

# SABER A DÓNDE MIRAR: LA ATENCIÓN EN LA ENSEÑANZA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA

Esteban Laso Ortiz

Universidad de Guadalajara / Instituto Tzapopan, Guadalajara, México.

estebanlaso@gmail.com

*This text presents a vision of psychotherapy which seeks to illuminate his teaching and his practice transcending the various theoretical approaches. So it appeals to a philosophy of the act according to which what is taught and learned in therapy, what distinguishes beginners expert therapists, is their ability to guide, support and redirect the attention in the direction of the change. Outlines the foundations of this philosophy of the Act, three levels of therapeutic practice that is deducted from it and some suggestions to improve the training of future therapists.*

Keywords: *Psychotherapy, care, human action*

---

## Introducción

La psicoterapia ocupa, sin lugar a dudas, un espacio *sui generis* en el conjunto de las profesiones; un espacio que ya su primer nombre “oficial”, *the talking cure*, dejaba entrever (Freud, 2007a, 2007b). El médico que aprende a interpretar una radiografía o hacer una incisión, el arquitecto que descubre cómo proyectar un edificio y el ingeniero que entiende cómo calcular las fuerzas que afectarán a un puente están aprendiendo a realizar actos que no tienen equivalentes en la vida cotidiana y profana. Concomitantemente, la ingeniería, la medicina y la arquitectura son vistas no como meras extensiones del sentido común sino como disciplinas de pleno derecho, territorios del saber en los que el profano no puede ni debe incursionar sin una prolongada preparación previa.

En cambio, el estudiante de psicoterapia no debe aprender a hacer algo ajeno a su vida diaria sino a hacer *de forma diferente* algo que (es de esperar) ya domina: *el arte del diálogo*. Y, por consiguiente, la psicoterapia es vista por buena parte de los no iniciados (sobre todo en sociedades poco “psicologizadas”) no como una disciplina en sí misma sino como una forma sofisticada de sentido común. Es relativamente frecuente escuchar de boca de un consultante primerizo preguntas del

estilo de “y entonces ¿aquí sólo vamos a *hablar?*”; seguidas, en ocasiones, de la apostilla “y eso ¿de qué me va a servir? Hablo con personas todo el día...” Daría la impresión de que este “sólo hablar” es demasiado poco, demasiado parecido a lo que se da en la cotidianidad como para tener eficacia. Y sin embargo, la tiene, como lo demuestran décadas de investigación (Wampold, 2001; Beutler, Norcross y Levant, 2006). Cuando el interpelado replica “sí, usted conversa todos los días, pero no *como vamos a hacerlo aquí*”, dice la verdad –por pequeña que parezca la diferencia.

Podría suponerse que, en la medida en que el aprendiz de psicoterapia *ya sabe* participar de un diálogo, su proceso de aprendizaje será más sencillo, breve y directo. Nada más opuesto a la verdad. Porque en la mayoría de casos su saber previo se interpone en las conversaciones dificultando el aprendizaje. Es muy difícil no responder al casi ubicuo “doctor, ¿qué hago?” con un consejo –por más que venga disfrazado de “sugerencia” o “tarea intersesión”. La tentación es muy fuerte: todo el que haya supervisado las primeras sesiones de un terapeuta en ciernes puede dar fe de ello.

Generalizando, es difícil no internarse por los senderos trasegados del sentido común. Y lo primero que debe hacer el supervisor es poner a sus estudiantes al tanto de esta tentación e insistir en que aprendan a reconocerla, acogerla –y resistirla. Pues si no lo hacen, si no adquieren esta crucial destreza, mezcla de autoconsciencia y autodominio, no podrán avanzar a los aspectos más complejos del arte de favorecer el cambio.

En consecuencia, la primera tarea de quien imparte psicoterapia es *conseguir que sus estudiantes se presten atención a sí mismos, y en particular a sus potenciales extravíos e intenciones, mientras conducen una conversación terapéutica*. Esto es, *reorientar su atención en una dirección que amplíe su autoconsciencia momento a momento*. Es sobre esta autoconsciencia que se levantan las demás destrezas y técnicas propias de los diversos enfoques de la psicoterapia.

Esta primacía de la atención trasciende los enfoques teóricos que han fragmentado a la disciplina desde sus inicios<sup>1</sup>: sin importar su teoría preferida, el terapeuta que no sabe atenderse a sí mismo en el curso de la conversación termina abrumado, confuso o irritado. Puede servir, por tanto, como atalaya para proponer una perspectiva de la práctica y el aprendizaje del arte de hacer terapia más allá de enfoques y teorías. A continuación se esbozan diversas facetas de esta perspectiva atencional, cada una seguida de breves recomendaciones para la enseñanza.

### **Atención y diálogo terapéutico: psicoterapia más allá de los enfoques teóricos**

Despojada de sus particularidades teóricas y contextuales, la psicoterapia es en esencia *un intercambio orientado al cambio positivo* de una de sus partes (Cf. Frank y Frank, 1993; Bateson y Ruesch, 1965; Villegas, 1996). Qué sea o no “positivo”, de qué manera se suscite este intercambio o cuáles sean sus contenidos

es indiferente: toda psicoterapia consiste en un encuentro, único o repetido, entre dos o más circunstantes, uno de los cuales tiene la responsabilidad socialmente sancionada de favorecer una mejoría; razón por la que los demás han acudido a demandar ayuda para un problema, malestar o queja, en el que todos se turnan aportando y escuchando opiniones, emociones, descripciones u órdenes. Este intercambio toma casi universalmente la forma de un *diálogo* salpicado de ejercicios, tareas, experimentos o intervenciones. Y quien debe conducir este diálogo, de una u otra manera, es el terapeuta. Lo que no significa que haya de imponerse autoritariamente: sólo que es su responsabilidad asegurarse de que resulte provechoso y aproxime a los consultantes a un estado más satisfactorio.

Este diálogo puede metaforizarse (siguiendo a Keeney, 1992) como un paseo por una galería de arte donde cada tema corresponde a una sala y cada viñeta, anécdota u opinión a un cuadro. La terapia empieza con la visita a una “sala del problema” repleta de cuadros de ira, malestar, incomodidad o perplejidad. Y si bien la sala y la galería pertenecen a la familia o el consultante, *el terapeuta ha de erigirse en el guía de la visita*. Es él quien ha de seleccionar aquel de entre todos los cuadros que ofrezca más posibilidades de sacar a los consultantes de la sala del problema y llevarlos a la “sala de la salud”.

En esta selección juega un papel indiscutible la teoría preferida del terapeuta: si es cognitivo, por ejemplo, hará hincapié en el cuadro “Creencias empobrecedoras”, si sistémico, en “Triangulación perversa” o “Fronteras mal definidas”. Mas para poder ponerla en práctica debe empezar por prestar atención interesada y gentil a los indicios que la alimentan en el discurso del consultante. Los cuadros de los consultantes incluyen innumerables detalles, cada uno de los cuales permitiría abrirse a nuevas galerías más cercanas a la resolución (al menos según la teoría en cuestión); detalles que a los consultantes se les pasan desapercibidos *hasta que el terapeuta los invita a mirar más de cerca*.

En otras palabras, el terapeuta va siguiendo el discurso del consultante, rastreándolo en pos de “aperturas”, oportunidades para conducirlo en direcciones más positivas. A este proceso externo le acompaña uno interno: el terapeuta repara en sus propios cambios experienciales a medida que escucha al cliente —en la esperanza de que reflejen los de éste (Laso, 2009). Es en el panorama interior donde se apoya para identificar las aperturas y obstáculos en el diálogo. Por ende, hacer psicoterapia requiere aprender a atender de un modo especial y poco común<sup>2</sup>: a mantener una atención dividida, pero uniforme y constante, entre lo exterior y lo interior.

La contraparte de esta disciplina atencional del terapeuta es la necesidad del paciente, poco obvia para éste, de explorar zonas vírgenes de su experiencia o conducta. Librado a su aire se atascaría en los mismos lugares comunes que ha frecuentado hasta la saciedad. Su acción tropieza con los mismos obstáculos *porque sigue prestando atención a los mismos aspectos* que aseguran la repetición de

patrones *e ignorando otros* que facilitarían su modificación (cf. Mahoney, 2005).

En esto radica la diferencia entre la conversación terapéutica y las de la vida cotidiana: los terapeutas prestamos atención a aspectos subsidiarios del discurso de los consultantes y los amplificamos con el fin de alterar la *Gestalt*. En último análisis, toda intervención nace en una reorientación de la atención, primero del terapeuta y luego de sus consultantes. Y más generalmente, *todo cambio de la acción empieza siempre como una reorientación de la atención*.

Para extender y precisar las anteriores reflexiones hay que formalizarlas enmarcándolas en una *filosofía de la acción*. Vincularla con el acto psicoterapéutico permitirá entender sus implicaciones trascendiendo los enfoques teóricos.

### **Vida, mente y futuro: bosquejo de una filosofía de la acción**

La filosofía del acto que aquí se resume profundiza las propuestas de dos textos anteriores, uno centrado en los tres elementos esenciales del cambio narrativo (Laso, 2006) y otro en la estructura de la consciencia humana (Laso, 2011). Combina el aspecto dialéctico de la “lógica de la acción” de Polanyi (1958) con la organización jerárquica de los niveles del aprendizaje de Bateson (1991), la anticipación como núcleo de toda actividad de Kelly (1955) y la comprensión procesual de la vida de Maturana y Varela (1973). A diferencia de la teoría de von Mises (1963) no se aplica únicamente a la acción *racional*; a diferencia de la de Luckmann (1992, a su vez derivada de Schutz, 1967) no se limita a la acción *social*. Pretende, en definitiva, redefinir el fenómeno de la vida en términos de la acción orientada a fines.

Pensemos por un momento en lo que significa “vivir” para cualquier organismo. Es, en esencia, *ejecutar acciones*: secuencias de movimientos, interacciones con el entorno (o con diversos aspectos de sí mismo), que se repiten rítmicamente siguiendo patrones globales anidados en relaciones de medios-a-fines. Las más básicas de ellas constituyen la primera característica de la vida, el *metabolismo*: respirar, por ejemplo, es una acción “automática” –es decir, que no supone consciencia ni voluntad– que realizamos en promedio 13 veces por minuto. Las acciones metabólicas, como todas, se organizan a partir de una relación medios-fines, en su caso homeostáticas: cuando la proporción oxígeno/CO<sub>2</sub> pasa de cierto umbral, se dispara el reflejo respiratorio, expandiendo el diafragma y facilitando el ingreso de aire.

Las acciones metabólicas están anidadas dentro de otras, de más largo plazo y mayor flexibilidad –es decir, mayor número de variables en juego que deben ser reguladas; acciones como desplazarse, cazar, comer, dormir, aparearse, trabajar, etc., que constituyen la segunda característica de la vida<sup>3</sup>, destinadas a asegurar la transferencia de propiedades a las crías para que puedan participar en el concurso evolutivo.

Cada una de estas acciones tarda un cierto tiempo y se repite luego de cierto

tiempo dando lugar a un ritmo adaptado a los ciclos del entorno. En consecuencia, *el acto mismo de vivir se puede definir operacionalmente como un orden anidado de acciones que, a la manera de cajas chinas, interactúan y se codeterminan entre sí para acoplarse al entorno y así mantenerse en funcionamiento (metabolismo) y asegurar una descendencia (evolución).*

Esta perspectiva dinámica tiene varias implicaciones; por ejemplo, que lo que compete por la supervivencia, lo que es seleccionado por el “algoritmo evolutivo”<sup>4</sup>, no es propiamente el organismo *per se* sino *el conjunto de acciones de que es capaz* dados su genotipo y fenotipo –que se entienden como *restricciones* de dicho conjunto de acciones<sup>5</sup>, o que el clásico concepto de “homeostasis” debe reformularse para incluir una cierta teleología<sup>6</sup>. Sin embargo, la que interesa en relación con la psicoterapia es que *la vida misma, y por ende toda acción, se organiza en torno a la anticipación de un escenario futuro que se intenta evitar o conseguir*. Para un ser vivo, pasado y presente son puertas para asomarse al futuro; su acción se orienta no en términos de lo que ha ocurrido, ni siquiera de lo que está ocurriendo, sino de lo que éste ha aprendido a, o evolucionado para, esperar que ocurra.

Un buen ejemplo lo constituye un acto reflejo. Normalmente entendemos un reflejo como una *respuesta* automática e involuntaria a un estímulo específico: las pupilas se reducen ante la luz, la mano se aleja del calor. Creemos, por ende, que puede explicarse como efecto de *un suceso pasado*. Pero esto se debe a que lo contemplamos por fuera de su historia evolutiva. Al incluirla se evidencia que el reflejo de un organismo actual es el resultado de una selección en la cual sus antecesores salieron favorecidos frente a sus competidores debido a que (simplificando) aquel les permitió evitar la extinción o aumentó sus posibilidades de reproducirse. Y lo hizo no porque respondiera a un estímulo pasado sino porque *preparó al organismo para su más probable continuación futura*. (No quitamos la mano porque el agua esté hirviendo sino *para evitar quemarnos*).

El reflejo se orienta no hacia el estímulo sino hacia su más probable continuación –a juzgar por la historia evolutiva de los antecesores del organismo; encierra por ende una anticipación tácita, un escenario posible de gran importancia para el cual el organismo ha de prepararse. Es una “teoría encarnada”<sup>7</sup>, un abalanzarse activamente a un mañana inminente y crucial. El estímulo, por su parte, tiene significado para el organismo sólo en la medida en que sirve de *señal* de dicho escenario: no *causa* el reflejo sino que alerta al organismo del probable futuro que se le avecina y ante el cual ha de desplegar una línea de acción eficaz cuyo primer paso es el reflejo. *El organismo en sí es causa de su acción*.

### **La función atencional: preparando el terreno de la acción**

Así, a cada instante se abre delante de un organismo una infinidad de posibles escenarios futuros con sus repertorios de acción concomitantes. Éste debe diferenciar los estímulos importantes de los accesorios, emparejarlos con su escenario más

probable, elegir la acción más pertinente y llevarla a término sin ignorar en el ínterin nuevos estímulos que podrían señalar la aparición de otro escenario. Todo esto se reduce a la *selección* en distintos ámbitos: de un estímulo, un escenario, una acción o un movimiento. La selección es la esencia de la función atencional, que puede descomponerse en tres elementos (Posner y Fan, 2001):

- Orientación: se elige de entre la infinidad de estímulos sensoriales uno (asociado con un futuro probable dado) en torno al cual organizar la conducta;
- Control ejecutivo: toda conducta consiste en una secuencia ordenada de movimientos que pueden adaptarse al entorno para facilitar su objetivo. La ejecución de esta secuencia requiere *control*, esto es, elegir de entre un repertorio de movimientos posibles el más apropiado y mantener dicha elección pese a las distracciones; y
- Alerta: si surge un estímulo que sugiera un cambio importante del futuro que se ha anticipado, el organismo debe interrumpir su acción, revertir su elección y reorientarse hacia una nueva conducta.

Así pues, la atención es el reflector que empleamos para enfocar un estímulo, y la subsecuente acción, la mano con que aferramos el futuro que de él deducimos. *Toda acción está anticipada, canalizada y ejecutada por medio de la atención.*

Es a través de estas anticipaciones, casi siempre tácitas, que el consultante “prepara el terreno” para que se manifieste su síntoma o problema –o, como diría Erickson, que se pone en el “trance sintomático”<sup>8</sup>. En la teoría cognitiva se las llama “pensamientos automáticos”<sup>9</sup>, en la terapia enfocada en las emociones, “esquemas emocionales”<sup>10</sup>, en la teoría sistémica, “patrones comunicacionales”<sup>11</sup>, etc.; pero, en suma, son predisposiciones a actuar de determinada manera surgidas de la previsión, frecuentemente evitativa, de un escenario futuro –que terminan induciendo dicho escenario.

### **Características de la demanda terapéutica**

Desde esta pragmática perspectiva, *todos* los problemas, quejas, desórdenes o trastornos de que se ocupa el terapeuta se reducen a dos posibilidades: o bien pasa algo que no debería, o bien no pasa algo que debería<sup>12</sup>. Además, este apartarse del “debería” acaece más de una vez –hasta adquirir, eventualmente, cierta regularidad<sup>13</sup>. De no repetirse se quedaría en la anécdota; tras darse algunas veces comienza a parasitar la consciencia de los consultantes apropiándose de sus anticipaciones y orientando su atención –lo que genera una “visión de túnel” que hace más probable su reaparición<sup>14</sup>.

Mas ¿según quién “debería” o “no debería”? Según cualquiera de los involucrados en la “red del problema”, compuesta por todos los que se comunican en torno a, y por medio de, la acción problemática<sup>15</sup>, incluyendo a quien la ejecuta. Hasta que la discrepancia entre ser y deber ser no es detectada, comunicada y

valorada, y por mucho que se repita, la acción o ausencia de acción no pasa de una incomodidad o malestar. Es cuando alguien dictamina que no debería ocurrir que se transmuta en un “problema”, “trastorno” o “queja”. Es decir, *es la segunda acción, la valoración crítica, lo que hace de la primera el problema*. Pues pensar, sentir o decir “esto no es lo que tendría que darse” *es también actuar*.

Más precisamente, *es el consultante* quien, identificándose por entero con la segunda acción, cree que la primera “es” el problema; el terapeuta, que goza de mayor perspectiva, comprende que “el problema”, si así puede llamársele, surge de la relación dialéctica entre ambas acciones. Si se cree a pies juntillas la valoración implícita en la segunda acción concluirá que “la solución” estriba en reducir la frecuencia o la intensidad de la acción “no deseada” (o aumentar la intensidad o frecuencia de la deseada y ausente). Pero esto es muy poco frecuente. Lo usual es que proceda a una nueva acción consistente en “redefinir la demanda” a través de un debate con uno o más de los interlocutores, aprovechando su autoridad derivada en parte de su prestigio y el de su profesión y en parte de la necesidad o urgencia de sus consultantes<sup>16</sup>.

Esto implica convertir la queja, estereotípica, desresponsabilizadora y vaga, en una *demanda* abierta a un cambio que dependa de uno o más de los circunstancias y que se pueda constatar con precisión; lo cual altera la relación entre la acción problemática y la valorativa e, idealmente, comienza a disolver su interdependencia colocando la atención de los consultantes en una senda menos recursiva.

Por tanto, no es el cese del síntoma la única forma de éxito terapéutico –aunque sea la más usada para medirlo. Se puede argumentar incluso que centrarse exclusivamente en la desaparición del síntoma (que Kelly, 1958, llamara “cambio de polo”) predispone a la persona a una recaída abrupta en cuanto éste amenace con volver: el paciente se vigila constantemente en pos de indicios del síntoma, lo que aumenta su ansiedad desorganizando su conducta y haciendo más probable que, efectivamente, recaiga. Desde una perspectiva de la acción, la terapia ha sido exitosa cuando disuelve la relación síntoma-valoración aumentando la autonomía del consultante.

### **Características de la acción terapéutica**

Todas las escuelas, de uno u otro modo, coinciden en apartarse del síntoma hacia factores más “profundos” o “decisivos”. Por ejemplo, los terapeutas cognitivos se esmeran en que sus pacientes pasen de referir y observar los actos o episodios sintomáticos a verbalizar sus pensamientos automáticos y eventualmente a debatir sus creencias nucleares, desarrollando “destrezas” que trasciendan la mera ausencia de malestar (Beck, 1995). Los sistémicos buscan cambiar la “epistemología” de la familia, de intrapsíquica a relacional (Hoffman, 1981) o modificar su estructura (Minuchin, 1979). Los conductistas prefieren reforzar una conducta alternativa a “castigar” la sintomática (Jena, 2008). Los narrativos contribuyen a crear una

“narrativa alternativa” que sustente una identidad *sin* el problema (Payne, 2002). Los guesálticos entienden el síntoma como un ciclo experiencial no cerrado y buscan integrar las polaridades que le subyacen (Brownell, 2010).

Para lograrlo, el terapeuta *siempre empieza por reconducir la atención*, primero la suya y después la de los consultantes, hacia dichos factores más “profundos” o “importantes”. Tras verter los datos de las narrativas e interacciones de los pacientes en el molde de su experiencia del diálogo y su orientación teórica fragua un abordaje y se lanza a aplicarlo. La atención le permite “analizar” la acción problemática o la valorativa en sus partes componentes, vincular cada una con sus antecedentes y consecuencias, y volverla a armar enfatizando una parte antes velada o ignorada en la que se cifra la esperanza del cambio y que se amplifica a través de la atención sostenida y guiada a través del diálogo. La terapia está compuesta de sucesivos análisis y síntesis de episodios cada vez más abarcativos y trascendentales.

Por tanto, aprender a hacer psicoterapia implica no sólo aprender a conducir estas secuencias de análisis y síntesis sino a sostener el proceso entre una y otra atendiendo a la calidad de la relación, marcando un objetivo que sirva de norte y valorando continuamente la distancia que media entre éste y la situación actual.

### **Niveles de práctica: para qué sirven las teorías**

Como he apuntado, este proceso de análisis, reorientación atencional y síntesis requiere de una comprensión empática canalizada por un trasfondo teórico más o menos explícito, flexible, claro y sujeto a crítica. Dicho trasfondo aporta básicamente dos elementos: una noción del “qué sucede” en cada caso determinado y otra del “cómo” abordar dicho caso. Ambos elementos se reducen a sendas anticipaciones plasmadas en tres niveles anidados de abstracción indispensables para el aprendizaje correcto del arte de la terapia<sup>17</sup>:

1. Macro: la “metáfora de la mente” (Laso, 2009) básica de cada teoría de la que se deriva el “círculo argumentativo” al que apela para iluminar toda situación. Por ejemplo, el psicoanálisis freudiano ve la mente como un almacén de borboteante energía pulsional y explica todo síntoma como efecto de la represión; la teoría cognitiva estándar la ve como una computadora y entiende el síntoma como producto del procesamiento defectuoso de la información, etc. Gracias a este nivel el terapeuta puede hacer anticipaciones de largo alcance pero poco calado (“eventualmente encontraré un deseo reprimido”) útiles sobre todo al principio de un proceso, en los “puntos muertos” (entre un objetivo o episodio concreto y otro) y cuando surge una situación inesperada.
2. Medio: la aplicación de dicha metáfora a problemáticas específicas y, por extensión, el “mapa” de problemáticas posibles que traza cada teoría, su “psicopatología”; por ejemplo, “la fobia consiste en la inversión de un deseo reprimido que se desplaza a un objeto exterior” o “la ansiedad se



intensifica por el miedo a volver a sufrir una crisis de ansiedad”. Este nivel recoge gran cantidad de “saberes locales”, a menudo tácitos, derivados de la experiencia y de los intentos del terapeuta de clasificar los casos que ha atendido (que es como se elaboraban los sistemas nosológicos hasta el surgimiento de la estadística); pero también el conocimiento explícito de los especialistas e investigadores en distintos trastornos. Gracias a este nivel el terapeuta puede hacer anticipaciones de menor alcance pero más profundidad y exactitud, a mediano plazo, en torno a las cuales orientar su atención y sus intervenciones de sesión a sesión: “las primeras veces me hablará del objeto fóbico, en la cuarta o quinta surgirán atisbos de resistencia” o “cada vez que aparezca la ansiedad debo rastrear la creencia de indefensión subyacente”. Gracias a él puede personalizar la terapia a la medida de su consultante.

3. Micro: el conjunto de técnicas que caracterizan a la teoría y cómo llevarlas a cabo exitosamente. Gracias a este nivel el terapeuta es capaz de anticipar y reconocer los sutiles indicios de represión, creencias erróneas, experiencias sin concluir, etc., de que se sirve su teoría para entender la problemática, y también de planear, proponer, guiar y cerrar adecuadamente la secuencia de acciones que configura una técnica destinada a resolver la problemática. Este es el nivel que “aterriza” los dos anteriores.

La mayoría de enfoques hacen planteamientos propios en el nivel micro: las preguntas circulares sistémicas, la externalización narrativa, el diálogo socrático cognitivo, la silla vacía guesáltica, la interpretación psicodinámica, etc. También la mayoría posee un marco teórico macro –nacido, con mucha frecuencia, de la exploración sistemática de una técnica creada por su autor<sup>18</sup>. Pero no todos poseen nivel medio: debido a su metáfora fundamental, algunos ven el intento de categorizar el malestar como un abuso de poder y una forma de estigmatización. Por ende, tampoco se han interesado en elaborar una etiología diferencial. Así, no todos los terapeutas ni todos los procesos formativos reconocen la importancia, o siquiera la existencia, del nivel medio.

Sostengo que esto es un grave error. *El nivel medio es el vínculo entre la teoría y la práctica*; sin él, el terapeuta empieza operando a ciegas y tiene que dedicar la primera parte del proceso a construir laboriosamente una teoría operativa del problema<sup>19</sup>. En el mejor de los casos, consigue eventualmente crear dicha teoría, habiendo aumentado sin necesidad la duración de la terapia y la probabilidad de deserción; en el peor es tomado por sorpresa por un suceso negativo y no anticipado, demasiado específico del trastorno para que lo contemple el nivel macro pero demasiado amplio para aparecer en el micro, que da al traste con la esperanza de curación. Por ejemplo, la aparente mejoría del paciente deprimido una vez ha decidido suicidarse o la recaída del paciente con trastorno *borderline* antes de un avance significativo en su capacidad de mantener vínculos íntimos.

Con esto no quiero decir que debemos aceptar a pies juntillas el manual diagnóstico de turno; al contrario, una de las principales tareas de la empresa científica en psicoterapia es criticarlo y corregirlo con fundamentos empíricos y teóricos sólidos. Apunto sencillamente que sin una nosología es imposible brindar tratamientos diferenciales para diferentes problemas o personas<sup>20</sup>. Y si en algo hay consenso es en la necesidad de individualizar los abordajes (Beutler, Norcross y Levant, 2006); a tal punto que teóricos de tradiciones antidiagnósticas se han visto forzados a generar sus propias categorizaciones para dar sentido a la abrumadora variedad de la clínica (Cf. Linares, 1996, 2012; Cancrini, 1996).

### **“Mira más adentro”: el diálogo terapéutico “desde dentro”**

Para entender el aprendizaje del arte terapéutico desde una perspectiva atencional hay que reparar primero en sus manifestaciones externas y deducir en base a ellas los progresivos cambios al interior de los terapeutas.

Lo primero que salta a la vista es que los terapeutas bisoños tienden a ponerse rígidos en sus primeras entrevistas: miran fijamente a sus consultantes con expresión impávida, se agitan en la silla o adoptan una postura tensa, etc. Los expertos, por el contrario, fluyen con la conversación: sus expresiones, movimientos, gestos y vocalizaciones acompañan y facilitan el discurso de los consultantes.

La razón es obvia: hay demasiada información que procesar al mismo tiempo. En su intento de aprehender la pauta problemática, las creencias nucleares, las jerarquías familiares, las polaridades en conflicto o cualquier otra cosa, el aprendiz de terapeuta presta igual atención a todo acto, expresión o silencio de los consultantes; lanza una red demasiado amplia que no filtra lo crucial de lo importante y lo anecdótico. Como la atención es un recurso escaso<sup>21</sup>, termina enfocándose únicamente en *un* aspecto a expensas de los demás; como la memoria a corto plazo es muy limitada, termina desbordada por la cantidad de datos que ha de almacenar<sup>22</sup>.

En el terapeuta experto, por el contrario, atención, memoria y acción forman un todo indisoluble. Como sabe diferenciar lo fundamental de lo accesorio su atención se vierte únicamente en seleccionar de todo lo que escucha, mira y siente lo que le va a servir para proyectar una intervención que favorezca el cambio; y son sólo estos datos los que consigna a su memoria –hasta que decide ensayar una línea definida de trabajo.

Además, en el terapeuta experto, esta atención oscila continuamente entre el exterior y el interior, entre lo que escucha y presencia y lo que intuye y experimenta. Lo sepa o no, por lo general es su propia experiencia del diálogo el molde en que vierte el contenido del diálogo mismo; constantemente está calificando las comunicaciones de los consultantes en virtud de sus sensaciones, diciéndose cosas como “tal vez así lo vea, pero no está diciendo toda la verdad”, “este sufrimiento es genuino si bien un poco desproporcionado”, etc. Intuiciones que no se toma necesariamente como “verdades” pero que orientan su trabajo y sus intentos por

redefinir su relación con quienes le consultan porque *tienden a reflejar la experiencia tácita de alguno de los miembros del sistema del problema frente a éste*.

Como he apuntado, al proceso externo y observable de detectar, atender y amplificar “aperturas” en el discurso del consultante le acompaña un proceso interno e invisible por el que el terapeuta, escuchándolo con genuino interés, *evoca en su interior al menos una parte del estado mental que aquel manifiesta* (Laso, 2009, 2010). Es desde esta experiencia, y no desde la mera teoría, que interviene, responde o reorienta la conversación. *Si no lo hace así la relación se estanca y el consultante se distancia, entristecido o enfadado* (cf. Safran y Muran, 2000)<sup>23</sup>.

De hecho, *toda comprensión se funda en la experiencia vicaria*, en el ponerme tácitamente en la piel del otro (Braten, 2007). El ejemplo más claro de esto es el que apunta Noë (2009): somos capaces de entender lo que un interlocutor nos dice porque nos vamos adelantando a su discurso anticipando lo que está a punto de expresar. El significado nace de contrastar la trayectoria proyectada en nuestra tácita anticipación con la que ha trazado efectivamente el discurso de nuestro contertulio. Este “espejamiento” de la experiencia del otro *acompaña todas nuestras interacciones*; es lo que nos permite detectar cuándo el otro hace una pausa para enfatizar lo que acaba de decir y no para cedernos la palabra, o lo que nos habilita para acompañar su conversación con “apoyaturas” (gestos, asentimientos, “ajás”, etc).

Desde luego, no se trata de saltar al otro extremo: el terapeuta no debe permitir que la contemplación de su propia experiencia lo aparte del proceso de los consultantes. Debe aprender a “entrar y salir” de sí mismo: atendiendo a lo externo mientras se puede, fluyendo con el diálogo, para pasar a lo interno en cuanto se topa con un obstáculo con el fin de contemplarlo desde la perspectiva de la experiencia de la relación y no sólo de la “información” que obtiene de los consultantes.

La mayoría de programas de enseñanza de la psicoterapia desaprovechan la riqueza de la experiencia interna inmediata del terapeuta. Suelen limitarse a combinar, en distintas proporciones, la lectura, análisis y discusión de teorías con la práctica psicoterapéutica supervisada, casi siempre indirectamente. Entre ambas vertientes suele abrirse una brecha que los docentes intentan salvar de diversas maneras: por ejemplo, mediante dramatizaciones o ejercicios en clase en el caso de los módulos teóricos y supervisiones grupales en el de los prácticos. Esta forma de enseñar mueve a los terapeutas novatos a atender casi exclusivamente a lo *exterior* —con ocasionales ráfagas de atención a sí mismos cuando han caído en la vorágine de una confrontación o en el marasmo de la confusión; y por ende, deja en la sombra el proceso interno por el que el terapeuta teje un hilo conductor en el diálogo con sus consultantes.

### **Niveles de competencia en psicoterapia**

A los tres niveles de práctica de la psicoterapia corresponden sendos niveles de competencia en su aprendizaje de acuerdo a qué tan explícita y voluntaria es la

gestión de la atención, la relación y las actividades involucradas. Los “puntos de corte” entre cada uno son más orientativos que precisos pero el modelo refleja tanto el aumento de destrezas merced a la formación y la experiencia como su estructura jerárquica.

- El principiante en psicoterapia es capaz de elaborar una comprensión teórica global del problema derivada de la aplicación de la metáfora macro; por tanto, sabe orientar su atención hacia su estructura básica y hacer anticipaciones generales aunque difusas e imprecisas, lo que le permite redefinir una queja no muy compleja en una demanda viable pero borrosa.
- El terapeuta intermedio añade la capacidad de organizar secuencias de acción cerradas sobre sí mismas codificadas en el nivel micro; así, sabe atender a los indicios de que una técnica es o no propicia, está o no siendo bien ejecutada y va conduciendo o no a su resultado esperado.
- El terapeuta avezado añade la capacidad de anticipar desde un principio el proceso terapéutico como un todo, salvando los puntos muertos entre técnica y técnica mediante un diálogo empático y genuinamente interesado, avanzando sin perder de vista el objetivo final y modificándolo si es preciso, haciendo anticipaciones a medida del consultante merced al nivel teórico medio y su conocimiento local de su cultura, entorno socioeconómico, etc.
- El “super-terapeuta”, excepcionalmente competente<sup>24</sup>, es capaz además de sintonizarse con la experiencia del consultante momento a momento, valorando la calidad de la alianza y anticipando posibles obstáculos para sortearlos o abordarlos antes de que se salgan de control. Puede abandonar una vía de acción poco eficaz o iatrogénica y probar otras gracias a que posee un amplio abanico de técnicas y saberes de nivel medio, organizados y accesibles bajo unos pocos principios macro que vertebran su práctica.

Nótese que el orden de aprendizaje de los niveles no corresponde a su jerarquía lógica. Casi siempre, los programas formativos empiezan por el nivel macro (desde la perspectiva atencional, el más fácil de impartir y aprender ya que consiste casi únicamente en conocimiento declarativo) y pasan acto seguido al micro, normalmente usando una breve explicación de la técnica más alguna forma de modelamiento (videos, dramatizaciones, terapia en vivo, etc.) y, con menos frecuencia, moldeamiento (dramatizaciones, supervisiones directas o indirectas), en línea con su naturaleza procedimental. Salvo en los contados programas dedicados a profundizar en un trastorno determinado, el nivel medio suele abordarse en ocasionales seminarios temáticos de manera exclusivamente teórica (con algo de modelamiento si el docente cuenta con videos ilustrativos), lo cual priva a los alumnos de una competencia clave y los mantiene en una capacidad intermedia –sólo trascendida por quienes eligen especializarse o quienes adquieren la disciplina de la permanente

experimentación y reflexión crítica.

Ahora bien: el terapeuta únicamente es capaz de identificar la presencia y efectos de un fenómeno global en sus consultantes una vez lo ha identificado en sí mismo o sus interacciones; sólo sabe en qué se diferencia una “creencia” de un “pensamiento automático” si los ha podido contemplar y distinguir *en su propia vida mental*. Por tanto, los niveles macro y micro requieren de un asidero en la experiencia individual; no así el medio –no hace falta haber sufrido un trastorno de ansiedad para ayudar a un consultante que lo padezca. Si el segundo puede cubrirse mediante dramatizaciones en las que el estudiante hace las veces tanto de consultante como de terapeuta, el primero requiere de un esfuerzo extra: el docente debe animar al estudiante a *prestarse atención en la vida cotidiana en pos de los fenómenos anticipados por la teoría*. Así, además de aprehender sus referentes experienciales y pragmáticos, el aprendiz comienza a desarrollar la destreza clave del psicoterapeuta: *la reorientación voluntaria de la atención* que conduce a una ampliación de la autoconsciencia.

### **Una enseñanza basada en la atención**

La perspectiva atencional sugiere que el aprendizaje debe pasar progresivamente de lo exterior a lo interior: empezar con el nivel macro *aterrizándolo en la experiencia concreta del estudiante* –para ir generando el micro y el medio introduciendo diferenciaciones cada vez más específicas y sutiles. Independientemente del recurso pedagógico, el docente debe siempre *orientar la atención hacia la experiencia concreta*, alternando entre la perspectiva “interna” y la “externa”, la experiencia y la explicación (Guidano, 1991). Para esto hay que impartirles contenido teórico<sup>25</sup> y orientar su atención hacia su presencia en los casos y en sus propias vidas: la circularidad en los sistemas humanos, el conflicto entre deseo y defensa, las polaridades, la relación entre creencia, emoción y acción, etc.

Para ayudarlos a pasar al segundo nivel de competencia es preciso *mostrarles escenas cruciales, conducidas por un experto, de procesos terapéuticos*. Una amplia literatura indica que sumergirse de entrada en la resolución de problemas no fomenta el aprendizaje de los principiantes (Van Gog, Jarodzka, Scheiter, Gerjets y Paas, 2009); puede incluso malograrlo en la medida en que terminan cometiendo errores que no identifican como tales y que se convierten en puntales (iatrogénicos) de su práctica<sup>26</sup>. Necesitan ver cómo los resuelve un experto; y más que nada, *diferenciar los elementos clave a los que aquel va prestando atención a medida que lo hace para elaborar una línea directriz*. Aquí, la mejor combinación es la observación en vivo de una terapia combinada con la posterior revisión de su grabación con el terapeuta, que ilustrará momento a momento los factores que iba tomando en consideración a medida que diseñaba y ejecutaba sus estrategias<sup>27</sup>.

Una vez que los estudiantes se lanzan a la práctica, la pregunta a plantear para aprovecharla al máximo no es “¿qué se debe hacer en este caso?” ni tampoco “¿qué

intentabas conseguir con esta intervención?” sino “según ibas oyendo al paciente, ¿a qué estabas prestando atención?” Esto persigue dos objetivos: por una parte, en el terreno del contenido, ayudarlos a diferenciar lo crucial de lo importante y lo secundario; y, por otra, en el del proceso, desarrollar esa destreza atencional específica del psicoterapeuta eficaz.

Esta práctica debe empezar por familiarizarlos con la ejecución de técnicas *per se* (incluyendo la entrevista de admisión, la redefinición de la demanda, etc). Además del énfasis usual en la ejecución correcta, es muy importante motivarlos a atender a los obstáculos que encuentran en el camino y sobre todo a *las tendencias de acción que experimentan a resultas de ellos*. Éstas dan cuenta de anticipaciones del sentido común, a menudo tácitas e irreflexivas, que podrían dar lugar a violaciones del *setting* o rupturas de la alianza terapéutica: “debo insistir con más vehemencia hasta que me entiendan”, “hay que impedir que esta madre hable tanto”, “este hombre se va a resistir”, etc. Deben aprender a distanciarse de ellas y valorarlas críticamente como *información relevante* para redefinir su relación con los consultantes o alterar el rumbo de la conversación. De este modo van desmenuzando sus hábitos conversacionales y pasando de la charla de café a la *talking cure*.

Hasta aquí, en principio, alcanzan una competencia media que los habilita como “generalistas”; y una buena proporción de las demandas en psicoterapia son también generales y se resisten a ser codificadas en los manuales nosológicos de turno. Ir más allá supone impartir conocimientos de nivel medio. Algunos de ellos pueden tomarse de manuales específicos para diversos trastornos; mas creo que la mayor parte son locales y tácitos y se encuentran dispersos entre varios clínicos duchos en ciertos trastornos, contextos o problemáticas. Por ende, los procesos formativos pueden aspirar no tanto a proveerlo como a preparar a los estudiantes a reconocerlo, valorarlo, aprovecharlo e incluso articularlo.

Para esto, nuevamente, han de atender a las anticipaciones concretas que van tejiendo a lo largo de su práctica, descubriendo paralelismos entre sus formas de abordar y atender un caso y otro, un consultante y otro. Han de ser capaces de formalizar sus anticipaciones tácitas para discutir las con colegas o compañeros de estudios. Es muy recomendable que destilen periódicamente su comprensión de la psicoterapia en un breve texto, escrito sin jerga profesional, que resuma desde su punto de vista qué es, cómo y por qué funciona y de qué manera se realiza. Es aún más potente que se acostumbren a consensuar *con sus consultantes* sus decisiones sobre objetivos, tareas y plazos y a escribir en colaboración con ellos los documentos profesionales que sean requeridos (Anderson, 2006): además de volverlos más democráticos y aumentar su destreza relacional, esto los obligará a simplificar su lenguaje, aclarar sus ideas y defenderlas firme pero pacíficamente, acrecentando su capacidad de autocrítica.

## Ver más lejos todavía”: creando “super-terapeutas”

Por desgracia, y contra la creencia común, el entrenamiento formal, la edad o la experiencia clínica *no necesariamente* mejoran la competencia terapéutica (Okiishi et al, 2003); por sobre todo, no permiten pasar de un nivel avanzado al de “super”, que parece involucrar no sólo el saber y el hacer sino ante todo el ser del terapeuta. Por si fuera poco, *casi todos los terapeutas*, sin importar su eficacia real, *se creen altamente eficaces*<sup>28</sup>. Esto sugiere que el aprendiz puede quedarse atascado en los niveles más bajos durante años, incluso décadas, *sin siquiera saberlo*; y que si es también docente puede transmitir inadvertidamente sus errores a sus alumnos.

Las sugerencias antedichas deberían reducir significativamente esta posibilidad; pero convertirlos en “super-terapeutas”, o más bien hacer más probable que lo sean al cabo de unos años de experiencia, implica un compromiso mucho mayor tanto de los docentes como de los estudiantes. La razón es que el nivel avanzado de destreza suele ser suficiente para mantener una práctica razonablemente eficaz, lo que intensifica la tentación de “dormirse en los laureles”; y para convertirse en un “gran maestro” hay sólo un camino: arriesgarse a salir de nuestra “zona de seguridad” y a cometer errores *que identificamos y analizamos crítica y sistemáticamente con el fin de aprender lo máximo posible de cada uno*. Hay que actuar deliberadamente de maneras novedosas y prestar atención voluntaria, activa y constante a dicha actuación con el fin de desenmascarar los errores en que tiende a caer<sup>29</sup>. Por consiguiente, *únicamente un docente que se atenga a dicha disciplina puede transmitírsela genuinamente a sus estudiantes*, que la aprenderán ante todo viéndolo luchar con problemas difíciles y participando de su reflexión.

Este es el papel no tanto de los procesos formativos cuanto de los círculos de estudio o supervisión reservados a los practicantes experimentados. En esta supervisión hay menos exposición de contenido que análisis pormenorizado de los *obstáculos* que el terapeuta va encontrando a medida que opera, vinculándolos con la manera en que los está anticipando y contemplando, con las soluciones que sus anticipaciones generan y el modo en que éstas mantienen sin querer dicho obstáculo. Una vez más, la clave es reorientar su atención lejos de sus pacientes y hacia sí mismo tal como se les presenta momento a momento; a las sensaciones, intuiciones y tendencias que guían su discurso y modifican su tono de voz a cada instante.

Estas supervisiones requieren de un registro sonoro o audiovisual de la sesión y una transcripción; de vez en cuando puede ser útil una dramatización por parte de los asistentes del intercambio cliente-terapeuta donde se manifestó la dificultad. Lo que no suele ser útil es aconsejar al terapeuta que acuda a su propia “terapia didáctica” y achacar la dificultad a un supuesto “análisis incompleto” o “problemas personales”. No se trata de buscar las (supuestas) causas distantes de su conducta sino de rastrear sus determinantes momento a momento<sup>30</sup>. Al verse a sí mismo “desde fuera”, el terapeuta puede identificar en la pantalla el punto exacto de su extravío y recordar los procesos interiores que lo acompañaron y propiciaron de

forma que sepa individualizarlos y contrarrestarlos la próxima vez que aparezcan. Lo que es mejor, esta estrategia pedagógica moldea la competencia básica terapéutica de atención dividida: el terapeuta en supervisión puede contemplar y criticar al terapeuta en acción (en el video) facilitando el que éste vaya integrando a aquel al reducir la “carga informacional” que ha de organizar al mismo tiempo. Pues el secreto de la maestría en psicoterapia no consiste en mirarlo todo sino en *saber a dónde mirar*.

---

*En este texto se presenta una visión de la psicoterapia que busca iluminar su enseñanza y su práctica trascendiendo los diversos enfoques teóricos. Para esto se apela a una filosofía del acto según la cual lo que se enseña y aprende en terapia, lo que distingue a los terapeutas expertos de los principiantes, es su capacidad de orientar, sostener y reconducir la atención en dirección del cambio. Se exponen los fundamentos de esta filosofía del acto, los tres niveles de la práctica terapéutica que de ella se deducen y algunas sugerencias para mejorar el entrenamiento de futuros terapeutas.*

Palabras clave: *Psicoterapia, atención, acción humana*

## Notas

- 1 Y que interesan más que nada a los psicoterapeutas, envueltos en una discusión endogámica que poco se filtra por fuera de sus círculos.
- 2 Este planteamiento combina la idea freudiana de “atención libremente flotante” con la atención “vacía” de las artes marciales japonesas y chinas; Laso, 1999; cf. Musashi, 2004.
- 3 Cf. Maynard Smith y Szathmáry, 1999.
- 4 Rosas, 2007.
- 5 Puede incluso imaginarse un “espacio de la acción” donde están todas las secuencias de actos posibles (equiparable al “espacio del diseño” de Dennett, 1996). Este espacio tiene un orden heterárquico: cada acción facilita unas, dificulta otras e imposibilita todavía otras. Cada especie engloba una porción más o menos irregular de él; es decir, una especie viene definida por su abanico de posibilidades de acción.
- 6 Mitchell *et al*, 2009; cf Rychlak, 1988.
- 7 Cf. Hayek 2004; Bateson, 1991, Popper, 2005.
- 8 Zeig, 1992.
- 9 Beck, 1975; Alford y Beck, 1998.
- 10 Greenberg y Paivio, 2000.
- 11 Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974.
- 12 Tómese en cuenta que al decir “pasa” no me refiero únicamente a la conducta (observable) sino a toda forma de actividad: los estados emocionales, las alucinaciones, la despersonalización, etc., también “pasan” por más que no sean intersubjetivamente constatables.
- 13 O incluso autonomía: en la medida en que se resiste a los intentos de evitarlo termina por “alienarse” de la identidad de la persona (Laso, 2006). La terapia narrativa (White y Epston, 1990) explicita esta alienación personificando al problema o patología y convirtiéndolo en antagonista del paciente.



- 14 Laso, 2011.
- 15 O bien, en quienes “conversan”, en sentido amplio, acerca de él; cf. Kelly, 1955; Anderson, 2006.
- 16 Dicho sea de paso, quien detecta la discrepancia y alerta del problema ostenta por lo general alguna clase de autoridad, formal o informal, sobre el ámbito de la acción en que acaece –lo cual refrenda y potencia su diagnóstico. Mi jefe me reclama por mi “mala actitud”; mi mujer se queja de que “no le presto atención”; mi mejor amigo me acusa de “egoísta”; yo mismo me descubro “irritable e impaciente”; mi psiquiatra me diagnostica “distimia”. En cada caso, el autor de la queja o diagnóstico se encuentra en una posición tal que su opinión sobre cómo deberían ser las cosas es tomada en serio: una posición de poder –entendido como la capacidad de controlar al menos en parte el ámbito de la acción de los demás. Por tanto, como ya comprendiera Haley (2003) e intuyera Adler (Ansbacher y Ansbacher, 1964), al reconstruir la red de opiniones sobre el problema ponemos de manifiesto la plataforma de poder que le subyace –de la cual es el mismo problema la evidente fractura; y al intervenir tratamos de alterarla de una u otra manera.
- 17 Prochaska y Norcross (2007, p. 10 y ss.) han propuesto otro modelo que distingue también tres niveles: el de las teorías globales, el de los procesos de cambio y el de las técnicas. Aunque útil para contrastar diversos enfoques presenta dos características incompatibles con el propósito de este texto: primera, que el nivel intermedio, “procesos de cambio”, no se presta per se al aprendizaje (ya que consiste en hipótesis de lo que subyace a la mejoría); segunda y más importante, que la distinción entre “teoría” y “proceso de cambio” ya conlleva una carga teórica que empaña su imparcialidad a los enfoques. Nótese, por ejemplo, que los autores reconocen dos tipos de procesos, los conductuales y los fundados en el insight, e incluyen los emocionales dentro de estos últimos, lo que deja entrever que, a su juicio, la emoción es menos importante que la cognición o la conducta.
- 18 En términos históricos, las técnicas suelen venir antes de las teorías, que nacen del intento del autor de ampliar y dar cierta lógica a aquellas extendiendo marcos referenciales preexistentes pero hasta entonces separados de la psicoterapia: la hidráulica en el caso freudiano, la sociología parsoniana en el de Salvador Minuchin, la dupla saber-poder foucaultiana en el de Michael White, etc.
- 19 En otras palabras, no basta con los enfoques puramente “sintácticos” o formales. Las teorías eficaces de la terapia deben también incluir lo “semántico”, el contenido típico de cada trastorno, problemática o grupo de pacientes; cf. Ugazio, 2001.
- 20 Por no mencionar que sin ella nos privamos del diálogo con la psiquiatría y la psicofarmacología, retirándonos del campo antes de la batalla.
- 21 Toda la literatura coincide en esta metáfora; cf. Bruya, 2010.
- 22 De esto se deduce que la formación en terapia debe servir para reducir la carga atencional que el terapeuta debe realizar mientras trabaja. Esta es la principal función de las teorías –y también la más descuidada.
- 23 Desde el punto de vista de la atención, la resistencia suele ser resultado de la mutua incomprensión, de la distancia entre la experiencia del paciente y la del terapeuta; es decir, de la dificultad de éste para comprender a aquél como un ser humano auténtico, genuino y competente. Esta dificultad se manifiesta en dos aspectos interdependientes pero distintos. Uno, macro, su dificultad para entender sus decisiones y su tendencia a achacarlas a la “estupidez”, “necedad” o “terquedad” del paciente; otro, micro, su incapacidad de seguir, reflejar y sobre todo *hacerse cargo de, entender*, sus cambios experienciales momento-a-momento. A mayor distancia entre la experiencia del paciente y la del terapeuta, mayor resistencia.
- 24 Michael Lambert (Okiishi, Lambert, Nielsen y Ogles, 2003) ha demostrado que ciertos terapeutas (los supershrinks) son extremadamente eficaces, alcanzando resultados mejores y más duraderos con más rapidez que el común.
- 25 Como mínimo, los factores comunes en psicoterapia (contrato, relación, esperanza); Sprenkle, Davis y Lebow, 2009.
- 26 Es imposible aprender a pensar críticamente cuando se carece de la base de saberes desde la cual criticar provista por el nivel macro.

- 27 Esto introduce un inevitable sesgo: contemplándola post hoc, la narrativa del terapeuta de su proceso mental será mucho más unívoca y presciente de lo que lo fue el proceso en la realidad. Sería mucho más eficaz un registro de sus oscilaciones atencionales simultáneo a su práctica; ignoro cómo podría hacerse, salvo interrumpiendo la sesión a cada paso para permitirle reconstruirlo, cosa obviamente impracticable.
- 28 Una instancia del sesgo de superioridad ilusoria; Dunning, 2005.
- 29 Por cierto, ¡lo mismo que pedimos a nuestros pacientes! Para una exposición exhaustiva de cómo elevar una destreza al nivel de maestría, Foer, 2011.
- 30 Safran y Muran, 2000.

## Referencias bibliográficas

- Alford, B. y Beck, A. (1998). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York, USA: The Guilford Press.
- Anderson, H. y Gehart, D. (Eds., 2006). *Collaborative therapy*. New York, USA: Routledge.
- Ansbacher, H. y Ansbacher, R. (1964). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York, USA: Harper Perennial.
- Bateson, G. (1991 [1972]). *Las categorías lógicas del aprendizaje y la comunicación*. En *Pasos hacia una ecología de la mente*; Buenos Aires, Argentina: Lohé-Lumen.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1965). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, A. (1975). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, USA: International Universities Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York, USA: Guilford.
- Beutler, L., Norcross, G. y Levant, R. (2006). *Evidence-Based Practices in Mental Health*. New York, USA: American Psychological Association.
- Braten, S. (2007). *On Being Moved: From Mirror Neurons to Empathy*. New York, USA: John Benjamins Publishing.
- Brownell, P. (2010). *Gestalt Therapy: a Guide to Contemporary Practice*. New York, USA: Springer.
- Bruya, B. (Ed., 2010). *Effortless Attention: A New Perspective in the Cognitive Science of Attention and Action*. New York, USA: Bradford Books.
- Cancrini, L. (1996). *La caja de Pandora: manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona, España: Paidós.
- Dennett, D. (1996). *Darwin's Dangerous Idea: Evolution and the Meanings of Life*. New York, USA: Simon & Schuster.
- Dunning, D. (2005). *Self-Insight*. New York, USA: Taylor and Francis.
- Foer, J. (2011). *Moonwalking with Einstein*. Londres, Inglaterra: Penguin Press.
- Frank, J., y Frank, J. (1993). *Persuasion and Healing: a Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore, Maryland, USA: The Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (2007a [1895]). *Estudios sobre la histeria*. En *Obras Completas*, T. II; Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2007b [1910]). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. En *Obras Completas*, T. XI; Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Guidano, V. (1991). *The self in process*. New York, USA: Guilford.
- Haley, J., y Richeport-Haley, M. (2003). *The Art of Strategic Therapy*. New York, USA: Routledge.
- Hayek, F. (2004 [1952]). *El orden sensorial: los fundamentos de la psicología teórica*. Madrid, España: Unión Editorial.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of Family Therapy*. New York, USA: Basic Books.
- Jena, S. (2008). *Behaviour Therapy: Techniques, Research and Applications*. New Delhi, India: Sage.
- Keeney, B. (1992). *La improvisación en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York, USA: W. W. Norton.
- Kelly, G. (1958). *Personal Construct Theory and the Psychotherapeutic Interview*. En Maher, B. (Ed., 1969). *Clinical Psychology and Personality: The Selected Papers of George Kelly*. New York, USA: Robert E. Krieger Publishing.
- Laso, E. (1999). *¿Qué es un "caso difícil"?* Tesis de licenciatura inédita. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Laso, E. (2006). *Anamnesis, catarsis, anagnórisis: una miniteoría filosófica del cambio terapéutico*. REDES, 17, 9-29.
- Laso, E. (2009). *El hormiguero y el símbolo: la mente conjetural*. Quaderns de Filosofia i Ciència, 95-113.
- Laso, E. (2009). *Estados mentales y ciencia cognitiva: un marco post-sistémico para el trabajo relacional*. En Giraldo, R. y González, M. (Eds.), *Violencia Familiar*; Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario.
- Laso, E. (2010). *Fluir con el diálogo: la técnica de la terapia relacional y el arte marcial de la armonía*. Conversaciones Sistémicas, ARSISCO, Año 3, 1, Vol. 5, 31-61.
- Laso, E. (2011). *Dejar que la mente se piense a sí misma: un modelo atencional de la interacción terapéutica*. REDES, 25, 69-92.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona, España: Paidós.
- Linares, J. L. (2012). *Manual de terapia ultramoderna*. De próxima publicación.
- Luckmann, T. (1992). *Teoría de la acción social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Maynard Smith, J. y Szathmáry, E. (1999). *The Origins of Life*. New York, USA: Oxford University Press.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Mitchell, A., et al (2009). *Adaptive prediction of environmental changes by microorganisms*. Nature, Jul. 9; 460 (7252): 220-224.
- Musashi, M. (2004 [1645]). *El libro de los cinco anillos*. Buenos Aires, Argentina: Ladosur.
- Noë, A. (2009). *Out of Our Heads: Why Your are Not Your Brain and Other Lessons from the Biology of Consciousness*. New York, USA: Hill & Wang.
- Okiishi, J., Lambert, M., Nielsen, S. y Ogles, B. (2003). *Waiting for Supershrink: An Empirical Analysis of Therapist Effects*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 10, 361-373.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona, España: Paidós.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Popper, K. (2005 [1972]). *Conocimiento objetivo: un enfoque evolucionista*. Madrid, España: Tecnos.
- Posner, M. y Fan, J. (2001). *Attention as an organ system*. En Pomerantz, J. (Ed., 2008). *Topics in Integrative Neuroscience*. New York, USA: Cambridge University Press.
- Prochaska, J. y Norcross, J. (2007). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Belmont, California: Brooks/Cole.
- Rosas, A. (Ed., 2007). *Filosofía, darwinismo y evolución*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Rychlak, J. (1988). *Personalidad y psicoterapia*. México DF, México: Trillas.
- Safran, J. y Muran, C. (2000). *La alianza terapéutica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Schutz, A. (1967). *The Phenomenology of the Social World*. Evanston, USA: Northwestern University Press.
- Sprenkle, D., Davis, S. y Lebow, J. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy: The Overlooked Foundation for Effective Practice*. New York, USA: The Guilford Press.
- Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas: polaridad semántica familiar y psicopatología*. Barcelona, España: Paidós.
- Van Gog, T., Jarodzka, H., Scheiter, K., Gerjets, P. y Paas, F. (2009). *Attention Guidance During Example Study via the Model's Eye Movements*. Computers in Human Behavior, 25, 785-791.
- Varela, F. y Maturana, H. (1973). *De Máquinas y Seres Vivos: una teoría sobre la organización biológica*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Villegas, M. (1996). *El análisis de la demanda: una doble perspectiva, social y pragmática*. Revista de Psicoterapia, 26-27, 25-78.
- Von Mises, L. (1963 [1949]). *Human Action*. San Francisco, USA: Fox & Wilkes.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. New York, USA: Routledge.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York, USA: W. W. Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York, USA: W. W. Norton.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- Zeig, J. (1992). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.