3 Técnicas de Registro y Recolección de Datos.....	34
4.3 Análisis Materiales de Investigación.....	35
V. Resultados.....	37

5.1. Presentación del Caso.....	37
5.1.1 Genograma.....	37
5.1.2 Línea del Tiempo.....	38
5.1.3 Motivo de Consulta.....	38
5.1.4 Diagnóstico y/o Hipótesis Diagnóstica.....	39
5.1.5 Áreas de Funcionamiento.....	40
5.2 Definición metodológica de las categorías perturbadoras y estratégicas que deben estar presente en un caso clínico.....	42
5.3 Análisis del caso.....	45
5.3.1. Ayudar al paciente a reconstruir la experiencia emocional perturbadora, conduciéndolo a reformular la misma en términos internos.....	45
5.3.2. Llevar la atención consciente del paciente a aspectos de su experiencia que desatiende por ser inconsistente con los mecanismos de la mantención de su coherencia.....	49
5.3.3. Ampliar la experiencia perturbadora de la paciente a otros contextos, de modo que ésta vaya paulatinamente reconociendo sus reglas de funcionamiento.....	53
5.3.4. Conducir a la paciente a la búsqueda de explicaciones o visiones alternativas que flexibilicen su punto de vista y modifiquen su comprensión de la experiencia perturbadora.....	57
5.3.5. Ayudar a que la paciente comprenda que su experiencia perturbadora surge en el contexto de su historia de vida.....	64

VI. Discusión.....	69
VII. Conclusiones.....	79
VIII. Bibliografía.....	81
IX. Anexos.....	83
9.1. Anexo N°1.....	84
9.2 Anexo N°2.....	85
9.3 Anexo N°3.....	87
9.4 Anexo N°4.....	89

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se ubica dentro del campo de la psicología clínica y pretende generar conocimiento teórico sobre el carácter perturbador y estratégico del terapeuta, a partir de la revisión de su actuar, en el marco del enfoque constructivista cognitivo, particularmente, en su vertiente posracionalista. En efecto, pretende conocer los elementos operativos asociadas al rol perturbador y estratégico del terapeuta, a partir del análisis de un caso clínico, atendiendo complementariamente, los juicios vertidos por un grupo de expertos.

La relación terapeuta-paciente ha sido un tema de constante interés e investigación desde distintos enfoques y los mismos coinciden en relevar dicha relación como un aspecto clave del proceso terapéutico para que el paciente pueda alcanzar el cambio y con ello un mejor bienestar. (Arnkoff, 1994; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran y Muran, 2005; Greenberg, 1996; Guidano, 1994; Guidano y Liotti, 1983).

Sin embargo, desde la perspectiva constructivista cognitivo, dicho análisis ha carecido de una revisión exhaustiva de las variables que se encuentran asociadas al carácter perturbador y estratégico del terapeuta, de modo de acceder no sólo a la dimensión epistemológica, sino que a las prácticas que dan especificidad a dicha caracterización del terapeuta. Pues, dado el carácter esencialmente ontológico, intersubjetivo y emocional del terapeuta desde la vertiente posracionalista, es posible hipotetizar que la posición que le toca asumir al terapeuta, es radicalmente opuesta a la visión tradicional de los modelos cognitivo racionalistas.

Estudiar el actuar del terapeuta desde el enfoque constructivista cognitivo, en su vertiente posracionalista, tiene gran importancia, pues, por un lado, resulta ser una contribución a la revisión del modelo en sus premisas epistemológicas subyacentes a la técnica, y por otro lado, contribuye a la revisión de la práctica

psicoterapéutica, lo que permite perfeccionar las técnicas de intervención terapéutica y hacerlas más eficientes, lo que va en directo beneficio de los pacientes y terapeutas.

Junto con lo anterior, no deja de llamar la atención que la investigación sobre el tema a nivel nacional e internacional es prácticamente inexistente, aunque si existe investigación sobre el rol del terapeuta desde otros modelos, o bien, en relación con otras temáticas asociadas al papel del terapeuta, aunque, igualmente, en una proporción menor como lo refiere Mondaca L. (2005), "... en Chile, como hemos podido comprobar no existen tantas publicaciones a nivel de post grado en relación a investigaciones en psicoterapia (...) . Lo que se ha encontrado en una revisión entre los años 1990 y 1999, en seis revistas chilenas que son referencia para psicólogos y psiquiatras, existían 216 artículos y, en esta área, 28 de ellos fueron relativos al terapeuta y el cliente, siendo sólo 11 publicaciones sobre los terapeutas".

Por tanto, atendida la escasa investigación sobre el rol del terapeuta y particularmente, el vacío que existe desde el enfoque constructivista cognitivo en relación a este tema, resulta interesante abordar el estudio sobre el carácter perturbador y estratégico de la persona del terapeuta, a partir de la revisión de un caso clínico y los juicios de un grupo de expertos, con la finalidad de poder construir argumentos que logren otorgar una mayor comprensión a la definición de dicho rol y disponer de nuevas pistas para aproximarse a la forma como el terapeuta se autorefiere dicho actuar.

Esto último, es el propósito central de la presente investigación, pues, aunque el enfoque constructivista cognitivo ha marcado un antes y un después en el desarrollo del cognitivismo, las dudas respecto del actuar del terapeuta son las que más resuenan al momento de establecer el cómo se hace la terapia, ya que si bien, la autoobservación es el método que el modelo refiere y la moviola una de las técnicas específicas que aporta a la reconstrucción, ésta última, aparece

limitada por la diversidad y complejidad de las problemáticas de los pacientes, pero particularmente, por la conexión que el enfoque ha venido teniendo con la neurociencia, cuyos hallazgos ponen en duda la pertinencia en el uso de dicha técnica. (Arciero G. 2009).

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo General

Definir y reconocer en la práctica clínica intervenciones que caracterizan el actuar del terapeuta como un perturbador estratégico.

Objetivos Específicos

- Identificar aquellas intervenciones que caracterizan el actuar del terapeuta como un perturbador estratégico, de acuerdo al juicio de un grupo de expertos.
- Examinar cómo se manifiestan las intervenciones que son propias del actuar perturbador y estratégico del terapeuta.
- Analizar las exigencias que impone al terapeuta el actuar como perturbador orientado estratégicamente.
- Analizar las implicancias que tiene para el paciente el actuar perturbador y estratégico del terapeuta.

III. MARCO TEORICO

3.1 Consideraciones Generales

3.1.1 El conocimiento humano

El enfoque constructivista cognitivo tiene su origen en los aportes de Mahoney (1998) y en una vertiente más radical, en las contribuciones de V. Guidano (1983, 1987, 1991, 1994 y 1995) y recientemente de G. Arciero (2002, 2005 y 2009), cuyo fundamento epistemológico se nutre, por una parte, en los postulados provenientes de diversas disciplinas y autores como la biología de Maturana y Varela (1995 y 1998), la cibernética de Von Foerster (1994), la filosofía de la ciencia de Popper (1992) y la fenomenología de Heidegger (2000), quienes concuerdan en que la realidad no se revela directamente sino a través de un complejo proceso de construcción de la misma.

Desde este enfoque se postula que el observador es parte integrante de lo que observa, y que todo conocimiento, en consecuencia, es en cada circunstancia una actividad autorreferencial. Esto quiere decir que el conocimiento siempre está reflejando las estructuras del organismo que está conociendo, mucho más que la estructura de la realidad externa o la realidad en sí.

Por tanto, se descarta la idea de objetividad y de un mundo independiente del observador, y se reconoce que el conocimiento surge en las distinciones que el observador realiza a medida que trae a la mano lo distinguido a partir del lenguaje (Maturana y Varela, 1998). En palabras de Guidano (1994), cualquier observación, lejos de ser externa y objetiva, es “autorreferencial”, ya que “siempre se refleja a sí misma, es decir, al orden perceptivo en que se basa, más que a las cualidades intrínsecas del objeto percibido.”

Lo anterior, supone que la manera en que se conoce depende de las estructuras previas del sujeto. Estas serían maneras de operar respecto de la realidad. No son biológicas, ni innatas, ni adquiridas, sino que son ontogenéticas, construidas por el individuo, fruto de una psicogénesis (Piaget, 1969).

Entonces, si un organismo vivo es un sistema que se auto-organiza, es decir, que actúa en el medio en el cual interactúa, el orden experiencial, la experiencia del sistema vivo, no es algo que le es dado desde el exterior, sino que será producto de la interacción del sistema con el medio en el cual está. No podemos tomar la experiencia, ni la manera de ordenarla o vivirla, como algo dado desde afuera, sino que debemos empezar a investigar cómo se llega a la experiencia humana, cuál es la particular manera de llegar a ser quiénes somos, para empezar a comprender nuestra manera de ver el mundo, de percibir la realidad y de percibirnos a nosotros mismos (Guidano, V. 1987).

Por tanto, las consecuencias de esta manera de comprender la forma cómo se conoce, caracteriza el conocimiento como un proceso activo y proactivo; donde los aspectos tácitos y apriorísticos del conocimiento limitan el contenido de nuestra experiencia conciente; pues, se trata de un proceso autoorganizado, donde la realidad personal es independiente del mundo externo y, al mismo tiempo, se encuentra subordinada a mantener la continuidad del sujeto. (Arciero, G. 2005).

Así, el sujeto se constituye en la relación entre su experiencia inmediata (ipseidad) y su forma de ordenar o explicar dicha experiencia (mismidad). Es decir, la dinámica entre el conocimiento tácito del mundo y la necesidad de procesar dicho conocimiento de una manera consistente con el propio sentido de sí, es lo que va conformando la subjetividad de cada individuo en particular. (Arciero, G, 2005).

Por tanto, se puede derivar de lo señalado que la intersubjetividad es un prerequisite para la individuación y el autorreconocimiento estable, generando al mismo tiempo, un sentido de sí mismo como sujeto (yo) y como objeto (mí).

Desde los primeros meses de vida, se puede observar que a través de las regularidades que aportan los comportamientos y mensajes afectivos de los cuidadores, el bebé empieza a construir sentimientos básicos que son inseparables de las primeras percepciones, acciones y recuerdos. La emergencia de esta experiencia subjetiva va unida a la percepción de que uno es una entidad diferenciada de otros objetos y personas en el mundo. Los ritmos psicofisiológicos y los esquemas emocionales se convierten así, en ingredientes básicos de la conciencia del sí mismo del sujeto infantil, conciencia que es fundamentalmente afectiva. (Crittenden, P. 2002)

Por tanto, al reconocer que todo organismo es un sistema que está determinado en su estructura, donde sería ésta la que determina, y no el medio, tanto las interacciones posibles como los cambios internos que nos ocurren; de modo que cada cual conoce según sus propias determinaciones estructurales, dejando de manifiesto que el conocimiento es un orden interno que cada organismo se da, según su propia estructura; es posible aseverar que el hecho que se deriva de ello, es que siendo el conocimiento humano la forma en que el sujeto autoorganiza la propia experiencia, dicho conocimiento no es solamente cognitivo sino también emocional; es decir, en los seres humanos, “el sistema afectivo – emocional corresponde a una aprehensión inmediata e irrefutable del mundo”, lo que constituye el núcleo de la persona humana. (Guidano, 1993)

3.1.2 Identidad Personal

Las consecuencias de esta manera de comprender la forma como se conoce, caracteriza el conocimiento como un proceso activo y proactivo; donde los aspectos tácitos y apriorísticos del conocimiento limitan el contenido de nuestra experiencia conciente; pues, se trata de un proceso autoorganizado, donde la realidad personal es independiente del mundo externo y, al mismo tiempo, se encuentra subordinada a mantener la continuidad del sujeto. (G. Arciero, 2005).

Atendiendo lo anterior, Guidano define la identidad personal como “El proceso unitario y gradual que comienza con la individuación biológica del sí mismo en el nacimiento y que prosigue durante el curso del desarrollo hacia la individuación psicológica. Por lo tanto, la continuidad subjetiva y temporal en la cual se basa la identidad personal es inseparable de la persona, dado que constituye el punto de referencia inmediato disponible y el horizonte de expectativas que permiten al individuo percibir y evaluarse a sí mismo con respecto al mundo circundante. De ahí, que para un sistema de conocimiento autónomo, autoorganizado y autorreferente como el sistema personal humano, el mantener un sentido de identidad es la invariante autoorganizativa fundamental. Perder el sentido de la propia identidad significa la desintegración, la pérdida de la realidad, la más devastadora de las experiencias humanas (Guidano, 1987).

Es así, como “la identidad personal va estructurándose en una circularidad constitutiva entre nuestro sentirnos en vida y, por otro lado, la recomposición simbólica de la experiencia, propiciada al hacer uso del lenguaje, que permite el ordenamiento estable de la experiencia misma”. Es decir, la continuidad entre la “inmediatez de la experiencia” y el “significado de la experiencia” están a la base del proceso de construcción de la identidad personal (Balbi, J. 1994 y Arciero, G. 2009).

Desde esta perspectiva es que Guidano (1994) señala que en cada momento de su vida, cada persona tiene la experiencia inmediata de ser ella misma (un "yo" que experimenta) y, simultáneamente, una explicación de esa experiencia (un "mi" que ordena y explica la experiencia), que le da un sentido de sí misma en términos biográficos procesados a nivel del pensamiento narrativo.

Es decir, un sistema autoorganizado, como el hombre, mantiene un sentido de sí mismo estable toda la vida en un proceso continuo y sin fin de ordenamiento y reordenamiento de sus experiencias. Por tanto, mantener la continuidad de la identidad personal implica la mantención de la propia historia personal en una

continuidad narrativa única, donde los hechos cotidianos discrepantes son asimilados a la imagen consciente que tenemos de nosotros mismos, de manera de hacerla coherente (Guidano, V. 1995)

Sin embargo, para Arciero G., más importante que centrarse en la continuidad del sentido de si mismo hay que centrarse en el sentido de continuidad histórica. La continuidad histórica prima por sobre el sentido de continuidad del sentido de si mismo y el énfasis se pone en la construcción de las narrativas.

Lo anterior, Arciero lo fundamenta en la noción de identidad narrativa propuesto por Ricoeur,(2003), pues, el argumento es que la conciencia reflexiva emerge con la aparición del lenguaje y gracias al lenguaje ingresamos a un mundo compartido con otros (Arciero, 2009). De ahí, es que nos podemos apropiarse del sentido común compartido y con ello, la posibilidad de apropiarse de la experiencia prerreflexiva y esta experiencia prerreflexiva tiene un sentido a partir del cual se constituye una identidad personal. Dicho cambio de enfoque, tiene como consecuencia el carácter hermenéutico al momento de interpretar la propia experiencia.¹

3.1.3 Proceso Terapéutico

La forma como se comprende el surgimiento del conocimiento y la identidad personal, trae consecuencias significativas para el método terapéutico como para la conceptualización de cambio terapéutico. Desde este enfoque, el síntoma clínico es entendido como la activación emocional, que queda fuera de la trama narrativa del sujeto, lo que le impide comprender lo que acontece (Guidano 1994 y Arciero 2005).

¹ Como una manera de entender más ampliamente el proceso de la identidad personal, introduce los conceptos de outward e inward. La experiencia de los outward esta anclada en la alteridad. En los inward es más centrada en la experiencia encarnada. Es más centrada en su sentido de continuidad interna, visceral, mas encarnada. La idea de Arciero es la de que estas dos maneras de vivir en el mundo intersubjetivo generan dos maneras diferentes de constituir la identidad.

Como se señaló anteriormente, la estructura narrativa de la experiencia humana involucra una separación ontológica en que al estructurar una trama narrativa, en el constante ordenar y reordenar de la historia personal se producen dos experiencias simultáneas de uno mismo: un sí mismo que se cuenta, el narrador, y un si mismo que se siente, pudiendo ambos ser discrepantes. Esta discrepancia presiona aún mas a reordenar la historia generándose así una "tensión esencial" que empuja inevitablemente a un proceso abierto y sin fin a integrar cada vez más aspectos de uno mismo en un proceso que no busca una verdad objetiva sino una verdad narrativa, o sea una que nos permita continuar la vida, al conectar ambos si mismos en una coherencia del verse y sentirse (Guidano, V. 1994).

Cuando la coherencia del sistema epistémico se ve amenazada por la imposibilidad de reducir la discrepancia entre la experiencia en curso y la trama narrativa estructurada, operan procesos de autoengaño, denominados también de desatención selectiva para evitar sentir y aplanar las emociones perturbadoras (Zagmutt, A. 2002). Fundamentalmente, se trata de mecanismos de exclusión de información que pueda llegar a gatillar emociones que están fuera del rango de control o reconocimiento explícito, o bien, se trata de actividades distractivas que aplanan el efecto disruptivo de los activadores emotivos que no pudieron ser eludidos.

Es decir, la trama narrativa pierde su capacidad para regular la afectividad, disparándose esta de una manera global e indiferenciada, tal como en cualquier desbalance clínico, sólo que en el caso de las crisis clínicas la rigidez del procesamiento es extrema y el nivel de concretismo también, lo que deja al sujeto adherido al momento, viviendo la experiencia discrepante como algo absoluto e inescapable, como algo completamente extraño e incomprensible y donde la percepción de si, es de extrema vulnerabilidad. Este es el caso de una crisis de procesamiento de tipo neurótico (J. Balbi, 1994).

En el caso del procesamiento sicótico existe un procesamiento tan rígido y concreto como la crisis neurótica, pero en este caso la interferencia al

metalenguaje de significado personal va más allá, en un trastorno de integración, en que no solamente el nivel emotivo, la activación emotiva no es reconocida sino que además son desconocidos aspectos básicos del funcionamiento mental como por ejemplo en las alucinaciones auditivas, en las que el sujeto no es capaz de reconocer sus propios pensamientos. El balance entre regulación afectiva y trama narrativa se quiebra completamente, generándose finalmente una ruptura total del sentido de continuidad vital. No reconoce, no visualiza ningún aspecto de la experiencia inmediata y pierde la capacidad de secuencialización cronológica, causal y temática en el caso de desintegración extrema (Guidano, V. 1995)

Por tanto, desde este enfoque, cualquier persona puede llegar a funcionar en alguna de las modalidades de procesamiento del conocimiento mencionadas: normal, neurótica o psicótica dependiendo de las condiciones que desafían su coherencia sistémica, y no de atributos externos a su propio ordenamiento. De ahí, que una crisis aguda no puede ser referida a ningún criterio externo al sujeto que la está viviendo y por lo tanto la resolución de una crisis no puede tener como objetivo la restitución a un orden anterior visto desde fuera del que experimenta como la manera normal de vivir. Una crisis es vista como un momento en un proceso de continuidad - discontinuidad en un curso vital que permite cambiar algo para mantenerse siempre siendo uno mismo (Guidano, V. 1997), lo que resulta consistente con la visión del hombre como un sistema complejo que es presionado inevitablemente en un aumento de la complejidad en su curso vital (Mahoney, M. 1991)

Finalmente, es necesario precisar que la calidad y estructura del síntoma va a depender de la modalidad de organización de la experiencia para cada organización de significado personal (OSP) y de la modalidad de procesamiento de los contenidos del conocimiento distinguidos en cada organización de significado personal (Guidano, V. 1987); por lo mismo, en el proceso terapéutico, se requiere que el terapeuta conozca la forma en que el paciente se autorefiere la experiencia, si quiere operar como un perturbador estratégico.

3.1.4 El cambio terapéutico

Consistente con este marco conceptual, la terapia constructivista cognitivo no tiene como objetivo de cambio el retorno a un nivel ideal, normal y correcto de vivir, sino que busca proveer las condiciones para que el paciente use sus capacidades auto-organizativas para asimilar la experiencia en curso. Busca que el paciente logre relacionar lo que le ocurre con su propia modalidad de organizar la experiencia, descentrándose de la necesidad de controlar lo que le ocurre y recentrándose en comprender como está dejando fuera de su historia personal aspectos emotivos centrales y por consiguiente, llegar a comprender cuáles son las reglas internas de funcionamiento por las que esto le ocurre, pudiendo de este modo llegar a lograr una articulación y control del desbalance (Guidano, V. 1994; Arciero, 2005).

Se desprende de lo anterior, que cambio y afectividad están estrechamente relacionados y que un dominio restringe al otro recíprocamente. Según esta concepción, la matriz de los significados que procesa el pensamiento es siempre afectiva-emocional, es decir, las emociones otorgan un sentido inmediato y global del mundo y de nuestra situación en él. En otras palabras, son básicamente las emociones las que regulan el funcionamiento mental, organizando tanto el pensamiento como la acción. (Guidano, 1991; Greenberg y otros 1996; Greenberg y Pascual-Leone 2000). Por lo tanto, si las emociones contribuyen a nuestra adaptación, no pueden soslayarse en el análisis de los procesos psicopatológicos y un método psicoterapéutico que intente controlarlas, resulta incompatible. Por el contrario, si son un aspecto esencial de nuestro sistema de conocimiento, deben ser examinadas con el objetivo de reorganizarlas en su funcionamiento. (Zagmutt, A. 2005)

De acuerdo con este enfoque, el ordenamiento continuo de la experiencia personal en una dimensión unitaria y coherente es facilitado en la medida que la generación y asimilación de información afectiva pueda llegar a ser regulada por

las pautas de auto-identidad estructuradas hasta ese momento en la dimensión narrativa. De modo que la autoorganización, en términos de coherencia interna del sí-mismo significa que, la posibilidad de asimilación de perturbaciones que surgen como consecuencia de la exposición continua a nueva experiencia, está subordinada a que ésta pueda ser integrada al orden experiencial preexistente con que se mantiene el sentido de unidad del propio significado personal, sin generar una excesiva perturbación y mientras contribuye a la generación de un nuevo orden sentido como continuo del anterior. En otros términos, a través de esta autoorganización continua, el sí-mismo se auto-construye desarrollando permanentemente niveles más complejos e integrados de auto-identidad y autoconciencia (Balbi, J. 2004).

Por tanto, desde este modelo, antes que privilegiar el análisis de las estructuras racionales del pensamiento paradigmático, incorporan en la consideración de la naturaleza de los procesos psicopatológicos y en la estrategia de cambio terapéutico, la función organizadora que tiene el pensamiento narrativo en la experiencia de la identidad personal (Bruner, 1986).

Entonces, el método psicoterapéutico esencial de este enfoque, está basado en la exploración emocional. Por tratarse de un enfoque de terapia vivencial y facilitador del proceso de construcción de significados emocionales alternativos, como el que propone este tipo de terapia, la tarea del terapeuta consiste básicamente en compartir la experiencia subjetiva del paciente, mientras éste la explora, y en otorgar su ayuda para el procesamiento diferencial de esta experiencia, a medida que ocurre, en todo el conjunto y variedad de los elementos que la componen (Zagmut, A. 2004).

Esta nueva mirada tiene implicaciones sustanciales respecto de la práctica clínica, ya no se trata de modificar conductas desadaptadas ni de cambiar creencias erróneas, se trata de comprender cuáles son los procesos subyacentes a las

manifestaciones explícitas del trastorno emocional, y de considerar la primacía de las emociones en la construcción de significados personales.

Por lo tanto, cualquier cambio que ocurra en el proceso psicoterapéutico constituye una reorganización de la experiencia del paciente determinada por la organización emocional-cognitiva del propio paciente, y el rol del terapeuta no es el del observador que posee la verdad de lo que efectivamente le ocurre a este, sino el de un perturbador emocional estratégicamente orientado. (Guidano, V. 1994).

Sin perjuicio de lo anterior, los planteamientos de Arciero sobre la construcción de la identidad personal, implican cambios en la terapia. Es así que propone, que sea menos centrada en la corporalidad, en la emoción para los outward y más centrada en la interpretación dada la preponderancia de las emociones cognitivas en la constitución de su identidad. Por otra parte propone una intervención más centrada en la experiencia emocional en los Inward dada la relevancia para estos de las emociones básicas en la constitución de la identidad. Finalmente, aunque el método básico de la autoobservación lo mantiene, igualmente, propone que se centre más en la narrativa. (Arciero, 2009)

3.2 EL TERAPEUTA COMO PERTURBADOR ESTRATEGICO

3.2.1 Definición

Como se ha señalado anteriormente, la forma como ordenamos el mundo es inseparable de nuestro modo de ser en él; es decir, la forma como conocemos corresponde a la forma como existimos en el mundo y como lo significamos es la manera como hacemos aprehensible ese modo de existir (Guidano, 1994 y

Arciero, 2005). De ahí, que el significado personal está directamente relacionado con el sentido de continuidad, o si se quiere de supervivencia en el mundo².

Por tanto, ante una experiencia que perturba el fluir continuo de estar en el mundo, la persona va a responder de modo de mantener su sentido de continuidad personal mediante la elaboración de una explicación de aquello que le acontece. En este proceso, la persona tiende a utilizar estrategias de “autoengaño” o de “desatención selectiva”, como una manera de protegerse y evitar la desintegración (Guidano, 1995 y Zagmutt, 2005); pues no se trata de encontrar una verdad, sino de la posibilidad de mantener la coherencia.

Por ello, en el contexto terapéutico, la tarea del terapeuta es ayudar al paciente a promover la atención selectiva hacia aquellos aspectos de la experiencia que éste no está en condiciones de advertir. Se trata de una intervención planificada mediante un enfoque teórico en tercera persona y estratégicamente orientada a perturbar al paciente en primera persona .(Zagmutt, 2004).

Una vez que el paciente ha hecho una distinción diferente, o sea cuando ha sido capaz de reconstruir la experiencia crítica focalizada, el terapeuta puede reformularle esa experiencia con aspectos de la misma situación que lo ha perturbado. Esta es la manera en que resulta posible operar como un perturbador estratégicamente orientado sobre el paciente. Generando en él condiciones que le den la opción de que se active una auto-reorganización de manera de hacer la coherencia. En otras palabras, esto le permite al paciente reordenar su historia manteniendo su sentido de continuidad personal.

²Las Organizaciones cognitivas de Significado personal (OSP) se consideran llaves explicativas que permiten comprender los procesos psicológicos. Cada una de estas consiste en un sistema de ordenamiento de la propia experiencia inmediata que se caracteriza por una personal y única manera de agrupar y combinar (en términos de procesos) las tonalidades emocionales básicas, más un sistema explicativo que en permanente relación funcional con el anterior, intenta, también de una manera personal y única, hacer consistente esta experiencia en torno a una imagen conciente del sí mismo la cual otorgue un significado viable -en términos de la propia coherencia sistémica- a la propia existencia.

Por ello, desde este enfoque, la terapia no tiene como objetivo de cambio el retorno a un nivel ideal, normal y correcto de vivir, sino que busca proveer las condiciones para que el paciente use sus capacidades auto-organizativas para asimilar la experiencia en curso. Busca que el paciente logre relacionar lo que le ocurre con su propia modalidad de organizar la experiencia, descentrándose de la necesidad de controlar lo que le ocurre y re-centrándose en comprender como esta dejando fuera de su historia personal aspectos emotivos centrales. Y por consiguiente, llegar a comprender cuales son las reglas internas de funcionamiento por las que esto le ocurre, pudiendo llegar a lograr una articulación y control del desbalance (Guidano, 1983 y1994).

Por lo mismo, el terapeuta como Perturbador Estratégicamente Orientado, no se esfuerza por categorizar los síntomas que presenta el paciente en relación a un determinado cuadro, sino que se pregunta de qué manera este síntoma expresa el modo particular con que el paciente mantiene su sentido de continuidad experiencial (Yáñez. J. 2004), elaborando una hipótesis de lo que al paciente le ocurre, basándose para ello en las categorías de significado personal que plantea esta teoría.

Por tanto, el terapeuta como perturbador orientado estratégicamente no espera una relación causa-efecto entre su intervención y el resultado obtenido, aun cuando pueda ser claro que es en el marco de la psicoterapia donde ocurrió el gatillamiento de un proceso que dio lugar a la reorganización del paciente. De ahí, que el terapeuta está focalizado en generar las mejores condiciones posibles para provocar una reorganización. Estas condiciones pueden generarse en el seno de una relación terapéutica realmente comprometida, entendiéndose por esto la permanente disposición del terapeuta a simular los procesos del paciente, representándose el cómo puede éste estar viviéndolos como observador y operar sobre el sistema paciente de acuerdo a este criterio de referencia al mundo interior del paciente. Las condiciones consisten en llevar al paciente a experimentar eventos afectivamente cargados y generar una condición auto-referencial en que

le sea imposible dejar de reconocer como propios los aspectos emotivos que emergen en este trabajo (Yáñez, J. 2004).

De esta manera, el terapeuta se comporta como un perturbador estratégicamente orientado, al definir el contexto terapéutico como un ámbito destinado a la comprensión e indagación y no como un escenario donde el cliente será tranquilizado y/o recibirá soluciones técnicas. Entonces serán las explicaciones o reformulaciones discrepantes, que ocurren en un contexto emocional interactivo adecuado, las que modifiquen el punto de vista que el paciente presenta (Guidano, citado por Quiñones, 2001).

Por ello, el elemento más significativo del método para activar emociones es que se haga de manera estratégica, en la que uno va a reconstruir y a reorganizar el dominio experiencial desequilibrado en el paciente, y la modalidad con la cual básicamente el terapeuta actúa es con un rol de perturbador orientado estratégicamente. Perturbar significa utilizar indirectamente las emociones para desencadenar una reorganización de significado, y estratégicamente quiere decir que el terapeuta persigue una estrategia muy precisa que deriva de saber cuál es el tipo de significado personal del sujeto. (Guidano, V. 1994)

De lo anterior, se puede concluir que la esencia del rol del terapeuta como un perturbador estratégico se revela en su capacidad para actuar como facilitador que ayuda al paciente no sólo a conectarse emocionalmente con la experiencia que lo perturba, sino que contribuye a que éste vea aspectos o dimensiones de dicha experiencia que hasta ahora no ha logrado reconocer, ampliando su repertorio de posibles explicaciones y permitiendo que pueda apropiarse de aquella experiencia que le acontece, ya no como algo ajeno a su coherencia interna, sino integrándola como parte de su identidad. (Guidano V. 1994).

Sin embargo, Arciero G. (2009) agrega a lo anterior que, para que dicho proceso sea completo, se requiere que el terapeuta ayude al paciente a conectar ese particular momento de “crisis” con su historia personal; pues, la descripción de la

molestia, devela que se ha producido un quiebre en la continuidad narrativa de su historia personal, provocando que el protagonista y los hechos se confundan.

Desde esta perspectiva se pueden facilitar, pero no dirigir los procesos de cambio humano. Es por esto que, los clínicos constructivista cognitivo ven su trabajo en términos de colaboración, como co-investigadores que ayudan a los pacientes a construir teorías más coherentes y comprensivas sobre sí mismos (Niemeyer, en Mahoney, 1997).

En este sentido, “el terapeuta sólo puede intentar establecer las condiciones capaces de provocar la reorganización, pero no determinar ni controlar el momento en que el cliente se reorganiza, ni el resultado final del proceso. Esas condiciones consisten básicamente en la producción de acontecimientos cargados de afecto, capaces de modificar la experiencia inmediata, de modo que el paciente no puede evitar reconocerlos y autorreferírseles” (Guidano, 1994).

3.2.2 El método

La auto-observación es el método esencial para la reconstrucción de los acontecimientos de interés terapéutico, logrando que el paciente esté más consciente de sus reglas de funcionamiento. Dicho método pretende trabajar en la interfaz entre experiencia inmediata y su reordenamiento explícito, permitiendo el análisis de ambos niveles de procesamiento y la relación entre ellos. Es un proceso de exploración-integración, conducido y facilitado por el terapeuta y realizado por el propio paciente, donde el centro de interés es la dialéctica entre la experiencia tácita-corporal inmediata y su reordenamiento en el lenguaje, proceso durante el cual un nivel restringe al otro recíprocamente (Guidano, V. 1994).

Con ello, dicho método proporciona la materia prima necesaria para la reconstrucción de los acontecimientos de interés terapéutico y permite la exploración y el análisis de tres niveles de procesamiento: La conciencia

inmediata, las explicaciones inmediatas y la relación dinámica y siempre en evolución entre estos contrastes básicos (Balbi, J. 1994).

En las fases iniciales de la terapia, la auto-observación guiada por el terapeuta capacita al paciente para distinguir entre la dimensión del acontecer y la reconfiguración de este acontecer (entre experiencia y explicación). El análisis conjunto de las secuencias de escenas, permite reconstruir tanto los patrones de coherencia interna subyacente a cualquiera de los eventos problemáticos, como la forma en que el paciente se las refiere a sí mismo. En las fases más avanzadas de la terapia, y luego en el análisis del estilo afectivo y la historia del desarrollo (infancia, edad preescolar, niñez, adolescencia y juventud) este proceso de reformulación puede ser ulteriormente facilitado por el entrenamiento del paciente para reconocerse como protagonista (punto de vista “subjetivo” que permite explorar cómo era percibida la experiencia desde la perspectiva de quien la vivía), como espectador (punto de vista “objetivo” que permite al paciente captar los significados recurrentes en la conexión de las situaciones) y como autor (punto de vista “reflexivo” que promueve la conciencia de la propia forma de integrar la experiencia) de la historia que va narrando.

La re-lectura de los episodios de la vida emocionalmente significativos desde varios puntos de vistas determina la reactivación de las emociones relacionadas y simultáneamente una modificación de las modalidades en la cual estas son evaluadas y autoreferidas. Esto, por un lado, induce la recomposición de nuevos grupos de respuestas inmediatas a nivel subjetivo, expresivo y fisiológico, generando una mayor flexibilidad en el sentido de estabilidad personal en curso (relación ipseidad-mismidad)³. Por el otro, el reformular una secuencia de escenas

³ Mismidad se refiere al conjunto de rasgos que componen el ser y que aportan a la identidad una continuidad del sentido de sí mismo relativamente estable (Arciero, Balbi, 2002). Ipseidad, por su parte, se refiere al conjunto de estados que surgen en la contingencia, y representa el devenir con sus quiebres y perturbaciones azarasas.

Mismidad e Ipseidad se entienden como las dimensiones de la experiencia sincrónica y diacrónica respectivamente, que buscan la unidad en una historia, en una totalidad inteligible y perceptible, que podemos denominar Identidad Narrativa.

en una cohesión inteligible dispara el emerger de nuevos recuerdos, nuevas conexiones de los eventos y nuevas tonalidades emocionales relacionadas con ellos. Esto se traduce en una recomposición de la relación entre los recuerdos autobiográficos específicos (únicos para cada evento singular), conocimiento del evento general (durante el propio periodo de vida) y temas de vida, simultáneo con un desplazamiento del horizonte de las expectativas (narración de sí mismo).

Esta recomposición del espacio de la experiencia, que gradualmente toma forma en el curso de la revisión conjunta de la praxis del propio vivir y de su historia, modifica simultáneamente la imagen habitual de sí mismo (el protagonista de la historia); ésta va gradualmente reestructurándose a través de un proceso de apropiación de nuevas experiencias que son integradas en una nueva cohesión de sí mismo –modificación del punto de vista actual de sí mismo. Es en este aumento de la flexibilidad a través de un incremento de la integración de la experiencia – que se acompaña de una modulación más articulada del dominio emotivo- en lo que consiste el efecto terapéutico. (Arciero, G. 2002).

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

Lo anterior, permite que el terapeuta pueda no solamente entender cognitivamente la experiencia del paciente, sino que puede vivirla y hacerla suya. En otras palabras, puede co-experimentar con el paciente su estado pre-reflexivo. De esta manera es posible ayudar al paciente a romper la inaccesibilidad a su propia intencionalidad. La autoconciencia implica exactamente eso: acceder a ese nivel inaccesible de la conciencia (Zagmut, A. 2004).

Para poder llevar esto a la práctica es necesario reconstruir el problema del paciente en forma minuciosa y secuencial. Se trabaja simultáneamente en dos niveles: uno en el cual se investiga cómo ocurrió la experiencia que se está examinando, y otro, en el cual se investiga la manera cómo el paciente se refiere lo que le ocurrió. Esto, con el propósito de generar una situación terapéutica que lleve al paciente a interesarse en investigar nuevos puntos de vista que el mismo pueda desarrollar ante su dificultad y no a buscar en el terapeuta soluciones externas. En un contexto así, el terapeuta es alguien que no resuelve las discrepancias del paciente sino que genera las condiciones que posibiliten una resolución interna de la crisis (Guidano, V. 1994).

Para ello, el terapeuta como perturbador estratégicamente orientado, debe conducir este proceso en pasos graduales, de acuerdo a las propias capacidades del paciente y atendiendo los siguientes consideraciones (Guidano, V. 1994; J. 2001; Yáñez y Col. 2005)

- i. El terapeuta no se hace la pregunta en cuanto a qué cuadro corresponden los síntomas que observa en el paciente, sino que se pregunta de qué manera este síntoma expresa el modo particular con que el paciente mantiene su sentido de continuidad experiencial.
- ii. El objetivo central no es desarrollar y aplicar técnicas específicas para modificar cuadros específicos, sino que desarrollar una metodología de intervención estratégica orientada a intervenir en los procesos autoconscientes del individuo.
- iii. Lo que interesa es hacer un diagnóstico procesal que considere tanto el momento de vida del paciente como los elementos gatilladores y mantenedores de la sintomatología.

- iv. El terapeuta no espera una relación causa-efecto entre su intervención y el resultado obtenido, aun cuando pueda ser claro que es en el marco de la psicoterapia donde se da lugar a un proceso que lleva a la reorganización del paciente. Es decir, el foco principal del terapeuta es generar las mejores condiciones posibles para provocar la reorganización del paciente. Las condiciones consisten en llevar al paciente a experimentar eventos cargados afectivamente y generar un contexto que permita al paciente auto-referir lo que le acontece, de modo que le resulte imposible dejar de reconocer como propios los aspectos emotivos que emergen.

Por lo tanto, el terapeuta actúa como un perturbador estratégicamente orientado, estableciendo las condiciones capaces de provocar la reorganización, pero no controla ni determina el resultado final del proceso; pues, su meta es orientar al paciente a comprender los patrones que él emplea para auto-referir su experiencia inmediata. De manera que, más que estar centrado en modificar las creencias que el paciente tiene, lo guía a darse cuenta de la forma que tiene para elaborarlas. Para lograr este objetivo es indispensable que el terapeuta conozca la dinámica de las principales organizaciones de significado personal, así como los desafíos evolutivos que enfrentan en su progresión ortogenética a lo largo del ciclo vital.

Entonces, utilizando la técnica de la moviola (estrategia de auto observación)⁴ o exploración experiencial, el terapeuta recurre a los eventos donde se produce la discrepancia emocional, lo cual permite nuevos niveles de comprensión y posibilita que los procesos de autoorganización del paciente influyan en el rumbo de la terapia.

⁴ La técnica de la moviola es una estrategia específica para hacer posible el método de la auto-observación, pero posible de ser reemplazada o complementada por otras técnicas que vayan en la misma dirección.

A través de dicha técnica se pretende investigar los eventos que activaron y/o mantienen el problema que declara el paciente. Para ello, los eventos que se investigan son reconstruidos de manera secuencial, revisando hacia atrás y hacia delante, las circunstancias que anticipan el momento en que se produce la "crisis" como lo que viene después de ocurrida la misma. Se va haciendo una focalización en determinada escena (evento crítico) la cual es analizada en detalle y enriquecida con el surgimiento de nuevos elementos, los cuales al ser insertados en la secuencia narrativa, provoca que dicha secuencia sea modificada.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio

La presente investigación ha recurrido al uso del estudio de caso, dado que su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado (Yin 1989) y, como lo refiere Chetty (1996), los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas; esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa y la observación de los participantes, entre otros. Es decir, se trata de una “estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”, con el propósito de recoger la evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría (Eisenhardt 1989).

Respecto de esta tesis, la investigación tiene como finalidad describir las intervenciones del terapeuta a través de las sesiones terapéuticas, sobre la base que el modelo constructivista cognitivo y la opinión de expertos tienen del terapeuta como un “perturbador estratégico”, desde la vertiente posracionalista. El propósito de describir y recoger evidencia cualitativa acerca de la intervención del terapeuta es contribuir en el ámbito de la investigación en psicoterapia.

Uno de los motivos que llevaron a recurrir a la metodología de estudio de caso con enfoque cualitativo, es que al tratar de describir y conocer las percepciones, opiniones, emociones o eventualmente cambios (ya sea en el paciente o terapeuta) resulta necesario dar prioridad al estudio de la propia vivencia de los actores involucrados (Krause, 1992). Junto con ello, la decisión del tipo de estudio, se explica por la pretensión de exponer el rol del terapeuta en la psicoterapia constructivista, cuando ésta se enfoca en la reconfiguración del estilo de organización de significado personal del paciente. Por lo tanto, se trata de una

opción metodológica que da la posibilidad de ahondar y explicar nuevos fenómenos y elaborar teorías en las que los elementos de carácter intangible, tácito o dinámico juegan un papel determinante (Sarabia, 1999).

Otro motivo que explica la decisión de la metodología, es que los datos se obtienen de fuentes secundarias y cualitativas, pues se basa principalmente en textos, entrevistas y transcripciones de las sesiones, pues el principal objetivo es examinar los conceptos y el conocimiento aplicado en relación al terapeuta como un perturbador estratégico, dentro de la psicoterapia constructivista cognitivo, entendiendo que estaremos ofreciendo una fuente de ideas e hipótesis sobre el desarrollo y actuar del terapeuta (Kazdin, 1992).

Por otra parte, las investigaciones realizadas a través del método de estudio de caso pueden ser: descriptivas o exploratorias. La presente investigación se desarrollará desde las dos perspectivas; pues, por un lado, será descriptiva por cuanto pretende identificar y describir los distintos factores que ejercen influencia en el fenómeno estudiado, y exploratoria, dado que a través de la misma, se pretende un acercamiento entre la teoría desarrollada en el marco teórico y la realidad del objeto de estudio.

En función de su diseño y ejecución, el estudio de caso, desde un enfoque metodológico cualitativo se distingue del enfoque cuantitativo, tanto en lo que se refiere al enfoque general del objeto de estudio y a la conducta y actitud del investigador, como a los procedimientos de recolección y análisis de datos.

Por un lado, hay que considerar el hecho práctico de que en la metodología cualitativa el investigador se constituye en el instrumento principal de recolección y análisis de datos. Esto implica que deberá ser flexible, porque así lo requiere el carácter inductivo de la metodología cualitativa (Taylor & Bogdan, 1986). Además “deberá considerar su conocimiento y su conceptualización previa del objeto de estudio como preliminar, para tener como tarea sobrepasarla y transformarla con

nuevas informaciones no congruentes” (Kleining, 1982, cit. en Krause, 1995, p. 28). Utilizará su conocimiento previo del objeto de estudio para el planteamiento de preguntas basadas en una pre-concepción de lo que se puede encontrar, pero éstas van a ir evolucionando necesariamente en la medida que este estudio se vaya cristalizando. Así, el diseño metodológico y análisis de la información no está basado en el planteamiento de hipótesis a probar, como ocurre en el caso de la metodología cuantitativa, sino que se plantean preguntas que orientan la definición de instrumentos de recolección de datos y guían el análisis de la información (preguntas directrices). Luego, estas preguntas se van reformulando sobre la base de los conocimientos emergentes para permitir que aparezca genuinamente la teoría de los participantes de forma tal que contribuya y genere conocimiento en el tema propuesto a investigar.

Para permitir lo anterior, en la metodología cualitativa los momentos de selección de la muestra, recolección de datos, análisis de datos y elaboración de resultados no son sucesivos, como ocurre en la metodología cuantitativa, sino que ocurren en forma simultánea y tienen que alimentarse mutuamente debido a que están interrelacionados. Ocurren entonces, en forma paralela lo que permite hacerse cargo de los contenidos emergentes en el proceso investigativo. El ciclo es el siguiente: elección del caso, recolección de información, análisis de los datos, aparición de contenidos emergentes, nuevos criterios de elección del caso como muestra sucesiva intencionada, nueva recolección de datos y análisis del mismo. Así, se continúa en la creación de teoría desde el propio discurso de los participantes (Flick, 2002).

4.2 Diseño

4.2.1 Selección del Caso

En el estudio de caso no se selecciona una muestra representativa de una población sino una muestra teórica. Así, “*el objetivo de la muestra teórica es elegir*

casos que probablemente pueden replicar o extender la teoría emergente... deben adicionarse el número de casos hasta la saturación de la teoría” (Eisenhardt, 1989).

En la presente investigación, la selección de la muestra se compone de dos momentos: la elección del caso que será objeto de estudio y la elección del grupo de expertos que contribuirá a precisar la definición operacional de lo que se entiende por perturbador estratégico y que permitirá crear la guía de análisis del caso clínico seleccionado.

La selección del caso se realizó atendiendo los siguientes criterios:

- i. Corresponde a un caso del Centro de Atención Psicológica de la escuela de psicología de la Universidad de Chile, el cual cuenta con el consentimiento de la paciente para ser objeto de estudio por parte de la Universidad.
- ii. Se trata de un caso, cuya duración del tratamiento permite acceder a las distintas fases del proceso terapéutico del modelo: Construcción del setting, con una creciente diferenciación entre la praxis del vivir y su reconfiguración, recomposición del estilo afectivo y re-elaboración de la historia evolutiva.
- iii. El terapeuta que forma parte del caso seleccionado, cuenta con experiencia clínica superior a los diez años en el modelo constructivista cognitivo.
- iv. Las sesiones se encuentran grabadas.

En cuanto a la muestra de expertos seleccionados, se recurrió a 04 psicólogos clínicos⁵, relacionados con la formación y experiencia práctica en el tema en

⁵ Aunque no existe un número de especialistas a considerar en un estudio cualitativo, en el presente estudio, se recurrió a lo propuesto por Eisenhardt (1989), quien sugiere un mínimo de cuatro. Basado en esta decisión, se convocó a 8 terapeutas con el propósito de que, a lo menos, se pudiera contar con el 50% de ellos y cumplir con la exigencia metodológica.

estudio, los cuales fueron elegidos en base a un muestreo de casos típicos, atendiendo los siguientes criterios:

- i. Psicólogos clínicos que cuentan con al menos cinco años de formación y experiencia en el modelo constructivista cognitivo.
- ii. Psicólogos clínicos que han hecho uso de manera sistemática del método de la auto-observación y las técnicas de la moviola y/o exploración experiencial.

4.2.2 Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo en tres etapas: una primera fase en la cual es revisada la definición teórica del terapeuta como perturbador estratégico, una segunda fase, donde es consultado un grupo de expertos⁶ y una tercera en la cual es revisada la actuación del terapeuta del caso clínico seleccionado. Cabe señalar que la realización de la primera y segunda fase se constituyó en un pre - requisito de la tercera, por cuanto de la definición teórica y consulta a expertos se obtuvieron los insumos para analizar el actuar del terapeuta del caso clínico seleccionado.

Para conseguir que el grupo de expertos estuviese conformado, a lo menos, con cuatro especialistas, se conformó un listado de 08 posibles candidatos, atendidos los criterios dispuestos para su elección. Cada uno de los especialistas fue contactado a través del correo electrónico, a través del cual, se les presentaron los objetivos, fines y metodología de la investigación⁷.

Sin embargo, al responder a lo solicitado dos de los 08 terapeutas, se excusaron de participar, debido a lo apretado de su agenda y con dos, surgió el

⁶ Ver anexo N°1

⁷ Ver anexo N°2

inconveniente que habían cambiado de domicilio y no había una fuente de obtención de sus datos actuales.

A los cuatro terapeutas que respondieron favorablemente a la invitación, se les hizo dos consultas relacionadas con la caracterización y actuar del terapeuta como perturbador estratégico⁸. Con posterioridad al primer análisis de las respuestas, se pasó a seleccionar a dos de los cuatro expertos para una entrevista en profundidad de los temas derivados de la consulta anterior y de la necesidad de clarificar aspectos conceptuales y metodológicos del actuar del terapeuta como perturbador estratégico⁹. Es necesario explicitar que en la elección de los especialistas se operó de acuerdo al muestreo sin reemplazo, el cual refiere al concepto de “muestreo guiado teóricamente”, es decir, un tipo de selección intencionado -que concibe la teoría como aquello que se está generando a partir de la investigación en cuestión. (Strauss & Corbin, 1990; Flick, 2002).

Posteriormente, en función de los consensos o acuerdos derivados de la entrevista en profundidad realizada a los expertos, se confeccionó una guía para el análisis del actuar del terapeuta del caso clínico a investigar, el cual se aplicó a las sesiones seleccionadas¹⁰.

Se seleccionaron 09 sesiones de un total de 35 que se llevaron a cabo entre los meses de agosto del año 2006 y agosto del año 2009 por el terapeuta “J” con la paciente “M”. De las 9 sesiones, 3 corresponden a la fase de “definición del motivo de consulta”; 3 a la fase del proceso de intervención y 3 a la etapa de cierre o egreso.

⁸ Ver anexo N°3

⁹ Ver anexo N°4

¹⁰ Por razones éticas y de privacidad, la transcripción completa de las sesiones no se incluyen en el anexo de la presente investigación.

4.2.3 Técnicas de Registro y Recolección de Datos

La principal herramienta de registro y recolección de datos, respecto del caso seleccionado, fue la revisión y transcripción de las sesiones existentes en registro audiovisual. En cuanto al grupo de expertos, se trabajó con el registro digital y la transcripción de sus respuestas a las dos entrevistas realizadas.

En cuanto a las entrevistas, se puede decir que se recurrió a dos tipos que se complementan entre sí: la entrevista “estructurada” y la entrevista “semi-estructurada” llamada también “con guión temático”. Ambas entrevistas pretenden, de dos formas diferentes, develar las teorías subjetivas con que funcionan los terapeutas respecto de su práctica clínica, como perturbador estratégico.

- i. Entrevista estructurada: aquella en la que a todos los entrevistados se les hacen las mismas preguntas con la misma formulación y en el mismo orden, pero donde éstos, sin embargo, tienen plena libertad para manifestar su respuesta. Ello permite conocer la interpretación que los entrevistados tienen ante un mismo estímulo, lo que favorece realizar un análisis comparativo y derivar las regularidades conceptuales entre quienes las responden (Flick, 2002).
- i. Entrevista semi-estructurada: en este caso el entrevistador dispone de un «guión», que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador, pudiendo el entrevistador hacer consultas para profundizar o aclarar temas desarrollados. (Flick, 2002).

Durante la primera etapa de la investigación, en la cual se trabajó con el grupo de expertos, el propósito era recoger las opiniones de los profesionales seleccionados respecto de lo que se denomina “perturbador estratégico” en la

metateoría. Ello implicó la elaboración de paper con dos consultas, a la que los expertos debieron reaccionar y cuyas respuestas fueron enviadas por correo electrónico; luego, sus respuestas fueron sistematizadas y sometidas a un análisis.

Posteriormente, del análisis de las respuestas de los expertos, se seleccionó a dos de ellos para aplicar entrevista en profundidad. Para ello, se recurrió a una entrevista semi-estructurada, aplicada por el investigador y cuya respuestas fueron posteriormente transcritas¹¹.

Las sesiones fueron seleccionadas de acuerdo a las fases del proceso psicoterapéutico propuestas por Yáñez, J. y Col. (2002). Ello permitió disponer de material representativo de cada uno de dichas fases para luego someterlas a un análisis comparativo entre la metateoría y la opinión de expertos.

4.3 Análisis Materiales de Investigación

Los contenidos vertidos en las sesiones fueron sometidos a un análisis de tipo interpretativo, con el propósito de rescatar el discurso de los sujetos de análisis como medio de expresión o manifestación de sus experiencias subjetivas. Delgado y Gutiérrez (1995) plantean que “al descifrar la acción a través del discurso, puesto que la acción es siempre reflexiva, el contexto viene elaborado y dado en ella, y se desplegará en el discurso automáticamente, como subproducto de la reflexividad”. En palabras de González (2000), “el análisis de contenido puede ser orientado a la producción de indicadores sobre el material analizado, que trasciendan la codificación y lo conviertan en un proceso constructivo - interpretativo. Esta forma de análisis de contenido es abierta, procesual y constructiva, y no pretende reducir el contenido a categorías concretas restrictivas.”

¹¹ Ver anexo N°4

En términos prácticos, los hallazgos vertidos se organizaron de la siguiente manera:

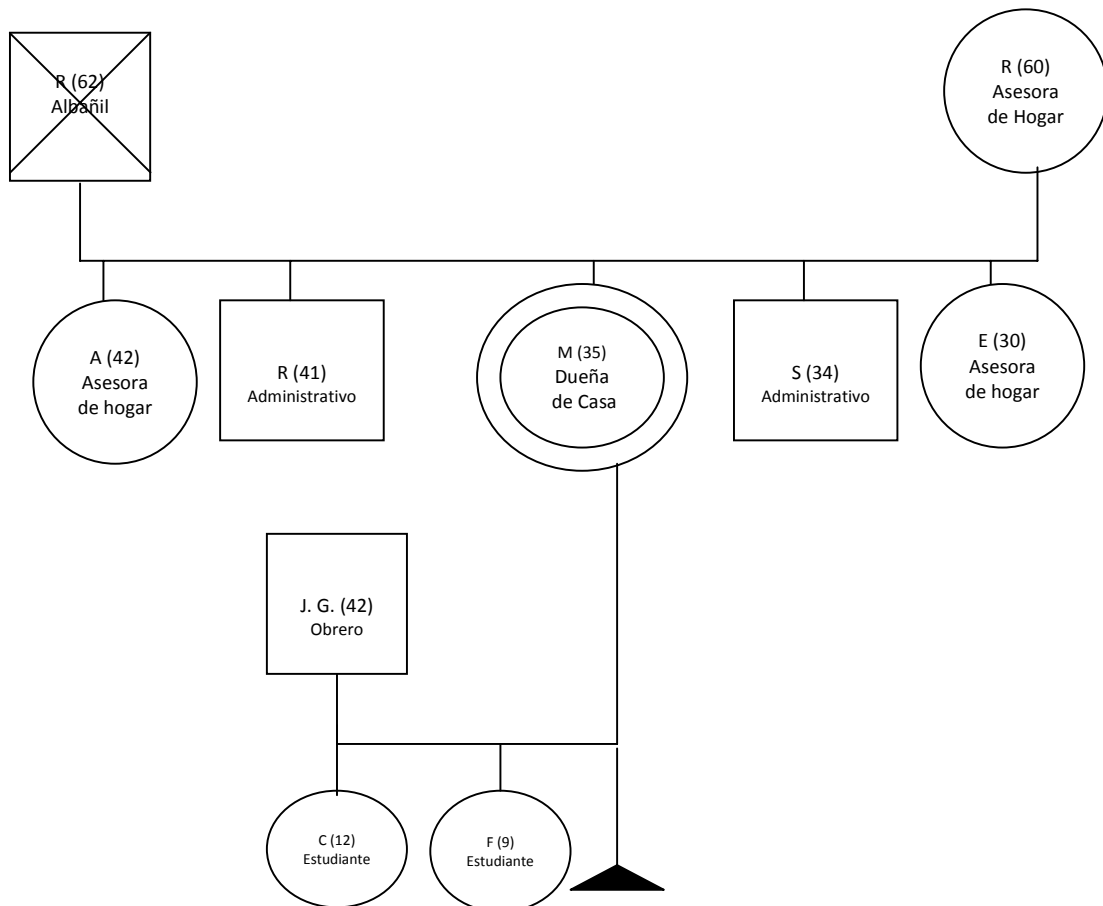
- Se definieron las unidades de análisis que refieren al terapeuta como un perturbador estratégico, las cuales fueron derivadas de las entrevistas al grupo de expertos y de la metateoría.
- En cada unidad de análisis, se citaron los párrafos que fueron seleccionados de las sesiones, los cuales permiten describir y argumentar el carácter perturbador y estratégico de la intervención del terapeuta en relación a dicha unidad de análisis.

V. RESULTADOS

Con el propósito de lograr una mejor comprensión de los resultados, se ha estimado pertinente presentar previamente el caso que ha sido sometido a análisis y, al mismo tiempo, la justificación metodológica de los ámbitos o elementos que deben estar presente en una intervención perturbadora y estratégica, atendida la opinión de los expertos y los antecedentes conceptuales expuestos en el marco teórico.

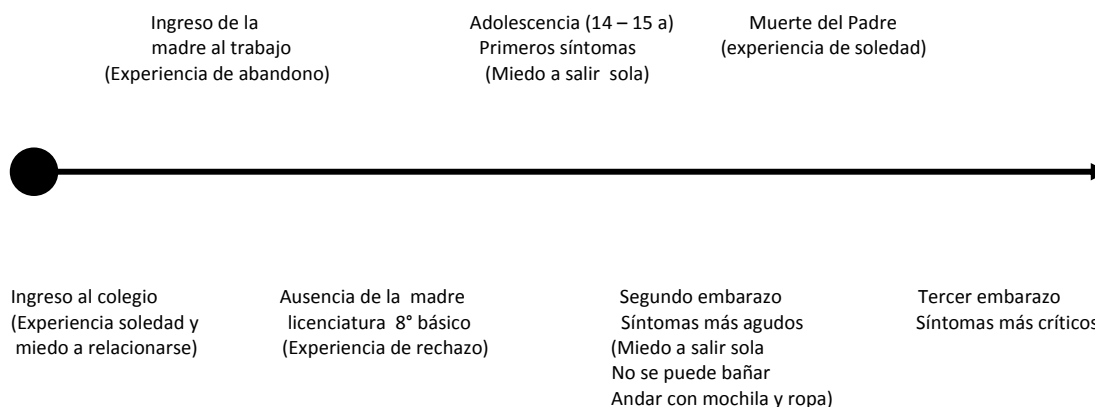
5.1 Presentación del caso¹²

5.1.1 Genograma



¹² Se recurrió al modelo propuesto por Juan Yáñez (2004)

5.1.2 Línea del Tiempo



5.1.3 Motivo de Consulta

La paciente refiere como principal motivo de consulta el no poder salir sola, debiendo recurrir a determinadas personas de su entorno para movilizarse, o bien, evita salir de su casa. Además, señala que puede usar la misma ropa por mucho tiempo e incluso se traslada llevando una mochila con ropa sucia. Finalmente, indica que le resulta imposible bañarse de cuerpo entero y completamente desnuda.

“Bueno, lo más grave es que no puedo andar sola. Siempre he estado con ese miedo. Años”.

“Es que yo antes podía salir y ahora ando con un bolso con ropa sucia. No sé si usted lo leyó ahí. Eso yo no lo tenía antes de que tuviera mi hija menor. Yo igual salía antes, pero ya cuando empecé a andar con el bolso, yo ya me cerré. Yo no quería salir porque me daba vergüenza, porque tenía que andar con bolso y con cosas que antes no hacía”

“Sí, pero a mi igual me preocupan hartas cosas, no sé si usted habrá leído, porque yo cuando vine la primera vez se lo dije a la psicóloga, porque yo tampoco me baño”.

5.1.4 Diagnóstico y/o Hipótesis Diagnóstica

i. De acuerdo al DSM – IV:

Paciente cumple con los criterios para un cuadro agorafóbico en la línea de los trastornos de ansiedad del DSM IV, debido a que sus principales síntomas están relacionados con la angustia y el miedo a salir de su casa, a lugares públicos y a estar sola dentro o fuera de su casa, lo que la ha limitado por muchos años, en su desempeño general, tanto en sus relaciones interpersonales, como familiares, de pareja y laborales.

ii. De acuerdo a la organización de significado personal

La paciente muestra incertidumbre sobre la valoración que tiene la madre sobre su persona. La experiencia de apego con dicha figura parental se ha caracterizado por la ambigüedad, pues, por un lado, se trata de una figura parental que aparece preocupada y dedicada a la familia, pero formalmente (es trabajadora, le interesa que su hija vaya al colegio) y ello, es importante para la paciente, pero al mismo tiempo, experimenta que dicha dedicación no se traduce en expresiones nítidas de afecto o cariño explícito, lo cual, no le permiten discriminar emocional y cognitivamente qué es lo que efectivamente su madre siente por ella.

T: " O sea, te han hecho poco cariño en tu vida, en ese sentido has estado sola".

P: " De mi mamá no mucho, mi papi me los hacía, pero me los hacía curado, pero yo digo más vale curado que nada. O sea, yo sabía que mis papás me querían, pero el cariño se demuestra y es cuando a uno la abrazan y nosotros nos abrazábamos para el puro año nuevo..."

La experiencia afectiva dicotómica con la figura paterna de referencia, se transforma en el problema para la paciente, porque la duda "Mamá me quiere, mamá no me quiere" corresponde a una duda sobre sí mismo "Soy querible, no soy querible", "soy un niño bueno, soy un niño malo".

P: "No sé. Es que yo siempre he sentido que mi madre conmigo no...no es ese cariño tan grande que ella tiene".

Lo anterior, lleva a que la paciente sienta simultáneamente que desarrolla un vínculo emocional ambivalente con los padres (me quieren - no me quieren), y al mismo tiempo, tiene un sentido de sí mismo dividido o dicotómico (por ejemplo, el cuerpo y el placer).

T:"O sea, no sientes el cariño de tu madre. La preocupación".

P: No sé, yo creo que ahora sí.(...)Entonces, ella igual me pidió disculpas, que había actuado mal, que lo había hecho mal (...)

(...) Pero de mi otro hermano, que nos llevamos por un año, si podía ir y de mi otra hermana también podía ir y trabajaba en la misma casa.

Entonces, no..., son cosas que ella me dice ahora, pero igual no entiendo".

Dicha incertidumbre, la paciente la resuelve cognitivamente, al autoreferirse el afecto de otros por sobre el de la madre.

"(...) Porque igual cuando hablo con mi hermana menor, decimos que lo más importante de un niño es el cariño, que se sienta querido, que se sienta..., no importa que uno no tenga (...) Yo digo que a nosotros nos afecta tanto que mi mamá haya trabajado y en los tiempos de antes, las viejas eran más....más reacias a todo lo que es cariño".

"Sí, lo único que a mí me reconforta, es que a mí me quieren y me quieren tanto las chiquillas".

5.1.5 Áreas de funcionamiento

i. A nivel familiar:

Paciente refiere su familia de origen como un lugar de poco afecto e intimidad. Describe a sus padres como personas que les cuesta expresar cariño, particularmente su madre, con quien tampoco llega a establecer una comunicación fluida e íntima. Sólo habría sentido el cariño de su padre en momentos en que éste se encontraba embriagado. Respecto de sus hermanos, indica que con sus hermanos hombres casi no se relaciona y con sus hermanas, básicamente en espacios lúdicos, como comer o tomar un

trago. A raíz de esta realidad, la muerte de su padre le ha provocado una profunda pena y sensación de soledad.

Respecto de su propia familia, la paciente presenta una relación de convivencia de más de 12 años, pero nunca ha vivido junto a su pareja; no obstante, que ha tenido tres hijas con él. Su pareja presenta alcoholismo y ha sido ella, quien no ha querido ir a vivir con él.

En su familia extensa, particularmente en sus sobrinas, las hijas de su hermana Ana, la paciente encuentra sus principales referentes de afecto, con las cuales puede hablar con confianza y son quienes la ayudan a movilizarse fuera de su casa.

ii. A nivel educación /laboral:

La paciente no termina su enseñanza media, llegando sólo a segundo medio. Se incorpora al mundo laboral como asesora de hogar, pero con la aparición de los síntomas (miedo a salir sola) deja de trabajar. Por tanto, ha pasado muchos años a cargo de las labores domésticas de la casa de sus padres, que es donde vive desde niña.

iii. Afectiva/emocional:

La paciente muestra baja expresión afectiva y emocional, se centra en los aspectos formales en sus relaciones interpersonales, donde predomina la explicación racional por sobre la expresión emocional. Por lo mismo, tiende a las relaciones prácticas y funcionales.

iv. Sexualidad:

Se inició sexualmente con su pareja actual y tiene dificultades para referir si la experiencia le resultó placentera. Más bien, tiene dificultades para conectarse emocionalmente con ese momento de intimidad y da la impresión que su experiencia sexual ha estado conectada básicamente con la posibilidad de procreación. Además, refiere que fue víctima de abuso sexual cuando niña, por parte de tío materno, quien le hacía tocaciones.

5.2 Definición metodológica de las intervenciones perturbadoras y estratégicas que deben estar presente en el actuar del terapeuta a través de un caso clínico¹³

Considerando el marco teórico y lo expuesto por el panel de expertos, se establecieron metodológicamente cinco tipos de intervenciones que hipotéticamente definen el actuar perturbador y estratégico del terapeuta a través del proceso de intervención. Atendiendo dichas hipótesis de intervención, el caso seleccionado fue analizado en la secuencia temporal que propone el modelo: Las tres fases de la terapia propuestas por Guidano (1994), 1) *preparación del contexto clínico*, 2) *construcción del dispositivo terapéutico* (reconstrucción del patrón de coherencia actual y del estilo de apego), y 3) *análisis evolutivo* (reconstrucción de la historia personal).

i. Ayudar al paciente a reconstruir la experiencia emocional perturbadora, conduciéndolo a reformular la misma en términos internos.

Este momento de la intervención está orientado a conocer el malestar que el paciente declara como motivo para pedir ayuda. La labor estratégica del terapeuta, en esta fase, se orienta a reformular el problema que presenta el paciente, conectando experiencia y explicación, como algo que acontece internamente en la persona. Ello, obliga a que el terapeuta defina la relación terapéutica en términos de una colaboración recíproca como herramienta para la exploración, donde la comprensión de lo que le acontece al paciente es algo por construir, lo que debería cuestionar la expectativa que éste trae de que la respuesta o soluciones a su malestar las tiene el terapeuta. Lo anterior, permite centrar la intervención en la revisión de los aspectos del si mismo del paciente.

¹³ Las intervenciones de análisis han sido derivadas del juicio a expertos, los cuales se encuentran en los anexos N°2 y N°3. También, se consideraron los aportes de J. Yáñez (2004).

ii. Llevar la atención consciente del paciente a aspectos de su experiencia que desatiende por ser inconsistente con los mecanismos de la mantención de su coherencia.

Una vez que el terapeuta ha concordado con el paciente el problema sobre el cual van a trabajar, la intervención se orienta a mostrar estratégicamente aquellos aspectos de la experiencia que no pueden ser reconocidos por el paciente conscientemente, pues, ello pone en riesgo su identidad personal y sentido de coherencia. Este momento del proceso terapéutico tiene relación con el reordenamiento de la experiencia inmediata que ha perturbado la continuidad del paciente, de manera que éste pueda ampliar la comprensión de lo que le acontece, incrementando la distinción entre la ipseidad y la mismidad.

iii. Ampliar la experiencia perturbadora de la paciente a otros contextos, de modo que ésta vaya paulatinamente reconociendo sus reglas de funcionamiento.

Hasta ahora, el paciente ha logrado distinguir con mayor claridad la experiencia de molestia y además, ha comenzado a observar aspectos de dicha experiencia que inicialmente no tenía incorporado en la comprensión del problema, lo que le permite distinguir con mayor claridad los hechos de la explicación que se da. El siguiente momento, es guiar al paciente al reconocimiento de otras experiencias perturbadoras y estratégicamente mostrar la regularidad que existe entre las mismas, de modo que el paciente pase de la responsabilización externa de lo que le acontece (outward) a una mayor autoreferencialidad (inward). Esto último, le permite reconocer que posee un cierto estilo de organizar su experiencia. De ahí, que este momento de la intervención tiene relación con la reconstrucción del estilo afectivo.

iv. Conducir a la paciente a la búsqueda de explicaciones o visiones alternativas que flexibilicen su punto de vista y modifiquen su comprensión de la experiencia perturbadora

Junto con guiar al paciente a reconocer que el modo como se explica lo que le acontece responde a su estilo de organización de significado personal, es necesario que la intervención del terapeuta se oriente estratégicamente a ayudarlo a observar que su experiencia acontece en un contexto histórico personal. Es decir, la vulnerabilidad a la perturbación no proviene solamente de una fragilidad emocional del momento en que ello acontece, sino que se explica por un sentido de continuidad histórica de la persona. Al igual que la intervención anterior, esta corresponde a la reconstrucción del estilo afectivo.

v. Ayudar a que la paciente comprenda que su experiencia perturbadora surge no sólo en la relación intersubjetiva del momento, sino en el contexto de su historia de vida.

Atendiendo lo anterior, la intervención estratégica del terapeuta se orienta en la dirección de ayudar al paciente a ponerse en la experiencia desde otros puntos de vistas, de manera que pueda asimilar otros estilos comprensivos de la misma. Dicho ejercicio, permite que el paciente pueda flexibilizar su manera de comprender lo que le ocurre y por lo mismo, puede aprender a regular la experiencia emocional perturbadora en el futuro. Este tipo de intervención se relaciona con realizar un análisis evolutivo de la experiencia, momento al que no todos los pacientes acceden ni resulta imprescindible para hacer posible la reorganización del significado personal. En otras palabras, la intervención estratégica del terapeuta, se orienta a ampliar el universo de posibilidades que el paciente puede imaginar en el marco de su estilo de organización.

5.3 ANÁLISIS DEL CASO

5.3.1 Ayudar al paciente a reconstruir la experiencia emocional perturbadora, conduciéndolo a reformular la misma en términos internos.

El primer contacto del terapeuta con la paciente se da en un contexto donde ésta refiere el conjunto de situaciones que la aquejan y que la llevaron a consultar, para ello, relata los síntomas o molestias que la hacen sufrir e inicialmente no logra encontrar explicaciones que le ayudan a comprender lo que le ocurre.

P: No sé. Lo más importante que me aqueja es eso de salir sola y estar sola. Lo de la ropa, que me apego a la ropa. Claro que esto es de ahora, no de siempre. Cuando comencé con todas las cosas (...).

T: ¿Y en qué irá eso; de dónde vendrá?

P: No sé.

O bien, si las llega a encontrar, éstas la refieren a un momento de su vida que explicaría el acontecimiento perturbador, pero no necesariamente la ayudan a comprender el mismo, entendiéndola dicha comprensión, como la posibilidad de referirse emocionalmente lo que le acontece.

De ahí, se puede inferir que el malestar de la paciente es expresión de la ruptura de la articulación entre la experiencia tácita y la conciencia reflexiva. Es decir, el síntoma actúa en una dimensión que es relegado del ámbito de la conciencia y es desprovisto de significado dentro del sentido de continuidad del sí mismo, por tanto, le resulta imposible a la paciente explicarse comprensivamente dicha experiencia.

La reformulación de la experiencia en esos términos, es probable que le haya permitido a la paciente encontrar una nueva explicación a la molestia que le acontece, pero ello, no da cuenta que ésta haya comprendido lo que le ocurre, de modo que pueda integrar dicha experiencia como parte de su coherencia,

permitiendo el fluir de su continuidad, como bien, lo devela la siguiente intervención del terapeuta.

T: ¿Pero qué?..., ¿sirvió?

P: No sé, es que no entiendo.

T: Porque la pena parece que la tienes igual. . O sea, igual estás con esa pena pendiente.

P: Es que no entiendo. Igual no entiendo.

Lo anterior, permite explicarse que la paciente tiene dificultades o le resulta imposible tomar conciencia de ciertas experiencias, de manera que se las pueda autoreferir y significar en relación a su organización, de modo de dar continuidad a su sentido de sí. Es decir, en vez de que surja una narrativa de lo que le acontece y que le permita mantener su coherencia, aparece el síntoma, lo que la perturba, la concretiza y paraliza. Pero, más aún, aunque surge una explicación, la misma no le basta, pues, la misma se produce a nivel cognitivo racionalista.

P: La verdad es que yo ahora sacando conclusiones, se supone que yo lo tan mal que estuve fue como causa de mi adolescencia. Yo digo de todas esas cosas que uno siente, el cambio de hormonas y la poca comunicación que tuve de parte de mi mamá, que no tuve el apoyo de ella.

Por tanto, para ayudar a que la paciente pueda conectar experiencia y explicación como algo interno, el terapeuta le propone una reformulación de la experiencia, atendiendo el significado global de lo que le acontece.

T: No son culpa tuya, pero son tuyas finalmente, son cosas tuyas de las que tienes que hacerte cargo ahora y que tu mamá no te va a ayudar a resolverlas, si en su momento no lo hizo, cuando eras niña, ahora menos. Entonces, esto está a cargo tuyo y a cargo de este proceso, lo importante entonces es que vamos a trabajar juntos los dos.

Es decir, la reformulación del terapeuta no se orienta a cuestionar la explicación de la paciente, sino que la ayuda a trasladar el significado de la experiencia a un tema interno. Junto con ello, le pone en el escenario de que no hay respuesta o solución a lo que le acontece fuera de ella, pero al mismo tiempo, se compromete

a acompañarle en ese recorrido. Con ello, la experiencia de miedo a salir, el no cambiarse la ropa y la imposibilidad de bañarse, se comienzan a conectar con los sentimientos y actitudes que la paciente tiene hacia la vida.

P: Yo creo que fue cuando empezó todo el tema con mi mamá. Las sensaciones que a mí me dan son las mismas para todas estas situaciones. Sensaciones de desesperación, de querer correr y eso es lo que a mí me da miedo. Yo creo que ahí fue donde empezó todo.

Junto con lo anterior, el terapeuta reformula el contexto relacional y emotivo, de modo que la paciente reconozca el espacio de trabajo de la psicoterapia como un lugar de investigación de su experiencia y de co-construcción de las respuestas que requiere para alcanzar el balance emocional perdido.

T: Primero que nada, vamos a trabajar juntos para tratar de resolver esta situación que tanto tiempo te tiene encerrada (...).

T: ..., ahora dejemos que este espacio sea el lugar para que le demos vuelta, (...), primero que nada vamos a trabajar juntos para resolver esto, lo de la mochila, lo de la ropa, lo del baño, lo de las dificultades para salir de tu casa (...). Son cosas que te molestan mucho, que te perturba mucho, que te compromete y que te impide muchas cosas.

Además, a través de dicha intervención, el terapeuta va usando las palabras que refiere la paciente, pues son esas palabras las que permiten situar el momento en que ocurre la experiencia y ayudar a reconstruir lo que le experimentó la paciente. Es decir, lo perturbador y estratégico de este momento está en trasladar el problema del paciente a un tema de desbalance interno y en un contexto terapéutico de validación de su experiencia.

Atendiendo lo señalado por el grupo de expertos, es posible aseverar que el terapeuta opera como un perturbador orientado estratégicamente desde el momento en que la paciente llega a consultar, pues, las primeras intervenciones están destinadas a conocer las situaciones de molestia y las explicaciones que la paciente refiere para comprender las mismas. **Ello, le permite tener una visión del funcionamiento psicológico emocional del paciente y al mismo tiempo, conocer**

como es determinado estructuralmente y organizado sistémicamente. Es decir, este tipo de intervenciones es la manera de aproximarse al particular estilo de organización de significado personal del paciente.

Por tanto, lo perturbador y estratégico del terapeuta se expresa en consultas indagatorias sobre la experiencia, sin establecer juicios a priori y respetando la misma. Como es posible derivar del análisis, las consultas del terapeuta no van en la dirección de encontrar una verdad o secuencia lógica, sino que están orientadas a conocer cómo se produce la experiencia perturbadora y qué visión del mundo es la que determina su manera de explicárselas.

Este tipo de intervenciones, coincidiendo con el grupo de expertos, van permitiendo que el terapeuta, por un lado, vaya guiando a la paciente por el camino de la autoobservación, por otro lado, ayudan a ampliar su visión inicial de la experiencia que le acontece y, finalmente, permiten que el propio terapeuta se vaya aproximando paulatinamente al tipo de organización de significado personal de la paciente.

Esto último, se va a constituir en un elemento clave para que el terapeuta opere como un perturbador estratégico durante el proceso terapéutico, por cuanto, le permitirá disponer de una hipótesis de investigación en la relación con el tipo de organización de significado personal del paciente. Es decir, las intervenciones no son improvisadas o azarosas, ni pretenden confirmar las premisas de un modelo explicativo que se encuentra fuera de la experiencia del sujeto, sino que se orientan en la dirección del tipo de organización de la paciente, pues, sin considerar esto último, se termina poniendo en riesgo el objetivo de ayudar a la paciente a reformular la experiencia inmediata, emotivo-motivacional, en un reordenamiento en el lenguaje, nivel explicativo-narrativo, que le permita mantener su sentido de continuidad experiencial y regulación emocional.

5.3.2 Llevar la atención consciente del paciente a aspectos de su experiencia que desatiende por ser inconsistente con los mecanismos de la mantención de su coherencia.

Para ayudar a que la paciente haga consciente aspectos de su experiencia que no se puede apropiarse, es posible observar que la forma en que la paciente ordena la experiencia y le atribuye un significado, está relacionado directamente con la necesidad de mantener un sentido de continuidad de su existencia. Es decir, la paciente sólo puede ver y reconocer conscientemente, aquello que no resulte una amenaza a su organización.

T: ¿Y qué has hecho sola este último tiempo, has ido sola a algún lado?

P: Sola no.

T: ¿Porque no te atreves, no te gusta, o algo más?

P: Yo creo que es porque no me atrevo, no sé, yo creo que se me pega tanto la esta del miedo, de cuando yo no podía quedarme sola. Todas esas cosas como que después me daba miedo, el mismo miedo, la reacción...

T: Sí, miedo a la reacción de miedo.

P: Como que se pega mas.... yo creo que es más por eso.

De lo anterior, es posible argumentar que la intervención perturbadora y estratégica del terapeuta, consiste en poner paulatinamente a la paciente en el contexto emotivo-emocional de la situación perturbadora, como si estuviera ocurriendo ahora, lo que le permitirá acceder a detalles o matices que no percibía y, por lo mismo, no le resultaban posibles de relacionar con sus actuales sentimientos de malestar.

T: ¿Entonces, en algún momento tu madre te tiene que haber ido a dejar?

P: ... Yo lo único que me acuerdo es que me iba mal en el colegio, porque yo era tan tímida y tan pajarona que no tenía ni amigos en el colegio. No jugaba nunca con nadie. De eso me acuerdo, porque mi mamá me iba a ver al colegio por el lado de la puerta.

T: ¿Te iba a mirar?

P: Me iba a mirar a la hora del recreo.

T: O sea, tu madre se daba el trabajo de calcular la hora del recreo e ir a verte por la reja. ¿Eso era?

P: Sí.

T: ¿Qué te parece que tu mamá hiciera aquello?

P: No sé. Parece que igual se preocupaba.

T: ¿Cómo te hacía sentir?

P: Que le importaba, pero de ahí se puso a trabajar y quedamos todos al aire...

T: ¿O sea?

P: Cuando comenzó a trabajar me empecé a sentir sola.

Cuando la intervención del terapeuta facilita que la paciente explore su experiencia a través de la autoobservación, comienzan a aflorar detalles de su historia personal, que hasta ahora permanecían desatendidos por su conciencia e imposibilitados de narrativa, es decir, el paciente no logra percatarse de ellos y por lo mismo, no se los puede autoreferir.

T: Me gustaría que revisáramos con más detalle los momentos en que te ha dado más angustia, de manera más fuerte.

P: Igual no lo he notado mucho, pero es tan ligado a la ropa, igual yo antes no era así, no sé porque será.

T: No, yo tampoco lo sé, veamos que puede haber.

P: (...) se me había olvidado decirle que yo era super tímida, cuando chica tenía la autoestima super baja, podría decirse comparada con mi vecina que no tiene nada que ver conmigo.

T: ¿Cómo así?

P: Ella es de otra familia, ella es rubia, es diferente, además, los niños siempre se encargan de hacerle ver a unano se... bueno los niños son crueles, a los que tienen las orejas grandes se las hacen ver más grandes y uno (...)tenía que vérselas sola con esas cosas no más.

T: ¿Y a ti que cosas te decían?

P: O sea, más que nada que era fea pero no tanto mis compañeros, si no que me comparaban con mi vecina, mi amiga; menos mal que no le agarre bronca a ella, porque ella no tenía la culpa, si ella no era la que me decía esas cosas.

La evolución de este momento terapéutico resulta clave para que la paciente pueda ir ampliando el universo de situaciones que se encuentran asociadas a la experiencia de la perturbación y, al mismo tiempo, le permitirá ir comprendiendo y explicándose la visión que tiene del mundo y de si misma, donde el nivel y profundidad de autoconciencia y pensamiento abstracto de aquello, dependerá de la particular realidad de cada paciente.

T: ¿Y quién te decía cosas?

P: Ahora me doy cuenta que eran mis hermanos los que me decían que mi vecina era más linda que yo y, yo les decía, porque se preocupan tanto, si no somos ni familia, obvio que teníamos que ser diferentes no más...., pero en el fondo me molestaba(...), pero ahora me doy cuenta que esa sensación de molestia la ocultaba.

Como es posible observar, la intervención del terapeuta no pretende mostrar al paciente aquellos aspectos que excluye de su experiencia o que cambie sus explicaciones, lo que el terapeuta hace es perturbar al "sistema" de manera que el sistema se re-ordene a si mismo para que logre finalmente integrar los aspectos de su experiencia que tiene excluidos, que modifique sus explicaciones y cambie la visión de sí mismo, adquiriendo puntos de vista alternativos.

P: O sea, yo veo ahora que el trago era una forma de salir de todos mis problemas, porque el trago igual a una la desinhibe, la hace ser otra persona.

(...) yo sé, que si estoy en cualquier lado, eso es controlable. No tomo ya en exceso, porque yo sé las consecuencias. Si yo no quiero esas consecuencias soy yo la que me tengo que moderar (...)"

Una de las implicancias que tiene el que la paciente haga consciente aspectos que no podía reconocer de la experiencia que la perturba, es que se las puede

apropiar y cuando aquello acontece, la paciente se puede regular emocional y conductualmente.

De lo anterior, es posible aseverar que la necesidad de mantener la coherencia y evitar la desintegración del si mismo, determina el universo de posibilidades a las que la paciente puede recurrir para autoreferirse la experiencia perturbadora. Es decir, todo contenido de la experiencia emocional que ponga en riesgo la continuidad del si mismo, es desplazada del ámbito de la conciencia o es desatendida, como si se tratase de un acto de protección, lo cual, al mismo tiempo, empobrece, rigidiza y limita el campo de valoración de la experiencia.

De ahí, que la intervención perturbadora del terapeuta en esta fase de la intervención, se orienta a que el paciente pueda ir desplazando la atención consciente hacia aquellos aspectos de la experiencia que se encuentran ocultos o invisibilizados del campo de la conciencia. Para ello, el terapeuta conduce a la paciente a recorrer con detalle la experiencia y sentimientos desagradables que le provocan malestar, de modo que pueda ir reconociendo aspectos que hasta ahora, no incorporaba como parte de dicha experiencia.

Sin embargo, lo anterior sólo es posible si la intervención del terapeuta guía a la paciente a conectarse con estos nuevos elementos de su experiencia, desde las nuevas tonalidades emocionales con que éstos se encuentran asociadas, pues como lo señalan los expertos, “sólo las emociones pueden cambiar a las emociones”, es decir, sólo ello permite el reordenamiento de los procesos de significado personal. Dicho de otro modo, las emociones asociadas a los nuevos componentes de la experiencia que se hacen consciente, tiene información relevante para que el paciente pueda comprender lo que le ocurre en el momento presente.

De ahí, que lo esencial de la intervención perturbadora del terapeuta, en este momento del proceso terapéutico, es ayudar a que la paciente vaya desarrollando gradualmente una mayor flexibilidad en incorporar a su conciencia episodios de la

experiencia que hasta ahora resultaban imposibles de sostener emocionalmente al poner en riesgo la mantención de su coherencia, lo que indirectamente, contribuirá a que se produzca una reorganización de su identidad personal.

5.3.3 Ampliar la experiencia perturbadora de la paciente a otros contextos, de modo que ésta vaya paulatinamente reconociendo sus reglas de funcionamiento.

El modo como la paciente percibe el mundo y se lo autorefiere responde a los patrones que su estilo de organización le permite, por tanto, ayudar a que la paciente pueda ir reconociendo sus reglas de funcionamiento, es decir, la forma como organiza la experiencia, resulta clave para que ésta pueda comprender lo que le acontece, de ahí, que la estrategia perturbadora del terapeuta se orienta a que ésta pueda revisar distintos momentos de su vida, en que ha tenido la vivencia emocional de malestar, tanto en su desarrollo evolutivo como en diversos eventos de su vida cotidiana, los cuales han paralizado su sentido de continuidad existencial.

Situación 1:

T: ¿No puedes andar sola?.

P: No, siempre es mi sobrina la que anda conmigo.

T: ¿Pero puedes salir con cualquier persona?

P: No con cualquier persona. Es gente que sabe lo que me pasa. Gente que yo me siento bien, no con todos (...).

Situación 2:

P: Yo creo como a todo...Las cosas empezaron un poco más mal cuando tuve a mi segunda hija.

T: A la F

P: Ahí empezó lo del bolso

T: Empezaste con qué?

P: Ahí empecé a andar con la mochila, a andar con ropa, a andar con cosas que yo no ocupaba, generalmente eran cosas que no ocupaba y ahí como que empezó todo, iba todo de la mano..., como la este de la ropa. No sé, yo por más que le he buscado...a qué se debe eso.

T: Quedaste embarazada de la F y cómo fue el embarazo de la F?

P: De primera fue más triste.

T: ¿Triste?

P: Sí. Por eso yo lloré tanto con la F. Sufrió mucho con el embarazo de la F. De la C igual, pero será que después lo acepté, yo lo asumí.

T: Cómo que la rechazaste un poquito?

P: Sí, sí. De primera yo no quería nada, nada.

Situación 3:

T: ¿Cómo te lavas concretamente?

P: Igual puedo ocupar la ducha, pero es todo a parte, todo por capítulos.

T: Y para abajo como te lavas

P: Igual por partes, manso atao que hago

T: Pero, como una pierna primero otra después

P: Claro, a veces una pierna primero.

T: Pero te metes dentro de la tina

P: A veces una pierna después la otra

T: No puedes estar con las dos piernas en la ducha sin nada para abajo y tirándote agua.

P: Claro es que lo he querido intentar, pero de solo pensarlo no.

Ahora, para que la paciente se pueda autoreferir los episodios perturbadores, la intervención del terapeuta debe guiarla a ponerse en el contexto emocional en que acontecieron dichas situaciones, de modo que a través de la autoobservación detallada de la experiencia, puedan aflorar las constantes o regularidades de su funcionamiento emocional. Con ello, la paciente comienza a conectar momentos

que inicialmente le parecen sin relación y los reconoce como parte de su estrategia para vincularse con el mundo y, especialmente, como su estilo para sobrevivir al contexto que le provoca dolor y sentido de pérdida de su identidad personal.

De las situaciones ilustradas, se puede inferir que la angustia que le provoca la incertidumbre de salir sola, cambiarse ropa o desnudarse, la paciente la resuelve con ciertos rituales que le ayudan a distraer la tensión. En la primera experiencia, la incertidumbre que le provoca el sentir la libertad para explorar, con el riesgo de encontrarse con situaciones incontrolables que la pueden angustiar, se reduce refugiándose en el espacio conocido (la casa), o, a lo más, saliendo con alguien que le brinda la seguridad de que los espacios que explore serán acotados a sus posibilidades de tolerancia. En la segunda situación, la incertidumbre que le provoca su segundo embarazo, la que la lleva a experimentar sentimientos intolerables de rechazo, lo que sería impropio de la madre, se reduce con rituales que la distraen de dichos pensamientos intolerables, como es la ropa. En la tercera situación, la incertidumbre que le provoca la eventual aparición de cogniciones o sensaciones corporales erotizadas y de placer del cuerpo desnudo, se reduce con el ritual del lavado por partes, con ello, se vigila que no sobrepase el límite de lo permitido.

Por tanto, revisar con la paciente distintas experiencias perturbadoras, desde la sensación corporal que le provocan y la emoción que los gatilla, le permiten tener mayor consciencia de la forma como organiza su experiencia. Por ello, lo que le acontece, deja de ser entendido como episodios aislados e inconexos de su vida, sino que develan un estilo regular de funcionar. Es decir, el que la paciente se conozca a si misma, no dice relación con “saber cosas” de su particular identidad personal, sino que lo que se pretende es que la paciente reconozca comprensivamente, que ella tiene una singular manera de observar el mundo y de sentirlo, de modo que las explicaciones que se construye del mismo, resulten coherente con su identidad personal y le permitan la continuidad existencial.

P: Yo creo que fue cuando empezó todo el tema con mi mamá. Las sensaciones que a mí me dan son las mismas para todas estas situaciones. Sensaciones de desesperación, de querer correr y eso es lo que a mí me da miedo. Yo creo que ahí fue donde empezó todo.

T: ¿Cuándo comenzaste a tener líos con tu mamá?

P: Sí, cuándo, comencé a tener problemas con mi mamá y no tenía a nadie, me quedaba sola.

Lo relevante de este estilo de intervención, por parte del terapeuta, es que al conducir a la paciente a que reconozca su modo de actuar como resultado de ciertas reglas de funcionamiento, le permite ampliar sus puntos de vista y, al mismo tiempo, le ayuda a regular las emociones, lo que le permite reorganizar la experiencia de un modo más flexible y abstracta.

P: Sí, yo pensaba que ella a mí no me quería, ahora ya eso se supero, pero yo pensé eso muchos años. (...), además, la forma de ser de uno, también ayuda a que como que uno se quede pegada a las cosas, porque yo era súper callada o sea no era llegar y hablar las cosas, a veces me daba vergüenza y temor y todo me lo guardaba, y la soledad igual que uno vivió, que uno siempre estuvo ahí en la casa sola y que sentía que mi mami no estuvo (...).

De esta manera el paciente puede ampliar el foco sobre los sentimientos perturbadores y sus vínculos con otros aspectos de la experiencia inmediata, logrando progresivamente comprender que “todo estado emocional es siempre una construcción que abarca procesos de reconocimiento y autoreferencia”. Es decir, el que la paciente reconozca sus reglas de funcionamiento, le permite ir pasando a una mayor diferenciación entre su mundo interno-externo, es decir, ya no es tanto lo que otros hacen o dejan de hacer, sino que el tema pasa a ser cómo me explico aquello que me ocurre, cómo me afecta y en qué circunstancias. Por tanto, el esfuerzo por ayudar a que la paciente conozca sus reglas de funcionamiento, no pretende suprimir la particular manera de experimentar la experiencia, sino que se busca la conexión con el mundo interior y aumentar la conciencia de la propia subjetividad.

Es decir, la intervención perturbadora del terapeuta se orienta a que la paciente pueda reconocer distintas experiencias de malestar de su historia personal y conectar esos distintos momentos con su estilo particular de organizar la misma, ello, le debería permitir reconocer que hay una cierta regularidad entre las distintas experiencias, las cuales, se caracterizan por dejar fuera de la conciencia aspectos que resultan intolerables para mantener la coherencia. Con ello, dicha intervención ayuda a que la paciente pueda ampliar los recursos narrativos que le permitan explicarse lo que le experimenta como desbalance emocional y regular la manifestación del mismo.

T: No puedes estar con las dos piernas en la ducha sin nada para bajo y tirándote agua.

P: Claro es que lo he querido intentar, pero de solo pensarlo no.

T: Te aceleras ahora, por ejemplo estar hablando de esto, te acelera.

P: Sí, porque yo tengo ganas pero no puedo.

T: Como que tienes ganas, pero por otra parte te resistes es como romper un límite que tienes, no.

P: La verdad es que yo ahora sacando conclusiones se supone que yo lo tan mal que estuve fue como causa de toda esta de mi adolescencia. Yo digo de todas esas cosas que uno se siente el cambio de hormonas y la poca comunicación que tuve de parte de mi mami que no tuve el apoyo de ella.

T: Es como que si ella no hubiera estado ahí ayudándote, no.

5.3.4 Conducir a la paciente a la búsqueda de explicaciones o visiones alternativas que flexibilicen su punto de vista y modifiquen su comprensión de la experiencia perturbadora.

La principal manifestación de la experiencia perturbadora es la imposibilidad de la paciente por encontrar una explicación que le permita autoreferirse lo que le acontece de manera comprensiva, de modo que pueda incorporar dicha

experiencia como parte de su coherencia y hacer posible su continuidad. Dicha imposibilidad se expresa en el quiebre entre el mundo narrativo o intersubjetivo y el mundo de la experiencia tácita o de los hechos. Cuando ello acontece, aparecen los síntomas.

T: Me gustaría que revisáramos con más detalle los momentos en que te ha dado más angustia.

P: Igual no lo he notado mucho, pero están ligados a la ropa, igual yo antes no era así, no sé porque será.

Lo anterior, no quiere decir que la paciente no cuente con explicaciones de lo que le acontece, sino que las mismas no le resultan útiles para comprender lo que le ocurre, y por tanto, el síntoma viene a reflejar la limitación de la misma para superar la crisis.

De ahí, que la intervención perturbadora y estratégica del terapeuta, pretende guiar a la paciente para que pueda observar la experiencia de malestar desde otros puntos de vistas, ello, le ayuda a ir descubriendo paulatinamente matices de la misma e incrementar el nivel de abstracción de lo que le acontece, lo que favorece el que pueda ir encontrando nuevas explicaciones a los sentimientos de molestia e integrarlos en su sentido de si.

T: O sea, con todas ha sido desinteresada tu madre. Entonces no fue solamente contigo que haya sido así.

P: O sea, en esa parte, pero las demás cosas yo no le justifico sus ausencias, cuando no fue a mi licenciatura. Y mi mamá me dice ahora, que "la E ya esta grande y ella no tiene que meterse", pero yo le digo que no es por la E, porque ella sabe con quien meterse y con quien no, pero es por la A, que es chica y ella me dice: "la E es la mamá, ella vera como se las arregla".

T: Pero esa explicación, no te ayuda a comprender ni a justificar la actitud general que tiene tu madre y que no es sólo contigo.

P: Ah!!, si me doy cuenta por lo que dice, que igual mi mami tiene actitudes buenas y tiene actitudes fomes, muy fomes

T: Lo que te quiero decir, es que a veces las actitudes de las personas con los demás no tienen que ver con los demás, sino con ellas mismas.

P: Sí, desde que entendí eso, me tranquilice

Siempre se trata de explicaciones que se construyen desde la experiencia de la paciente y en ningún caso, se transmiten como si fueran verdades, sino que es una nueva manera de narrarse lo ocurrido y de ver la realidad, donde el propósito es que la paciente se las auto refiere sólo si le hacen sentido. Cuando esto ocurre, la experiencia perturbadora es comprendida y se integra a la continuidad del sí mismo, perdiendo la resonancia y concretismo que la molestia tenía en el ámbito emocional, conductual y cognitivo.

T: M no has pensado que tu madre en realidad no se la podía, con esa función que tú has cumplido con la C. No has pensado que no era capaz, no necesariamente el desinterés hacia ti era intencionado, sino que no era capaz, no le daba no más el cuero, porque hay personas que son capaces, como tú que eres capaz de comprender a tu hija, acompañarla, acogerla y decirle cosas que son razonables.

P: Bueno es que yo creo que uno igual ha aprendido en el mismo colegio, por la tele, por todo y antes era todo diferente. Igual a mi mamá yo la entiendo, igual ella no tuvo hartito cariño, pero eran otros tiempos también.

Por tanto, el terapeuta conduce a la paciente a explorar como posibilidad, que el sentimiento de rechazo que experimenta desde la madre, el cual es irrefutable, por tratarse de la experiencia de la paciente, quizás se pueda ampliar en su comprensión, al observar la misma desde la debilidad de la madre para responder a sus requerimientos de afecto y contención. Este momento es perturbador para la paciente, pues, el terapeuta la orienta a ponerse ante la posibilidad de que la ambigüedad afectiva que experimenta desde la madre (me quiere – no me quiere), se puede comprender como una limitación de ésta para responder a sus necesidades de afecto, ampliando su visión de la experiencia como simplemente rechazo.

Por tanto, el terapeuta al reformular lo que le acontece a la paciente, le ayuda a explicarse la experiencia desde un nuevo punto de vista, contribuyendo a que ésta pueda encontrar en si misma, nuevas respuestas que le hacen sentido y le permiten mantener su coherencia y dar continuidad a su sentido de si.

T: (...) yo creo que tu madre lo que ha podido hacer, es lo que te ha podido dar y no le da para más. ¿Hay harta pena ligado a eso, parece?.

P: Sí, no sé, no pensé que me iba a emocionar ahora.

T: Pero uno se emociona no más, pues igual ahora piensa lo siguiente M, anda tu madre acompañándote o sea es probable de que tu has recuperado a tu madre de adulta.

P: Sí, yo igual ahora ando buscando casa,(...). Así es que yo digo, si el día de mañana mi mamá esta vieja y todo, yo me la llevo, porque cuando yo me vaya quizás que onda mi mami y la E pasa dos días aquí se va tres días para allá. Mi mamá igual es miedosa, mi mamá llega el invierno y le dan miedo esos vientos fuertes.

T: O sea, tu madre al final del día va a depender de ti y de la protección que tu le brindes, pareciera que vas a dejar de ser hija en la medida en que te conviertes en la madre que la protege y la cuida y eso es lo que has estado haciendo, tú has invertido los roles (...).

En el entendido que la identidad es identidad narrativa y que por lo mismo, es en la relación intersubjetiva con los otros, donde aflora quien soy, las explicaciones que construyó de lo que me acontece, son siempre construcciones de la visión que tengo del mundo y de mí. De ahí, que en este momento de la relación terapéutica, el rol perturbador y estratégico del terapeuta resulta clave para ayudar a la paciente a encontrar explicaciones que le permitan ampliar su punto de vista.

Por tanto, para hacer posible que la paciente vuelva a observar su experiencia de malestar, con el propósito de que ello, la pueda conducir a que encontrar nuevas explicaciones, el terapeuta la debe guiarla a reconstruir momento a momento como aconteció la experiencia perturbadora. Dicha reconstrucción se hace, en primer lugar, ubicando a la paciente en el contexto espacio-temporal en que aconteció la situación de molestia, procurando que describa la secuencia de como ocurrieron los hechos.

T: ¿Y a qué edad fueron las tocaciones de tu tío?

P: Haber, yo tendría que haber tenido como ocho años, más o menos (...).

T: Pero cuéntame, qué implicaba esta situación?

P: Claro, me tocaba acá (ubica la zona de los pechos) con el traje de baño encima, pero igual era mucho rato y yo igual lo encontraba raro. Yo decía, mi papi no me hace esos cariños.

T: ¿Lo hizo una vez, varias veces?

P: No sé, una vez no creo, pero tantas veces tampoco, porque yo igual después le hacía el quite (...)

Sin embargo, para que la paciente describa la situación de malestar, de modo que ésta le permita conectarse con la emoción que se encuentra a la base de la experiencia perturbadora que vivenció, es necesario que la descripción de la situación se haga como si estuviera ocurriendo en el momento mismo de la reconstrucción.

T: Se peinaban donde la vecina (...).

P: (...) Uno vivió harta soledad, harta soledad. En ese tiempo mi papi no tomaba, pero tampoco me acuerdo de él. No sé si habrá tomado, pero no me acuerdo. No me acuerdo haberlo visto en la tarde llegar.

T: La soledad.

P: Igual muy sola, porque al ver la C que vista a la F y como que tengan que peinarse en otro lado. Ya de irse a peinar a otro lado es fome, porque mi mami podría habernos cortado el pelo y habernos peinado nosotras algo más fácil. Igual incomodidad, depender de esa señora que igual tiene que vestir a su hijo...

T: O sea, si piensas a tu hija en esa situación qué te pasa?

P: No, pero igual estar sola y tener que ir a peinarse a otro lado es penca.

T: Es triste.

P: Sí, (...)

El segundo momento de la reconstrucción, es conducir al paciente a que explore las explicaciones que refiere de la experiencia perturbadora.

T: ¿M y ahora que piensas, te habrá afectado crees tú?

P: No. O sea, yo digo no, pero a veces para entender las cosas que me pasan a mí, yo digo a lo mejor el subconsciente de uno va agarrando las cosas que la han afectado a uno y uno dice que no, pero...

Poner al paciente en el contexto de la experiencia inmediata, en términos detallados, facilita acceder al mundo de explicaciones que el paciente ha construido respecto de la mismas. Sin embargo, para que dicha explicación surjan de manera fluida, la intervención del terapeuta debe ayudar a que la paciente se conecte emocionalmente con la misma. De no ser así, la paciente se queda en el plano de la explicación cognitiva y no de la comprensión emocional.

Siguiendo con la secuencia, el terapeuta debe poner a la paciente en relación a la experiencia emocional, pero como si estuviera ocurriendo en el presente, con el propósito de conectarla con la emoción que se encuentra a la base de la situación perturbadora. Sin embargo, en el caso en estudio, la intervención del terapeuta la lleva a buscar la referencia emocional en el pasado, lo que la pone en una perspectiva cognitiva (tiene que ir a buscar el recuerdo emocional).

T: ¿Y cuál era la sensación que tenías tú en ese momento?...¿te decía algo?,¿ tú estabas parada frente a él?. ¿...cómo era su cara en ese momento, tú no lo mirabas?

P:(...) sólo me era extraño que no me hacía cariño delante de nadie, sólo cuando estaba sola.

T:¿ Y con qué sensación te quedabas?

P: Con algo raro...

La dificultad de ese tipo de intervención, es que la paciente se concentra en buscar las sensaciones que vivió en el pasado, y por lo mismo, las explicaciones que refiere siguen siendo en el plano de la secuencia lógica, pues, lo que busca es un recuerdo en la memoria cognitiva.

T: (...) ¿Y cuándo hablaron eso con tus hermanas y por qué?

P: No sé, salió el tema, igual yo no tengo nada que decir. Tengo los mejores recuerdos de allá. Eso no más, como que empañaba la cosa, bueno y no sé como salió el tema pero lo hablamos.

T: Ya. Pero se pusieron a conversar y ahí te diste cuenta que le había pasado a tus dos hermanas y una lo había pasado peor.

P: Igual conversando con mi hermano, igual lo encontró fuerte porque el tenía otro pensar de mi tío.

T: Como una decepción

P: Claro. Como no tenía ni idea

T: ¿M y ahora que piensas, te habrá afectado crees tú?

P: No sé poh.

T: ¿Por eso te pregunto, qué piensas, tienes alguna rabia, alguna....?

P: No. O sea, yo digo no, pero a veces para entender las cosas que me pasan a mí, yo digo a lo mejor el subconsciente de uno va agarrando las cosas que la han afectado a uno y uno dice que no, pero...

Un tipo de intervención que ayudaría a la paciente a encontrar nuevas explicaciones, utilizando los mismos elementos, podría ser del siguiente tipo:

T: ¿El estar parado frente a él, cómo te hace sentir?. ¿...cómo es su cara, lo estás mirando?. ¿qué imágenes se te vienen a la mente?. ¿cómo es la sensación que tienes en este momento?

Es decir, se trata de ayudar a la paciente a conectarse con el mundo analógico de la experiencia, lo que permite que fluyan imágenes, olores, ruidos y una variedad de detalles de la situación, con lo cual se facilita que aparezcan las emociones que se encuentran a la base de lo que experimenta la paciente en ese momento, las cuales, están a la base de las explicaciones que ésta ha construido para mantener su coherencia y permitir su continuidad.

Por tanto, como se puede deducir de lo anterior, para que el terapeuta pueda contribuir a que la paciente encuentre nuevas explicaciones de lo que le aconteció, éste se ubica como interfase entre la ipseidad y la mismidad, sin embargo, para que dicha intervención ayude a que la paciente pase de la mera descripción entre el hecho y la explicación, a la activación emocional que le permita reorganizar

dicha experiencia, se requiere que la intervención perturbadora sea reconstruida en el aquí y ahora de la sesión.

5.3.5 Ayudar a que la paciente comprenda que su experiencia perturbadora surge en el contexto de su historia de vida.

La intervención del terapeuta conduce a la paciente a relatar el momento en que aparecen las sensaciones de molestia.

T: ¿A qué se lo atribuyes tú?

P: Yo creo como a todo...Las cosas empezaron un poco más mal cuando tuve a mi segunda hija.

T: ¿A la F?

P: Ahí empezó lo del bolso

T: Que tiene 6, 7 años.

P: Tiene 9 años.

T: ¿Empezaste con qué?

P: Ahí empecé a andar con la mochila, a andar con ropa, a andar con cosas que yo no ocupaba, generalmente eran cosas que no ocupaba y ahí como que empezó todo, iba todo de la mano..., como la este de la ropa. No sé, yo por más que le he buscado...a qué se debe eso.

Dicha intervención pretende que la paciente conecte lo que le acontece en relación a un cierto momento de su historia de vida, es decir, el síntoma, la perturbación acontece en relación a ciertas circunstancias en que se encuentra la paciente, no obstante, que ésta refiera ese momento como la explicación causal de lo que le ocurre.

Con el propósito de seguir ampliando el momento de la historia personal en que aparecen los síntomas, el terapeuta conduce a la paciente a revisar el contexto de

su desarrollo personal. Esto, permite observar que la perturbación no sólo se encuentra ligada a un momento circunstancial de la vida de la paciente, sino que ello se explica en relación a su estilo de vivenciar las particulares circunstancias de su historia de vida.

T: Y tenían que arreglárselas sola.

P: Claro. A la edad de la C, a los 10 años, yo cuidaba a mi hermana menor, ella tenía cinco, seis años, yo la llevo por 5 años. Tenía 10, 11 años, sabía prender la cocina y todo. Yo la vestía a ella, todo. No sabía peinarla porque usaba el pelo largo. Íbamos a peinarla a la casa de una vecina, era lo único, pero lo demás, yo la vestía, mi mamá me enseñó a mí, porque yo era la más grande de ellos dos.

T: Tuviste que sacrificarte hartito.

P: Sí. Yo digo que a lo mejor esas cosas, esas pegas sin querer que me dieron...

T: Tan niña.

P: Tan niña y cuando era más chica, tenía que cuidar a mi otro hermano, a S. Ellos me decían: “anda al jardín, pero tienes que cuidar a tu hermano”. Yo le llevo por once meses no más a él. Además, digo yo, eso también, porque yo tenía once meses de diferencia cuando nació mi hermano. Cómo que a lo mejor de chica no me dieron todo el...porque una guagua implica más...

T: Sí, una guagua...

P: Porque yo en el fondo igual era una guagua, si tenía once meses más no más; pero igual estaba la otra guagua al lado.

La paciente puede evocar momentos significativos de su historia de vida, los cuales no sólo refiere como antecedentes de su pasado, sino que como hipótesis de lo que le acontece. Ello, le permite comprender que la experiencia perturbadora se explica no sólo por el momento de la “crisis”, sino que también, por como ha vivenciado y se ha narrado los acontecimientos significativos que se encuentran a la base de su historia de vida. Por ejemplo, a través de la conexión de la experiencia perturbadora con la historia de vida de la paciente, se accede a conocer y comprender el tipo de vínculo con la madre y la autoimagen que la paciente tiene de si misma en ese contexto.

T: Con qué sentimientos, con qué sensación recuerdas eso.Cuál es el sentimiento al recordar esta infancia, niñez?

P: Igual con pena, porque uno vivió estar sola.

Es decir, la experiencia de estar sola, es un sentimiento que acompaña a la paciente desde su infancia y la misma, la refiere concretamente en relación a la persona de su madre, quien seguramente, representa la figura de apego más significativa. De ahí, que el terapeuta al guiar a la paciente al encuentro con ese momento de su vida, accede a su visión del mundo y con ello, a la emoción que se encuentra a la base.

T: Tú hacías siempre como la dueña de casa y has sido como la madre de tus hermanos, la madre de tus hijos y de tus sobrinas también.

P: Sí, lo único que a mi me reconforta, es que a mí me quieren y me quieren harto las chiquillas.

T: Sí, deben quererte harto tus sobrinas me imagino....¡pucha!, que tienes harta pena.

P: (llora) No quería llorar.

Sin embargo, es necesario observar que la paciente puede comprender de mejor manera la base sobre la cual se gatilla la experiencia que la perturba, no sólo, yendo hacia atrás en su historia personal, sino que poniéndola en la perspectiva de lo que refleja su visión del mundo y de si misma.

T: ¿O sea, M el ideal de una mamá es que pudiera estar en la casa, no?

P: Yo creo que lo ideal es eso, por último estar un buen tiempo con ellos, porque cuando ya los niños están grandes ya entienden y uno ya les hizo harta compañía a ellos, o por ultimo, en las tardes. Pero bueno, yo no me acuerdo es que yo tengo hartas lagunas en esas cosas, a parte que igual, además de todas esas cosas, ellos eran súper secos; mi papi con mi mami en el fondo los dos eran como bien desabridos y entre ellos igual.

T: O sea, además cuando estaban en la casa eran desabridos.

P: Yo que me acuerde de que mi mami me haya hecho un cariño a mí, no y menos a mí.

T: ¿Tu papá te hacía más cariño?

P: Mi papi me hacía más cariño, pero curado.

T: O sea, te han hecho poco cariño en tu vida, en ese sentido has estado sola.

Por tanto, este tipo de intervenciones permiten que la paciente pueda ir comprendiendo que su experiencia se encuentra conectada con las huellas emotivas y emocionales que le marcaron en su pasado y por la forma como se organizó dicha experiencia en su desarrollo histórico. Del mismo modo, puede comprender que lo que le acontece y como se proyecta, aunque sea cognitivamente, está definido por ese particular estilo de organizar la experiencia. Nótese que la paciente refiere el contexto de su experiencia de falta de cariño de los padres, para organizar su particular estilo de ser madre.

Por tanto, guiar a la paciente a conectar la experiencia perturbadora con su historia vital, ayuda a que ésta pueda ampliar el contexto en el cual le acontece dicha sensación de molestia y por lo mismo, le permite pasar de una visión encapsulada y como si la misma surgiera de forma súbita, a una comprensión en relación al desarrollo de su historia personal. De ahí, que la sensación de molestia pasa de ser un episodio específico en el desarrollo personal a una situación que tiene raíces en el devenir histórico del sujeto.

Es decir, el miedo a salir, la imposibilidad de cambiarse ropa y la dificultad para bañarse no sólo se explican en función de la estrategia de desatender selectivamente aquellos episodios que resultan intolerables para mantener la coherencia interna, sino que también, como la interrupción del fluir continuo de la historia narrativa de la persona, de ahí, que el síntoma no sólo es producto de la dificultad de narrarse comprensivamente la experiencia perturbadora a nivel simbólico, sino que también, es la expresión de la relación con su mundo, particularmente, con el que se ha ido construyendo a través de su historia de vida.

Por eso, la intervención del terapeuta se orienta no sólo a que la paciente pueda disponer de nuevas explicaciones de la perturbación que le acontece en el

presente, las cuales le permitan autoreferírsela en relación a su coherencia interna, sino que además, pretende el ordenamiento de dichas experiencias en una configuración histórica coherente. Por ello, el terapeuta conduce a la paciente a explorar los antecedentes históricos, no con el propósito de recabar datos ni con el fin de interpretar su pasado, sino que simplemente, con el objetivo de que ésta pueda ampliar el contexto en el cual le acontecen los sentimientos molestos y comprender que la superación de los mismos, implica una reorganización de la narrativa histórica.

DISCUSIÓN

Atendiendo el propósito de la presente tesis de reconocer las intervenciones que son propias del actuar perturbador y estratégico del terapeuta a través del análisis de un caso clínico, en el presente capítulo, se va a discutir sobre los hallazgos que la presente investigación arroja respecto de las categorías o elementos que fueron definidos metodológicamente como los ámbitos de la intervención que deben estar presente en el actuar del terapeuta, de acuerdo a los juicios de un grupo de expertos y las consideraciones conceptuales desarrolladas en el marco teórico. Al mismo tiempo, al final del capítulo, se desarrollaran algunas reflexiones complementarias que surgen de los resultados obtenidos.

En primer lugar, en razón de los resultados del análisis del caso estudiado, es posible aseverar que el carácter perturbador del terapeuta se hace presente en la categoría **“Ayudar al paciente a reconstruir la experiencia emocional perturbadora, conduciéndolo a reformular la misma en términos internos”**, al momento que conduce a la paciente a resituar lo que le acontece como un quiebre en la continuidad de su experiencia, lo que la paraliza y concretiza, impidiéndole movilizarse espacial y cognitivamente.

Al respecto, existe coincidencia con Guidano (1994), en cuanto a que las primeras intervenciones perturbadoras y estratégicas del terapeuta se orientan a *“reconstruir la dinámica del desbalance”* que presenta el paciente, es decir, se trata de que el paciente reconozca los mecanismos que le provocan el desequilibrio, lo que resulta clave para guiar el proceso de intervención en la dirección que resulta pertinente para el paciente.

Para ello, el terapeuta desarrolla una secuencia que ayude al paciente a reconocer cuáles, cuándo y cómo determinadas experiencias se tornaron un problema en su proceso de continuidad. Es decir, el terapeuta guía al paciente para que pueda identificar las molestias y el momento en que se produce el “desbalance”

emocional, lo que se expresa en su dificultad para integrar dicha experiencia en su trama narrativa y, por lo mismo, le resultan incomprensibles.

Para hacer posible lo anterior, el terapeuta se orienta a lograr que el paciente relate la experiencia de molestia, pero como si estuviese ocurriendo en el espacio terapéutico, con ello, es posible acceder a la espontaneidad del relato del paciente y por lo mismo, a obtener una primera aproximación o hipótesis sobre su tipo de organización de significado personal. Ello, facilita que se disponga de una herramienta para direccionar la intervención, pues, las preguntas y la reconstrucción se inspira en el estilo de organización, lo cual se transforma en una guía para ayudar al paciente a acceder y reconocer la emoción que se encuentra a la base de su experiencia de malestar.

Finalmente, la consecuencia esencial del actuar perturbador y estratégico del terapeuta, en esta fase de la intervención, es que la paciente pasa de interpretar su molestia como algo externo a su persona, a comprender la misma, como parte de su particular estilo de operar interno. Secundariamente, dicho actuar del terapeuta, resitúa la relación terapeuta-paciente y el contexto terapéutico como una relación de colaboración, donde el terapeuta se reconoce como un especialista en guiar a la paciente en la búsqueda de explicaciones que le permitan integrar la experiencia emocional de molestia y, por lo mismo, la paciente se reconoce como la responsable de su propio cambio.

En segundo lugar, respecto de la categoría que busca **“llevar la atención consciente del paciente a aspectos de su experiencia que desatiende por ser inconsistente con los mecanismos de la mantención de su coherencia”**, es posible concluir que lo perturbador y estratégico del terapeuta, en este momento del proceso de intervención, se centra en guiar al paciente para que pueda observar en el relato de su experiencia o durante la exploración experiencial, aspectos de la misma, que hasta ahora, le resultan negados por su conciencia, como parte de su estrategia para sostener su coherencia.

Esto último coincide con lo señalado por Zagnutt (2010), quien refiere que las experiencias desatendidas por el paciente, parecen responder a un patrón de autoengaño que pretende lentificar o distorsionar la asimilación de aquella información que resulta crítica para la continuidad del sujeto, lo que refleja un proceso natural de protección del individuo ante la eventual desintegración del sí mismo en la vida cotidiana y que en el proceso terapéutico, se expresa como un recurso para protegerse de cambiar demasiado o demasiado rápido.

Por lo anterior, la estrategia perturbadora del terapeuta se orienta a lograr que el paciente describa, particularmente, las circunstancias en que ocurre la situación de molestia. El observar dicha situación en el contexto en que acontece la experiencia, permite al paciente reconocer de manera más nítida lo que experimenta, lo que, a su vez, provoca un cambio en el punto de vista sobre sí mismo, generándose un reordenamiento de la experiencia inmediata, donde ahora, el paciente puede reconocer y autoreferirse emociones y sentimientos anteriormente desatendidos o excluidos de la conciencia.

En tercer lugar, al revisar la categoría destinada a **“ampliar la experiencia perturbadora del paciente a otros contextos, de modo que éste vaya paulatinamente reconociendo sus reglas de funcionamiento”**, es posible aseverar que el carácter perturbador y estratégico del terapeuta se orienta, a que el paciente descubra a través de la auto-observación y de manera gradual, cómo es hecha la experiencia emocional que lo perturba, cómo se refiere dicha experiencia en el momento en que le acontece y en su narrativa histórica. Ello, va a permitir al terapeuta conectar al paciente con distintos episodios significativos de su vida, lo que lo conducirá a reconocer cierta constante en su modo de significar su experiencia.

Lo anterior, tiene como objetivo aumentar el conocimiento que el paciente tiene de sus reglas de funcionamiento, o si se quiere, aumentar la "conciencia de sí

mismo", respecto del modo como el paciente funciona al ordenar la experiencia y poner en secuencia los eventos significativos y explicarlos.

En términos concretos, se espera que el actuar perturbador y estratégico del terapeuta, se oriente a lograr que el paciente pueda relatar distintos episodios significativos que le han resultado emocionalmente molestos y, al mismo tiempo, le permita reconocer que situaciones aparentemente diferentes tienen un sentido compartido, generándole una intensa activación emocional, lo que le permite reorganizarse, pues todo aquello que parecía caótico adquiere una coherencia en el presente, lo que lo ayuda a explicarse experiencias del pasado y reconocer aspecto de su organización de significado personal.

En el caso estudiado, es posible comprobar que la paciente se explica su dificultad para bañarse, la imposibilidad de cambiarse ropa o de salir sola, en relación a su experiencia de soledad o abandono de la madre en su infancia, es decir, como resultado de un episodio que nada dice de su interioridad. Por ello, dicha explicación resulta inútil al impedirle superar los síntomas. Por tanto, la intervención perturbadora y estratégica del terapeuta, lleva a la paciente a conectar esos distintos momentos con el manejo de la angustia que le provoca su experiencia bifronte ante el amor o desamor de la madre. Esta nueva conexión entre las situaciones de molestia, le permiten a la paciente adquirir un nuevo sentido de si misma y encontrar explicaciones que le permiten comprender el síntoma, desde una activación emocional que le permita dar continuidad y sentido a su existencia.

En cuarto lugar, los resultados del estudio permiten comprobar que el actuar perturbador del terapeuta, en cuanto, a **“conducir a la paciente a la búsqueda de explicaciones o visiones alternativas que flexibilicen su punto de vista y modifiquen su comprensión de la experiencia perturbadora”**, se orienta a que el paciente discrimine en el relato de la situación que le provoca malestar, los

hechos (Ipseidad) de la explicación (Mismidad). Es decir, se espera que el terapeuta pueda guiar al paciente para que discrimine la experiencia inmediata o tácita que le acontece de las explicaciones que éste se da para hacer comprensible la misma. La consecuencia más importante de dicha intervención es que el paciente aumenta el nivel de conciencia de lo que le ocurre y con ello, decodifica las tonalidades emocionales asociadas, lo que lo conduce a mayores niveles de flexibilidad.

Coincidiendo con lo planteado por Arciero (2005), el terapeuta siempre está llevando la atención del paciente, desde el vivir aquí y ahora de la experiencia, hacia la narrativa con que se explica lo que está sucediendo en el aquí y ahora. Atendiendo el caso estudiado, en el primer nivel, el terapeuta conduce a la paciente a conectarse con el momento y las circunstancias en que se siente abandonada por la madre (pe. la ausencia en la licenciatura), los sentimientos relacionados (pena) y las consecuencias de dichos sentimientos (rabia con la madre). En el segundo nivel, el terapeuta conduce a que la paciente explique cómo se autorefiere la experiencia de ausencia de la madre en la licenciatura (qué le habrá pasado a tu madre), las implicancias de los sentimientos experimentados (cómo se explica la pena que siente todavía).

Lo relevante de esta distinción, es que el terapeuta al llevar el foco de la atención consciente de la paciente de un nivel a otro, provoca lo que Guidano llama *“Efectos de los datos directos sobre los indirectos”*, y a su vez, *“Efecto de los datos indirectos sobre los directos”*. Lo primero, permite que la manera en la cual el paciente relata un episodio pasado y el momento en que decide relatarlo al terapeuta, ayuda a captar el significado atribuido tácitamente al acontecimiento por el paciente. Lo segundo, la forma como el paciente se reorganiza ante la perturbación y su disposición emocional en el espacio terapéutico, permiten aproximarse al estilo de apego de la paciente, lo que ayuda tácitamente a acceder al significado que le atribuye al contexto terapéutico.

En quinto lugar, al revisar la última de las categorías, es relevante destacar que **“ayudar a que la paciente comprenda que su experiencia perturbadora surge en el contexto de su historia de vida”**, pone al descubierto, el sentido que tiene el preguntar al paciente por su historia, pues en el caso estudiado, la indagación por el pasado aparece como la búsqueda de información que permita explorar aquellos episodios que pudieran llegar a explicar el síntoma del presente, de modo de establecer si existe una asociación entre ambos momentos. Aunque en el caso analizado, la relación establecida es en términos causalistas, como lo ilustra la intervención del terapeuta al momento de reformular la dificultad de la paciente para bañarse desnuda, desde un actuar propiamente perturbador y estratégico del terapeuta, dicha relación siempre debe ser contextual e histórica.

En el entendido que el si mismo es sólo posible en relación con el otro y con el mundo, desde el enfoque constructivista cognitivo, el motivo que el paciente refiere para justificar su necesidad de ayuda, siempre debe ser comprendido en el contexto de las circunstancias presentes y de su historia personal. Es decir, la dificultad para bañarse desnuda que presenta la paciente, al indagar en su historia, podría llevarnos a encontrar nuevas huellas que develan distintos rumbos en la búsqueda de sentido. Por ejemplo, su dificultad para la intimidad como el disfrute placentero de su cuerpo.

Lo anterior concuerda con lo planteado por Arciero (2009), quien señala que “este tipo de indagación parte de los acontecimientos humanos, se estructura como interpretación de esa acción y vuelve después sobre la existencia humana”. Es decir, lo que el paciente refiere como problema, requiere ser contextualizado en su narrativa histórica, para ser releído y vuelto a poner en el contexto presente, con ello, el actuar perturbador del terapeuta, conduce al paciente a que comprenda su experiencia perturbadora en relación a su historia de vida.

De ahí, como lo señala Arciero (2004), la intervención perturbadora del terapeuta se orienta a que el paciente pueda reconocer y comprender lo que le está

ocurriendo en la inmediatez de su experiencia, con lo cual, “la regulación afectiva se restablece cuando la persona puede integrar la experiencia discrepante coherentemente en su narrativa personal y, de este modo, recuperar el sentido de continuidad de su identidad histórica”.

En resumen, en relación con el objetivo central de esta investigación y atendida la discusión sobre las categorías que fueron utilizadas para analizar el rol perturbador y estratégico del terapeuta, es posible aseverar que el rol perturbador y estratégico del terapeuta pasa esencialmente por desarrollar la capacidad de conectarse con la experiencia emocional del paciente, entendiendo que la experiencia es siempre encarnada y situada (ser en el mundo). Es decir, como principal síntesis de la presente investigación, la base o esencia del rol perturbador, pasa por reconocer la singularidad y particularidad de la experiencia narrada por el paciente y en la capacidad de escuchar atentamente la experiencia narrada.

Es decir, como lo señala Arciero (2009), la experiencia emocional acontece siempre en el cuerpo y en un contexto, de ahí que perturbar estratégicamente al paciente, obliga conocer previamente, si la experiencia vivida por el paciente está centrada en el ser o en el mundo (en si mismo o en los otros). Si la experiencia se centra en el si mismo (en el cuerpo), entonces, la experiencia emocional se funda en las emociones básicas y por tanto, su continuidad se funda en el cuerpo, por el contrario, si la experiencia esta centrada en el mundo, entonces, la emoción se determina por como reaccionan los otros. De ahí, que la intervención perturbadora del terapeuta, en el primer caso, debería estar más centrada en las emociones y, en la segunda situación, se debería orientar a lo cognitivo-reflexivo.

Lo anterior, quiere decir que el estilo de personalidad es una tendencia a actuar en relación a la sedimentación de la mismidad y por lo mismo, el actuar perturbador del terapeuta, es en relación a ese momento, que no es nunca definitivo.

- **Otros hallazgos**

En primer lugar, la petición de la paciente, *“cuando yo ya no venga más, usted me va a decir que fue lo que gatillo tanto, o no, así no más”*, en una de las últimas sesiones, deja al descubierto, uno de los descubrimientos más relevantes del presente estudio, y es que la remisión de los síntomas, no implica necesariamente que la paciente se haya reorganizado, pues, dicha solicitud al terapeuta devela que la persona sigue sintiendo la experiencia sintomática como algo ajeno al sentido de continuidad de sí mismo. Por tanto, no ha logrado captar como los síntomas han sido el reflejo de un quiebre en su sentido de continuidad, por ende aprendió a manejar los síntomas, o bien, cambio la condición actual de vida y los síntomas cedieron, pero la experiencia sigue siendo de extrañeza para la paciente.

Lo anterior, obliga decir que el rol perturbador del terapeuta no ha operado como tal, pues, el paciente no logra comprender que el síntoma es la activación emocional que no ha podido reconocer, la cual queda fuera de la trama narrativa personal y es vivida con extrañeza. Por tanto, dicho hallazgo viene a confirmar lo planteado por Guidano (1994) respecto de los enfoques cognitivistas tradicionales, los cuales plantean que *“para modificar las emociones perturbadoras basta con cambiar las creencias irracionales correspondientes”*.

Es decir, como lo expresa Zajonc (1984), si la intervención se limita a una modificación cognitiva, la experiencia perturbadora, es controlada en su intensidad, pero no sufre ningún cambio en su tono. Por lo tanto, más que una reorganización del significado personal, sólo se produce *“un cambio semántico dentro de la misma tonalidad de significado”*.

En segundo lugar, coincidiendo con Zigmund A. (2004), una actitud relevante que debe tener el terapeuta, es de absoluto respeto por la experiencia emocional del paciente, soslayando cualquier tipo de juicio crítico o de preocupación sobre las emociones que éste experimenta, de modo de evitar inducirlo a confirmar la sensación de extrañeza que experimenta. Lo relevante de este particular estilo de

acoger la vivencia del paciente, contribuye a que éste pueda en el desarrollo del proceso terapéutico asimilar dichas emociones. Por tanto, como lo expresa Guidano, *“...al reconstruir gradualmente la coherencia interna que existe bajo el carácter aparentemente extraño de los sentimientos perturbadores, el terapeuta consigue que el cliente advierta con creciente claridad que dichas emociones contienen información fundamental, cuya comprensión facilitará la comprensión del atolladero existencial presente”*.

En el caso analizado, se pudo constatar que el terapeuta no vierte juicio de veracidad o de interpelación, sobre la experiencia emocional de la paciente, sino que simplemente permite que ésta pueda desplegar la misma con la mayor libertad posible. Esto devela un principio esencial que el terapeuta perturbador y estratégico debe conocer y manejar, cual es, el carácter irrefutable que tiene la experiencia del paciente. Parafraseando a Maturana, “lo vivido es vivido por alguien”.

Por último, en el caso estudiado, se hace evidente que el terapeuta en su rol de perturbador y estratégico asume el papel de facilitador. Dicho atributo es observado en otras investigaciones destinadas a evaluar la relevancia de la relación terapeuta - paciente, por cuanto, se espera que a través de dicha relación, el terapeuta asuma el papel de un guía más que de un agente de cambio, puesto que el verdadero agente de cambio lo constituye el paciente (Safran y Muran, 2005; Greenberg, 1996). De esta manera, como lo expresa el propio Guidano, “es el paciente quien tiene un lugar central en el proceso terapéutico, pues la psicoterapia no es un tratamiento que un técnico experto administra a un paciente pasivo, sino una forma de relación que se ofrece al paciente para que éste se cambie a sí mismo”, es decir, “...el terapeuta sólo puede intentar establecer las condiciones capaces de provocar la reorganización, pero no determina y no controla el momento en que el cliente se reorganiza ni el resultado final del proceso” (Guidano, 1994).

Por tanto, se puede afirmar que el primer acto perturbador pasa por desplegar un contexto de colaboración, el cual permita al paciente reconocerse valorado y responsable de su propia experiencia, donde el terapeuta es un guía que conduce al paciente a relatar lo que le acontece en términos autoreferenciales, de manera que éste pueda comprender, que la vivencia de malestar que padece, tiene su origen y explicación en términos internos.

Con ello, el terapeuta resitúa al paciente en un contexto que lo obliga a redireccionar las expectativas de cambio y de comprensión de la molestia que lo lleva a consultar

CONCLUSIONES

La presente investigación ha pretendido contribuir a la operacionalización del terapeuta como “perturbador estratégico”, pues si bien, en la revisión bibliográfica el papel del terapeuta en el enfoque constructivista cognitivo, pretende mostrar una distancia con otros estilos de ser terapeuta, en términos concretos, la explicación y descripción respecto de cómo se hace esta nueva forma de ser terapeuta resulta escasa.

Lo anterior, resulta particularmente necesario, cuando existe amplio consenso entre las investigaciones destinadas a estudiar el rol del terapeuta, en cuanto a que la forma o estilo con que se conduce el proceso terapéutico, determina la calidad de la alianza terapéutica y el logro de los objetivos terapéuticos. Es decir, no da lo mismo la forma como se es terapeuta, pues, dicha forma de ser, está definida por el tipo de enfoque epistemológico al que adhiere el terapeuta y, particularmente, por como se opera en el transcurso del proceso terapéutico.

Por tanto, revisado el papel de un terapeuta a través de un caso clínico y atendiendo el juicio de un grupo de expertos, es posible concluir, que el actuar estratégico del terapeuta se caracteriza por ser siempre un guía que conduce al paciente a descubrir e integrar los diversos estados emocionales que se encuentran a la base de la experiencia de malestar en su continuidad narrativa, lo que permite la ampliación, abstracción y flexibilidad de la autoconsciencia.

Lo anterior, permite aseverar que la diferencia fundamental en el actuar del terapeuta como perturbador estratégico, es epistemológica, lo cual lleva a un cambio en la comprensión de la experiencia humana y como intervenir en ella, el terapeuta ya no ve la realidad tal como esta “es” o da interpretaciones objetivas de lo que le ocurre al paciente, que pretendan que éste tenga una representación de sí mismo más correspondiente con la realidad, sino que es el paciente el que busca la mantención de su coherencia y la perturbación es producto de esta

rigidez de la mantención de esta coherencia, por tanto, sólo se actúa como un perturbador estratégicamente orientado y es la propia organización del significado la que se reorganiza de una manera más abstracta y flexible, más adaptada a la situación existencial desafiante.

Por tanto, el enfoque constructivista cognitivo al no considerar la existencia de una teoría que comprende a la persona y su psicopatología en términos apriorísticos, introduce incertidumbre en el tradicional estilo de ser terapeuta, pues, por un lado, ya no se cuenta con la posibilidad de adecuar la sintomatología del paciente a una verdad previa y, por otro lado, como consecuencia de lo anterior, cambia la calidad de “experto” del terapeuta y con ello, su posición de poder en la relación terapéutica.

Atendiendo lo anterior, no deja de ser una necesidad imperiosa, el establecer como una línea importante de desarrollo para el modelo, el seguir indagando e interrogando sobre la operacionalización del mismo. Ciertamente, parte de la crítica y del escepticismo sobre esta nueva forma de comprender el problema de la psicopatología, pasa, entre otros, por saber como se hace o como se opera esta nueva forma de ser terapeuta. Por lo mismo, explorar sobre los aspectos prácticos del modelo, es una tarea desafiante y atractiva.

Por último, se estima que este tipo de investigación permite abrir la puerta hacia interrogantes que ayudan a avanzar en la indagación sobre los fundamentos de la psicoterapia constructivista cognitivo y las evoluciones que dicho enfoque ha venido teniendo desde su origen, en términos epistemológicos como en sus consideraciones prácticas sobre la psicopatología y el cambio desde la vertiente posracionalista. Así mismo, se espera que contribuya en caracterizar aquellos factores que caracterizan y son responsables de un buen actuar del terapeuta, con el propósito de que los programas destinados a su entrenamiento puedan perfeccionarse y enriquecerse con dichos hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnkoff, D. B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. In *Session-Psychotherapy in Practice*, 1(1), 33-46. Bachelor, A. (1991). 1995
- Arnkoff D, Glass C. Clinical cognitive constructs: examination, evaluation and elaboration. En: Kendall P, *Advances in cognitive behavioral research and therapy*. New York, Acc Press, 1982
- Arciero, G., "Tras las huellas del si mismo". Editorial Amorrortu.2009
- Arciero, G., "Estudios y diálogos sobre la identidad personal". Editorial Amorrortu.2005
- Arciero, G. "Studi e dialoghi sull' identità personale". *Riflessioni sul' esperienza Humana*. Bollati Boringhieri. Torino.2002
- Arnkoff
- Balbi, J. "La mente narrativa". Buenos Aires, Paidós. 2004
- Balbi, J. "Terapia cognitiva posracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano". Buenos Aires, Biblos.1994
- Bruner, J. "El habla del niño". Paidós. 1986
- Bowlby, J. "Una base segura". Paidós. Buenos Aires. 1989.
- Crittenden, P. "Attachment Theory, Psychopathology, and Psychotherapy: The Dynamic - Maturational Approach". *Psicoterapia*. 2005.
- Crittenden, P. "Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego. Valencia, Promolibro. 2002.
- Chetty S. "The case study method for research in small- and médium – sized firms. *International small business journal*, vol. 5, 1996.
- Delgado, J. y Gutiérrez, J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, España: Síntesis.1995
- Eisenhardt, K.M. "Better stories and better constructs: the case for rigor and comparative logic", *Academy of Management Review*, Vol. N°3 . 1991.
- Eisenhardt, K. M. "Building Theories from Case Study Research ", *Academy of Management Review*, Vol. No. 4. 1989
- Flick, U. *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications. 2002
- Goldfried, M. y Davison, G. *Clinical Behavior Therapy*. U. California. USA. 1994.
- Gallese, V. "Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism". *Brain Research*. 2006
- González, L. *Investigación cualitativa en Psicología*. México: Editorial Thomsom. Haeussler, 2000
- Greenberg, L., Paivio, S. "Trabajar con las emociones en psicoterapia". Paidós, España.2000
- Greenberg L y otros. "Facilitando el Cambio Emocional".. Ed. Paidós. 1996.
- Greenberg, L. y Safran, J. "Emotion in Psychotherapy: affect, cognition, and the process of change". New York. Guilford Press. 1987
- Guidano, V. "El Si Mismo en Proceso". Barcelona, Paidós. 1994
- Guidano, V. "The self in processes". New York, Guilford Press. 1991
- Guidano, V. "De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad". *Revista de Psicoterapia*, Vol 1, No. 2-3, España.1990
- Guidano, V. "Complexity of the self". New York. Guilford Press. 1987
- Guidano, V., Liotti, G. "Cognitive processes and emotional disorders". Guilford, New York. 1983.

- Heidegger M., "Introducción a la Fenomenología". Ed. FCE. México. 2000
- Heidegger M. "Mi camino en la Fenomenología". Ed. Tecnos. Madrid. 2000
- James, W. "La noción de Conciencia". Conferencia V Congreso Internacional de Psicología, Roma. 1905
- Kazdin, A. "Métodos de investigación en psicología". Ed. Prentice hall México. 1992
- Krause, M. Efectos subjetivos de la ayuda psicológica - Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. Psykhe. 1992.
- Krause, M. La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. Revista Temas de Educación. 1995.
- Krause, M. Construcción y transformación de teorías subjetivas a través de la psicoterapia. Revista Terapia Psicológica.1998
- Mahoney M y Neimeyer R. "Constructivismo en Psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona.1998
- Mahoney,M. "Human Change Processes". Basic. New York. 1991
- Martínez C. Piedad. "El método de estudio de caso". Ed. U. Pensamiento y Gestión, U. del Norte. Barcelona. 2006
- Maturana, H. "La Objetividad, un argumento para obligar". Dolmen. 1998
- Maturana, H. y Varela, F. "De máquinas y seres vivos". Editorial Universitaria. Universidad de Chile.1995
- Newman D., Griffin P., M. Cole. "La zona de construcción del conocimiento". Ed. Morata. USA. 1998.
- Piaget, J. "El nacimiento de la inteligencia en el niño". Editorial Crítica. 1969
- Popper, K. "Un mundo de Propensiones". Tecnos. 1992
- Quiñones, A. "El modelo cognitivo posracionalista: hacia una reconceptualización teórica y crítica". Bilbao, Desclée de Brouwer, 2001.
- Ricoeur, P. La Memoria, la Historia, el Olvido. Editorial Trota, Madrid. 2003
- Rizzolatti, G. y Sinaglia, C. "Las Neuronas Espejo". Editorial Paidós. España.2007
- Ruiz, A. "Desarrollo de la Terapia Cognitiva Post-Racionalista". Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, Chile.1995.
- Taylor, S. & Bogdan, R.. *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Buenos Aires: Paidós. 1986.
- Safran, J. y Muran, C. "La Alianza Terapéutica". Ed. Desclée. 2005
- Safran, J. y Segal Z. "El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva".. Ed. Paidós. 1994.
- Sarabia Sánchez, F. "Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas". Madrid, Ed. Pirámide. 1999.
- Strauss, A. y Corbin, J. "Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. 2002.
- Stoppiello L. "Estudio de un caso único". Rev. Subjetividad y Procesos Cognitivos. B. Aires. 2009
- Varela, F. "Conocer". Editorial Gedisa, 2007.
- Von Foerster, H., Constructivismo. Paidós, Barcelona, 1994;
- Yáñez. J. y col. "Hacia una metateoría constructivista". U de Chile. 2005
- Yáñez, J. Apunte "Encuadre Psicoterapéutico". E. psicología. U. de Chile. 2004.
- Yáñez, J. Apunte "Psicoterapia, cambio y encuadre terapéutico. E. psicología. U de Chile. 2004
- Yin, R. K. "Case Study Research". Methods Series, Newbury Park CA, Sage. 1989
- Yin, R.K. "Applications of Case Study Research". Series, Newbury Park, CA, Sage. 1993

- Yin, R.K. "Case Study Research – Design and Methods, Applied Social". Newbury Park, CA, Sage. 1994
- Zagmutt, A. "Vínculos afectivos, mentes conectadas". Ed.uqbar.Santiago, 2010
- Zagmutt, A. "La evolución de la terapia cognitiva posracionalista". Conferencia VI Congreso Latinoamericano de Terapias Cognitivas. Bs.As. Argentina. 2006
- Zagmutt , A. "La Terapia Cognitiva Posracionalista : un salto integrador en el Cognitivismo en Psicoterapia". Conferencia. IV Congreso Mundial de Psicoterapia. Bs. As. Argentina. 2005
- Zagmutt, A. "La Técnica de la Moviola". Ed. Abreu y Guilhardi. Roca. Sao Paulo, 2004.
- Zagmutt A.; Ferrer, M. "Los trastornos de la alimentación". Porto Alegre. Artes Médicas. 2002
- Zagmutt. A. y Silva, J. "Conciencia Y Autoconciencia: Un Enfoque Constructivista". Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 1996.

ANEXOS

Anexo N°1: Individualización muestra de expertos

- **Experto 1:** Psiquiatra U. de Chile y Psicólogo Clínico Universidad Católica de Santiago. Docente pregrado y postítulos en psicología clínica. 20 años de práctica clínica en el enfoque constructivista cognitivo.
- **Experto 2:** Psicólogo clínico U. de Chile. Docente pregrado y posgrado en psicología clínica. 30 años de práctica clínica en el enfoque constructivista cognitivo.
- **Experto 3:** Psicóloga clínico U. de Chile. Docente pregrado en psicología clínica. 10 años de práctica clínica en el enfoque constructivista cognitivo.
- **Experto 4:** Psicóloga clínico U. San Sebastián. Docente pregrado. Postítulo “Entrenamiento en el enfoque posracionalista”. Instituto de terapia posracionalista. 12 años de práctica clínica en el enfoque constructivista cognitivo.
- **Experto 5:** Psicólogo clínico U. de la Frontera. Psicólogo acreditado en la evaluación de pericias sexuales. 8 años de práctica clínica, en el enfoque constructivista cognitivo.
- **Experto 6:** Psicóloga clínica, U. de Chile. Magister en psicología clínica, U. de Chile. 6 años de práctica clínica, en el enfoque constructivista cognitivo.
- **Experto 7:** Psicólogo clínico U. de Chile. Magíster en psicología clínica, U. Católica de Santiago. 6 años de práctica clínica en el enfoque constructivista cognitivo.
- **Experto 8:** Psicólogo clínico U. Central. Diplomado en el enfoque posracionalista. 8 años de práctica como terapeuta constructivista cognitivo.

Los expertos que respondieron al cuestionario de la investigación fueron el 1, 2, 4 y 6.

Los expertos seleccionados para la entrevista semi-estructurada fueron el 1 y 4.

ANEXO N°2: Invitación a Participar del Estudio

Estimado(a) Señor(a)

Presente

En mi calidad de coordinador del área cognitivo del Magíster en Psicología Clínica, mención adulto, de la escuela de psicología de la Universidad de Chile, le presento al psicólogo Sr. Hugo Chacón Romero, quien se encuentra desarrollando su tesis para optar al grado de magíster, denominada: **“El terapeuta como perturbador orientado estratégicamente”**.

Este estudio pretende describir cuáles son los componentes de las competencias de un terapeuta que opera como un “perturbador orientado estratégicamente” en el contexto de un caso clínico.

La investigación contempla tres momentos: el primero, en la cual se selecciona el caso clínico; el segundo donde se consulta a ustedes en su calidad de expertos en la materia, a fin de obtener su opinión en cuanto a los componentes del terapeuta como perturbador orientado estratégicamente, y un tercer momento, en el cual se analiza una muestra de las sesiones del caso clínico seleccionado, con el fin de conocer si el actuar del terapeuta operó dentro de los componentes definidos como propios de un perturbar orientado estratégicamente.

Se proyecta que los resultados de esta investigación sea de gran utilidad para investigaciones posteriores tendientes a diseñar instrumentos o guías que permitan evaluar y desarrollar las competencias propias de un terapeuta que opera como “perturbador orientado estratégicamente”, lo cual contribuiría en la sentida necesidad de contar con mayores antecedentes para el proceso de entrenamiento de quienes se están formando como terapeutas. Asimismo, se espera que este estudio aporte a la tarea de seguir profundizando en los aspectos teóricos que están a la base de la relación terapeuta-paciente como en la comprensión del padecer del paciente.

A fin de dar curso a la etapa de investigación relacionada con la consulta a “expertos”, es que me permito solicitar a usted su colaboración, a través de la revisión y respuesta a las consultas que se encuentran en el documento adjunto. Con el objetivo de unificar la información en un solo análisis y proseguir con la siguiente etapa. Será necesario contar con su respuesta a más tardar el día viernes 19 de marzo de 2010, al correo electrónico hchaconro@gmail.com.

Agradecidos por su colaboración y atentos a su pronta respuesta, le saludan atentamente,

Juan Yáñez M.
Doctor en Psicología
Magister Psicología Clínica, mención adulto

Hugo Chacon R.
Psicólogo
Alumno Tesista Magister

Yo,, accedo a participar libre, voluntaria y desinteresadamente en la investigación llamada “**El terapeuta como perturbador orientado estratégicamente**” y declaro conocer sus objetivos y fines, para los cuales aportaré a través de mi participación en el Grupo de Expertos, entendiendo que la información que este grupo entregue será manejada en forma reservada y con confidencialidad respecto de mi identidad.

Asimismo, apruebo el uso de registros digitales escritos respecto de la información que entregue.

NOMBRE Y FIRMA INVESTIGADOR(A)

Santiago, Marzo de 2010.

ANEXO N°3: Cuestionario

¿Cuáles son, a su juicio, las habilidades que definen a un terapeuta como un perturbador estratégicamente orientado?

Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4
<p>Las habilidades que definen a un terapeuta como perturbador estratégicamente orientado, se relacionan con la capacidad de éste de poder conocer las reglas de funcionamiento del paciente, las que se fundamentan en una teoría del conocimiento humano y que el terapeuta pone en práctica con el paciente a través de la autoobservación. De esta manera el terapeuta guía al paciente hacia la exploración de aquellos acontecimientos que le resultan perturbadores. Lo estratégico implica que sus acciones siempre persiguen un objetivo, que consiste en que el paciente logre ampliar sus puntos de vista respecto a lo que le acontece.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La capacidad del terapeuta de reconocer los elementos fundamentales del estilo de funcionamiento de su paciente (OSP), para luego mostrarle como a partir de ese estilo construye y significa su experiencia, atendiendo siempre al momento preciso en que está facilitación de la toma de conciencia de sí mismo no se transforme en una amenaza para la coherencia interna del paciente. - La capacidad del terapeuta de ampliar la conciencia de sí mismo en el paciente, haciéndolo más flexible e inclusivo. - La capacidad del terapeuta de producir reorganización de la experiencia personal en el paciente luego de producida la perturbación emocional generada por el aumento de la conciencia de sí mismo. 	<p>Primero, debe tener una visión del funcionamiento psicológico emocional, como es determinado estructuralmente y organizado sistémicamente. Segundo, conocer bien el funcionamiento de esa organización estructural. Tercero, conocer como se mantiene esa organización a pesar de los cambios, es decir, el mecanismo de la mantención de su coherencia sistémica. Cuarto, funcionar dentro de una relación interpersonal, donde el paciente se autorefiere la intervención terapéutica. Quinto, llevar la atención conciente del paciente a aquellos aspectos de la experiencia de las cuales el paciente no se puede apropiarse o autoreferírsela a sí mismo. Sexto, ofrecer al paciente explicaciones o visiones alternativas que modifiquen su comprensión de la experiencia en cuestión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tener “interiorizada” una teoría en tercera persona que explique la experiencia del otro en primera persona. - Tener una actitud sin prejuicio en relación a la experiencia del otro. - Una actitud de investigador sin verdad a priori. - Capacidad empática en el sentido de poder conducir un proceso de guiar y seguir la experiencia de acuerdo al timing del paciente. - Interpersonalmente, establecer una relación de iguales, uno como experto en como funciona la mente genérica y otro como único que tiene acceso al dato “duro” o sea la experiencia. - Compromiso emocional en el sentido de ser capaz de apostar por el paciente de manera que para este le sea notoria. - Este último aspecto aplicado a arriesgarse con las reformulaciones que pueden generar discrepancias importantes.

De acuerdo a su experiencia, ¿En qué se reconoce el actuar de un terapeuta como perturbador estratégicamente orientado, en el desarrollo del proceso terapéutico?.

Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4
<ul style="list-style-type: none"> - Es él quién siempre guía el curso de la terapia, desarrollando en el paciente la capacidad de autoobservación de aquellos acontecimientos de su experiencia que no logra integrar. - Utiliza las explicaciones del paciente como vehículo para reconstruir la experiencia emocional. - Amplía la experiencia perturbadora del paciente a otros contextos de modo que éste paulatinamente vaya reconociendo sus reglas de funcionamiento. - El objetivo final es que el paciente logre reconocer y manejar las emociones que están a la base de la experiencia perturbadora, flexibilizando y ampliando sus puntos de vista. 	<ul style="list-style-type: none"> - En la capacidad del terapeuta de sostener siempre la relación terapéutica dentro de las reglas del encuadre establecido desde el inicio. - En la capacidad de conectar y movilizar emocionalmente al paciente, en la medida en que toma conciencia de sí mismo. - En la capacidad de ayudar al paciente a focalizar y reconstruir determinadas experiencias (en el proceso de vivenciar y explicarse) desde distintos puntos de vista a través de técnicas específicas como la exploración experiencial. 	<p>En la realización de los puntos anteriores y en como lo hace, es decir, siempre intervenir luego de que el paciente haya reconstruido su experiencia y la reconozca como propia y entregarle las estrategias de autoobservación que haga esto posible.</p> <p>Para ello, debe poseer una teoría exhaustiva de cómo se organiza la experiencia, la continuidad de la identidad y de cómo ocurre el proceso psicopatológico. De manera de actuar estratégicamente, asumiendo el determinismo estructural del sistema de conocimiento o del sí mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El proceso es hecho como una conversación, no como un interrogatorio en el cual hay uno que sabe y otro que no. - El paciente nunca es definido sino que se le hacen propuestas (reformulaciones) a partir de aspectos de su propia experiencia , siendo esta un dato duro ,y con su propio lenguaje. - El terapeuta no es pasivo ni autoritario sino que es uno que guía activamente el proceso haciendo "cambios de frente" cuando las reformulaciones no son aceptadas por el paciente. - El terapeuta no da de alta .La terapia comienza y termina como acuerdos de iguales.

ANEXO N°4: ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA A EXPERTOS

EXPERTO N°1	EXPERTO N°2
<p>1. ¿Cómo se entiende la psicoterapia, desde este modelo? 2. ¿Cuál es su propósito o finalidad?</p>	
<p>El objetivo es poder reformular la experiencia inmediata, emotivo-motivacional, en un reordenamiento en el lenguaje, nivel explicativo-narrativo, que permita mantener el sentido de continuidad experiencial y regulación emocional. De manera que la situación y/o experiencia discrepante, sea organizada como algo que tiene un sentido existencial y facilitando el crecimiento personal a partir de estas situaciones perturbadoras. El objetivo es lograr la comprensión de los mecanismo de mantención de la coherencia interna de la identidad o identidad narrativa, logrando niveles más flexibles y abstractos de lograr esta coherencia, permitiendo la integración de la experiencia emocional al sentido de continuidad de la narrativa, donde la perturbación o azar sea parte de una secuencia que tiene una historia, es decir, un destino. De esta manera, se puede utilizar la diversa información o experiencia histórica que tenga el individuo y flexibilizar el punto de vista, logrando nuevos niveles de integración y de regulación emocional.</p>	<p>La psicoterapia, desde este modelo, se diferencia de los enfoques cognitivos tradicionales, ya que toma como objeto privilegiado de estudio, a la naturaleza y estructura de la experiencia humana que es intersubjetiva y donde se desarrollan procesos de apego. Esta experiencia es vivida en 2 niveles diferentes en permanente relación funcional: la experiencia inmediata, de tipo tácita y analógica y la explicación, explícita y ligada al lenguaje. Tiene por finalidad que el paciente logre reconocer la forma en que ordena esta experiencia y le atribuye un significado para así mantener un sentido de continuidad de su existencia. Es decir, supone un ordenamiento del “mundo” que es inseparable de la forma de experimentarlo. Implica, por tanto el trabajar con las emociones, considerándolas indispensables para lograr un cambio en el sujeto: el paciente tiene que conocer cómo conoce, tiene que comprender cómo comprende, es decir se opera en un meta nivel cognitivo o meta nivel reflexivo. Lo que se persigue o pretende es que el paciente cambie la evaluación que hace de su propia experiencia, esto implica que hay muchos aspectos que están excluidos de su autoconocimiento explícito que tendrían que ser incorporados, ya que son negados o no tomados en cuenta. En la psicoterapia, el terapeuta no pretende mostrar al paciente aquellos aspectos que excluye de su experiencia o que cambie sus explicaciones, lo que el terapeuta hace es perturbar al “sistema” de manera que el sistema se re-ordene a sí mismo para que logre finalmente integrar los aspectos de su experiencia que tiene excluidos, que modifique sus explicaciones y cambie la visión de sí mismo, adquiriendo puntos de vista alternativos.</p> <p>Lo esencial en la psicoterapia consiste en ayudar a la persona a comprender en qué medida influye su experiencia en la percepción que tiene del mundo, logrando una comprensión más articulada y exhaustiva de sus reglas de funcionamiento que lo llevan a actuar de una forma determinada y asimilar e integrar aquellas experiencias que han sido excluidas de su conciencia, pero que son al mismo tiempo centrales y significativas en su manera de experimentar y explicarse a sí mismo y a los otros.</p>

3. ¿Cuál es el rol del terapeuta?	
<p>Dado que se asume que se trata de un sistema de información cerrado y que la comprensión de sí mismo depende de cómo el sistema se autorefiere y autoorganiza las perturbaciones en curso o experiencia inmediata, el rol del terapeuta es colocar la atención consciente del paciente en aspectos de su experiencia que atiende por ser inconsistente con los mecanismos de la mantención de su coherencia y por tanto, han sido dejados al margen de la consciencia reflexiva o narrativa. Por tanto, se dice que la función del terapeuta es actuar como un perturbador emocional estratégicamente orientado, de ahí el dicho “solo las emociones cambian las emociones”, es decir la integración de los diversos estados emocionales en la continuidad narrativa es lo que permite la ampliación, abstracción y flexibilidad de la autoconsciencia (identidad personal) estructurada hasta ese momento. La identidad personal es lo que limita que tipo de experiencia podrá ser asimilada, reconocida como perteneciente al sí mismo y determina que experiencia emocional podrá ser autorregulada. Hay que tener en cuenta que en todo proceso de autorreferencia de la experiencia inmediata, se tiene presente el sentido de agente de la experiencia y que como seres intersubjetivos, debemos mantener un sentido positivo de sí mismos, que implica tener experiencias emotivas que estén en niveles intermedios de intensidad, de manera de poderlas autoreferir. En general, las experiencias emocionales que las personas no logran autoreferirse, son experiencias emocionales que perturban su sentido de continuidad, que directa o indirectamente, se refieren a estados emocionales que perturban la imagen positiva de sí mismo o de las figuras de referencias afectiva.</p>	<p>Desde este enfoque, el rol del terapeuta consiste en seguir y guiar al paciente, focalizar y reconstruir determinadas experiencias desde distintos puntos de vista utilizando el método de auto observación y la técnica de la moviola, operando el terapeuta como perturbador emocional estratégicamente orientado, en la interfaz entre experiencia inmediata y explicación, para lograr que el paciente alcance una visión más flexible de su propia experiencia. En otras palabras, es ayudar al paciente a tener una mejor comprensión de sus reglas de funcionamiento, permitiéndole explorar aquellas experiencias perturbadoras y además guiarlo de manera que éste logre comprender los patrones básicos que emplea para autoreferirse la experiencia inmediata, lo que implica especificar, cuál es la visión del mundo y de sí mismo que tiene y que utiliza para evaluar cualquier experiencia que esté tratando de reordenar y lo hace desde este punto de vista como verdad. Junto a lo anterior, el terapeuta lleva al paciente a analizar y ver cómo construyó ese punto de vista que usa como evaluación. De esta manera el paciente puede ampliar el foco sobre los sentimientos perturbadores y sus vínculos con otros aspectos de la experiencia inmediata, logrando que progresivamente comprenda que todo estado emocional es siempre una construcción que abarca procesos de reconocimiento y autorreferencia. Es decir, uno no se siente y vive las cosas de la misma manera, ni cambia el cómo uno se las explica, si que uno cambia el punto de referencia. Por eso las personas pueden modificar el cómo sienten o viven las cosas, al cambiar la manera cómo se las refieren.</p>
4. ¿Cuál es el método que usa este modelo?	
<p>El método es la moviola. Considerando que la imagen es la unidad morfofuncional de la experiencia, se reconstruye el “cómo” luego a ocurrir la experiencia, para lograr lo señalado el punto anterior.</p>	<p>La autoobservación es el método esencial para llevar a cabo la evaluación y la intervención, en cuanto permite la reconstrucción de los acontecimientos de interés terapéutico, actuando en la interfaz entre la experiencia inmediata y su re-ordenamiento explícito. Esto permite el análisis de ambos niveles de procesamiento y de la relación entre ellos. Puede aplicarse en niveles más estructurados a medida que atraviesan las fases de la terapia y la capacidad de autoobservación del cliente se vuelve más eficaz y articulada. En las fases iniciales es necesario guiar al paciente hacia la comprensión y apreciación de la</p>

	<p>diferencia entre la experiencia inmediata y su autoreferencia y explicación. El aspecto esencial del método de la auto-observación consiste en la adquisición gradual por parte del paciente de un grado apreciable de flexibilidad en la evaluación de su dinámica individual, debido a la capacidad para diferenciar su “yo” que experimenta del “mí” que aprecia y a la aptitud para ver todo el proceso desde dos puntos de vista: el subjetivo y el objetivo.</p> <p>En las fases iniciales de la terapia, cuando se hace necesario guiar al paciente hacia una comprensión y apreciación de la diferenciación entre la experiencia inmediata y cómo se la autorefiere y explica, el análisis escénico básico consiste en reconstruir, primero los patrones de experiencia inmediata que se dieron en la situación, poniendo en el foco de manera íntegra a lo que le sucede al cliente en la escena y, segundo las emociones autoreferidas conscientemente a medida que el cliente experimente la situación y las reglas de interpretación según las cuales la situación provocó esas emociones.</p>
<p>5. ¿Cuál es la diferencia con otros modelos, en cuanto al método?</p>	
<p>La diferencia fundamental es epistemológica, lo cual lleva a un cambio en la comprensión de la experiencia humana y como intervenir en ella, el terapeuta ya no ve la realidad tal como esta “es” o da interpretaciones objetivas de lo que le ocurre al paciente, que pretendan que éste tenga una representación de sí mismo más correspondiente con la realidad, sino que es el paciente el que busca la mantención de su coherencia y la perturbación es producto de esta rigidez de la mantención de esta coherencia, por tanto, sólo se actúa como un perturbador estratégicamente orientado y es la propia organización del significado la que se reorganiza de una manera más abstracta y flexible, más adaptada a la situación existencial desafiante.</p>	<p>El método se diferencia por la forma como se comprende el cambio terapéutico. Pues, a diferencia de otros modelos, que se caracterizan por suponer una verdad previa y manejable por el terapeuta, desde este modelo, se reconoce que es el propio paciente (experto de su propia experiencia), quien será capaz de desarrollar el proceso de flexibilización de su organización de significado. De ahí, que el terapeuta, es simplemente un guía (un experto), con la capacidad para perturbar estratégicamente orientado, de modo que el paciente pueda aumentar su nivel comprensivo, respecto de la manera como hace la coherencia de lo que le acontece, integrando lo que lo perturba en su continuidad narrativa e histórica.</p>
<p>6. ¿Cuál es la diferencia entre el método y la técnica (la moviola).</p>	
<p>La técnica es referida a que a tal problema se le asigna una técnica, el método es una manera de concebir la experiencia y no se tiene una meta específica, como la obtención de un resultado concreto específico, sino la reorganización de la experiencia, según las reglas del operar de esa estructura de conocimiento.</p>	<p>La técnica utilizada por el modelo se denomina “moviola”, cuya similitud con el lenguaje cinematográfico que, por su comprensibilidad inmediata simplifica las instrucciones y las hace menos monótonas, el terapeuta reconstruye con el paciente la sucesión de escenas que constituyen el acontecimiento investigado (discrepante o perturbador). Luego, le enseña al paciente, a recorrer o ver de forma panorámica la sucesión de escenas, yendo hacia atrás y hacia delante en cámara lenta para acercar y amplificar una sola escena y enfocar un aspecto particular, o bien para alejarla y después reinsertarla en la secuencia ya enriquecida con nuevos</p>

	<p>detalles. Cada vez que una escena enriquecida se reinserta en la secuencia, ésta sufre un cambio, asumiendo nuevas connotaciones que permiten la aparición de detalles adicionales en otras escenas.</p> <p>La autoobservación, que es el método puede ser llevado a cabo aún en niveles más estructurados, a medida que se procede a través de las fases de la terapia y las habilidades de autoobservación del paciente se hacen más eficientes y articuladas.</p>
<p>7. ¿En qué consiste el encuadre psicoterapéutico?</p>	
<p>Lo fundamental es plantear desde el principio que la relación terapéutica es centrada en la comprensión de las reglas de funcionamiento y la comprensión de cómo ocurre la experiencia. Es una relación colaborativa de dos expertos, el paciente es experto en como ocurre y en describir su experiencia, tiene la posición de observador privilegiado de su experiencia, y el terapeuta es experto en como dirigir ese trabajo de exploración.</p>	<p>El terapeuta empieza por definir el contexto interpersonal como de colaboración recíproca y la relación terapéutica como una herramienta de exploración para construir una comprensión que todavía no está disponible. Así el terapeuta comienza a investigar con el paciente, su significado global, intentando construir un punto de vista tanto alternativo como comprometido que cambia el foco de atención del paciente a otros aspectos de sí mismo</p>
<p>8. ¿Qué se entiende por proceso psicoterapéutico? 9. ¿Qué se espera que vaya ocurriendo con el paciente? 10. ¿Qué se espera que vaya ocurriendo con el terapeuta?</p>	
<p>La terapia es un proceso vivo, donde el paciente es involucrado, por tanto el terapeuta va aumentando su propia autoconciencia, lo cual puede provocar mucha autoconciencia sin experiencia, lo que Guidano hace referencia como explicación del "Burn Out". Por otro lado, va logrando mayores niveles de comprensión de la experiencia, por eso, se define como un trabajo artesanal, "que entre más se hace, mejor se hace" y si se deja de hacer se pierde la práctica.</p>	<p>La estrategia en conjunto consiste en tres fases principales. La primera fase es la de preparación del contexto clínico e interpersonal y generalmente abarca entre 1-2 y 7-8 sesiones. Se espera que el paciente explicita el motivo por el cual consulta, presentando éste su cuadro clínico. En esta fase el terapeuta debiera formular una hipótesis sobre a probable organización de significado personal (O.S.P.) del paciente que está en el origen de su sintomatología. Lo anterior permite al terapeuta orientarse en cuanto a los medios más eficaces para reformular el problema, en términos que permitan la operación en la interfase experiencia/explicación, mientras que al mismo tiempo, excluya cualquier aspecto conectado con nociones de enfermedad, evitando el asumir actitudes inapropiadas frente al paciente, por ser opuestas a su coherencia.. En esta primera fase resulta crucial la relación que se establece con el paciente, la que al igual que la formación de cualquier vínculo significativo, define de forma implícita las funciones y reglas relacionales que limitan la estructura de la relación.</p> <p>La segunda fase, es la central de la estrategia terapéutica, en la que suele darse una remisión estable y a menudo completa de los trastornos iniciales. Esta fase se divide en dos etapas principales y sucesivas: una que corresponde al enfoque y reordenamiento de la experiencia inmediata, en la</p>

	<p>cual el paciente va a ir adquiriendo, mediante la identificación de acontecimientos significativos que luego va a analizar en conjunto con el terapeuta mediante el método de la autoobservación, la capacidad de diferenciar los distintos aspectos de la experiencia subjetiva hasta llevar el foco de atención a uno de esos aspectos y reconstruirlo desde distintos puntos de vista. La segunda etapa corresponde a la reconstrucción del estilo afectivo del paciente. Esta etapa comienza con un análisis detallado de la historia afectiva del paciente.</p> <p>La tercera fase consiste en el análisis evolutivo, se da cuando el paciente está interesado en la exploración personal a pesar de la remisión de la sintomatología.</p> <p>Lo que va ocurriendo con el paciente en el transcurso de la terapia es que éste va adquiriendo cada vez mayores niveles de autoconciencia que le van a permitir la reorganización de la experiencia perturbadora.</p>
<p>11. ¿Qué debería ir ocurriendo en la relación terapeuta-paciente?</p>	
<p>Esta relación va a estar limitada por las reglas de la coherencia del paciente y del terapeuta, por tanto entre más conozca el terapeuta el operar de sus propias reglas, más las podrá diferenciarlas del operar del paciente y cometer menos errores al no trasgredir las reglas de coherencia del paciente. Con el avanzar de la terapia la relación afectiva entre el paciente-terapeuta se ira afianzando y la hace más estable en el logro del objetivo de la terapia.</p>	<p>Que se vaya generando mayor nivel de confianza en la relación, afianzándose la relación con lo cual es más probable alcanzar los objetivos propuestos en la terapia.</p>
<p>12 ¿En qué momento se pone término a la psicoterapia?</p>	
<p>Cuando los logros de la terapia se han alcanzado o el paciente lo decida, en términos ideales, se haya reorganizado la experiencia actual, historia afectiva y la historia de vida, pero no todos los pacientes requieren reorganizar la historia de vida para lograr los objetivos terapéuticos.</p>	<p>Cuando se han alcanzado los objetivos propuestos o cuando el paciente ponga término a la psicoterapia, generalmente cuando existe una remisión de los síntomas.</p>