



**Función del Terapeuta Constructivista Cognitivo como Perturbador Estratégicamente
Orientado: Revisión Teórica de las Bases Conceptuales**

Memoria para optar al título de psicóloga

Autora

Rocío Pavez García

Profesor Patrocinante

Dr. Juan Yáñez Montecinos

Departamento de Psicología, Universidad de Chile

26 de septiembre de 2022

**Función del Terapeuta Constructivista Cognitivo como Perturbador Estratégicamente
Orientado: Revisión Teórica de las Bases Conceptuales**

Resumen

La emergencia del enfoque cognitivo y los aportes del constructivismo resultan en la instalación del modelo Constructivista Cognitivo. La propuesta de esta teoría clínica se caracteriza por entender la realidad como un fenómeno encarnado en el sujeto, por lo que cualquier determinación de la subjetividad proviene del funcionamiento interno del sujeto, y en menor medida de la realidad como tal. Estos supuestos resultan en la transformación de la noción de sujeto, por tanto, de la noción de psicoterapia y la caracterización de los participantes que se encuentran dentro de esta, siendo el terapeuta y el rol que cumple en la psicoterapia uno de ellos. De acuerdo a la literatura, una de las características del terapeuta Constructivista Cognitivo es que este actúa como un Perturbador Estratégicamente Orientado, sin embargo existe escasa información sobre esta función, encontrando un vacío informativo sobre su definición, así como qué características reúne el terapeuta para ser denominado como tal y, finalmente, sus efectos en la práctica clínica. Por ello, en la presente investigación se han analizado las bases conceptuales para la caracterización del terapeuta Constructivista Cognitivo como un Perturbador Estratégicamente Orientado, a través de la revisión bibliográfica y de carácter exploratorio sobre el tema. Se concluye la investigación con la propuesta de consideraciones para la operacionalización de esta función.

Palabras clave: Modelo Constructivista Cognitivo, Terapeuta Constructivista Cognitivo, Perturbador Estratégicamente Orientado, Relación Terapéutica.

Índice

I. Introducción	6
II. Aspectos Metodológicos.....	9
2. 1. Objetivos	9
<i>Objetivo General.....</i>	<i>9</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>9</i>
2. 2. Metodología.....	10
III. Bases Conceptuales: Teoría Clínica Constructivista Cognitiva	11
3. 1. Constructivismo	11
3. 2. Teoría Clínica Constructivista Cognitiva	13
3. 3. Psicoterapia Constructivista Cognitiva.....	14
3. 3. 1. <i>Componentes del Contexto Terapéutico: Terapeuta, Paciente y Relación Terapéutica.....</i>	<i>16</i>
3. 4. Cambio Terapéutico	17
IV. Terapeuta Constructivista Cognitivo: Contextualización y Definición	22
4. 1. Terapeuta: Conceptualización Clínica	22
4. 2. Terapeuta Constructivista Cognitivo: Progresión Conceptual y Técnica	25
4. 2. 1. <i>Momento Conductista: Terapeuta Instructivo</i>	<i>26</i>
4. 2. 2. <i>Momento Cognitivo: Terapeuta Instigativo</i>	<i>27</i>
4. 2. 3. <i>Momento Interpersonal: Terapeuta Relacional.....</i>	<i>28</i>
4. 2. 4. <i>Momento Constructivista: Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado</i>	<i>29</i>
4. 3. Caracterización del Terapeuta Constructivista Cognitivo	30

V. La función del Terapeuta Constructivista Cognitivo como un Perturbador Estratégicamente Orientado	33
5. 1. Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado: Conceptualización.....	33
5. 1. 1. <i>Propiedad Perturbadora del Terapeuta</i>	36
5. 2. 2. <i>Propiedad Estratégica del Terapeuta</i>	38
5. 2. 3. <i>Propiedad Orientada del Terapeuta</i>	40
5. 2. Relación Terapéutica: Condiciones para la gestión del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado	42
5. 1. 1. <i>Acuerdo de interacción</i>	43
5. 1. 2. <i>Compromiso personal mutuo</i>	44
5. 1. 3. <i>Compasión</i>	45
5. 1. 4. <i>Intersubjetividad estratégica</i>	46
VI. Discusión	48
VII. Conclusión	55
Referencias	59

I. Introducción

La emergencia de los modelos cognitivos a lo largo de los años y los aportes del constructivismo, junto con la progresión de la noción de mente, ha ocasionado la instalación de modelos cognitivos propios en Chile (Zagmutt, 2009). Tal es el caso del modelo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile (Yáñez, 2005; Yáñez et al., 2001; Zagmutt, 2009), que integra los aportes teóricos y epistemológicos del enfoque constructivista junto con la progresión conceptual y técnica de los modelos anteriores como lo es el enfoque cognitivo tradicional (Kuhne, 2004; Yáñez et., 2001).

La metateoría Constructivista Cognitiva propone un modelo respecto a la relación sujeto- experiencia- realidad, y el resultado de la operación de esta dinámica (Yáñez, 2005). Se plantea que la realidad es encarnada en el sujeto, entendiéndose que sólo es posible acceder a ella a través de su propia experiencia en el mundo (Yáñez, 2005), por lo tanto, cualquier observación es autorreferencial y el conocimiento siempre tendrá una parte de quién lo percibe (Guidano, 1994). Así, el sujeto es concebido como un sujeto proactivo, que “reordena su propia estructura esquemática central en una progresión ortogenética” (Yáñez, 2005, p. 18), a través de estructuras cognitivas a priori que son resultado de su particular ontogenia y filogenia (Yáñez et al., 2001). Con esto se entiende que la fuente de mayor determinación de la subjetividad proviene del funcionamiento interno del sujeto, y en menor medida de la realidad como tal (Yáñez, 2005). Esta metateoría entrega las bases conceptuales tanto a nivel epistemológico como paradigmático para la definición de una teoría clínica Constructivista Cognitiva, que permite delimitar un objeto y un método de estudio que conforman finalmente dicha teoría (Yáñez, 2005), además de ser imprescindible a la hora de entregar una particular intencionalidad y coherencia a la práctica clínica (Yáñez et al., 2001).

En consecuencia, las propuestas teóricas de este enfoque -y su efecto en la práctica- suponen una transformación en la noción de sujeto, por tanto, en la noción de psicoterapia y

la caracterización de los participantes que se encuentran dentro de esta, siendo el terapeuta y el rol que cumple en la psicoterapia uno de ellos. Bajo esta perspectiva, las características clínicas del enfoque Constructivista Cognitivo proponen una particular caracterización del terapeuta, fenomenológicamente distinta a la que se propone desde los modelos cognitivos racionales -sobre todo- por su implicación en el cambio terapéutico (Yáñez, 2005; Yáñez et al., 2001). Esto genera incertidumbre respecto al estilo tradicional del terapeuta, quien pierde su calidad de experto (Chacón, 2010), y más bien, actúa de acuerdo a metas que son acordes al sistema interno del paciente, manteniendo una postura colaborativa y no directiva dentro del contexto terapéutico. En efecto, bajo la noción del cambio terapéutico como un proceso autoorganizativo del paciente, se deduce que el terapeuta solo puede establecer las condiciones para dicho cambio.

Una de las particularidades del terapeuta Constructivista Cognitivo es su función de Perturbador Estratégicamente Orientado (Guidano, 1990; Yáñez, 2005; Zagmutt, 2004), singularidad que ha sido desde un inicio descrita como trabajosa para el terapeuta, sobre todo, por la necesidad de estar constantemente implicado de forma emocional con el paciente y su discurso (Guidano, 1990). En la práctica clínica, esta función se traduce en la característica del terapeuta de ser un guía, que conduce al paciente hacia mayores niveles de abstracción y flexibilidad de la autoconciencia, a partir del descubrimiento e integración de los estados emocionales que se encuentran a la base del malestar del paciente (Chacón, 2010), además de la constante sintonía emocional que tiene el terapeuta en relación al paciente, observándose diferencias prácticas con terapeutas de otros enfoques clínicos (Quiñones y Ugarte, 2019). Asimismo, se infiere que esta función del terapeuta está profundamente implicada en el cambio psicoterapéutico, y que requiere de competencias y herramientas del profesional.

A pesar de la importancia que supone esta característica, existe escasa información al respecto, encontrando un vacío conceptual de la función del terapeuta como Perturbador Estratégicamente Orientado, así como qué características reúne el terapeuta para ser denominado como tal y, finalmente, sus efectos en la práctica clínica. En efecto, se

encuentran más bien estudios que apuntan a un enfoque posracionalista de esta función (Quiñones, 2008; Quiñones y Ugarte, 2019), y textos académicos -que si bien siguen la línea Constructivista Cognitiva- apuntan más bien a elementos específicos de la gestión del terapeuta, ya sea herramientas, técnicas o intervenciones de este (Galdames, 2015; Guzmán, 2012; Muñoz, 2019), así como sus competencias y la construcción de su identidad (Dobry, 2005; León, 2015). Por lo que resulta relevante realizar una revisión conceptual de las bases teóricas que dan forma a la caracterización del Terapeuta Constructivista Cognitivo como un Perturbador Estratégicamente Orientado. Se espera con este análisis obtener mayor material bibliográfico y conceptual respecto a esta función, que permita -asimismo- la construcción de un marco teórico para próximos estudios sobre el tema y la propuesta de consideraciones terapéuticas para la operacionalización del Perturbador Estratégicamente Orientado.

II. Aspectos Metodológicos

2. 1. Objetivos

Objetivo General

Analizar las bases conceptuales para la caracterización del terapeuta Constructivista Cognitivo como un Perturbador Estratégicamente Orientado.

Objetivos Específicos

1. Definir la función del terapeuta Constructivista Cognitivo como Perturbador Estratégicamente Orientado.
2. Identificar las cualidades que reúne el terapeuta Constructivista Cognitivo en su función de Perturbador Estratégicamente Orientado.
3. Definir el objetivo de la función del terapeuta Constructivista Cognitivo como Perturbador Estratégicamente Orientado.
4. Explorar la operacionalización del terapeuta Constructivista Cognitivo en su función como Perturbador Estratégicamente Orientado.

2. 2. Metodología

La presente investigación es de carácter teórico, por tanto, se pretende analizar las bases conceptuales para la caracterización del terapeuta Constructivista Cognitivo como un Perturbador Estratégicamente Orientado a través de una revisión bibliográfica del tema.

La revisión de la literatura reúne fuentes primarias y secundarias; desde libros, artículos de investigación, y tesis académicas; principalmente desde una orientación Psicoterapéutica Constructivista Cognitiva, así como, de orientación Constructivista con enfoque Cognitivo, Posracionalista, además fuentes de Terapia Cognitiva-Interpersonal y Terapia Focalizada en las Emociones, que toman lugar dentro de las bases conceptuales del modelo. También, es importante destacar que el filtro para la recopilación de información es de carácter temático y no temporal, encontrando textos de diversos años.

La búsqueda de literatura se realiza principalmente en material académico y en diversas bases de datos, principalmente “Psychology and Behavioral Sciences Collection”, “Psychology Database” y Biblioteca Digital Universidad de Chile. Se considera como términos de búsqueda principales “terapeuta Constructivista Cognitivo”, “Perturbador Estratégicamente Orientado”, “terapeuta Constructivista”. Para la organización y construcción de la revisión, se utiliza el método por índices, entendido como la propuesta de un índice tentativo, para posteriormente asignar la información a cada tema o subtema, según corresponda (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

En vista de la problemática expuesta, se espera que el alcance de la investigación sea exploratorio, en el sentido que busca examinar un tema que hasta el momento ha sido poco estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), se espera con esto dar paso para familiarizarse -en un futuro no tan lejano- con la función de Perturbador Estratégicamente Orientado del Terapeuta Constructivista Cognitivo.

III. Bases Conceptuales: Teoría Clínica Constructivista Cognitiva

3. 1. Constructivismo

El surgimiento del constructivismo a fines de los 80 y en gran parte de los 90 (Caro, 2020), introdujo una nueva forma de abordar la explicación del conocimiento humano (Caro, 1995; Villegas, 1992; como se citó en Caro, 2020). Según Maturana (1970) el constructivismo, como tesis epistemológica y psicológica busca responder a la pregunta cómo conocemos y cómo llegamos a conocer (como se citó en Feixas y Villegas, 2000). La respuesta, en síntesis, es que nuestro conocimiento es una construcción de la realidad y que esta construcción es, a su vez, construida (Feixas y Villegas, 2000). Por tanto, se postula una noción de realidad como una red de procesos pluridimensionales entrelazados y articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción (Guidano, 1994), entendiéndose que existen tantas realidades como modos de vida surgen en cada observador (Ruiz, 2007). Maturana (1997) plantea que “la realidad surge como una proposición explicativa de nuestra experiencia de las coherencias operacionales en nuestra vida diaria y técnica, como la vivimos en nuestra vida diaria y técnica” (p. 40).

En ese sentido, se entiende que desde el constructivismo el orden y la regularidad hacia el sujeto no provienen de manera externa y objetiva, sino que son producto de la continua interacción que tiene el sujeto consigo mismo y con el mundo (Guidano, 1994; Ruiz, 2007). Se afirma que el sujeto es un ente activo en su propia experiencia y aprendizaje, constructor de su propia y particular realidad. En ese sentido, se destaca desde la epistemología constructivista el papel activo del organismo (Feixas y Villegas, 2000). Siguiendo esta línea, Ruiz (2007) plantea que son los sujetos los encargados de construir su propio orden en procesos de autoconstrucción. Estos son definidos como procesos de autoorganización (Guidano, 1994), en los que sistemas complejos se mantienen y elaboran a sí mismos (Mahoney, 1997) con el fin de mantener una coherencia interna equilibrada.

La mente entonces se entiende como el resultado de un proceso autoconstruido, que opera con el lenguaje, y se constituye como el instrumento mediante el cual el sujeto construye su propia realidad, los contenidos mentales del sujeto- la psique del individuo- son contruidos a partir de una relación contingente con el ambiente (Yáñez, 2005). Desde un enfoque constructivista se plantea que la experiencia del sujeto implica dos niveles simultáneos de procesamiento, el primer nivel es de ordenamiento holístico (principalmente tácito o inconsciente) (Yáñez, 2005), o nivel de experiencia inmediata (Guidano, 1994). Este nivel “corresponde a la vida emocional, al fluir de las sensaciones, a la modulación emotiva” (Ruiz, 2007, p.3). Las emociones cumplen un papel fundamental en el constructivismo, por tanto, en la psicoterapia; estas son centrales para la experiencia humana, en el sentido que dirigen procesos cognitivos como la atención, percepciones, y la organización de la memoria (Mahoney, 2005). El segundo nivel es el ordenamiento de procesos secuenciales, semánticos y analíticos (principalmente explícito o consciente), o nivel de explicación (Guidano, 1994), que corresponde a los procesos en los que es posible ordenar y explicar la experiencia inmediata; esto solo es posible gracias al lenguaje.

Así pues, desde el enfoque Constructivista Cognitivo, la experiencia humana se comprende como un proceso autoconstruido, que está siendo vivenciada continuamente a través de estos dos niveles de procesamiento. Un primer nivel emocional, inmediato de la experiencia y un segundo nivel semántico, que funciona a partir del lenguaje y que reordena esta experiencia en función de mantener la coherencia del sí mismo (Yáñez, 2005).

En síntesis, desde la epistemología constructivista, se entiende que no existe una realidad única y verdadera, sino que cada realidad es construida en base a un orden social e intersubjetivo, que se da inevitablemente en el lenguaje (Yáñez, 2005). Por tanto, desde el modelo Constructivista Cognitivo se comprende que como observador- o como terapeuta- es imposible otorgarse la posición privilegiada de quién mira desde afuera objetivamente, ya que además de la imposibilidad de obtener interpretaciones correctas de la realidad (Feixas y Villegas, 2000) -en el sentido que cada observación es autorreferencial (Guidano, 1994)- cada

experiencia y realidad es única y autoconstruida, por lo que cada sujeto o paciente es entendido como “experto” de su experiencia y protagonista de su cambio (Mahoney, 2005).

3. 2. Teoría Clínica Constructivista Cognitiva

La definición de una teoría clínica Constructivista Cognitiva, permite exponer y delimitar las categorías técnicas necesarias para un procedimiento terapéutico adecuado, algunas de las cuales son: la psicoterapia, las propuestas técnicas psicoterapéuticas y los mecanismos de cambio (Yáñez, 2005). Según Neimeyer (1992) la existencia de una teoría clínica es esencial para la composición de las teorías psicoterapéuticas que requieren de bases teóricas para la conceptualización de estrategias y técnicas psicoterapéuticas específicas. Asimismo, Yáñez (2005) plantea que aquella define la función de la relación terapéutica, la caracterización del paciente, y lo que aquí se intenta abordar, el papel que ocupa el terapeuta dentro del proceso.

La teoría clínica surge de las afirmaciones que proporcionan la metateoría y la teoría formal sobre la interpretación específica de los trastornos psicológicos y el marco organizado de las intervenciones psicoterapéuticas (Neimeyer, 1992). En efecto, la propuesta de la metateoría Constructivista Cognitiva -como referencia de esta teoría clínica- delimita los niveles posibles de explicación de los sucesos y fenómenos que se presentan en la clínica, asimismo, desde un enfoque práctico permite que el uso de técnicas y metodologías terapéuticas sean flexibles y se adapten a las particularidades de cada paciente y su sintomatología, además, permite el diálogo y discusión con otros modelos teóricos (Yáñez, 2005).

En este sentido, la teoría clínica Constructivista Cognitiva puede definirse como el conjunto de dispositivos cognitivos conceptuales -provenientes de una metateoría Constructivista Cognitiva- que permiten conocer, comprender y predecir los fenómenos cotidianos asociados al sujeto y su complejidad, y específicamente cuando la coherencia del sí mismo se encuentra amenazada, que es lo que ocurre particularmente dentro de un

proceso terapéutico (Yáñez, 2005). Algunos componentes imprescindibles para conformar la práctica clínica en cuestión, son: una metodología clínica conformada por la importancia del encuadre clínico, que delimita el actuar del paciente y del terapeuta, y el desarrollo de cada sesión, la importancia de la relación y alianza terapéutica para el proceso psicoterapéutico, una noción de psicopatología sustentada en una nosología procesal sistémica, las técnicas procedurales e intervenciones que marcan un estilo terapéutico particular y las competencias del terapeuta, provenientes de la formación clínica. Estos componentes modelan finalmente una psicoterapia Constructivista Cognitiva.

3. 3. Psicoterapia Constructivista Cognitiva

La psicoterapia es una forma especial de relación humana entre terapeuta y paciente, la cual busca proteger o mejorar el bienestar y el funcionamiento del paciente (Mahoney, 1997). La psicoterapia Constructivista Cognitiva consiste en un procedimiento especializado en *crear* las condiciones para el cambio y la reorganización de la dinámica del paciente (Yáñez, 2005), al mismo tiempo que se genera un estímulo compasivo y asesoramiento mientras la persona trabaja para organizarse a sí misma y a su vida (Mahoney, 2005). Siguiendo esta línea, la psicoterapia Constructivista Cognitiva busca aumentar los niveles de autoconciencia del paciente, a través del desarrollo de actitudes de abstracción lingüística o simbolización, que permitan finalmente significar la experiencia en curso, acorde a la mantención de la coherencia del sí mismo (Yáñez, 2005). La autoconciencia refiere al conocimiento que el sujeto tiene respecto a sus propias reglas de funcionamiento o de cómo funciona al “ordenar la experiencia, poner en secuencia eventos significativos, y explicarlos” (Ruiz, 2007, p.9). Por tanto, el proceso psicoterapéutico es en parte una psicoterapia del sí mismo, un acto de ayuda a la autoorganización del paciente (Mahoney, 2005).

Asimismo, la psicoterapia Constructivista Cognitiva destaca la naturaleza intersubjetiva del cambio, Mahoney (2005) postula que la mayoría de los cambios humanos tienen lugar en el contexto de las relaciones personales, es decir, los sujetos son objetos del

cambio, así como agentes del cambio. En ese sentido, se entiende que los pacientes se encuentran en un proceso de creación de experiencia y significado continuo, esto a partir de distintos tipos de información, como información sensorial, afectiva, perceptiva, memorística y conceptual (Greenberg, Rice y Elliott, 1996). Por tanto, el espacio intersubjetivo que se co-construye y la alianza terapéutica, son la base fundamental para la reorganización productiva de la dinámica del paciente y un vehículo central del cambio (Mahoney, 1997). Yáñez (2005) plantea que el objetivo de la psicoterapia Constructivista Cognitiva se intenta lograr a partir del emergente interpersonal, entendido como el resultado de la dinámica que ocurre en la relación terapeuta-paciente, este emergente es utilizado estratégicamente por el terapeuta al momento de intervenir. Así, el referente continuo del terapeuta es, la experiencia consciente del paciente de estar en el mundo, que es el resultado de la relación terapéutica (Greenberg, Rice y Elliott, 1996), así como su propia experiencia (Safran y Muran, 2005), y por último, el emergente interpersonal que se produce de ambas intersubjetividades.

Siguiendo esta línea, las condiciones para el cambio se generan principalmente en las interacciones simbólicas basadas en el lenguaje, que discurren en el emergente interpersonal de la psicoterapia, esto a partir del despliegue de los contenidos de vida del paciente, es decir, el relato del paciente revela -en el texto y subtexto- la dinámica constitutiva de la identidad personal de este (Yáñez, 2005). Poner acento en la narrativa en psicoterapia permite acercarse a la forma en que el paciente construye y constituye su identidad personal y su relación con el mundo, y cómo esta va cambiando con cada nueva experiencia, es decir, permite el acercamiento a los sistemas de conocimiento del paciente (Duarte, 2012). Así pues, las intervenciones y técnicas del terapeuta Constructivista Cognitivo, ayudan a la producción y dinamismo del relato del paciente, además de crear condiciones para que la dinámica intersubjetiva entre paciente y terapeuta, sea al mismo tiempo fuente de las condiciones para el cambio.

Por tanto, respecto a los aspectos metodológicos de la psicoterapia Constructivista Cognitiva, las intervenciones terapéuticas se definen como actos del terapeuta dirigidos a crear las condiciones para el cambio, estas pertenecen a las variables específicas de la

psicoterapia y se desprenden de la teoría clínica de este enfoque. Mahoney (1997) expone que no hay una forma o técnicas uniformes de ejercer la psicoterapia constructivista, y que cada práctica es única ya que terapeuta, paciente y por lo tanto cada relación es particular (Mahoney, 1997). En efecto, lo fundamental de las intervenciones, técnicas y herramientas, es que persiguen el objetivo de ser adaptadas al funcionamiento actual del paciente, y para la preparación del desarrollo de este (Mahoney, 1997). Yáñez (2005) propone algunas de las técnicas e intervenciones características de esta forma de ejercer la psicoterapia y que encarnan la singularidad de la gestión Constructivista Cognitiva: En primer lugar, *las técnicas procedurales*, que tienen como fin la deconstrucción y reorganización de las experiencias (nivel de ordenamiento holístico-experiencia inmediata) y explicaciones del paciente (nivel de ordenamiento semántico-explicación), estas son la Exploración Experiencial y la Metacomunicación. En segundo lugar, *las intervenciones terapéuticas*, que están destinadas a mantener el dinamismo de la productividad del paciente dentro del proceso, articulando y rearticulando el contenido del paciente, para finalmente darle sentido a éste (Yáñez, 2005).

3. 3. 1. Componentes del Contexto Terapéutico: Terapeuta, Paciente y Relación Terapéutica

La psicoterapia Constructivista Cognitiva incluye tres componentes, en primer lugar el terapeuta, un profesional experto en la teoría clínica y en los procedimientos que permiten generar las condiciones para el cambio terapéutico (Yáñez, 2005), este no pretende ser el experto o guía del camino por recorrer, ni ser defensor de un único camino, sino que está dispuesto a unirse temporalmente al viaje de su paciente, prestando atención a lo que pueda necesitar durante el recorrido (Mahoney, 2005).

En segundo lugar, el paciente, que en su calidad de sujeto se constituye como una expresión única de procesos de autoorganización (Mahoney, 1997), este se encuentra aquejado por una desorganización creciente asociado a un padecimiento psíquico que interfiere con su desarrollo y le genera aflicción (Yáñez, 2005). Yáñez (2005) describe este padecimiento como una tensión existencial, esta se produce dentro de la contingencia de la

praxis vital del paciente, que implica -como se ha explicado anteriormente- la particularidad de esforzarse por mantener el equilibrio (Yáñez, 2005). Así pues, la tensión podría provocarse ante cualquier situación que amenace con la armonía del sujeto, ya sea por una desorganización interna, o por demandas externas desbordantes (Yáñez, 2005). Como consecuencia, el paciente puede responder ante este posible quiebre, con estrategias de equilibrio alternativas, en ocasiones disfuncionales, que son la base de la aparición de su sintomatología (Yáñez, 2005).

Por último, un tercer componente es la relación terapéutica, definida como el contexto interpersonal en el que terapeuta y paciente se encuentran, y en el que se generan las condiciones para el cambio, esta es una interacción técnico-profesional acordada entre dos o más personas por un periodo limitado de tiempo, que si bien tiene características que se asemejan a una interacción cotidiana, está regulada por el encuadre psicoterapéutico que la distingue de aquellas interacciones (Yáñez, 2005). Además, está mediada por el deseo de cambio del paciente y el servicio del terapeuta, siendo el contenido de la relación principalmente los contenidos íntimos del paciente (Yáñez, 2005).

Uno de los elementos relevantes para la predicción de la efectividad de la terapia, es la alianza terapéutica (Corbella, 2020), esta es definida como “la internalización de la relación, del proceso terapéutico y de la imagen del terapeuta por parte del paciente, como resultado de estar inmerso en una interacción profundamente significativa: la psicoterapia” (Yáñez, J., comunicación personal, 26 de noviembre de 2021). Según Corbella (2020), la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre terapeuta y paciente, por lo que las expectativas, emociones, pensamientos, la relación que se establece y la visión que cada uno tiene del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica.

3. 4. Cambio Terapéutico

El cambio humano es un proceso continuo y de alta complejidad, Mahoney (2005) entrega especial importancia a la comprensión de los procesos de cambio del paciente para llevar a cabo una práctica clínica constructivista. Plantea que la característica de

autoorganización que poseen los seres humanos los constituye como participantes activos que organizan su experiencia y la de sus mundos (Mahoney, 1988; 2005), y que, en efecto, el cambio es una condición permanente del sujeto ante las perturbaciones del medio, y se convierte en la fuente más productiva del progreso de la autoorganización, así pues, permite mantener o recuperar el equilibrio del sistema (Yáñez, 2005). En ese sentido, este proceso autoorganizativo del sujeto, como consecuencia del constante intercambio -de información, energía o materia- con su entorno, resulta en el desarrollo progresivo de niveles de orden más complejos del sistema, es decir, en la progresión ortogenética del sujeto (Mahoney, 1988; Yáñez, 2005).

Desde la perspectiva Constructivista Cognitiva, el cambio humano puede explicarse a partir de la dinámica de los sistemas de conocimiento del sujeto, definido por Yáñez (2005) como “la operación de una estructura y su organización para producir significado viable a la coherencia del sistema” (p. 244), esto como respuesta a las perturbaciones o desequilibrio al que se encuentra sometido el sujeto en su calidad de sistema abierto (Mahoney, 1988). Yáñez (2005) propone dos dimensiones antitéticas que ayudan a entender la dinámica de los sistemas de conocimiento: los procesos de construcción (nivel de conocimiento central) y deconstrucción (nivel de conocimiento descentralizado). El proceso de construcción permite el establecimiento de una “membrana” que constituye al organismo en una unidad diferenciada de los otros (Yáñez, 2005), este proceso se encuentra asociado a lo que se conoce como mismidad, que Vergara (2011) define como la cualidad de la identidad personal que entrega permanencia y estabilidad al sujeto. En términos vivenciales, posibilita el reconocerse como un ente con características particulares, por tanto, la construcción corresponde a los procesos centrales del sujeto, que apela a la mantención y equilibrio del sistema (Yáñez, 2005).

Consecuentemente, el equivalente antitético que permite la reorganización de la estructura sin perder esa cualidad de coherencia (Yáñez, 2005) es lo que se conoce como proceso de deconstrucción y está asociado al proceso de ipseidad, definido por Vergara (2011) como un fenómeno que se relaciona con lo distinto y novedoso para el sistema, que

obliga al sistema a reconocerse y reconstruirse, como resultado del desequilibrio que se genera en la identidad personal. Por lo tanto, la deconstrucción corresponde a los procesos marginales o descentralizados del sujeto que se encuentran a la base del desequilibrio, la resignificación, y por tanto del cambio (Yáñez, 2005). Al respecto, Mahoney (1988) plantea que “un desequilibrio -cuando alcanza su criterio crítico- ayuda a conducir un sistema abierto hacia la dirección de reestructuración de sus procesos de orden” (p. 50).

Es bajo esta condición autoorganizativa del cambio, que una de las particularidades de la psicoterapia Constructivista Cognitiva es que el terapeuta solo puede establecer las condiciones para el cambio, sin que por eso el resultado sea el cambio como tal (Zagmutt y Ferrer, 2003). Estas condiciones consisten según Zagmutt y Ferrer (2003) -por un lado- en llevar al paciente a experimentar eventos emotivamente cargados dentro del contexto propicio de relación terapéutica, y, por otro lado, crear una condición de autorreferencialidad, bajo la que aparentemente sea imposible no reconocer como propios los aspectos y tonalidades emotivas que surjan en el proceso (Zagmutt, 2004). Las condiciones para el cambio se relacionan con que la psicoterapia funciona como presión, al mismo tiempo que crea las condiciones para la reorganización del sujeto (Yáñez, 2005).

En ese sentido, una de las particularidades de la noción de cambio terapéutico desde la psicoterapia Constructivista Cognitiva, es que a diferencia de los enfoques racionalistas - que comprenden el cambio terapéutico como la modificación de los pensamientos irracionales que llevan a la alteración emocional del paciente- (Guidano, 1994) el enfoque epistemológicamente constructivista busca crear el contexto adecuado para impulsar al paciente a movilizarse hacia una condición que le permita enfrentar las dificultades que se le presentan (Yáñez, 2005).

Un acercamiento profundo a la conceptualización práctica del cambio terapéutico denota la importancia de entender el concepto de síntoma, que además de ser una muestra representativa del paciente, según Yáñez (2005), deben ser abordados en la primera etapa del proceso, ya que así como su remisión alivia al paciente de sus padecimientos también refuerzan la alianza terapéutica, genera adherencia al proceso y entregan una ayuda para el

establecimiento de las condiciones para cambios profundos, al entender los fundamentos y los efectos que estos síntomas tienen en la vida del paciente.

Desde el enfoque Constructivista Cognitivo se propone el concepto de *Dimensiones Operativas* para la comprensión del concepto de síntoma, este es un concepto esencial y sobre el cual se conduce el cambio terapéutico (Yáñez, 2005). Las dimensiones operativas corresponden al nivel superficial del sujeto, son polaridades antitéticas que expresan el funcionamiento operativo del proceso de mismidad de la persona, y que aparecen como intento de resolver las presiones del medio (Yáñez, 2005). Según Mahoney (2005) la tendencia humana hacia la organización genera que se lleguen incluso a levantar lo que Yáñez (2005) llama sistemas de control descentralizado -o mecanismos de defensa-, que entregan una significación parcial a los contenidos de la experiencia que el sujeto no logra incorporar a su coherencia sistémica, generando complejos sintomáticos. Entonces, el síntoma se puede entender como la modalidad en la que el sistema intenta restablecer el sentido de continuidad experiencial (Zagmutt y Ferrer, 2003).

Según Guidano (1994) los síntomas deben ser considerados como procesos de conocimiento que exponen intentos frustrados de cambio que impiden la asimilación congruente de la experiencia personal, cuyo origen se debe a un nivel pobre de toma de conciencia, y que amenazan la coherencia del sí mismo. En otras palabras, ante una presión del medio el sistema tiene dos opciones, integrar esta experiencia desafiante a través de sus capacidades, o no ser capaz y dar un salto regresivo (Zagmutt y Ferrer, 2003).

Desde la psicoterapia Constructivista Cognitiva se distinguen dos tipos de cambio terapéutico. En primer lugar, el *cambio superficial*, en el que se abordan los aspectos operativos del vivir que se han visto afectados por la aparición de los síntomas (Yáñez, 2005). Es entendido como una reorganización de la actitud del paciente hacia la realidad, pero sin adentrarse en su identidad personal (Guidano, 1987). Desde el punto de vista del paciente, este siente mejoras debido a la remisión de estos síntomas (Yáñez, 2005), y permite que se adapte mejor al ambiente (Guidano, 1987). Por otra parte, desde una visión clínica los

cambios superficiales son entendidos como el desplazamiento en los ejes antitéticos de las dimensiones operativas (Yáñez, 2005).

En segundo lugar, el *cambio profundo*, que es entendido como la reorganización de los patrones de actitud hacia el sí mismo del paciente, abriendo nueva información tácita significativa de sí mismo que trae como resultado la reestructuración de la identidad personal (Guidano, 1987). En ese sentido, Yáñez (2005) lo describe como el aumento de los niveles de autoconciencia del paciente, que permite a este atribuir significado a la experiencia en curso consistente con la mantención de la coherencia del sí mismo. Este cambio supone un reordenamiento de los sistemas de conocimiento idiosincrásicos del paciente, correspondientes al referente desde el cual se erige su identidad, y que conlleva nuevos recursos cognitivos y emocionales que presionan hacia la reformulación histórica del paciente (Vergara, 2011).

Según Mahoney (2005) los cambios superficiales pueden transformarse en cambios más grandes y duraderos, así como los cambios en cualquier área de funcionamiento puede expandirse a otras áreas, es decir, el cambio es sistémico. Desde la experiencia clínica Guidano (1987) plantea que muchas veces solo es posible llegar al cambio profundo a partir de un cambio superficial.

IV. Terapeuta Constructivista Cognitivo: Contextualización y Definición

4. 1. Terapeuta: Conceptualización Clínica

El terapeuta puede ser entendido como un profesional, implicado en el tratamiento interpersonal de psicoterapia, que se adapta a un paciente en particular y a su trastorno, problema o queja, para intentar remediarlo (Wampold e Imel, 2015; como se citó en Pérez-Álvarez, 2019), por tanto, dentro del proceso de terapia, este actúa directa o indirectamente en el cambio terapéutico.

La existencia de las distintas corrientes en psicoterapia entrega varias perspectivas sobre el terapeuta y su conceptualización clínica, estas varían desde la caracterización del terapeuta y su función dentro de la psicoterapia hasta las distintas intervenciones y técnicas que aplica, y su implicación emocional dentro de la relación terapéutica. Desde la Terapia Sistémica Estratégica (Cruz, 2009; Fisch et al., 1984; Nardone y Watzlawick, 1992), el terapeuta es definido como un estratega y un agente activo del cambio. Según Nardone y Watzlawick (1992) este es estratégico ya que se enfoca en la descripción del problema del paciente y en cómo cambiar la situación de malestar, en ese sentido, la pregunta constante que se hace el terapeuta es qué estrategia funcionaría mejor en el caso que se le presenta (Nardone y Watzlawick, 1992). Fisch et al. (1984) plantea que el terapeuta debe convertirse en un agente activo del cambio en el sentido que debe estar constantemente enfocado en las soluciones, y en dar pasos que estimulen el cambio, sin dejar de lado los compromisos del paciente al momento de intervenir.

Por otro lado, desde la Terapia Psicoanalítica Freudiana (Freud, 1912; Lopera, 2017; Méndez, 2021), se describe al terapeuta como un observador neutral que desaparece lo más posible durante la sesión, a fin de enfocarse en el relato y análisis del paciente (Freud, 1912). Contrario a lo que expone Fisch et al., (1984) respecto al terapeuta estratégico, lo que caracteriza al analista es la escucha y las minuciosas intervenciones que realiza, como la asociación libre, análisis y manejo de transferencia e interpretación. Junto con estas intervenciones, una de las técnicas que caracterizan al analista es la “atención parejamente

flotante”, esta consiste en no enfocarse en nada en particular y prestar atención a todo lo que se escucha; para que no exista una selección sesgada de la información (Freud, 1912). Este concepto se asemeja a lo que Safran y Muran (2005) denominan como “mente de principiante”, concepto que es bien recibido por la teoría clínica Constructivista Cognitiva.

Otra perspectiva respecto a la conceptualización del terapeuta proviene desde la Terapia Centrada en la Persona. Según Arias (2015) “el remedio es el terapeuta como ser humano, no su labor técnica”, en el sentido que lo que dirige el cambio terapéutico es la relación de ayuda que se genera en la psicoterapia y no las técnicas o variables específicas del proceso. En efecto, el terapeuta -desde esta perspectiva- es definido como un profesional que brinda comprensión, apoyo y estimación al paciente, para que de esta manera el paciente estructure una nueva visión de sí mismo que lo conduzca hacia la congruencia y la salud (Arias, 2015).

A pesar de las distintas perspectivas que existen para la definición y gestión del terapeuta, uno de los temas que ha sido discutido y del cual existen puntos en común, es el nivel de implicación emocional que este debería tener durante la psicoterapia. Como se comentó, Freud definió al terapeuta como un observador científico neutral y desapegado (Aron, 2013; Mitchell, 2015; como se citó en Méndez, 2021), es decir, un sujeto que intenta alejar lo más posible su propia subjetividad de los contenidos del paciente y su análisis. En este sentido, se espera que el terapeuta tenga una postura de objetividad y neutralidad analítica en todo momento, siendo los sentimientos contratransferenciales -como llamaba Freud a la respuesta emocional del analista- un obstáculo dentro de la psicoterapia (Freud, 1912; Lopera, 2017; Méndez, 2021). No obstante, autores psicoanalistas contemporáneos que integraron las ideas de las teorías relacionales a la práctica clínica, plantean que aquellos sentimientos que surgen en el espacio psicoterapéutico pueden llegar a constituirse como una gran herramienta terapéutica dentro del contexto clínico (Méndez, 2021). Asimismo, Lopera (2017) postula que, si el terapeuta tiene una actitud de lejanía y neutralidad dentro del contexto terapéutico, podría ocasionar una repetición de las experiencias relacionales

traumáticas que ha experimentado el paciente. Por tanto, se espera que el terapeuta sea un profesional cálido, contrario a esta idea de abstención total (Lopera, 2017).

Al respecto, desde la Terapia Humanista Existencial, Sassenfeld y Moncada (2006) plantean que el terapeuta debe reconocer su propia subjetividad y ser consciente de los sesgos que pueden existir al momento de acercarse fenomenológicamente al paciente, esto es definido como “la puesta en paréntesis” y es el intento que tiene el terapeuta por alcanzar la objetividad y neutralidad. Asimismo, Boscolo y Bertrando (2011), desde la Terapia Sistémica de Milán, exponen que la neutralidad del terapeuta es uno de los principios que conducen la sesión; el terapeuta “evita ser parcial con un cliente o con las personas con las cuales establece contacto, evita adoptar ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros” (p. 233), sin embargo, al igual que los autores anteriormente mencionados, Sassenfeld y Moncada (2006), se entiende que para el terapeuta es imposible ser completamente neutral y que solo existiría una tendencia hacia la neutralidad (Boscolo y Bertrando, 2011).

Por último, resulta relevante para la conceptualización del terapeuta, exponer uno de los elementos que más comúnmente se ha destacado y que iría de la mano con el terapeuta, sus actitudes y su intervención dentro de la psicoterapia; esta es la relación terapéutica. Corbella (2020) plantea que, dentro del proceso terapéutico, las características del terapeuta que configuran su identidad y estilo personal, son -en parte- uno de los principales influyentes del trabajo terapéutico y el desarrollo de la relación terapéutica. Esta postura es apoyada desde una teoría clínica humanista-existencial, en la que se plantea que el contexto terapéutico consiste en la interacción intersubjetiva continua de al menos dos fenomenologías distintas (Sassenfeld y Moncada, 2006), por tanto, el terapeuta -y lo que experimenta- es una parte sustancial de la psicoterapia. Según Rogers (1961), el encuentro experiencial de los dos mundos distintos entre terapeuta y paciente es un enriquecimiento mutuo, por tanto, de relevancia para el proceso de psicoterapia. Siguiendo esta perspectiva, es un hecho que la relación y alianza terapéutica es parte fundamental de la efectividad de la psicoterapia (Corbella, 2020; Pérez-Álvarez, 2019) y que el terapeuta es el responsable de salvaguardar esta. Sin embargo, existen autores y teorías clínicas (véase por ejemplo Rogers, 1961;

Sassenfeld y Moncada, 2006) que posicionan la relación terapéutica como principal enfoque de la psicoterapia y resaltan las actitudes que debiera tener el terapeuta al respecto. Rogers (1961) comenta que, si el terapeuta es capaz de librar al paciente de las amenazas externas, es decir, si es capaz de instalar un contexto terapéutico seguro, el paciente podrá comenzar a ocuparse de sus amenazas internas. En ese sentido, “el principal instrumento de la psicoterapia es el propio psicoterapeuta a través de la ‘alianza del trabajo” (Pérez-Álvarez, 2019, p. 13). Boscolo y Bertrando (2011) proponen la capacidad del terapeuta de “mostrarse positivo” y que las habilidades de escucha, empatía, curiosidad y sentido del humor pueden ser elementos importantes para el logro de una buena terapia. Desde la Terapia Centrada en la Persona, se proponen tres condiciones para una relación de ayuda, en las que se describen actitudes del terapeuta (Méndez, 2014; Rogers, 1961): *autenticidad*, que refiere a no ofrecer una fachada externa, sino que expresar a través de las palabras y la conducta las emociones y actitudes que existen en el terapeuta, para aquello se debe tener presente - fundamentalmente- los propios sentimientos y pensamientos, *aceptación*, referido al respeto que el terapeuta tiene por el paciente como persona valiosa independiente de su condición, conducta o sentimientos, según esto, mientras más aceptación y agrado sienta el terapeuta, más útil resultará la relación de ayuda. Finalmente, *comprensión*, asociada al deseo por conocer y entender lo que le sucede al otro, es la empatía por cada sentimiento y expresión del paciente durante la sesión.

4. 2. Terapeuta Constructivista Cognitivo: Progresión Conceptual y Técnica

Desde una perspectiva histórica, cada enfoque terapéutico surge impregnado de un particular “espíritu de la época”, que permite entender el foco de la terapia, el cómo se explica al ser humano y sus dificultades, las formas prácticas de tratamiento y el comportamiento de los participantes del proceso terapéutico (Caro, 2020). Según Caro (2020) esto es lo que sucede con las terapias cognitivas, cada una tiene sus particularidades y esencia acorde al momento crítico en el que surgieron. Siguiendo esta línea, Yáñez (2005), plantea que referirse

a la evolución del modelo cognitivo es referirse a sus fundamentos conductuales, cognitivo clásico, cognitivo interpersonal y cognitivo constructivista. Estos modelos reflejan los esfuerzos por incluir fenómenos cada vez más complejos y ser más representativos para el sujeto, además, se constituyen como el origen desde donde se desprenden las bases para el Constructivismo Cognitivo (Yáñez et al., 2001), y por tanto, las bases para la consolidación del terapeuta del mismo enfoque.

Desde esta perspectiva, cada modelo configura una particularidad del terapeuta acorde a lo que se plantea en cada teoría clínica, y que por cierto lo diferencia de los otros terapeutas. Es justamente esa progresión la que fue acumulando los cimientos de lo que hoy define y caracteriza al terapeuta Constructivista Cognitivo, por lo que resulta esencial una breve revisión de las características del terapeuta en cada uno de estos momentos.

4. 2. 1. *Momento Conductista: Terapeuta Instructivo*

Los modelos conductistas clásicos se sitúan desde una epistemología positivista, que concibe a la existencia de un mundo real y cognoscible, independiente del sujeto y regulado por normas propias (Yáñez et al., 2001), por tanto, conciben al sujeto como un sujeto mecánico, pasivo y ahistórico (Dowd, 1997). Watson (1913), precursor del conductismo norteamericano, plantea que la psicología desde el punto de vista conductista tiene como objetivo la predicción y control de la conducta, dejando a un lado toda referencia a la conciencia, ya que no corresponde a un objeto de observación científica como tal. A pesar de lo que plantea Watson, la terapia de la conducta ha ido cambiando -en algunos casos se integra en cierto grado el papel que tienen las cogniciones dentro del sujeto- sin embargo, una cosa en común en este tipo de terapias es que toda evaluación, intervención y conceptualización provienen del marco teórico de aprendizaje E-R (Estímulo-Respuesta), situado dentro de un marco metodológico científico comportamental (Franks, 1998). Asimismo, Kazdin (1978), plantea que, dentro de las características fundamentales de los modelos de la conducta, es que el principal criterio para evaluar el proceso terapéutico es a través del cambio en la conducta (como se citó en Franks, 1998).

Bajo esta perspectiva, el terapeuta conductista es un experto en leyes y principios de aprendizaje que regulan la conducta del paciente (Cayazzo y Vidal, 2002; como se citó en Yáñez, 2005). En ese sentido, si el paciente es entendido según Yáñez (2005) como un aprendiz que persigue el objetivo de modificar su conducta, se infiere que el terapeuta es instructivo. Según Franks (1998) la gestión clínica surge de las formulaciones basadas en datos y predicciones comprobadas y no se originan solo de la intuición o impresión clínica. En ese sentido un punto importante de las características del terapeuta conductista es que utiliza técnicas conductuales basadas en el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante (Dowd, 1997), estas técnicas específicas si bien son fundamentales porque son las que producen el cambio, son secundarias en cuanto al concepto y la metodología conductista (Franks, 1998).

4. 2. 2. Momento Cognitivo: Terapeuta Instigativo

Los modelos cognitivos tradicionales comparten la epistemología positivista de los modelos conductistas, es decir, conciben a la realidad como una realidad externa, objetiva y única, por lo que el malestar del paciente se derivaría de la correspondencia insuficientemente válida entre los pensamientos individuales y la realidad, resultando en sentimientos desagradables para el sujeto (Guidano, 1994). El cambio terapéutico -entonces- se orienta a modificar los pensamientos irracionales del paciente, y así como efecto, interferir en las emociones perturbadoras (Guidano, 1994). Por tanto, las técnicas terapéuticas se aplican con el fin de identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas que subyacen a aquellas (Beck et al., 1983).

En ese sentido, el terapeuta cognitivo tradicional -siendo un experto en la validez de la realidad- es un tutor, que se apoya en un mecanismo operativo basado en la persuasión (Balbi, 2008), principalmente a través de una confrontación dialéctica que interviene en estructuras mayormente superficiales del paciente (Guidano, 1994). Según Ellis y Bernard (1990), desde la Terapia Racional-Emotiva se fomenta que el terapeuta actúe como un

profesor altamente activo-directivo, que interviene explicando, interpretando y discutiendo las creencias irracionales del paciente, con el fin de solucionar sus problemas. Al mismo tiempo que se intenta mostrar al paciente, que él es tan colaborador como el terapeuta en el cambio (Ellis y Bernard, 1990). Complementando esta idea, Beck et al. (1983), plantea que el terapeuta es quien enseña al paciente la aplicación de técnicas que están asociadas a la investigación lógica y empírica de sus cogniciones. El paciente poco a poco irá incorporando estas técnicas a su vida de forma autónoma, esto trae como consecuencia una diferencia en la actividad del terapeuta cognitivo durante el proceso terapéutico, ya que a medida que se avanza en las sesiones el terapeuta da mayor relevancia a la actividad del paciente (Beck, 2000).

Asimismo, Albert Ellis y Aaron Beck -descritos por Dowd (1997) como las figuras más influyentes del modelo cognitivo tradicional- destacan en sus propuestas terapéuticas, la importancia del rapport y la relación terapéutica (Beck et al., 1983; Ellis y Bernard, 1990). El terapeuta posee una actitud de aceptación incondicional del paciente, genera escucha empática y reflejo de sentimientos, esto ayuda a que los pacientes se observen a sí mismos y cambien (Ellis y Bernard, 1990). Desde una perspectiva más idiosincrática y de colaboración, Beck et al. (1983) propone tres características deseables del terapeuta que facilitan la implementación de la terapia cognitiva: la aceptación, la empatía y la autenticidad.

4. 2. 3. Momento Interpersonal: Terapeuta Relacional

Desde una perspectiva histórica, Caro (1997) y Yáñez (2005) identifican el surgimiento de los modelos interpersonales a partir de las distintas críticas hacia los modelos cognitivos tradicionales. Específicamente, Yáñez (2005) plantea que es a partir de estos modelos que se sientan las bases que anteceden la emergencia del Constructivismo Cognitivo. En efecto, existe un quiebre de la matriz conceptual a nivel epistemológico, la realidad es entendida a partir de las construcciones y el flujo del sujeto, a través de sus estructuras cognitivas que

establece a lo largo de su vida producto de sus relaciones interpersonales (Yáñez et al., 2001). Esto es lo que se conoce bajo el nombre de epistemología constructivista.

Algunas de las principales críticas que se hacen de los modelos cognitivos son: El poco papel que se le da a la emoción, a los factores interpersonales y a la relación terapéutica (Caro, 1997). Se entiende, por tanto, que estos modelos refuerzan la importancia de aquellos elementos, poniendo plena atención al papel de la emoción más allá de un mero resultado post cognitivo (Caro, 1997), analizando a las relaciones interpersonales (Safran y Segal, 1990; como se citó en Caro, 1997), o a las experiencias de apego (Guidano y Liotti, 1983; como se citó en Caro, 1997), para entender los procesos cognitivos del sujeto. Asimismo, se comienza a visualizar la relación terapéutica como fundamental para el cambio terapéutico (Caro, 1997).

Todos estas diferencias y nuevas atenciones que entregan los modelos interpersonales son críticos para la caracterización del terapeuta interpersonal. Según Safran y Segal (1994) el terapeuta es parte -y participante- del sistema interpersonal que deriva del proceso terapéutico, por lo tanto, cada análisis o intervención no se puede suponer independiente del mismo. Esto genera que el terapeuta esté atento a lo que sucede en la relación con el paciente, al mismo tiempo que presta cuidado a su propia incidencia dentro de la psicoterapia (Safran y Segal, 1994). Similar a esta perspectiva, desde los planteamientos de Greenberg, Rice y Elliott (1996) se entiende que la acción del terapeuta ocurre en las transacciones del proceso terapéutico, sucediendo en la experiencia misma entre él y el paciente (Greenberg, Rice y Elliott, 1996). Se infiere -por tanto- que el terapeuta es un terapeuta relacional.

4. 2. 4. Momento Constructivista: Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado

Los modelos constructivistas cognitivos al igual que los modelos interpersonales comparten una epistemología constructivista, configurando a un sujeto constructivo y proactivo (Caro, 2020), que es capaz de autoorganizarse (Yáñez, 2005). En esta línea, Yáñez et al. (2001) describe que cualquier observación que se realice no puede ser separada del

observador, por tanto, la realidad es una elaboración individual y colectiva de significados respecto al sí mismo y el mundo. Es así como nadie, terapeuta ni paciente, tienen ningún monopolio sobre la verdad (Dowd, 1997). Según Guidano (1994) desde una perspectiva constructivista-evolucionista, al entender los procesos adaptativos como válidos dentro de la misma autorreferencialidad, estos no irían en propósito de acercarse a lo correcto; sino que en perseguir metas que van en concordancia con el propio sistema interno involucrado (Guidano, 1994). Los modelos constructivistas incitan a los individuos a participar activamente en su propia evolución (Mahoney, 2005). Por lo tanto, el cambio en el proceso terapéutico se orienta más bien a la reorganización -proactiva del paciente- de las formas de autoreferirse, a través de la misma comprensión de éstas (Guidano, 1994). Complementando esta idea, Caro (2020), plantea que en las terapias constructivistas modifican el conocimiento en favor de la *viabilidad*, es decir, de la funcionalidad que tenga este sobre las experiencias del paciente.

En función de lo planteado, el terapeuta constructivista es un facilitador del cambio terapéutico, que aprecia y observa las posibilidades o dificultades de cambio que el paciente pueda experimentar (Caro, 2020). Según Neimeyer (2009) el terapeuta debe comprometerse con la experiencia emocional significativa del paciente, adoptando una actitud experiencial (como se citó en Caro, 2020). En relación a esto, Guidano (1994) propone que el terapeuta es un Perturbador Estratégicamente Orientado, es decir, un terapeuta que utiliza las oscilaciones emocionales del momento para intervenir en pos del cambio. Además, es un terapeuta altamente empático y compasivo con el paciente, entendiendo que la relación terapéutica es la vía del cambio terapéutico (Mahoney, 2005).

4. 3. Caracterización del Terapeuta Constructivista Cognitivo

El terapeuta Constructivista Cognitivo es el sujeto encargado de crear las condiciones para el cambio de los sistemas de conocimiento y la remisión de síntomas del paciente, es decir, las condiciones para cambios superficiales y profundos que se esperan del proceso

clínico (Yáñez, 2005). En ese sentido, el terapeuta lleva al paciente a experimentar nuevas tonalidades o instancias emotivas dentro de la relación terapéutica (Ruiz, 2007), que crean desequilibrio o perturbación en los sistemas de conocimiento del paciente, al mismo tiempo que se ofrece y co-construye un contexto terapéutico con las condiciones necesarias para la reorganización del sujeto (Yáñez, 2005). Esto último requiere el involucramiento emocional del terapeuta (Ruiz, 2007), así como el interés genuino y la curiosidad, el respeto hacia el paciente, por quién es y por las decisiones que tome (Duarte, 2012).

Siguiendo esa línea, el terapeuta Constructivista Cognitivo no se caracteriza por la aplicación de técnicas específicas para cuadros psicopatológicos o síntomas específicos, sino por la creación-aplicación de una metodología de intervención estratégica orientada a los procesos autoconscientes del paciente, de acuerdo a sus propias capacidades y tiempos (Zagmutt, 2004). Por lo tanto, es esencial para el terapeuta mantener el espacio seguro de compasión, pero también es esencial un desafío que estimule al paciente hacia el cambio (Mahoney, 2005), al respecto, “la responsabilidad principal del padre, profesor, y terapeuta está en ayudar a otro ser humano a funcionar de forma viable mientras también se le desafía a desarrollarse” (Mahoney, 1997, p. 404).

Es así que, la función preferente del terapeuta Constructivista Cognitivo es la perturbación constante de los procesos de construcción y deconstrucción de los sistemas de conocimiento del paciente, que se expresan en el relato o narrativa que realiza dentro del proceso psicoterapéutico (Yáñez, 2005). Técnicamente, el rol del terapeuta al intervenir es dejarse impregnar por la carga emocional que emerge del relato del paciente, para luego desengancharse y crear una intervención que considera esa carga emocional, los contenidos del paciente y los referentes teóricos propios, para provocar el efecto perlocutivo consecuente, expresado en una perturbación que busca el cambio superficial o profundo del paciente (Yáñez, 2005). Se requiere, por tanto, las competencias necesarias para que el terapeuta logre mantenerse en una constante alerta de intervención, requiriendo un alto nivel de focalización en el paciente, en el material o contenido, e hipervigilancia del estado de la relación terapéutica (Yáñez, 2005). Esto es necesario para estar constantemente ofreciendo

un espacio seguro y de escucha para el paciente, así como intervenciones contingentes y eficaces.

Otro punto importante respecto el terapeuta Constructivista Cognitivo, es que al igual que el paciente, este se desenvuelve en el espacio interpersonal de la psicoterapia, constituyéndose como parte -y participante- de la relación terapéutica (Safran y Segal, 1994). Por tanto, el terapeuta además de estar constantemente atento al emergente interpersonal (Dobry, 2005), desarrolla la exploración continua de sus contribuciones a la interacción, es decir, de los efectos generativos que tienen sus intervenciones y las motivaciones que existen detrás de estas (Safran y Muran, 2005). Así, el terapeuta Constructivista Cognitivo es consciente de su experiencia emocional en psicoterapia, así como de sus propios patrones disfuncionales en las relaciones interpersonales, para que estos no pongan en riesgo la alianza terapéutica (Dobry, 2005). Este es un aspecto fundamental para el proceso terapéutico y que en algunos casos debe ser trabajado en espacios de supervisión, en los que se busca aumentar la autoconciencia del supervisado en su papel de terapeuta, para facilitar los procesos de enganche y desenganche con el paciente (Yáñez, 2005).

En síntesis, el terapeuta Constructivista Cognitivo genera un contexto terapéutico de contención y promueve la toma de conciencia de aquellos eventos que dificultan el equilibrio del paciente, por tanto, el terapeuta es un facilitador que “propicia una elaboración del acontecimiento por parte del sujeto que le permita alcanzar su coherencia” (Vergara, p.88, 2011).

V. La función del Terapeuta Constructivista Cognitivo como un Perturbador Estratégicamente Orientado

5. 1. Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado: Conceptualización

Como se ha visto en la progresión conceptual y técnica del terapeuta Constructivista Cognitivo, el concepto del terapeuta como un Perturbador Estratégicamente Orientado, ha sido introducido en el apogeo de los movimientos constructivistas, destacándose desde un enfoque Posracionalista la utilización de este concepto. La función de Perturbador Estratégicamente Orientado se define como el rol o papel que cumple el terapeuta, en función del cambio terapéutico, y significa que mientras está técnicamente interviniendo en busca de modificar los patrones de conciencia del paciente, se encuentra sumamente atento a la utilización de las variaciones emocionales del paciente y propias para facilitar la comprensión y la asimilación de una posible reorganización del sí mismo del paciente (Guidano, 1990; 1994).

Balbi (1997) lo define como el “papel asumido por el terapeuta en el contexto clínico e interpersonal de la terapia cognitiva posracionalista con el fin estratégico de crear discrepancia en el paciente” (p. 398). Este guía -a través de sus preguntas- la atención del paciente hacia áreas críticas de su experiencia emocional y participa activamente en su reconstrucción y reorganización, para que alcance mayores niveles de autoconciencia (Balbi, 2008).

Desde el punto de vista de Zagmutt (2004), el terapeuta es un Perturbador Estratégicamente Orientado en el sentido que debe conducir el proceso de cambio en pasos graduales, de acuerdo con las propias capacidades del paciente. En ese sentido, el Perturbador Estratégicamente Orientado se esfuerza en controlar la situación emocional, y graduar su intervención para producir cambios paulatinos, que buscan “estratégicamente” aumentar los niveles de autoconciencia del paciente (Ruiz, 2007).

Según León y Tamayo (2011) esta función implica para el terapeuta focalizarse en el relato del paciente y distinguir -a partir de marcadores somáticos y conductuales- la presencia de estados emocionales intensos, estados que son aprovechados por el terapeuta y explorados a través de intervenciones que buscan la reorganización e integración de aquellos estados. Esto implica para el terapeuta constituirse como un sujeto que pueda manejar y contener las emociones intensas y perturbadoras del paciente, en respuesta a la alta activación emocional que el proceso terapéutico significa (León y Tamayo, 2011).

Desde el modelo Constructivista Cognitivo, la función de Perturbador Estratégicamente Orientado se explica a partir de la actitud y gestión del terapeuta Constructivista Cognitivo, en su intento de establecer las condiciones para el cambio. Yáñez (2005), lo describe como la capacidad del terapeuta de perturbar al paciente, a través de los procedimientos de intervención (escucha terapéutica, exploración, aclaración, reflejo locutivo, reflejo ilocutivo, señalamiento, metacomunicación, adlaterización, rotulación, confrontación, bisociación e interpretación), así como en la aplicación de alguna de las técnicas procedurales (exploración experiencial y metacomunicación), y que se realiza sobre los contenidos asociados a estrategias psicopatológicas del paciente. Esto mientras el terapeuta se encuentra estratégicamente orientado, lo que quiere decir que su actitud y gestión está técnicamente ajustada a la relación terapéutica y a los procesos de subjetividad del paciente, como resultado del interjuego constante de enganche-desenganche respecto de sus propias perturbaciones, y centramiento-descentramiento respecto del paciente (Yáñez, 2005). De este modo, a la base de la técnica principal de perturbar, el terapeuta Constructivista Cognitivo se encuentra extremadamente atento a las oscilaciones emocionales, que utiliza como fuente de información para seguir perturbando.

La elaboración de las intervenciones con las que el terapeuta busca la perturbación de los procesos de construcción-deconstrucción de los sistemas de conocimiento del paciente, surge a partir del diálogo interno del terapeuta, que se produce entre tres componentes; los contenidos del discurso del paciente que se revela en el relato de los acontecimientos de su existencia, el impacto emocional que le produce el relato y sus ideas propias acerca de lo relatado, y los principios teóricos que conforman el referente permanente al cual el terapeuta remite la escucha del paciente (Yáñez, 2005). En efecto, para que la intervención del terapeuta sea atingente, es decir, que se realice en el momento más propicio y logre crear un efecto discrepante en el paciente, y de esa forma actuar de manera estratégicamente orientada, el terapeuta Constructivista Cognitivo debe desarrollar la habilidad de escucha, y auto escucha, que incluye el diálogo entre los tres componentes mencionados (Yáñez, 2005). Este proceso implica una alta demanda para el terapeuta, ya que mientras se encuentra atento a los contenidos y aspectos emocionales que aparecen en la interacción con el paciente, debe tener en cuenta sus propias oscilaciones emocionales (Guidano, 1994) y los principios teóricos propios del modelo Constructivista Cognitivo (Yáñez, 2005), y a partir de esa focalización, realizar una devolución al paciente solo si se ha logrado el desenganche del efecto perturbador que experimenta (Galdames, 2015).

Teniendo en cuenta estos elementos sobre la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, Chacón (2010) plantea, desde una perspectiva práctica, que el terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado se caracteriza por ser constantemente “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” (p. 79), a partir de la capacidad del terapeuta de conectarse con la experiencia emocional del paciente (Chacón, 2010). En ese sentido, el autor plantea que esta función se caracteriza por guiar la atención del paciente a aspectos que hasta el momento no ha advertido y reconstruir esa experiencia crítica focalizada, una vez hecho esto, el terapeuta busca reformular esa experiencia crítica con aspectos de la perturbación en curso, que es la fuente de la activación de sus estrategias psicopatológicas (Chacón, 2010). Así, se generan las condiciones para que el paciente aumente sus niveles de autoconciencia y logre autoorganizarse.

Con la intención de analizar la función del terapeuta como un Perturbador Estratégicamente Orientado, se realiza una separación de esta característica terapéutica en tres propiedades: La propiedad perturbadora, la propiedad estratégica y la propiedad orientada del terapeuta, sin por ello perder la noción de que esta función se compone de la compleja complementariedad práctica de estas y que la intención de separarlas persigue un fin analítico.

5. 1. 1. Propiedad Perturbadora del Terapeuta

Teniendo en cuenta la naturaleza del cambio humano y el objetivo de la psicoterapia Constructivista Cognitiva, las perturbaciones (Yáñez, 2005), base de las discrepancias (Guidano, 1990) o desorganización que experimenta el sujeto (Mahoney, en Caro), son esenciales para el cambio y la reorganización del sí mismo. Por tanto, las perturbaciones emocionales derivadas de la relación terapéutica, juegan un papel fundamental para la facilitación del cambio en los niveles de autoconciencia del paciente, que permitirían la reorganización de este (Guidano, 1990).

Es así que, la eficacia de las intervenciones del terapeuta como Perturbador Estratégicamente Orientado, depende en gran medida del nivel de discrepancia que pueda generar en el punto de vista que el paciente tenga de sí mismo, es decir, las revelaciones e interpretaciones que realice el terapeuta sobre el contenido del paciente deben ser lo suficientemente perturbadoras para que exista una reestructuración en la percepción del sí mismo (Guidano, 1990). Ruiz (2007), señala la existencia de al menos dos tipos de discrepancia, la primera tiene que ver con la actitud del terapeuta y de las explicaciones que este ofrece, y que consecuentemente causan discrepancia en el paciente. El segundo tipo, refiere a la discrepancia que el paciente percibe cada vez que descubre aspectos antes ignorados de su funcionamiento, esta discrepancia o perturbación viene acompañada de un alto efecto emocional para el paciente, por lo que es mucho más activante (Ruiz, 2007).

En ese sentido, el terapeuta actúa dentro de la dinámica de cambio del paciente, quien se encuentra continuamente perturbado (véase apartado 3.4. Cambio Terapéutico), por tanto, el terapeuta Constructivista Cognitivo es perturbador en la medida que despliega -a través de asociaciones originales o novedosas- revelaciones asociadas al contenido patológico o defensivo que se relaciona a la aparición de la sintomatología del paciente, y que surge a partir del relato de este; esto significa remover, revocar y reorganizar este contenido (Yáñez, 2005).

Según Yáñez (2005), es una condición para el terapeuta entender los procesos de subjetividad, propia y del paciente, referidos a la dinámica de los sistemas de conocimiento, para ejecutar la perturbación y las intervenciones que logran el nivel de discrepancia adecuado, ya que es en esta dinámica donde se produce la oportunidad de cambio (Yáñez, 2005). Según este autor, el terapeuta en su función de Perturbador Estratégicamente Orientado interviene preferentemente los *fenómenos de borde* del sistema de conocimiento del paciente (o nivel de conocimiento descentralizado), que surgen de forma novedosa en la dialéctica del paciente. Son aquellos contenidos que provocan tensión y que no logran integrarse por la amenaza que significa para la coherencia del sí mismo (Yáñez,

comunicación personal, 17 de enero de 2022; Vergara; 2011). Lo que busca el terapeuta con la perturbación es que estos contenidos descentralizados sean integrados a los componentes de la mismidad, a través del reconocimiento emocional y una simbolización concordante con la coherencia del sistema (Guidano, 1994; Yáñez, 2005). Este cambio y reorganización del sí mismo viene acompañado de altos niveles de ansiedad para el paciente, por lo que el terapeuta debe facilitar el espacio seguro, que como se ha mencionado anteriormente es fundamental para el proceso terapéutico.

Si bien las perturbaciones son una condición necesaria para la reorganización y el cambio, Guidano (1990) reitera que no son suficientes por sí mismas. En ese sentido, debe existir un nivel de implicación emocional tal, que sea imposible para el paciente evitar una posición de autorreferencialidad desde la que se origina el sentido mismo de discrepancia (Guidano, 1990; 1994). Por tanto, las perturbaciones deben darse en un contexto emocional específico, que reúna las características necesarias para que el terapeuta ponga en marcha los acontecimientos creadores de cambio (véase apartado 5.2. Relación Terapéutica: Condiciones para la gestión del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado).

5. 2. 2. Propiedad Estratégica del Terapeuta

Una de las características que otorgan al terapeuta Constructivista Cognitivo la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, es que este tiene en cuenta las oscilaciones emocionales del paciente y propias de manera estratégica para la intervención terapéutica, lo que Guidano (1990) asocia con la alta dificultad del terapeuta constructivista de estar simultáneamente atento a los aspectos emocionales de la interacción, del paciente y los propios. Esta propiedad permite -como se comentó anteriormente- intervenciones más contingentes que ayudan a lograr el objetivo del terapeuta, y además mantener una relación terapéutica segura desde el punto de vista del paciente. Para aquello, el terapeuta necesita de al menos tres referentes, que se manifiestan durante el proceso terapéutico, y que permiten obtener una guía sobre sus intervenciones: el referente experiencial, el referente

emocional y el referente cognitivo. De este modo, una de las condiciones que ayudan en la gestión estratégica del terapeuta es la compasión, es decir, comprender los ritmos psicofisiológicos del paciente (véase apartado 5.2. Relación Terapéutica: Condiciones para la gestión del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado). Yáñez (2005), autor que propone estos referentes, plantea algunas de las consideraciones que debe tener el terapeuta al momento de intervenir, y que están asociadas al referente emocional y al referente cognitivo:

Por una parte, el referente emocional alude principalmente al contexto y al nivel de carga emocional que se genera durante el proceso (Yáñez, 2005), la atención de estos elementos ayuda al terapeuta a lograr una sincronía emocional con el paciente. En ese sentido, uno de los elementos que el terapeuta debe considerar para su intervención es la inmersión emocional plena del paciente, y que se relaciona con el contexto emocional necesario para la perturbación. En efecto, el terapeuta actúa generando ese espacio contextual de intimidad, tal, que permita aquella inmersión (Yáñez, 2005).

Asimismo, otro de los elementos que debe considerar el terapeuta al momento de intervenir, es la adecuación contextual. Desde el punto de vista asertivo la adecuación contextual es la habilidad del terapeuta de adaptar sus niveles de responsabilidad y respeto de acuerdo con los distintos contextos interpersonales (Yáñez, 2005), es decir, está a la base de la contingencia temporal que deben tener las intervenciones del terapeuta. Desde una perspectiva técnica, la adecuación contextual puede dividirse en la adecuación física -que se refiere a la pertinencia temporal en la cual se realiza cada intervención (en qué momento del proceso y de la sesión hacer la intervención)- y en la adecuación interpersonal -referida al estado de la relación y la madurez de esta- que pueda sustentar ciertos tipos de intervención (Yáñez, 2005). Esto referido principalmente a la alianza terapéutica.

Por otro lado, el referente cognitivo está asociado más al contenido de la perturbación y a su contingencia temática. Para que esta actitud terapéutica pueda alcanzar el objetivo buscado, el terapeuta debe estar inmerso en la vida del paciente y su mundo y así intervenir contingentemente (Yáñez, 2005). Principalmente, el terapeuta debe prestar atención al relato

del paciente, si el relato es superficial o profundo, además del contenido e intención comunicativa, (Yáñez, comunicación personal, 17 de enero de 2022), y de acuerdo con esto intervenir. Además, se debe prestar atención a la complementariedad entre las intenciones y la comunicación que exista entre el paciente y el terapeuta, se debe estar fluyendo hacia las mismas metas (Yáñez, 2005). Esto se observa a través de la comunicación que existe, y los actos de habla que circulan entre los participantes.

Paralelamente, se debe considerar el conocimiento que se posea sobre el paciente, sobre sus contenidos personales, es decir, cuánta información ha circulado en la relación (Yáñez, 2005). En ese sentido, el terapeuta debe tener el conocimiento sobre el sentido y significado que atribuye el paciente a los contenidos que surjan en la sesión (Guidano, 1994; Yáñez, 2005).

5. 2. 3. Propiedad Orientada del Terapeuta

Dentro de la gestión del terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado, este posee la particularidad de ocupar estratégicamente un lugar en su propia organización. En ese sentido, la condición de perturbación que realiza el terapeuta Constructivista Cognitivo busca introducirse en la dinámica del cambio del paciente de una forma técnicamente orientada. Esto define la propiedad orientada del terapeuta, característica que lo ayuda a orientar(se) según sus intervenciones y lo distingue experiencialmente del paciente.

Yáñez (2005) plantea que el terapeuta se encuentra técnicamente equilibrado en el interjuego de centramiento-descentramiento respecto del contenido del paciente, y de enganche-desenganche respecto de sus propias perturbaciones experimentadas durante el proceso interpersonal. El proceso de descentramiento es definido por Safran y Segal (1994) como el proceso a través del cual el sujeto logra separarse de su experiencia inmediata, permitiéndole tomar mayor conciencia de su interpretación, además de abrir una brecha entre el acontecimiento y la reacción del sujeto. Por tanto, desde una perspectiva del terapeuta, se infiere que el interjuego entre centramiento-descentramiento ayuda al terapeuta a reflexionar

sobre lo que ocurre principalmente en el emergente interpersonal, analizar al paciente desde una postura global (según el conocimiento ontogénico y fenomenológico que tenga de este) y ser consciente de sus propias respuestas emocionales.

A diferencia de este proceso, el interjuego entre enganche-desenganche ocurre en relación a los contenidos emocionales propios del terapeuta. Safran y Segal (1994) plantean que el proceso de desenganche es el intento de sustraerse del influjo interpersonal generado por el paciente, a fin de no confirmar su esquema interpersonal. Complementariamente, Yáñez (2005) postula que el proceso de desenganche ayuda a evitar que la acción terapéutica esté movilizadora por las emociones que genera el actuar del paciente, sin por eso perder la valiosa información que entrega lo que está sintiendo el terapeuta momento a momento. En ese sentido, el interjuego entre enganche-desenganche permite tomar distancia emocional respecto de las propias perturbaciones como terapeuta, importante para evitar el burn out, además ayuda a reflexionar sobre el esquema interpersonal del paciente y actuar orientadamente hacia una perturbación estratégica.

La condición que ayuda al terapeuta a circular entre estos “estados”, es lo que Safran y Segal (1994) definen como observador participante, entendido como la posición que le permite al terapeuta sentir el influjo interpersonal del paciente, a la vez que observa la interacción en la que participa junto a este. Algunas de las implicancias que tiene el ser un observador participante en el rol del terapeuta Constructivista Cognitivo es que las intervenciones clínicas siempre deben estar guiadas por la información extraída del continuo examen del “aquí y ahora” del emergente interpersonal, y de la exploración continua del terapeuta de sus contribuciones a la interacción terapéutica (Safran y Muran, 2005).

En definitiva, estas propiedades se encuentran a la base de la caracterización y gestión del terapeuta Constructivista Cognitivo, específicamente, a la base de la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, siendo su análisis un buen punto de partida para estudiar y entender las características prácticas que tiene esta función en la clínica.

5. 2. Relación Terapéutica: Condiciones para la gestión del Terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado

Como se ha visto, la particularidad que posee la psicoterapia Constructivista Cognitiva -y todos los modelos terapéuticos con una fenomenología constructivista- de asignarle un papel primordialmente activo y de experto al sujeto, resulta en la importancia de la relación terapéutica para el cambio, ya que es en esta donde los procesos de creación y negociación tienen lugar (García-Martínez, 2014).

Según Yáñez (2005) la relación terapéutica es uno de los componentes esenciales para el cumplimiento del cambio dentro de la psicoterapia Constructivista Cognitiva, ya que es en esta dinámica relacional donde se dan las condiciones para el cambio. Esto es conocido como el emergente interpersonal y es el resultado de la dinámica que ocurre entre terapeuta-paciente, que siendo expertos de sus propios sistemas de conocimientos interactúan recíprocamente y producen las condiciones necesarias para el cambio terapéutico, por tanto, el factor inespecífico más importante asociado a la teoría del cambio terapéutico es la alianza terapéutica (Yáñez, 2005).

En función de lo planteado, el acto terapéutico debe sustentarse en una relación intersubjetiva que tenga el carácter significativo para ambos participantes (Yáñez, 2005), en la que el paciente pueda experimentar nuevas formas de experiencia (Mahoney, 2005), además de contribuir en la asimilación de estas (Guidano, 1994). Guidano (1987) y Mahoney (2005), plantean que la relación terapéutica basada en una epistemología constructivista se caracteriza por tener un contexto de exploración más bien colaborativo, no autoritario, donde terapeuta y paciente comparten la responsabilidad por los resultados de sus esfuerzos. Acorde a esto, Mahoney (1997) expone que la relación terapéutica llega a ser una base segura, protegida, afectuosa, e informativa, en la que el paciente puede experimentar, explorar e investigar con permisividad y comodidad.

En ese sentido, la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, se da en un contexto que reúne las características y condiciones que posibilitan la actitud y gestión que

caracterizan esta función. Estas características son propias de la relación terapéutica, que se espera construir desde el enfoque Constructivista Cognitivo.

En síntesis, se podría hablar de condiciones de la relación y alianza terapéutica, que permiten que el terapeuta pueda cumplir su función de Perturbador Estratégicamente Orientado, para así poder establecer las condiciones para el cambio. En principio, algunas de las condiciones pueden ser las siguientes:

5. 1. 1. Acuerdo de interacción

El acuerdo -ya sea explícito o implícito- que se consolida dentro de un proceso terapéutico, alberga las bases desde donde se expresa la relación terapéutica de cada encuentro clínico (Yáñez, 2005). Yáñez (2005) entrega especial relevancia a este acuerdo conocido como encuadre clínico, que desde la perspectiva Constructivista Cognitiva es entendido como las reglas interpersonales que buscan crear un contexto relacional estable, seguro y acotado en el tiempo; es decir, desde el que se facilite el despliegue de factores técnicos y personales, del paciente y del terapeuta, para la creación de una base relacional y una alianza terapéutica segura. En este sentido, el acuerdo de interacción si bien parte de la regulación directa del terapeuta a través del encuadre explícito se complementa con el encuadre implícito generado por las actitudes del terapeuta y por la cultura (Yáñez, 2005).

Se proponen -por tanto- tres estados intencionales del terapeuta que ayudan al manejo de la relación terapéutica en un nivel técnico, estas se establecen como competencias técnicas, que requieren de la especial atención del terapeuta para evaluar su necesidad metodológica, y constantemente fluir entre estas intenciones (Yáñez, 2005). En primer lugar, la intención de neutralidad en la que se pretende no dar una respuesta emocional que cause impacto hacia lo iatrogénico en la relación (Yáñez, 2005), o que contribuya al sentimiento de extrañeza del paciente (Guidano, 1994). Sin embargo, no significa pretender no sorprenderse, impactarse o sentir; sino que se aspira a utilizar esa emoción en favor del cambio a través de

una respuesta técnica acertada. Esto a través de la técnica de descentramiento de Safran y Segal (1994).

En segundo lugar, la intención de abstinencia, que consiste en no desplegar los contenidos personales del terapeuta durante el proceso, según Yáñez (2005), el despliegue de estos contenidos está totalmente contraindicado. Por último, la intención de receptividad, en la que se pretende que el terapeuta esté dispuesto emocional, cognitiva y sensorialmente con el fin de mantenerse en sincronía con su paciente y el emergente interpersonal (Yáñez, 2005), esto se genera a través de la presencia del terapeuta (Mahoney, 2005). La presencia no significa solo asistir materialmente a la sesión y participar de la relación (al parecer los terapeutas desarrollan la habilidad para parecer que están presentes cuando en realidad no es así), sino que significa “estar aquí y ahora”, estar con y para el paciente (Mahoney, 2005). Esta intención, además de ser una de las competencias que mantienen el nivel técnico de la relación terapéutica, es relevante en la gestión del terapeuta como Perturbador Estratégicamente Orientado.

5. 1. 2. *Compromiso personal mutuo*

Desde el punto de vista técnico, lo que se busca es un acuerdo tácito de la relación que consiga un trabajo colaborativo en el proceso clínico, en favor de generar las condiciones para el cambio. Al respecto, Mahoney (2005) plantea que la esencia de la colaboración es distribuir las responsabilidades del cambio, posicionando a ambos participantes de la psicoterapia como agentes, pero por sobre todo, al paciente como principal agente del cambio. Según Yáñez (2005) el trabajo en conjunto es tal, que existe la sensación de que el cambio es autogestionado y no a partir de la acción del terapeuta.

En efecto, existe un compromiso personal mutuo, no autoritario, asociado al resultado de la psicoterapia y que marca la pauta técnica del funcionamiento de la terapia, es decir, las intervenciones y gestión del terapeuta brotarán desde la colaboración, y como diría Mahoney (2005), tallándose en el diálogo y la coordinación del emergente interpersonal. Algunas de las

condiciones para que se dé el compromiso es la apertura, disposición y disponibilidad, que tienen que ver con las responsabilidades que debe cumplir de manera tácita cada participante del proceso (Mahoney, 2005). La apertura significa estar atento a todo lo que pueda pasar, y a partir de ello manejar todas las variables posibles. Justamente, la apertura del paciente se da gracias a la esencia de la relación terapéutica constructivista, que invita a vivir nuevas experiencias (Mahoney, 2005). Desde el punto de vista del terapeuta la apertura es ver en perspectiva lo que sucede en el emergente interpersonal.

La disposición es una característica del terapeuta casi biológica, tiene que ver con experimentar, ser capaz de emocionarse (Yáñez, J., comunicación personal, 6 de enero de 2022), como plantea Mahoney (2005) ser capaz de aprender y sorprenderse.

Por último, la disponibilidad se refiere a la disponibilidad de ser-estar en el proceso, desde el punto de vista cognitivo el nivel de disponibilidad altera la disposición y la activación personal del terapeuta (Yáñez, J., comunicación personal, 6 de enero de 2022).

5. 1. 3. *Compasión*

La compasión es considerada el corazón de la relación terapéutica, con esta se ayuda a generar un contexto especial donde se puedan llevar a cabo experimentos que son esenciales para la vida del paciente (Mahoney, 2005). Asimismo, la compasión refleja la esencia del enraizamiento social del terapeuta y su capacidad simbólica para imaginar y respetar lo que la otra persona puede estar sintiendo (Mahoney, 2005). De esta manera, se invita a sentir emocionalmente durante la terapia, a abrirse a los sentimientos y reconocerlos, sobre todo a cultivar la compasión, amabilidad, cuidado, empatía (Mahoney, 2005). Es así que la compasión no solo se trata de intentar comprender al paciente de forma empática o amable, sino que trata de entender los ritmos psicofisiológicos del paciente -y los propios- alcanzando una sincronía tanto cognitiva como emocional entre los participantes del proceso. Esta sincronía se logra, según Yáñez (2005) gracias a la empatía, que es la condición técnica que permite la comprensión íntima y profunda del paciente y sus experiencias. Algunas de las actitudes del terapeuta para lograr esta sincronía son la intención de neutralidad,

abstinencia y receptividad, parte del encuadre terapéutico (Yáñez, 2005), y que como se comentó, ayudan a posicionarse en el marco de referencia del paciente, y que el diálogo discorra preferentemente a partir de los contenidos personales de este.

Asimismo, cabe resaltar que la sincronía puede verse desde al menos dos puntos de vista, en primer lugar, y en base a lo plantea Mahoney (2005) desde la compasión hacia estos ritmos, captando, reconociendo y estando presente ante aquellas dimensiones, esto como oportunidad para desafiar al paciente en los momentos oportunos, y de acuerdo con lo que este es capaz de tolerar. En palabras de Mahoney (2005) “los momentos de expansión y contracción se suelen alternar. Reconozca y respete la importancia de encontrar el momento adecuado” (p. 365).

En segundo lugar, desde el punto de vista de Yáñez (2005), en el que resalta la sincronía que se debe construir en el espacio terapéutico, entre ambos participantes, y que es necesario para las intervenciones del terapeuta. En ese sentido, se espera generar un espacio de intimidad lo suficientemente crítico para perturbar, esto se logra a través de lo ilocutivo y locutivo del terapeuta (Yáñez, 2005).

En síntesis, y recogiendo ambos puntos de vista, gracias a la condición de compasión el terapeuta se permite fluir entre las oscilaciones emocionales y cognitivas del paciente, en favor de su intervención, esta característica es lo que da nombre al terapeuta Constructivista Cognitivo como un estratégico orientado.

5. 1. 4. Intersubjetividad estratégica

El emergente interpersonal, siendo el resultado de la dinámica que se da entre las subjetividades del terapeuta y paciente, es el lugar en el que se producen las condiciones para el cambio, por tanto, resulta coherente posicionar la intersubjetividad terapéutica como uno de los requisitos para el actuar del terapeuta Perturbador Estratégicamente Orientado. La explicación parece simple desde la teoría interpersonal, Yáñez (2005) plantea que es en las relaciones interpersonales en las que el sujeto crece y se desarrolla, en la que va dejando

rastros o huellas de su identidad personal. En consecuencia, siempre que existe una interacción interpersonal, existe un efecto interpersonal, que puede ser a nivel consciente-explicito o inconsciente-tácito, siendo este último lo que sucede con mayor frecuencia. El efecto a nivel tácito es conceptualizado como efecto generativo o generatividad, y es definido como el cambio ineludible en el estado de la relación -intencional o no- como resultado de un acto asertivo (Yáñez, 2005). Según Yáñez (2005), el cambio se produce en las condiciones interpersonales de intensidad, permanencia, intimidad, proyección y progresión de la relación, es decir, en la expresión del compromiso interpersonal, en la constancia de la relación a través del tiempo, en el estado interpersonal contextual, en el pronóstico del futuro de la relación y en la acción de avanzar en la dinámica de la relación, respectivamente (Dobry, 2005).

Visto de esta forma, la generatividad, o sea, la característica interpersonal de que siempre en la relación terapeuta-paciente se produce algo (Safran y Muran, 2005; Safran y Segal, 1994), es utilizada por el terapeuta de forma estratégica, como una oportunidad intersubjetiva para intervenir. Esto es algo interesante de analizar, ya que el efecto interpersonal posiciona al terapeuta como un sujeto profundamente implicado en la relación, al mismo tiempo que está implicando desde afuera de la interacción, intencionando la configuración del ambiente intersubjetivo necesario para la realización de su función como Perturbador Estratégicamente Orientado.

VI. Discusión

En la presente investigación se analizaron las bases conceptuales de la caracterización del terapeuta Constructivista Cognitivo como un Perturbador Estratégicamente Orientado. A continuación, se realizará una revisión y discusión crítica de los principales hallazgos, que permita caracterizar la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, para luego finalizar con la propuesta de consideraciones terapéuticas para la operacionalización de esta función.

Mediante el análisis de la literatura que se encuentra a la base de la teoría clínica Constructivista Cognitiva, se observan distintos autores que desarrollan o mencionan la definición del terapeuta como un Perturbador Estratégicamente Orientado -principalmente desde los enfoques Posracionalista y Constructivista Cognitivo- encontrando al menos dos cualidades principales que se desprenden de la definición de este concepto. En efecto, esto permite inferir que un terapeuta que cumple con estas cualidades puede ser denominado como un Perturbador Estratégicamente Orientado.

En primer lugar, autores como Balbi (2008), Chacón (2010), Ruiz (2007) y Zagsmutt (2004) plantean que la principal característica del terapeuta para ser definido como Perturbador Estratégicamente Orientado, es que este es un **guía**. De acuerdo con estos autores (Balbi, 2008; Chacón, 2010; Ruiz, 2007 y Zagsmutt, 2004) esta función del terapeuta consiste en conducir al paciente -a través de sus intervenciones- hacia niveles más flexibles de su autoconciencia, esto en pasos graduales, de acuerdo a la propia capacidad del paciente.

De este modo, es posible inferir que la esencia de la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, se fundamenta en la epistemología constructivista -base de la teoría clínica Constructivista Cognitiva- que destaca el papel activo del organismo (Feixas y Villegas, 2000), bajo procesos de autoorganización, en los que sistemas complejos se mantienen y elaboran a sí mismos con el fin de mantener una coherencia interna equilibrada (Mahoney, 1997) a partir de sus sistemas de conocimiento (Yáñez, 2005). El principal efecto

que genera este cambio epistemológico sobre la caracterización del terapeuta es que este **solo puede conducir** hacia el proceso de cambio, o en palabras de Yáñez (2005) solo puede establecer las condiciones para el cambio. Esta inferencia, coincide con lo que plantea Chacón (2010) respecto que la diferencia fundamental del actuar del terapeuta como Perturbador Estratégicamente Orientado, es epistemológica. En efecto, el terapeuta no instiga al paciente a modificar sus creencias irracionales (epistemología positivista), sino que actúa bajo la dinámica del cambio humano, condición permanente del sujeto ante los desequilibrios que experimenta constantemente.

En segundo lugar, autores como Guidano (1990; 1994), Yáñez (2005) y León y Tamayo (2011) plantean que la principal característica del terapeuta en su función de Perturbador Estratégicamente Orientado es que este **utiliza las oscilaciones emocionales propias y del paciente** para intervenir y -por sobre todo- para crear la condición de perturbación al paciente. Esta perspectiva, por tanto, está focalizada en la utilización estratégica -que tiene el terapeuta- de la relación terapéutica, y destaca la atención constante que posee este sobre el emergente interpersonal.

De esto se deduce, que una de las condiciones del terapeuta para ejercer la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, es su posición de observador participante. Como se comentó anteriormente (véase apartado 5.1.3. Propiedad Orientada del Terapeuta), este es un concepto abordado por Safran y Segal (1994) para describir la posición que le permite al terapeuta sentir el influjo personal de la relación terapéutica, a la vez que observa la interacción de la que está siendo parte. En efecto, el terapeuta, al mismo tiempo que es parte de la relación terapéutica -y parte de las condiciones para el cambio- se encuentra fuera de la relación, estableciendo estas condiciones. Esto se puede analizar desde el punto de vista de lo que plantea Guidano (1990) y Yáñez (2005), respecto a la dificultad que implica para el terapeuta estar **constantemente atento** a las variaciones emocionales del emergente, y además, **utilizar técnicamente** la relación para la emergencia del cambio, por lo que, la función de Perturbador Estratégicamente Orientado requiere el compromiso y esfuerzo del

terapeuta, así como una formación clínica que ayude al profesional a prepararse para su operacionalización.

En función de lo planteado, la función de Perturbador Estratégicamente Orientado consistiría en guiar al paciente hacia el proceso de cambio a través de la intervención del terapeuta, intervención que se encuentra estratégicamente de la mano con el emergente interpersonal. Según lo observado en la literatura, Balbi (2008), Chacón (2010), Guidano (1990; 1994), Yáñez (2005) y Zagmutt (2004) plantean que la conducción que realiza el terapeuta es hacia la reorganización del sí mismo del paciente, a partir del desarrollo de actitudes de abstracción lingüística que permita significar la experiencia que se encuentra a la base de su malestar, y que se logra a partir del aumento de los niveles autoconciencia del paciente. Se concluye entonces que el objetivo de la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, es la **progresión ortogenética del paciente**, es decir, la complejidad de los sistemas de conocimiento del paciente como resultado de los cambios en la asimilación de la experiencia, producidos por la reorganización del sí mismo, posicionando como principal intervención de este papel la perturbación.

De acuerdo a lo observado en la investigación, Yáñez (2005) y Guidano (1990) describen la perturbación como las revelaciones asociadas al contenido patológico o defensivo asociado a la aparición de sintomatología del paciente y que genera un grado de discrepancia sobre el punto de vista que el paciente tiene de sí mismo, en el sentido que el paciente experimenta discrepancia cada vez que descubre aspectos antes ignorados de su funcionamiento. Sin embargo, al revisar las características del cambio humano, es posible plantear que el cambio es una condición permanente del sujeto ante las perturbaciones del medio, que le permite mantener o recuperar el equilibrio del sistema (Yáñez, 2005), por lo que, la naturaleza autoorganizativa del sujeto se debe a que este se encuentra constantemente perturbado. Se infiere, por tanto, que la cualidad del terapeuta Constructivista Cognitivo, específicamente, la función de Perturbador Estratégicamente Orientado tiene como resultado que el terapeuta **se vuelva otra instancia de perturbación para el paciente**, con la diferencia de que esta vez la instancia de perturbación está **técnicamente orientada**.

Resulta claro entonces, que esta función se encuentra fuertemente implicada en el cambio terapéutico, considerando la conceptualización de este. Como se revisó, Zagsmutt y Ferrer (2003) sugieren que parte de las condiciones que debe establecer el terapeuta para que se produzca el cambio terapéutico, consisten en llevar al paciente a experimentar eventos cargados emotivamente y crear un contexto de autorreferencialidad. Desde un punto de vista más completo, las condiciones se basan en provocar tensión a partir del nivel de discrepancia del sí mismo del paciente (perturbación de los fenómenos de borde) al mismo tiempo que se construye un contexto terapéutico óptimo para que se produzca la reorganización del sujeto. En ese sentido, esta función estaría mayormente implicada en el cambio profundo del paciente, ya que como se abordó anteriormente, este es el aumento de los niveles de autoconciencia del paciente, que le permite reorganizar los patrones de actitud y atribuir significado a la experiencia en curso consistente con la mantención de la coherencia del sí mismo (Guidano, 1987; Yáñez, 2005).

Ahora que se ha descrito y discutido la definición y características de la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, se pretende analizar la operacionalización de esta función. Como antecedente, es necesario tener presente que el lugar que ocupa la relación terapéutica es fundamental para la operacionalización de esta función. La literatura propone que la importancia de la relación terapéutica es que esta corresponde al contexto donde los procesos de negociación y creación tienen lugar (García-Martínez, 2014). Al analizar la conceptualización clínica del terapeuta desde varios enfoques clínicos como Psicoanálisis Freudiano, Psicoanálisis Relacional, Humanismo Existencial, Terapia Centrada en la persona, Terapia Sistémica Estratégica, Terapia Sistémica de Milán (véase apartado 4.1. Terapeuta: Conceptualización Clínica) es posible encontrar que la mayoría sostiene que la relación terapéutica es un elemento crucial a la hora de predecir la eficacia de la terapia, y que la gestión del terapeuta siempre debe estar orientada a mantener una buena alianza terapéutica (Boscolo y Bertrando, 2011; Corbella, 2020; Méndez, 2014; Pérez-Álvarez, 2019; Rogers, 1961; Sassenfeld y Moncada, 2006). Esta perspectiva es innegablemente apoyada

desde el enfoque Constructivista Cognitivo, sin embargo, la importancia que desde este enfoque se le entrega a la relación terapéutica, especialmente para la gestión de la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, no solo recae en “una buena relación con el paciente”, sino que en una serie de características o condiciones de la relación que permitirían la operacionalización de esta función, como por ejemplo: el acuerdo de interacción, el compromiso personal mutuo, la compasión y la intersubjetividad estratégica. Estas condiciones se proponen a partir del análisis de la literatura, y según lo que plantean Guidano (1987) y Mahoney (2005), se infiere que estas características relacionales permiten construir el contexto característico de la psicoterapia Constructivista Cognitiva; de exploración colaborativa, no autoritario, en el que terapeuta y paciente comparten la responsabilidad por los resultados terapéuticos.

En primer lugar, el acuerdo de interacción, que según Yáñez (2005) es el acuerdo que permite crear un contexto relacional estable, seguro y acotado en el tiempo a través del encuadre clínico. Desde este enfoque se proponen tres estados intencionales del terapeuta que complementan la regulación directa del encuadre clínico, estas son neutralidad, abstinencia y receptividad (Yáñez, 2005). Uno de los elementos que más se destaca de esta condición -especialmente para la función del terapeuta de Perturbador Estratégicamente Orientado- es que estos estados intencionales son fundamentales para **posicionarse en el marco de referencia del paciente**, ya que lo que se intenta lograr con estas actitudes es ofrecer disponibilidad emocional, cognitiva y sensorial al paciente, además de entregar una respuesta técnica acertada, que se encuentre enfocada en los contenidos personales del paciente.

Una segunda condición es el compromiso personal mutuo, que a partir de lo revisado es el acuerdo de colaboración que tienen ambos participantes del proceso terapéutico. Desde este punto de vista, la condición recae en que tanto terapeuta como paciente, deben posicionarse como participantes activos de la psicoterapia, y por sobre todo, el paciente como principal agente del cambio (Mahoney, 2005). En ese sentido, esta condición recae en la naturaleza epistemológica de la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, que

destaca la conducción y guía que realiza el terapeuta, y para la que es indispensable la colaboración tácita del terapeuta y paciente.

La tercera condición que se puede mencionar a partir de la literatura es la compasión, esta es una de las condiciones que más se destaca al momento de la operacionalización de esta función. Esto se explica a partir de lo que los autores plantean al respecto, Mahoney (2005) y Yáñez (2005) proponen que la compasión implica alcanzar una sincronía emocional y cognitiva con el paciente, mediante la comprensión de los ritmos psicofisiológicos de este. En efecto, el terapeuta está plenamente atento a los ritmos de la sesión, reconociendo los momentos oportunos de intervención, además intenta construir un espacio de intimidad lo suficientemente crítico para crear la condición de perturbación estratégica al paciente. De este modo, la condición de compasión permite al terapeuta cumplir con las características que lo definen como un Perturbador Estratégicamente Orientado, y específicamente, le permite captar los referentes emocionales, cognitivos y experienciales que propone Yáñez (2005), como consideraciones para la gestión de la función de Perturbador Estratégicamente Orientado. En función de lo planteado, el referente emocional incluye: en primer lugar, la inmersión emocional del paciente, manifestado en el espacio contextual de intimidad de la sesión, en este sentido, el paciente debe estar involucrado emocionalmente en el contenido abordado en la sesión. En segundo lugar, la adecuación contextual, que Yáñez (2005) divide, por un lado, en la adecuación física, referida a la pertinencia temporal de la intervención, es decir, en qué momento del proceso terapéutico y de la sesión realizar la intervención (por ejemplo, en la tercera sesión durante los primeros diez minutos). Por otro lado, la adecuación interpersonal, entendida como el estado y madurez de la relación terapéutica adecuada para la intervención terapéutica. Se infiere con esto que ambas adecuaciones -tanto física como interpersonal- son consideradas de manera simultánea por el terapeuta al momento de realizar su gestión como Perturbador Estratégicamente Orientado.

Por último, una cuarta condición es la intersubjetividad estratégica, referida a la característica interpersonal de que siempre en la relación terapéutica se produce algo (Safran y Muran, 2005; Safran y Segal, 1994); la generatividad de la relación. Ante esta cualidad, es

fundamental para la operacionalización de la función la propiedad orientada del terapeuta, en este sentido, orientar(se) sus intervenciones y distinguirse experiencialmente del paciente. Para esto, Yáñez (2005) y, Safran y Segal (1994) proponen que el terapeuta debe estar fluyendo constantemente en el interjuego entre centramiento-descentramiento, respecto del contenido del paciente abordado en la sesión, y entre los procesos de enganche-desenganche, respecto de sus propias respuestas emocionales experimentadas durante la sesión.

VII. Conclusión

La instalación del Modelo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile -que se establece como resultado de la emergencia del enfoque cognitivo y los aportes del constructivismo- resultan en la transformación de la noción de sujeto, por tanto, de la noción de psicoterapia y la caracterización de los participantes que se encuentran dentro de esta, siendo el terapeuta y el rol que cumple en la psicoterapia uno de ellos. En efecto, el terapeuta Constructivista Cognitivo se caracteriza por ser el encargado de establecer las condiciones para el cambio terapéutico, esto a través de la creación-aplicación de una metodología de intervención orientada a los procesos autoconscientes del paciente, en un contexto de compasión y contención. Según la literatura, el terapeuta desde este enfoque es denominado como un Perturbador Estratégicamente Orientado, función que lo diferencia de otros enfoques clínicos y que sin embargo ha sido poco estudiado desde el Modelo Constructivista Cognitivo.

En base a esto, el objetivo que se ha pretendido a lo largo de la presente investigación es analizar las bases conceptuales para la caracterización del terapeuta Constructivista Cognitivo como un Perturbador Estratégico Orientado, esperando con este análisis obtener mayor material bibliográfico y conceptual respecto a esta función, que permita la construcción de un marco teórico sobre el tema -esencial para futuros estudios- y la propuesta de consideraciones terapéuticas para su operacionalización.

De este modo, mediante la revisión bibliográfica sobre el tema, es posible concluir que la función de Perturbador Estratégicamente Orientado se caracteriza por ser una serie de acciones y actitudes del terapeuta Constructivista Cognitivo, que tienen como objetivo la progresión ortogenética del paciente, en otras palabras, está fuertemente implicada en el cambio terapéutico profundo del proceso clínico. En esta función, el terapeuta actúa como guía hacia la complejidad de los sistemas de conocimiento del paciente, a través del establecimiento de la condición de perturbación que logra utilizando estratégicamente las oscilaciones emocionales del emergente interpersonal.

Por ende, las principales características que reúne el terapeuta de este enfoque para ser denominado como tal, es en primer lugar, su naturaleza constructivista, que en la práctica se manifiesta en que el terapeuta está constantemente *conduciendo* al paciente hacia la integración y reorganización del sí mismo. En segundo lugar, su posición de observador participante, particularidad que en términos prácticos ayuda al terapeuta a intervenir *utilizando estratégicamente* la relación terapéutica.

Se puede complementar a la caracterización de la función de Perturbador Estratégicamente Orientado, que el terapeuta Constructivista Cognitivo se vuelve otra instancia de perturbación para el paciente -de acuerdo con las características del cambio humano- con la singularidad que esta perturbación se encuentra técnicamente orientada y en un contexto terapéutico seguro, que el terapeuta construye previamente.

Lo anterior, permite confirmar la complejidad y demanda que implica para el terapeuta cumplir con esta función, en el sentido que este debe estar constantemente atento a las oscilaciones emocionales de la sesión y del proceso, al mismo tiempo que está experimentado estas fluctuaciones, y simultáneamente interviniendo de forma adecuada para crear la condición de perturbación y establecer las condiciones del cambio. Por lo mismo, resulta urgente reflexionar respecto a esta función y las consecuencias que pueda generar en la salud mental de los profesionales, así como las instancias que podrían contribuir al autocuidado del profesional Constructivista Cognitivo; como una formación orientada al fortalecimiento de competencias o herramientas acordes a la gestión de la función o la implementación de espacios de supervisión dirigidos específicamente al trabajo de esta función.

Bajo esta misma reflexión, se proponen a continuación algunas consideraciones para la operacionalización de la función de Perturbador Estratégicamente Orientado:

1. Espacio contextual de intimidad. Previo a la generación de un espacio de intimidad, y asumiendo que existe una relación y alianza terapéutica estable y segura, se propone que el terapeuta permanezca en los estados intencionales de neutralidad, abstinencia y receptividad, estos -como se ha visto anteriormente- permiten posicionarse en el marco de

referencia o condición de autorreferencialidad del paciente. Una vez establecida esta condición, el terapeuta debe estar atento a la inmersión emocional plena del paciente, generando un espacio de intimidad con este, es decir, el paciente debe estar involucrado emocionalmente con el contenido que se esté abordando. Algunos elementos del terapeuta que facilitan esta inmersión pueden generarse a través de los actos locutivos e ilocutivos del terapeuta.

2. Contingencia contextual de la perturbación. En relación con el referente emocional anteriormente abordado, existe una adecuación física e interpersonal para la creación de condición de perturbación. En este sentido, existe un momento oportuno para intervenir, donde se ha creado un escenario lo suficientemente movilizador (consideración de espacio contextual de intimidad).

La intervención del terapeuta debe ser contingente temporalmente, debe instaurarse en un momento oportuno del proceso terapéutico y de la sesión como tal (adecuación física). Asimismo, debe realizarse en un estado y madurez de la relación terapéutica adecuada para crear la condición de perturbación (adecuación interpersonal). Si este tiempo oportuno caduca, es apropiado que el terapeuta nuevamente establezca sutilmente el escenario para intervenir, idealmente el mismo escenario que se dio en algún momento. En efecto, es menos contingente que la sesión pasada, pero más contingente que en la próxima sesión.

3. Contingencia temática de la perturbación. El contenido de la intervención de perturbación es importante, debe ser respecto a un tema que sea movilizador para el paciente. Por tanto, se requiere la necesidad de conocer y estar inmerso en la vida del paciente y su mundo, para ello es necesario prestar atención al relato del paciente; distinguir si es un relato superficial o profundo, asimismo, tener conocimiento sobre el sentido y significado que atribuye el paciente a los contenidos expuestos.

4. Interjuego enganche-desenganche. Lo que diferencia la intervención del terapeuta de las perturbaciones naturales a las que está expuesto el paciente, es que la tensión que instala el terapeuta está técnicamente orientada. Para que esto ocurra, se propone como condición la posición de Observador Participante que adopta el terapeuta.

Una vez tomada esa posición, antes de intervenir el terapeuta debe desengancharse respecto de sus propias respuestas emocionales experimentadas durante la sesión. Esto permite orientar la intervención en el marco de referencia del paciente y no movilizarse por sus propias respuestas, en otras palabras, permite entregar una respuesta técnica acertada.

Por último, se espera que esta investigación incentive futuras investigaciones sobre la función del terapeuta como un Perturbador Estratégicamente Orientado, orientadas al estudio de distintos elementos asociados a la función, y que se han visto a lo largo de la presente investigación. Además se espera que el presente trabajo ayude a la construcción de un marco teórico para investigaciones empíricas sobre la función de Perturbador Estratégicamente Orientado en la práctica clínica, su operacionalización y los efectos para el Terapeuta Constructivista Cognitivo.

Referencias

- Arias, W. (2015). Carl R. Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Avances en Psicología*, 23(2), 141-148.
- Balbi, J. (1997). El proceso terapéutico en la terapia cognitiva posracionalista. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 381-398). Ediciones Paidós.
- Balbi, J. (2008). Epistemological and theoretical foundations of constructivist cognitive therapies: Post-rationalist developments. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 1 (1), 15-27.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2011). La terapia sistémica de Milán: Historiografía, actualizaciones y traducciones (F. Gálvez, Trad). En Roizblatt, A. S. *Terapia familiar y de pareja*. Mediterráneo, 2da Edición.
- Caro, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: Modelos básicos. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 37-52). Ediciones Paidós.
- Caro, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: Una comparación desde la diferencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 115-131.
- Chacón, H. (2010). Estudio: El terapeuta como perturbador estratégicamente orientado [Tesis de Magíster. Universidad de Chile].

- Corbella, S. (2020). El psicoterapeuta en el proceso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 91-103.
- Cormier, W. y Cormier, L. (2009). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Editorial Descleé De Brouwer.
- Cruz, J. (2009). Enfoque estratégico y formación de terapeutas. *Terapia Psicológica*. 27(1), 129-142.
- Dowd, E. (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 25-35). Ediciones Paidós.
- Dobry, C. (2005). Estudio de las competencias del psicoterapeuta constructivista cognitivo desde la perspectiva de la asertividad reformulada [Tesis de Pregrado. Universidad de Chile].
- Duarte, J. (2012). Aportes desde la intersubjetividad y la identidad narrativa para la psicoterapia constructivista cognitiva: La terapia como un marco para la construcción y deconstrucción de historias [Tesis de Magíster. Universidad de Chile].
- Ellis, A. y Bernard, M. (1990). ¿Qué es la terapia racional-emotiva? En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional-emotiva* (pp. 19-46). Editorial Descleé de Brouwer.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000), *Constructivismo y Psicoterapia*. España: Ed. Descleé de Brouwer, S.A.
- Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Editorial Herder.
- Franks, C. (1998). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: Una revisión conceptual. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta* (pp. 3-26). Siglo Veintiuno de España Editores.

- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En J. Strachey (Comp.), *Obras completas de Sigmund Freud* (pp. 107-119). Amorrortu Editores.
- Galdames, M. (2015). El proceso de enganche y desenganche del terapeuta en el curso de la psicoterapia: Hacia el descubrimiento terapéutico [Tesis de Magíster. Universidad de Chile].
- García-Martínez, J. (2014). ¿Existe la terapia cognitiva? Una reflexión sobre los modelos de psicoterapia centrados en el trabajo con elementos de conocimiento. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 5-30.
- Greenberg, L., Rice, L. y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Ediciones Paidós.
- Guidano, V. (1987). *La complejidad del sí mismo: Un enfoque evolutivo de la psicopatología y de la psicoterapia*.
- Guidano, V. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad: La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia* 1 (2-3), 113-129.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Ediciones Paidós, Barcelona.
- Guzmán, M. (2012). Competencia de la bifocalidad psicoterapéutica: Una nueva propuesta para la psicoterapia constructivista cognitiva aplicada a la exploración experiencial [Tesis de Pregrado. Universidad de Chile].
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Ediciones.
- Kuhne, W. (2004). Integración del modelo psicoterapéutico cognitivo. *Revista de Psicología de la Universidad Bolivariana* (1-2), 1-10.

- León, A. y Tamayo, D. (2011). La psicoterapia cognitiva posracionalista: Un modelo de intervención centrado en el proceso de construcción de la identidad. *Katharsis*, 12, 37-58.
- León, R. (2015). Estudio exploratorio sobre el proceso de construcción de identidad personal profesional en terapeutas constructivistas-cognitivos [Tesis de Magíster. Universidad de Chile].
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia Psicoanalítica. *Revista CES Psicología*, 10(1), 83-98.
- Maturana, H. (1997). *La objetividad: Un argumento para obligar*. Dolmen Ediciones S.A.
- Mahoney, M. (1988). Psicoterapia y procesos de cambio humano. En M. Mahoney A. Freeman, *Cognición y psicoterapia*. (pp. 25-72). Ediciones Paidós.
- Mahoney, M. (1997). El estado de la cuestión en la psicoterapia constructiva. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 399-410). Ediciones Paidós.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructiva: Una guía práctica*. Ediciones Paidós.
- Méndez, M. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: Las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación “yo-tú” en psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 171-180.
- Méndez, M. (2021). Contratransferencia, autenticidad, y autodevelación del terapeuta: Aproximaciones desde el psicoanálisis relacional y la psicoterapia humanista-existencial. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 79(155), 437-465.
- Muñoz, M. (2019). El uso del humor en la praxis de la psicoterapia constructivista cognitiva; Una perspectiva desde el psicoterapeuta [Tesis de Magíster. Universidad de Chile].
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio: Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Editorial Herder.

- Neimeyer, R. (1992). Hacia una integración teóricamente progresiva de la psicoterapia: Una contribución constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 3(9), 23-48.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14.
- Quiñones, A. (2008). Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 37-47.
- Quiñones, A. y Ugarte, C. (2019). Investigación del estilo personal del terapeuta post-racionalista: Una revisión. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 7-15.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Ediciones Paidós.
- Ruiz, A. (2007). La psicología y la psicoterapia cognitiva post-racionalista: Aspectos teóricos y clínicos. *XV Congreso Mexicano de Psicología. Hermosillo, Sonora*.
- Safran, J. y Muran, C. (2005). *La Alianza Terapéutica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Safran, J. y Segal Z. (1994). *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Ediciones Paidós.
- Sassenfeld, A. y Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 15(1), 89-104.
- Watson, J. (1913). La psicología desde el punto de vista del conductista. *The Psychological Review*, vol 20, 158-177.
- Yáñez, J. (2005). Constructivismo Cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia [Tesis de Doctorado. Universidad de Chile].
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V., y Vergara, P. (2001). Hacia una metateoría constructivista cognitiva de la psicoterapia. *Revista de Psicología*, 10(1), 97-110.

- Vergara, P. (2011). El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal [Tesis de Magíster. Universidad de Chile].
- Zagmutt, A. y Ferrer, M. (2003). Los trastornos de la alimentación. En C. Nabuco y M. Roso (Ed.), *Psicoterapias Cognitiva e Constructivista. Novas Fronteiras da Prática Clínica*. (Capítulo 14, p. 167).
- Zagmutt, A. (2004). La técnica de la Moviola: La metodología autoobservacional en el Constructivismo Posracionalista. En C. Abreu y H. Guilhardi (Ed.), *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental, Práticas Clínicas*. Cap. 52, pp 459.
- Zagmutt, A. (2006). La Terapia Cognitiva Posracionalista: un salto integrador en el Cognitivismo en Psicoterapia. Conferencia de IV Congreso Mundial de Psicoterapia. Bs.As. Argentina.
- Zagmutt, A. (2009). La evolución de la noción de mente y sus efectos en el desarrollo de la terapia cognitiva chilena. *Psicoperspectivas*, 8 (1), 70-92.