

## PSICOTERAPIA

# DE LA ACTITUD A LA COSMOVISIÓN TERAPÉUTICA: PROPUESTA DE UN MODELO PSICOSÓFICO SEGUNDA PARTE

(Rev GPU 2015; 11; 4: 353-367)

Rodrigo Brito<sup>1</sup>

Cada uno ve el mundo según la idea que tiene de sí mismo.  
Según lo que crees ser, así crees que es el mundo.

NISSARGADATTA

**Dada la extensión del presente artículo, en esta segunda parte se propone un modelo cuya pretensión consiste en hacer posible una articulación personal de la propia actitud terapéutica en términos de una cosmovisión explícita, a partir de siete dimensiones fundamentales. El modelo lleva por nombre "psicosófico" y consiste en un esfuerzo por articular de un modo integral los distintos aspectos de este fenómeno complejo que llamamos actitud terapéutica, llevando a cabo una integración (principalmente) entre psicología y filosofía, en el sentido de aportar un saber que incluya la sabiduría propia de una experiencia meditada, más allá del conocimiento científico de una disciplina específica.**

### PROPUESTA DE UN MODELO PSICOSÓFICO PARA EXPLICITAR LA ACTITUD TERAPÉUTICA

**H**asta aquí hemos intentado mostrar y *fundamentar* la inevitable influencia que tiene la actitud terapéutica en el desarrollo de todo proceso terapéutico, así como aclarar en qué consiste el fenómeno mismo de la

actitud y la posibilidad de una explicitación apropiada del mismo que lo convierta en una cosmovisión más consciente. A continuación emprendemos el camino por la parte *propositiva* de este trabajo, en la que desarrollaremos una manera definida y específica de llevar a cabo este proceso de explicitación del que hemos venido hablando, es decir, una manera de transformar

<sup>1</sup> El autor es Psicólogo Clínico y Licenciado en Filosofía por la P.U.C. Además, Magister en Psicología Clínica de Adultos por la U. de Chile. Actualmente se desempeña como psicoterapeuta de adultos, como académico de la Escuela de Psicología de la U. Mayor y como Director del Centro Umbrales. Contacto: rbritopastrana@gmail.com.

en cosmovisión explícita lo que hasta el momento es (en su mayor parte) una actitud implícita y automática: este es el propósito del modelo psicósófico.

Antes de desarrollar este modelo es necesario aclarar su sentido y alcance, sobre todo para no despertar expectativas grandilocuentes que puedan ensombrecer lo que en mi opinión representa un valioso aporte *germinal*. En primer lugar, hay que decir que este modelo psicósófico no pretende proponer determinados contenidos para una supuesta cosmovisión terapéutica “superior”, sino más bien ofrecer un mapa estructural de la armazón básica que a mi juicio está implicada en toda actitud terapéutica. Nuestros esfuerzos apuntan, más bien (y siguiendo de cerca a Heidegger (1927)), a *esbozar una ontología<sup>2</sup> de la actitud terapéutica*, es decir, a poner en evidencia cómo es su estructura de base, bajo la convicción de que esta estructura puede ser “rellenada”, realizada, de múltiples formas y en diversos sentidos.

Valga también una aclaración para el nombre de este modelo: psicósófico<sup>3</sup>. Desde que comencé mi vida universitaria he estado dividido entre la psicología y la filosofía, y mientras duraron estos estudios me fue muy difícil integrarlos de alguna manera. Creo que esto se debe, fundamentalmente, a que ambas disciplinas son enseñadas desde veredas muy distantes. En psicología se dedican un par de cursos en el primer año al estudio de la filosofía, casi siempre en la línea de la fundamentación y que, en el último tiempo, tienen una marcada tendencia epistemologizante. Esta manera de introducir la filosofía deja una impresión de aridez y de desconexión con lo que el resto de la carrera enseña, ignorando la profunda vocación psico-terapéutica de la filosofía desde su origen mismo<sup>4</sup>. En filosofía, por su parte, hay una omisión casi total de la psicología en favor de una enseñanza marcada por la teoría pura y un academicismo abstracto que raras veces es aterrizado

a problemas reales de la vida cotidiana. De este modo, veo que a la propia filosofía académica le ha venido sucediendo (desde hace ya algunos siglos) que se ha olvidado de su más propia vocación psicoterapéutica, delegando estos temas “concretos” a la psicología en cuanto ciencia específica. A esto apunta Marinoff (1999) cuando afirma que:

Cualquier filosofía de la humanidad estaría incompleta sin un punto de vista psicológico. La psicología, a su vez, fracasa cuando está desprovista de un punto de vista filosófico, y ambas disciplinas no han hecho sino empobrecerse como resultado de su bifurcación (p. 48).

El modelo se llama psico-sófico, por una parte, porque hace un reconocimiento explícito de la radical unidad vocacional que hay entre psicología y filosofía y, por otra, porque, como lo indica la etimología de la palabra, se trata de poner en el centro al alma humana en su complejidad (*psiché*) para comprenderla y tratar con ella desde un saber amplio y transdisciplinario (*sophía*), que acude a múltiples fuentes de sabiduría, trascendiendo la tendencia al predominio de un solo tipo de saber (el científico) y los peligros de estrechez y descontextualización que de él surgen.

Quisiera explicitar también en qué sentido lo entiendo como un modelo. Un modelo es una forma simplificada de acercarse a un fenómeno complejo, del mismo modo en que un *mapa* nos ayuda a orientarnos a la hora de explorar un territorio desconocido. El mapa es útil puesto que nos ayuda a maximizar el tiempo y a dirigirnos en una determinada dirección, permitiéndonos además hacernos una panorámica del lugar en el que estamos. Sin embargo, si solo nos quedamos mirando el mapa jamás tendremos la experiencia directa ni alcanzaremos una comprensión auténtica del territorio mismo. El mapa solo tiene sentido mientras nos mantengamos en la experiencia de explorar un lugar y mientras lo estamos explorando.

El modelo psicósófico que aquí presento se entreteje a partir de ciertas *dimensiones* que a mi juicio configuran la actitud implícita de todo terapeuta. El concepto de dimensión que aquí utilizamos se asemeja a la idea de V. Frankl expresada en su libro *Psicoanálisis y existencialismo* de 1946 (2002) según la cual el ser humano al mismo tiempo que es una unidad está constituido por distintas dimensiones, ilustrándolo por medio de una figura en la que un cilindro tridimensional (totalidad y unidad del ser humano) se proyecta hacia el lado y hacia abajo figurando dos dimensiones diferentes bidimensionales, un rectángulo y un círculo

<sup>2</sup> En el contexto de estas reflexiones tomamos la noción de ontología del pensamiento heideggeriano en una de sus múltiples significaciones, esto es, como una forma de comprender (interpretar) los fenómenos desde la perspectiva de su ser, es decir, desde el punto de vista de su articulación estructural y formal a diferencia de una perspectiva óptica que pretende conocerlos en sus atributos reales observables.

<sup>3</sup> Véase mi artículo “Psicosofía y psicoterapia: tres ejemplos para una aproximación” (2010), en donde llevo a cabo una primera aproximación general a la idea de psicósófico desde la perspectiva de la vía del ejemplo.

<sup>4</sup> Véase, por ejemplo, la figura de Sócrates, cuya actividad filosófica se desplegó bajo la inspiración del famoso lema del oráculo de Delfos “conócete a ti mismo”.

(distintas dimensiones de la totalidad). En palabras del propio Frankl (2002 [1946]):

La marca característica de la existencia humana es la coexistencia entre su unidad antropológica y sus diferencias ontológicas, entre la forma unitaria de ser que tiene el hombre y las modalidades diferenciadas del ser, de las que participa aquella (p. 49).

Las dimensiones que abordaremos, en el orden de aparición, son las siguientes: 1. Dimensión ética autobiográfica, 2. Dimensión metódica, 3. Dimensión de crítica sociocultural, 4. Dimensión ontoantropológica, 5. Dimensión ontopsicológica, 6. Dimensión psicoterapéutica y 7. Dimensión espiritual.

### Dimensión ética autobiográfica

Una actitud terapéutica debe contemplar una dimensión *ética*, acaso la más decisiva de las dimensiones que orientan una efectiva actitud terapéutica. Me parece la más decisiva ya que de todas las dimensiones que he de proponer esta es la que se hace cargo más directa y concretamente del modo de ser y de actuar del terapeuta en el mundo, más allá de su quehacer terapéutico, como espero que se aprecie en lo que sigue. Mientras que la moral (del latín *moris*, que significa costumbre) tiene más que ver con contenidos y normas a ser aplicadas, la ética (del griego *ethikos*, que significa carácter, modo de ser) tiene que ver con actitudes y modos que solo emergen ahí cuando efectivamente los vivimos. No podemos ser éticos por el puro hecho de querer serlo, basados en buenas intenciones. En cambio, podemos dar cuenta de una elevada moralidad justificada en una buena comprensión y en la engañosa idea de andar en su búsqueda. Éticamente hablando no hay nada que buscar porque todo lo que puedo ser ya lo soy... precisamente ahora, mientras soy consciente de mi modo de estar presente-atento. Así lo expresa la filósofa española M. Cavallé (2006):

La virtud del sabio es su integridad, la fidelidad a su propio ser, el respeto consciente y activo por lo que de hecho *ya* es [...] La virtud no es cultivable ni imitable; irradia espontáneamente de todo aquello que se limita a ser lo que es (pp. 107-108, cursiva del original).

Como lo señala Varela (1991), cuando hablamos de ética nos referimos a una maestría, a una *destreza*, más que a un tipo de erudición. El ser ético, en este sentido, se parece más a la práctica de un ejercicio físico o a la

progresiva ejecución de un instrumento musical, más que al estudio sistemático de ciertos contenidos. Me puedo leer un manual completo acerca de cómo nadar estilo crol y, sin embargo, una vez en el agua sigo sin “saber” qué hacer. Puedo ver a un amigo cómo toca la guitarra, entusiasmare y creer que debe ser fácil hacerlo y, sin embargo, una vez con la guitarra en las manos (de nuevo) no “saber” qué hacer. A nadar aprendemos nadando, del mismo modo como a tocar guitarra aprendemos tocando. La ética emerge ahí donde nos entregamos confiados y espontáneos a la práctica del estar presentes-atentos momento a momento, en cada situación, con nuestro ser total.

Con base en lo recién dicho, lo medular de esta dimensión ética radica en el esfuerzo constante por ir *alineando* la tríada fundamental de la experiencia humana: mente-cuerpo-relaciones (ver el apartado sobre la dimensión ontoantropológica). Ahora bien, esta tríada emerge, por supuesto, en un entrelazamiento conjunto, por lo que separarla en distintos elementos no es más que un juego intelectual. De los tres componentes de la tríada son las relaciones el ámbito más significativo para la experiencia ética. Es precisamente nuestro modo de abrirnos y de encontrarnos con otros lo que define decisivamente la autenticidad/inautenticidad de nuestra alineación, de nuestra integración, de nuestro habitar el mundo. La alineación entre mente-cuerpo-relaciones se expresa en una actitud hacia el otro que puede ser caracterizada como de *respeto*. En un sentido estricto, respetar al otro (del latín *re-specere*: mirar haciéndose hacia atrás) significa quitarse uno mismo del centro para dejar que el otro se muestre tal cual es, para que se haga presente confiadamente en su real humanidad. Es a lo que apunta Buber (cit. en Orange, 2012) al señalar:

El supuesto principal para el surgimiento del diálogo genuino es que cada uno contemple a su compañero tal como es. Me vuelvo consciente de él, consciente de que es diferente, esencialmente diferente de mí mismo, en la forma definida y única que le es peculiar, y acepto a quien veo de este modo de manera que en total sinceridad le puedo dirigir lo que digo en cuanto a la persona que es (p. 22).

Por otra parte, que la ética sea *autobiográfica* es, en rigor, una redundancia, cuyo propósito es enfatizar el compromiso cotidiano y práctico de la persona del terapeuta en su totalidad. La única manera que tenemos de dar cuenta de nuestra ética es apelando a nuestra vida cotidiana, al modo real en que estamos comprometidos con nuestro propio proceso de alineación y bienestar.

De ahí que estemos obligados a referirnos a nosotros mismos cada vez que intentemos dar cuenta de cómo hacemos lo que hacemos como terapeutas.

Mientras que la moral se transmite de manera pedagógica, por medio de una enseñanza básicamente verbal, la ética se propaga a través de dos procesos experienciales fundamentales. El primero es la *extensión*, que es el proceso por medio del cual una experiencia de alineación puntual en un contexto determinado se expande a un contexto distinto, ampliando la capacidad para estar presente, abierto y receptivo a un ámbito cada vez mayor de situaciones. Es lo que sucede, por ejemplo, con la práctica de meditación formal, en la medida en que al ejercitar el estar presente, abierto y receptivo mientras nos sentamos en el cojín, podemos ir extendiendo este modo de estar a otros ámbitos de nuestras vidas cotidianas (Varela, 1991). El segundo es la *irradiación*, que consiste en un proceso por medio del cual nuestro propio modo de estar presentes, abiertos y receptivos, por el puro hecho de darse, ejerce una influencia en el entorno, especialmente en los otros con los que nos relacionamos. Es como si nuestro ser irradiara una cierta luminosidad, la que de ser más radiante puede influir directamente en el ser de otro. Por supuesto que el mismo proceso vale cuando nuestra luminosidad está más bien opaca o apagada (Brito, 2011). Esta idea es avalada por una investigación cotidiana que llevó a cabo un psicólogo en un hospital psiquiátrico en Illinois (en Kornfield, 2010, pp. 349-350), quien observó a profesionales que pagaban o no el estacionamiento, cuyo cobro no era vigilado. Este psicólogo observó los registros de los pacientes “curados y dados de alta” y descubrió que había una consistencia interesante: “los pacientes de los médicos y psicoterapeutas que pagaban el estacionamiento mejoraban más rápidamente que los de aquellos que no pagaban”. Kornfield (2010) concluye lo siguiente: “Parece que los que trabajamos en la sanación [propia] de alguna manera comunicamos nuestra integridad y fortalecemos también a las personas con las que trabajamos (p. 350).

### Dimensión metódica

En mi opinión, toda actitud terapéutica implica una dimensión metódica, entendida como una manera de enfocar y de comprender los fenómenos y el mundo en general. Cuando hablamos de métodos<sup>5</sup>, al menos

en un contexto académico, resulta fácil pensar en algo árido cercano al procedimiento científico. Sin embargo, en este contexto uso esta palabra en un sentido más fundamental, como la perspectiva que utilizamos todo el tiempo cada vez que intentamos comprender y dar cuenta de algo. En este sentido, tenemos que hacer la distinción entre el método (tal y como lo entendemos en este apartado) y la metodología, en cuanto aproximación científica a la realidad orientada por reglas y desde supuestos bien definidos, propios de la comprensión científica. Como psicoterapeutas vamos formando una manera de comprender el sufrimiento humano y de intervenir en él, que se apoya parcialmente en nuestra formación formal y, a mi juicio, fundamentalmente en nuestro modo de comprender el mundo en general.

Pero, ¿cómo está constituida estructuralmente la dimensión metódica de la actitud terapéutica? Sírvanos a este respecto la siguiente propuesta de Varela (2010):

En una primera aproximación podemos decir que hay al menos dos dimensiones que deben ser consideradas para que un método sea tal:

1. Que entregue un claro *procedimiento* para acceder a un campo fenoménico.
2. Que entregue medios claros de *expresión* y *validación* al interior de una comunidad de observadores que tengan familiaridad con los procedimientos señalados en 1. (p. 302, cursivas del original)

Según lo anterior, lo primero que tenemos que explicitar son los *procedimientos*, es decir, las distintas maneras que tenemos como terapeutas de llegar a la observación y a la comprensión de un fenómeno de significación psicoterapéutica. *Desde dónde*, desde qué “lugar”, estoy mirando este fenómeno, por ejemplo, una determinada constelación sintomática de un paciente. ¿Estoy parado en el supuesto de las categorías psiquiátricas, desde donde se orienta un diagnóstico y un tipo de tratamiento recomendado? ¿Estoy parado en el supuesto de una perspectiva existencial que reconduce los síntomas a sus fundamentos en los insoslayables dilemas de la existencia tales como la muerte, la libertad, el sentido de la vida, la angustia, etc.? Tenemos que dar cuenta de cómo es que observamos lo que observamos y esto implica explicitar nuestros “desde dónde”. Pero

<sup>5</sup> Del griego *meta* (más allá) y *odós* (camino), por lo que “método” es un camino posible de llegar a comprender un aspecto del mundo más allá de la mera percepción

de lo evidente, por lo que implica necesariamente un supuesto desde donde seleccionar y enfocar un fenómeno en un contexto dado.

también necesitamos explicitar nuestros “*cómos*”; nuestras maneras concretas de proceder a la observación y comprensión de un fenómeno<sup>6</sup>. Si nuestros “desde dónde” funcionan como la dirección que hemos de seguir y la luz que ilumina dicha dirección, nuestros “*cómos*” (procedimientos) son los pasos y las peripecias que hemos de dar para ir descubriendo nuestro territorio. Estos pasos los vamos dando como terapeutas por medio de nuestras preguntas y de nuestras estrategias terapéuticas, así como por medio del tipo de relación que contribuimos a entablar con nuestros pacientes. Un paciente nos cuenta algo que hizo que lo perturba intensamente y que no comprende. Ante esto le podemos preguntar, por ejemplo: “¿por qué crees tú que hiciste eso?” o “¿cuéntame qué te pasa ahora que me dices esto?” o tantas otras cosas. Y no da lo mismo qué y cómo preguntamos, pues abrimos ámbitos distintos del ser de la otra persona. La primera pregunta abre el ámbito causal del pasado e invita a una reflexión más intelectual; la segunda abre el ámbito de la experiencia en el aquí y ahora e invita a entrar en contacto con el proceso presente. Nuestros métodos disponen en el encuentro terapéutico lo que ha de quedar abierto como asunto a trabajar y las modalidades en que puede desplegarse este trabajo terapéutico.

El segundo punto que propone Varela (2010) no es tan evidente en este contexto como el primero. En cuanto psicoterapeutas tenemos que tener un procedimiento para orientar el proceso terapéutico en su totalidad. Pero en la práctica, la mayoría de nosotros no está expuesto a tener que *validar* este procedimiento ante una “comunidad de observadores”; aunque sí ante el propio paciente. En este caso, son las propias comunicaciones del paciente acerca de su proceso las que sirven como la más fiable fuente de validación de nuestros procedimientos. Esto es fundamental, ya que por muy encariñados que estemos con nuestros procedimientos, si nuestros pacientes no hacen eco de sus

efectos transformadores en ellos mismos no son más que mera pérdida de tiempo.

Pero también es importante esta dimensión si pensamos en la deseabilidad de un diálogo clínico más fecundo y transparente. En cuanto psicoterapeutas participamos eventualmente en instancias de supervisión, de exposición de nuestro quehacer y/o de nuestras reflexiones acerca de nuestro quehacer (en congresos, reuniones clínicas, etc.), de intercambios espontáneos con otros terapeutas, etc. Aunque no necesariamente estamos expuestos a la validación de nuestros procedimientos, creo que puede ser una instancia enriquecedora siempre que tomemos este proceso de validación en un sentido más amplio y a la vez más cotidiano que el proceso de validación científica. En este sentido, la validación de nuestros métodos supone un ejercicio de honestidad y transparencia por parte de los terapeutas, que en el contexto de estas reflexiones implica atrevernos a explicitar nuestra propia actitud terapéutica en sus diferentes dimensiones y muy especialmente nuestros procedimientos de observación de los fenómenos clínicos. Incluso una intervención fundamentalmente intuitiva o “inspirada” puede ser comprendida en el trasfondo de la actitud básica del terapeuta. El solo hecho de permitirnos como terapeutas intervenir desde la inspiración da cuenta de una determinada actitud que para otra ni siquiera cabría dentro de sus posibilidades.

### Dimensión de crítica sociocultural

Por otra parte, una actitud terapéutica supone una posición ante nuestra sociedad y cultura que sirven de contexto amplio e inevitable de nuestro quehacer terapéutico. Todos nosotros, por el mero hecho de existir en un determinado tiempo-lugar, tenemos implícitamente una manera de ver y de juzgar la sociedad y la cultura en la que habitamos. Como psicoterapeutas, pienso que esta perspectiva implícita tiene que ser convertida en una crítica relativamente bien fundada y coherente, capaz de orientar globalmente nuestra comprensión e intervención de los fenómenos clínicos. Entiendo por “crítica” el compromiso del terapeuta por estar atento y por pensar en forma continua los rasgos idiosincráticos y característicos de su contexto sociocultural desde la perspectiva de su influencia en el bienestar y/o malestar de los individuos y de la colectividad. Una vez más, se trata de una estructura formal susceptible de ser llenada por cada terapeuta en relación con su contexto y con su propia sensibilidad con esta dimensión.

Esta dimensión sociocultural implica distintos niveles de aplicación, desde lo más global hasta lo más específico, siguiendo para su estratificación un criterio

<sup>6</sup> Nótese que este acceso primario a un fenómeno psicoterapéutico (observación y comprensión) implica, al mismo tiempo y necesariamente un modo concreto de intervenir en él. De ahí que esta dimensión esté interrelacionada nítidamente con la dimensión psicoterapéutica que se explica más adelante. En rigor, todas las dimensiones de la actitud terapéutica aquí desarrolladas están en *interrelación esencial* con todas las demás, ya que son diferentes dimensiones de *una misma actitud*, es decir, del ser total de una misma persona. En la medida de lo posible, intentaré ir explicitando esta intrínseca red de conexiones cuando nos vayamos deteniendo en cada una de las dimensiones.

básico de *diferenciación*. Esto significa que tenemos un determinado fenómeno sociocultural ahí donde lo podemos distinguir con relativa claridad de otro fenómeno sociocultural. En este sentido, el estrato más global que al menos yo puedo identificar es el de la distinción Occidente/Oriente, para hablar así de sociedades y culturas occidental y oriental, mientras que el estrato más específico que puedo identificar es el familiar, es decir, el contexto sociocultural de crianza y de arraigo individual. Simplificando los diferentes niveles de amplitud y complejidad en que se despliega esta dimensión de la actitud terapéutica, creo que podemos abordarla básicamente desde una doble perspectiva. Una *global* que abarca nuestra reflexión en torno a la época en la que vivimos, a la cultura occidental en su generalidad y, más en particular, a la idiosincrasia sociocultural de nuestro propio continente latinoamericano y de nuestro país en especial. En este nivel, me parece de suma importancia mantener una reflexión comparativa constante entre sociedades y culturas diferentes a la nuestra, como por ejemplo las de Oriente o las indígenas, entre otras. Este nivel es enseñable en cursos universitarios, y de hecho lo es, aunque en nuestro país en forma todavía etnocéntrico-alienada (Gissi, 2002)<sup>7</sup>. Y otra *particular*, acotada al contexto sociocultural del paciente en cuestión, con su propia historia y tradición. En este caso no hay consignas generales, sino la disposición a ir paso a paso con el paciente para ir explicitando su propio entramado histórico con el propósito de ir iluminando su modo de ser actual con las posibilidades que de él se derivan.

En esta dimensión en particular se vuelve crucial el cultivo de un *sentido histórico*, no al modo de la disciplina histórica (como si tuviéramos que conocer fechas y acontecimientos específicos), sino más bien como la necesidad que tenemos de ir a la tradición para iluminar y comprender mejor nuestra situación actual así como nuestras posibilidades. Para comprender nuestro contexto sociocultural tenemos que comprender a su vez su origen y las vicisitudes de su desarrollo histórico, al menos en sus rasgos fundamentales. Un buen ejem-

<sup>7</sup> Hago aquí un recuerdo y un reconocimiento a las clases del profesor y psicoterapeuta chileno Jorge Gissi, de quien aprendí este concepto. El etnocentrismo alienado implica tomar como referencia y como modelo a una cultura distinta de la propia, la que es considerada desde todo punto de vista como superior. De este modo, la relación con lo idiosincrático de la propia cultura se torna más bien inconsciente, lo que repercute en una confusión y fragilidad de la propia identidad cultural. En nuestro caso como chilenos y latinoamericanos, nuestras culturas de referencia son la europea y la estadounidense.

plo de un psicoterapeuta especialmente sensibilizado con esta dimensión y muy consciente de su importancia y utilidad en el contexto terapéutico es el caso de Jung (2006 [1942]). Valgan las siguientes referencias a modo de ilustración:

Por eso nos vemos obligados a recurrir al material de las cosmovisiones anteriores y exteriores al cristianismo, pues la humanidad no es una prerrogativa de Occidente y la raza blanca no es una especie del *homo sapiens* privilegiada por Dios (p. 85, cursiva del original).

“[...] las premisas cosmovisivas las tomamos en su mayor parte de la tradición general y del entorno, y solo en una pequeña parte las hemos construido personalmente o las hemos elegido conscientemente” (p. 119).

### Dimensión Ontoantropológica

Junto con las otras dimensiones, y en interdependencia con ellas, la actitud terapéutica implica asumir una posición ontoantropológica, es decir, una determinada comprensión de la naturaleza humana en su conexión con el mundo. Antepongo el prefijo “onto”<sup>8</sup> para enfatizar que una comprensión del ser humano suficientemente compleja requiere partir de la base de que este no es un ser fundamentalmente substancial e individual, sino (como diría un sistémico) un sistema al interior de otros sistemas; o como diría Heidegger (1927), un estar-en-el-mundo. Este es un hecho que en la actualidad está respaldado incluso desde la investigación neurobiológica, la que afirma que nuestro

<sup>8</sup> Del griego *ontos*, que significa ser. En la tradición filosófica la pregunta por el ser ha guiado gran parte del pensar metafísico, el que se caracteriza por el intento de una reflexión acerca de la naturaleza de la realidad y sus fundamentos. Al echar un vistazo a esta larga tradición lo primero que llama la atención es la enorme diversidad de opiniones acerca del ser, configurando un panorama confuso y, a ratos, irreconciliable, marcado por una especulación abstracta. En el presente contexto, dentro de un horizonte psicósófico, entiendo el prefijo “onto” no desde una perspectiva metafísica, sino *ontológica*, es decir, desde nuestra experiencia de la otredad que nos sostiene y en la que estamos enraizados constantemente, la que comprendo simplemente como mundo. *Onto, mundo, es el entramado de posibilidades, condiciones y realizaciones desde las que en cada momento existimos y desde donde podemos comprender el sentido de lo que somos y hacemos.*

cerebro es en sí mismo interactivo con “su entorno” y depende de este para su normal crecimiento y desarrollo (Schare, 1994, 2003). Por su parte, el descubrimiento en las décadas recientes de las neuronas espejo reafirma esta comprensión del cerebro como una estructura biológica básicamente interaccional, evidenciando los fundamentos neurobiológicos de eso que desde una perspectiva psicósica entendemos como ex-sistencia, apertura o interacción hombre-mundo (Cozzolino, 2006).

Este ser interaccional o abierto que somos supone considerar y explorar distintos ámbitos y niveles en que nuestro ser se despliega, dado que existir significa, precisamente, ser desde y hacia lo otro de mí. Frankl (2002 [1946]) lo expresa como sigue:

Porque ser hombre significa, por sí mismo, estar orientado hacia más allá de sí mismo. La esencia de la existencia humana se encuentra en su auto-trascendencia, por así decirlo. Ser hombre significa estar, desde siempre, orientado y dirigido a algo o a alguien, estar dedicado a un trabajo al que se enfrenta un hombre, a otro ser humano al que ama, o a Dios a quien sirve (p. 51).

En especial, esta dimensión ontoantropológica supone una comprensión acerca del ser extático del hombre, desde una doble perspectiva: una sincrónica y una diacrónica. Desde una mirada *sincrónica* podemos entender la experiencia humana desde la trinidad mente-cuerpo-relaciones (mencionada en la dimensión ética). La *mente* refiere a todas aquellas experiencias simbólicas cargadas de un significado personal que, sin embargo, emergen en interacción con el mundo. Forman parte de estas experiencias los pensamientos, los recuerdos, las expectativas, las emociones, los estados anímicos, la atención que tenemos momento a momento, sean estos conscientes o inconscientes. El rasgo fundamental de toda experiencia mental está dado por la posibilidad de ser comprendida y formulada lingüísticamente, en forma tanto verbal como no-verbal. El *cuerpo* alude, por una parte, a todos aquellos procesos biológicos que sostienen nuestra vida y nuestra conciencia (por ejemplo, el funcionamiento cerebral) y, por otra, a todas aquellas experiencias sensibles que sentimos como sensaciones y que nos conectan al mismo tiempo con el “exterior” y con el “interior” de nuestro cuerpo. Estas experiencias suelen ser implícitas y acontecen como una corriente ininterrumpida de vitalidad interaccional. Por último, las *relaciones* remiten al hecho radical de que toda experiencia-acción personal surge desde y hacia un específico ámbito contextual.

Mis formas de experimentar el mundo van emergiendo de una interacción histórica con mis situaciones y son, en todo momento, una respuesta a un movimiento de esta situación aquí y ahora. Saint-Exupéry (cit. en Orange, 2012) lo expresa así: “El hombre no es más que una red de relaciones y son estas lo único que le es importante” (p. 61). Ahora bien, la situación no solo está constituida por el conjunto complejísimo de las circunstancias presentes en cada momento (desde las condiciones físicas hasta la propia disposición hacia ellas), sino más radicalmente por la presencia de los otros en mi vida.

En el contexto del quehacer terapéutico, en concreto, lo anterior supone explicitar una comprensión acerca de esta trinidad tanto respecto de nosotros mismos como terapeutas como de nuestros pacientes. En el plano *mental* esto implica indagar, con el paciente, su nivel de conciencia respecto de sí mismo y del mundo, respecto de su propio sufrimiento, de sus posibles condiciones y soluciones, así como respecto del sentido que esto tiene en el entramado total de su existencia. En el plano *corporal* implica explorar el grado de conexión que nuestros pacientes tienen con su cuerpo, el modo en que lo cuidan (o descuidan), así como detenernos para darle voz y escuchar lo que el cuerpo “dice”. La corporalidad es un ámbito de la experiencia humana crucial a la hora de pretender saber de nosotros mismos, siendo incluso la portadora de un tipo muy concreto y vivencial de memoria, investigada por la neuropsicología bajo el nombre de memoria implícita o procedural y que podríamos comprender como portadora de parte de nuestras vivencias inconscientes. En el plano *relacional* implica explorar cómo les va a nuestros pacientes en sus diversas vinculaciones e interacciones con el mundo, con los otros, con sus quehaceres, con sus proyectos personales y laborales, con el convivir en general y muy en especial con las personas significativas con las que desarrollan su vida cotidiana (Schore, 2003).

Por otra parte, desde una perspectiva *diacrónica* necesitamos introducir la variable temporal-procesal, es decir, una comprensión de los planos sincrónicos en su evolución, para atenernos así a la radical temporalidad en que se despliega la interacción entre hombre y mundo. Esto significa ir forjando un conocimiento del desarrollo humano desde el nacimiento (o desde antes incluso) en sus diferentes niveles (biológico, cognitivo, afectivo, vincular, social, etc.), pero más fundamentalmente, requiere de una reflexión y familiarización con el modo de ser de la temporalidad misma en cada instante. ¿Qué entendemos por temporalidad? ¿Cómo entendemos el interjuego necesario que se da entre las distintas dimensiones temporales de pasado, presente

y futuro? ¿En cuál de ellas ponemos nuestro énfasis y por qué? ¿Cómo comprendemos el proceso en que el presente cobra mayor sentido a la luz del pasado? ¿Qué importancia le damos al proyecto del propio ser en la constitución del presente? Y ya que vengo tropezando inevitablemente con este tiempo presente, ¿qué entendemos por presente?

Las preguntas anteriores me parecen de suma importancia, no para quedarnos en elevadas especulaciones filosóficas, sino para entregarnos con mayor lucidez al abordaje de los problemas que nos desafían en nuestra práctica clínica. Todo el tiempo tenemos que operar sobre la base de la temporalidad, por ejemplo cuando tratamos de transmitir a nuestros pacientes que la psicoterapia es un “proceso”, o cuando intentamos llevar a nuestros pacientes a explorar su “pasado”, o cuando hacemos una intervención que abre la experiencia compartida en el “aquí y ahora” de la sesión, etc.

### Dimensión Ontopsicopatológica

Lo primero en esta dimensión es tener la precaución de no confundirla con la concepción clásica de la psicopatología enraizada en la tradición médico-psiquiátrica. En un sentido primario, la psicopatología hace referencia al sufrimiento anímico del ser humano, por lo que apunta a una realidad constitutiva de la existencia humana. El prefijo “onto” hace alusión, una vez más, al hecho de que toda psicopatología en el hombre implica su interacción con el mundo en múltiples sentidos. Desde esta perspectiva jamás es el individuo humano el que sufre (enferma), sino la existencia en alguna modalidad de su estar-en-el-mundo, por lo que toda psicopatología implica en su “causación” alguna falla interaccional y en sus “efectos” una distorsión en el establecimiento de relaciones con los otros y/o con algún ámbito del mundo.

En mi opinión, hay al menos dos temas que tenemos que explicitar respecto de esta dimensión. El primero se refiere a qué estamos comprendiendo por *sufrimiento*. Al respecto, habría que distinguir al menos dos formas diferentes de sufrimiento, una legítima e inevitable y otra enfermiza y más o menos evitable (Frankl, 2002 [1966]). La primera tiene que ver con el sufrimiento que surge de las condiciones básicas de la existencia. Este no solo es un sufrimiento inevitable, sino que incluso puede ser enriquecedor y favorecedor de la propia integración, como cuando nos enfermamos grave y largamente y tenemos la posibilidad, por ejemplo, de aprender a ser más pacientes o de asumir nuestra fragilidad. La segunda forma tiene que ver con fallas en la interacción hombre-mundo que alteran la

configuración de la personalidad, volviéndola más frágil, defensiva, inhibida o de cualquier otra forma que dificulte su expresión auténtica y su apertura básicamente confiada al mundo. Winnicott (2003) expresa esta idea, en el contexto del desarrollo infantil, diciendo que la psicopatología surge cuando en la relación entre el niño y sus cuidadores ocurren cosas que no tenían que ocurrir o cuando no suceden las cosas que sí tenían que suceder. Esto significa que en el proceso de configuración ontopsicopatológica lo ambiental ejerce una influencia fundamental, aunque no excluyente de las disposiciones personales.

El segundo tema que tenemos que explicitar en esta dimensión es el referido a lo que podríamos llamar la distinción de niveles ontológicos en el ser humano<sup>9</sup>, dada fundamentalmente por la diferencia entre un nivel “esencial” o “auténtico” y uno “periférico” o “inauténtico”, que forma parte de toda posición ontopsicopatológica. Esto implica para nosotros los terapeutas asumir una posición respecto a la pregunta por la “propia verdad” de nuestros pacientes, en contraste con los modos disfuncionales o inauténticos de estar-en-el-mundo que los llevan a buscar en la psicoterapia un camino de encuentro consigo mismos. Naranjo (2008) señala como lo medular de la psicopatología lo siguiente: “Es esta fijación de respuestas obsoletas y la pérdida de la capacidad de responder creativamente en el presente lo que más caracteriza el funcionamiento psicopatológico” (p. 53, las cursivas son mías). En esta afirmación se trasluce esta diferencia de niveles ontológicos de la que hablamos aquí, en el sentido de que el sufrimiento disfuncional consiste en la pérdida de un estado *originario* de autenticidad, libertad, creatividad, etc.; y en el paso gradual a un estado *derivado* y condicionado de inautenticidad, rigidez, reactividad, etc.

Este “proceso de degradación” requiere ser comprendido no solo en su génesis y desarrollo, sino en sus rasgos fundamentales una vez que se ha constelado y ha cuajado en un modo de ser relativamente estable o habitual, es decir, cuando adquiere la figura de un determinado modo de padecimiento psíquico disfuncional.

<sup>9</sup> Con la expresión “niveles ontológicos” me refiero, en este contexto y en conexión a lo ya dicho sobre la ontología, a una diferencia fundamental entre dos modos de ser en o de experimentar el mundo, a dos formas básicas de habitar y de entrar en familiaridad con y en el mundo. Estos niveles pueden ser vistos desde una doble perspectiva: 1. Desde la perspectiva de cómo hemos ido pasando de un nivel al otro. 2. Desde la perspectiva del modo en que ambos niveles co-existen en un momento determinado de la propia vida.



En este sentido, toda posición ontopsicopatológica conlleva el esfuerzo por organizar de una determinada manera el espectro de estas posibles constelaciones, desde la perspectiva del entramado hombre-mundo, así como desde una perspectiva temporal-histórica, en el sentido que ya le hemos dado a estas nociones.

### Dimensión psicoterapéutica

He aquí la dimensión más específica de la actitud terapéutica y, en cierto sentido, la más idiosincrática de la persona del terapeuta en su quehacer clínico. Varias de las otras dimensiones pueden aplicarse también a otros quehaceres humanos, pero esta dimensión solo adquiere sentido en el contexto del trabajo con otras personas para aliviar su sufrimiento psíquico.

Lo primero que tenemos que aclarar es qué estamos entendiendo por *proceso psicoterapéutico*, en un sentido ontológico. Independientemente de la respuesta que cada psicoterapeuta dé, a continuación me valgo de la siguiente respuesta general que ofrece Yalom (2010): “*La terapia siempre es una secuencia de interacciones alternadas, y una reflexión sobre tal interacción*” (p. 197, cursiva del original). Esta definición implica el desafío de aclarar qué estamos entendiendo por “*secuencia*” o proceso, por ejemplo, en la línea de explicitar si lo comprendemos como una evolución progresiva orientada en una cierta dirección o más bien con un énfasis puesto en cada sesión entendida como un proceso en sí mismo. Implica además una comprensión respecto de la naturaleza de estas “*interacciones alternadas*”, es decir, una posición acerca de la relación terapéutica, que puede ir desde una concepción del encuentro marcado por una asesoría experta objetivante hasta una concepción del encuentro al alero de la metáfora de los compañeros de viaje. Por supuesto que hay aquí muchas otras cosas a ser definidas: quién conduce principalmente estas interacciones, cuál es el rol que se espera de cada uno de los participantes del espacio psicoterapéutico, una concepción específica del vínculo terapéutico, de las así llamadas transferencia y contratransferencia, entre otros aspectos. Y, finalmente, una comprensión respecto de qué significa “*reflexión*” o elaboración de estas interacciones. Este es un punto práctico crucial, pues implica tener una posición concreta en cuanto a qué hacer (y qué no hacer) en el proceso psicoterapéutico. Incluye opciones del tipo: énfasis en el pasado o en el aquí y ahora; énfasis en el nivel verbal (contenidos) o no-verbal (modos y procesos); énfasis en una comprensión intelectual o corporal-experiencial; entre tantas otras opciones no necesariamente excluyentes.

Por otra parte, esta dimensión conlleva una posición respecto de las distintas fases del proceso terapéutico, las que en términos generales pueden visualizarse como: inicio, desarrollo y final del mismo. Estas fases pueden ser entendidas en forma cronológica, es decir, como una secuencia ordenada y sucesiva de etapas claramente delimitadas; o en forma más orgánica, como constelaciones que se van dando de un modo entremezclado en el contexto de un único proceso marcado por una continuidad. El *inicio* abarca el (o los) primer(os) encuentro(s) con el paciente y requiere del terapeuta una comprensión determinada de su sentido y de sus elementos constitutivos. En esta fase tenemos que establecer y definir aspectos relevantes tales como: el *setting* (todas las condiciones externas y objetivas que han de sustentar el proceso psicoterapéutico, tales como el lugar –sus características físicas– y los tiempos –frecuencia, día y hora de las sesiones–), el encuadre (todas las condiciones subjetivas y relacionales que han de sustentar el proceso psicoterapéutico, tales como una definición de los roles respectivos, una orientación básica de nuestro trabajo en conjunto, así como el precio y la forma de pago, entre otros aspectos), una definición preliminar del motivo de consulta, el establecimiento de un vínculo confiable y seguro, etc. El propósito fundamental de esta fase inicial radica en aclarar y acordar en conjunto la naturaleza del proceso que ha de venir, lo que en él es posible, así como sus limitaciones. Tanto el énfasis como el modo en que cada uno de estos aspectos se concreten depende de la actitud de cada psicoterapeuta.

La fase de desarrollo, que es el periodo más largo y significativo del proceso psicoterapéutico, se va configurando a través del *modo* en que psicoterapeuta y paciente trabajan *conjuntamente* para ir dando cumplimiento a lo proyectado en la fase inicial. Una parte importante de lo que aquí se juega se sustenta en la actitud del terapeuta<sup>10</sup> respecto de las dimensiones restantes, así como de algunos puntos específicos esenciales, que (una vez más) vale la pena hacer el ejercicio de

<sup>10</sup> Una parte y no todo, ya que otra parte importante se relaciona con la actitud de nuestros pacientes, por ejemplo, en cuanto al nivel de motivación, a la capacidad para la autoexploración, así como a la capacidad de entrar en relación y reconocer nuestros intentos de ayuda como tales (y no solo como una amenaza que amerita defenderse), entre otros. La relevancia del “factor paciente” ha sido considerada desde el comienzo mismo de la investigación en psicoterapia, en especial a partir de C. Rogers (Recuero, 2007).

explicitar. En este contexto me referiré a dos de ellos, especialmente relevantes:

1. Una concepción propia acerca del *cambio psicoterapéutico* que abarque una comprensión de su naturaleza: cuándo nos encontramos efectivamente ante un cambio terapéutico (modificación sintomatológica, de rasgos caracterológicos, de patrones relacionales, apertura y flexibilización del espectro de experiencia en general, mayor nivel de integración personal, etc.). Que abarque, además, una comprensión acerca de *cómo* es que este cambio puede acontecer, lo que orienta las metas e intervenciones específicas que guían nuestro quehacer psicoterapéutico con cada uno de nuestros pacientes. Esto implica tener una posición respecto a si el cambio ocurre a partir de la comprensión intelectual de nuestros pacientes respecto de sí mismos, a partir de una experiencia emocional-corporal, a partir de una experiencia relacional reparadora, a partir de todas ellas juntas o con un énfasis específico en alguno de estos elementos.
2. Íntimamente ligado a lo anterior, esta dimensión psicoterapéutica implica también una posición acerca del *sentido* y de las *metas* del proceso psicoterapéutico. ¿Qué es, en definitiva, lo que busca o pretende el cambio? A lo largo de la historia de la psicoterapia moderna se han dado diversas respuestas a esta interrogante fundamental. Se ha planteado que lo que se busca es la adaptación del individuo a su entorno social (psicología del yo), la autorrealización de las potencialidades propias (psicología humanista), la reorganización de los patrones relacionales (psicoterapia relacional), la integración del propio ser en la línea de la individuación (Jung), la ampliación de los mundos de experiencia (Orange), entre otros. Se desprende de lo anterior que nuestra comprensión acerca del sentido del cambio responde tanto a nuestra actitud básica ante el proceso psicoterapéutico en general como ante nuestra posición fundamental ante la existencia en su totalidad, lo que en nuestro modelo remite sensiblemente a la dimensión espiritual (ver más adelante).

Dicho brevemente, el *sentido* del cambio psicoterapéutico apunta en la dirección del sentido de la existencia en su totalidad, es decir, supone una posición respecto de la diferencia entre una vida significativa (realizada) y una vida “vacía” (frustrada). Por su parte, las *metas* apuntan en una dirección más específica del proceso psicoterapéutico, definiendo los objetivos

fundamentales y las tareas concretas que ha de desempeñar el terapeuta, en forma prioritaria, y el paciente, de modo complementario y colaborativo. De este modo, la actitud del terapeuta respecto del sentido del cambio psicoterapéutico orienta radicalmente su comprensión y su forma de negociar las metas psicoterapéuticas, las que a su vez definen las tareas concretas que tanto terapeuta como paciente han de asumir en su trabajo conjunto.

Por último, la fase *final* o de cierre del proceso psicoterapéutico también implica una determinada disposición de esta dimensión psicoterapéutica. Cuando un proceso psicoterapéutico llega a esta fase se plantean ciertas preguntas relevantes que requieren de nosotros tener una posición. Idealmente, esta fase tiene lugar cuando el o los motivos que llevaron a consultar al paciente, así como las metas psicoterapéuticas consecuentes, han sido trabajados y elaborados en forma suficiente, lo que es reconocido tanto por el paciente como por el terapeuta. Algunos de los puntos importantes que tenemos que tener claros como terapeutas son: lo primero es qué significa para nosotros un “trabajo psicoterapéutico suficiente”. Cuáles son los indicadores que vamos a considerar para esto y en qué niveles (sintomático, caracterológico, relacional, etc.). Por otra parte, necesitamos tener una posición respecto de eso que Freud (2001 [1937]) llamó “análisis terminable e interminable”; es decir, desarrollar una comprensión acerca del hecho de que todo proceso psicoterapéutico sea, al mismo tiempo, un logro parcial y un proceso inacabado que deja cabos sueltos y otros aspectos abiertos susceptibles de ser integrados. Y, por último, necesitamos tener una postura respecto al cierre del proceso y a la “disolución” de la relación terapéutica, lo que implica la etapa posterapéutica de seguimiento o no-seguimiento.

### Dimensión espiritual

Con esta dimensión llegamos al final de nuestro bosquejo de esta propuesta de un modelo psico-sófico, cuyo propósito es contribuir a explicitar nuestra actitud como psicoterapeutas. No es casualidad que esta dimensión espiritual haya quedado para el final. En mi opinión, es la dimensión más controvertida de este modelo y, por tanto, también la más dudosa, debido en parte al descrédito en que ha caído desde hace algunas décadas el ámbito de lo “espiritual” devenido en saco donde parece haber de todo. Desde ya nos podríamos preguntar si la práctica psicoterapéutica supone *necesariamente* el cultivo de una cierta espiritualidad. Y planteado así, a secas, pienso que muchos

psicoterapeutas no estarían de acuerdo con esta dimensión como constitutiva de una actitud terapéutica.

En este contexto, y siempre con la intención de abrir espacios para la autoobservación y para el diálogo, me interesa resaltar algunas ideas a mi juicio constitutivas de una dimensión espiritual, que espero revelen por sí mismas su pertinencia y relevancia para una actitud psicoterapéutica en general. La primera de ellas refiere al hecho de que esta dimensión involucra una posición respecto del *sentido* de la existencia inserta en el acontecer de la totalidad. Esto significa una respuesta concreta a la pregunta de si la vida vale la pena de ser vivida, lo que refiere a su propósito fundamental. En este punto, vale la pena hacer presentes algunos postulados de Max Scheler acerca de lo espiritual en el hombre. Según Scheler (1967 [1938]) hay tres características propias de lo espiritual: 1. La *libertad*, es decir, la esencial apertura al mundo, el no estar condicionado por la biología ni por las circunstancias, la capacidad para elegir(se) y auto-gobernarse. A esta característica radical de lo espiritual V. Frankl (2002 [1946]) la denomina autotranscendencia, para indicar cómo es que el hombre es un ser que está más allá de sí mismo y de sus circunstancias. 2. La *autoconciencia*, esto es, la capacidad del hombre para tomar distancia de sí mismo, para autoobservarse y para ir más allá del estar-hacer en el mundo hacia un saber acerca de esta experiencia. Es esta capacidad, precisamente, la que hace posible la experiencia de libertad descrita en el punto anterior. 3. La *actualidad*, rasgo según el cual lo espiritual en el hombre se despliega como puro acontecimiento, como pura realización de sus actos, no siendo susceptible de objetivación. En palabras de Scheler (1967 [1938]): “El hombre es, por tanto, el ser superior a sí mismo y al mundo. Como tal ser, es capaz de ironía y de humor –que implican siempre una elevación sobre la propia existencia” (p. 65).

La experiencia espiritual implica responder con el propio modo de vivir a dos incógnitas radicales. La primera de ellas deriva del hecho de que el acontecer de la totalidad se refiere al *devenir temporal* de todo lo que hay, del universo físico y de la vida psíquico-simbólica, en su entramado recíproco y unitario, con un énfasis en la impermanencia y finitud de esta temporalidad. Es precisamente este enigma del tiempo el que se encuentra en el centro de la búsqueda espiritual, en cuanto referente radical de la pregunta por el sentido de la existencia. Las distintas tradiciones espirituales han dado diversas respuestas a esta pregunta: en su realidad última el tiempo es eternidad, infinitud, nihilidad, etc.

La segunda pregunta, estrechamente vinculada con la anterior, se relaciona con la comprensión de *la*

*realidad misma* más allá de las teorías e interpretaciones derivadas del conocimiento intelectual. A esta comprensión se le conoce como la *experiencia no-dual* de la realidad y a las tradiciones que están en su búsqueda como “sabiduría perenne” (Cavallé, 2000).

La conciencia de la unidad no es más que la aprehensión del verdadero territorio sin demarcaciones [...] Si la realidad es efectivamente una condición en la que no hay demarcaciones [...], si la realidad es una condición tal, entonces la conciencia de unidad es el estado natural de la conciencia que reconoce esa realidad. En una palabra, la conciencia de unidad es la comprensión de lo que no tiene demarcaciones (Wilber cit. en Grinberg, 2005, p. 31).

De este modo, esta dimensión espiritual hace alusión no solo a una comprensión (un conjunto de creencias, por ejemplo), sino sobre todo a una *experiencia* de esta realidad no-dual, por lo que implica el cultivo concreto de una conciencia no-dual (de unidad)<sup>11</sup>. Esto conlleva la idea paradójica de que la explicitación de nuestra actitud terapéutica, es decir, el forjamiento de una cosmovisión propia incluye la progresiva toma de conciencia acerca de un ámbito radical no susceptible de ser convertido en cosmovisión, ya que no es susceptible de perspectiva alguna, sino solo de experiencia directa e inefable. No se trata, por supuesto, de excluir nuestra cosmovisión intrínsecamente dual en favor de un misticismo ingenuo y arbitrario, sino de integrar la construcción de nuestra cosmovisión terapéutica con una experiencia espiritual auténtica capaz de sustentarla y de darle sentido.

Podemos apreciar que esta dimensión se sitúa más allá de todo mapa, por lo que rebasa todo intento de convertirla en cosmovisión. Sin embargo, y dado que se trata fundamentalmente de una experiencia viva tanto personal como comunitaria, encontramos aquí una fuente de gran potencial terapéutico tanto para nosotros mismos como para nuestros pacientes. Me atrevo a sostener que mientras más honesto y disciplinado sea nuestro compromiso con nuestra espiritualidad, mayor es el potencial de influencia terapéutica en nuestro

<sup>11</sup> En este punto se hace evidente la interdependencia de esta dimensión con la dimensión ética autobiográfica, en la medida en que en ella se trata, precisamente, del cultivo práctico de la alineación entre el propio ser y el mundo en el que arraiga. Desde esta óptica, ambas dimensiones no son más que dos caras de una misma moneda.



Figura 1. Las siete dimensiones de la actitud psicoterapéutica

Estas dimensiones hay que comprenderlas en sus recíprocas interconexiones, ya que cada una de ellas cobra sentido, precisamente, en referencia a cada una de las otras. En cuanto totalidad dinámica, estas dimensiones configuran implícitamente nuestra actitud terapéutica, guiando nuestros modos de ser, de pensar y de actuar en el contexto clínico con nuestros pacientes. Por su parte, la explicitación de cada una de estas dimensiones nos puede ayudar a reconocer y a hacer conscientemente accesibles y elegibles, al menos parcialmente, esta actitud implícita. Se da aquí un interjuego circular según el cual todo esfuerzo explicitador de cada dimensión conlleva una transformación de la propia actitud implícita, que a su vez posibilita una nueva explicitación, en un proceso indefinido.

encuentro con nuestros pacientes. En este punto cobra mayor sentido la idea básica de todas estas reflexiones, según la cual los terapeutas ayudamos a “sanar” a otros no solo con nuestros conocimientos y con nuestras técnicas, sino principalmente desde la irradiación implícita de nuestro propio ser, desde nuestra simple presencia.

## CONCLUSIONES

Al poner en el centro del proceso psicoterapéutico la actitud terapéutica he pretendido enfatizar la íntima interconexión existente entre la vida del terapeuta, su comprensión y práctica de la psicoterapia y la atmósfera general que tiende a orientar el proceso terapéutico en su conjunto. *Si bien sabemos que desde un punto de vista técnico la psicoterapia funciona (ayuda a las personas), lo que he pretendido enfatizar es que esta efectividad se*

*puede potenciar de manera insospechada cuando ponemos el foco en el ser (actitud) del terapeuta, a la vez que ponemos especial cuidado en el hacer (nuestras intervenciones). Si bien esta actitud es inicialmente implícita, la buena noticia es que es susceptible de ser explicitada y relativamente reapropiada en cuanto cosmovisión, tal como lo he mostrado a lo largo de este ensayo.*

El modelo psicósófico propuesto pretende a la vez servir como una manera concreta de forjar una cosmovisión terapéutica consistente y orientadora, así como asumir las limitaciones propias de un esfuerzo como este, en el sentido de que todo intento de explicitación debe asumir su parcialidad (perspectivismo) y su temporalidad (historicidad), por lo que esta propuesta hace eco de eso que Donna Orange (2012) entiende como una actitud falibilista. Según Orange (2012), esta actitud implica mantenerse lúcido respecto del propio (y

necesario) perspectivismo, así como de la tendencia intrínseca de toda idea y comprensión a desarrollarse y transformarse. De este modo, mantenernos atentos y comprometidos con este esfuerzo de explicitación implica ir desarrollando una posición terapéutica que nos entregue tanto de convicción y arraigo como de flexibilidad y apertura, si entendemos por convicción precisamente la apertura a una comprensión de la psicoterapia y de nuestros pacientes en su complejidad y devenir, es decir, si nos mantenemos siempre dispuestos a la rectificación e, incluso, a la revocación de la propia cosmovisión (es decir, a abandonarla en pos de la "construcción" de una cosmovisión nueva que nos haga más sentido), de ser necesario, enriqueciendo nuestra experiencia como terapeutas.

Queda pendiente todavía un asunto importante. La propuesta del modelo psicósófico tiene que hacerse cargo, aunque sea en forma provisional (dado que se trata, precisamente, de un modelo), de la posibilidad de su aplicación. De hecho, mi ánimo ha sido explícitamente el de ofrecer una manera concreta de llevar a cabo una explicitación de la propia actitud terapéutica y sentar las bases para un diálogo clínico arraigado en el ser de los terapeutas, antes que en el saber (teoría) o en el hacer (técnica). Si bien no es este el momento de abordar el desafío concreto de generar una formación psicoterapéutica centrada en la integridad del terapeuta basada en este modelo psicósófico, sí quiero plantear (al menos) algunas vías de acceso al trabajo con cada una de las dimensiones propuestas. Estas *vías de acceso iniciales* las formularé en términos de preguntas fundamentales que nos pueden permitir ir reconociendo nuestra actitud terapéutica en nuestra práctica clínica. Con el propósito de que este ejercicio resulte sencillo e ilustrativo, parto por presentar una figura que condensa las siete dimensiones de la actitud terapéutica, para luego presentar las preguntas de acceso por cada dimensión.

## PREGUNTAS DE ACCESO POR DIMENSIÓN

En la dimensión *ética autobiográfica* lo central es poder dar cuenta de la propia experiencia de *alineación* entre mente, cuerpo y relaciones. ¿En qué medida me siento en armonía respecto de estos tres ámbitos de mi vida? ¿Qué entiendo por felicidad y bienestar? ¿Cómo lo hago concreta y cotidianamente para cultivar esta alineación? ¿Qué características de mi vida actual me obstaculizan esta experiencia de alineación? ¿Cómo puedo comprender desde mi propia historia personal y familiar las diversas disociaciones entre estos tres ámbitos de mi vida? ¿Cómo puedo dar cuenta de mis

alineaciones y de mis armonías desde mi historia personal y familiar?

Respecto de la *dimensión metódica* lo central es poder dar cuenta de las *perspectivas* predominantes en mí desde las que suelo observar y comprender los fenómenos clínicos. ¿Desde qué posición observo y comprendo la realidad, desde una más realista, desde una más constructivista o desde alguna tercera posición? ¿Cómo lo suelo hacer para comprender los fenómenos clínicos? ¿En qué perspectiva me siento más cómodo: dejando que mis pacientes se muestren y se den a comprender desde ellos mismos o intentando activamente que se muestren ofreciendo mi propia comprensión? Si alguien observara las sesiones con mis pacientes, ¿qué podría llamarle la atención de mi modo de ayudarlos a explorarse a sí mismos?

En cuanto a la *dimensión de crítica sociocultural* lo central es poder dar cuenta del contexto y de los procesos que sustentan mi práctica clínica. ¿Cómo comprendo la época histórica en la que vivo? ¿Qué rasgos constituyen sus sellos de fábrica? ¿Cómo comprendo la sociedad y la cultura en la que vivo? ¿Cuáles son sus rasgos más idiosincráticos? ¿Cuáles son los "males" y los desafíos típicos de nuestra época histórica? ¿Cómo la historia de mi propia familia contribuye a generar mi propio contexto sociocultural? ¿Cuáles son los hitos fundamentales de esta historia familiar para mí? ¿En respuesta a qué contextos familiares y relacionales propios es que soy como soy y actúo como lo hago? ¿Cuál es el mito personal y cultural que ilumina y orienta mi propia vida en sus líneas esenciales?

En relación la *dimensión ontoantropológica* lo central es poder dar cuenta de la *naturaleza* y del *lugar* que el ser humano ocupa en el mundo. ¿Qué significa existir? ¿Cómo entiendo la naturaleza de la mente humana? ¿Cómo entiendo la naturaleza del cuerpo humano? ¿Qué es para mí el mundo y en qué sentido la existencia está-en él? ¿Cuáles son los hilos e hitos fundamentales en el desarrollo de la existencia humana desde la infancia hasta la adultez? ¿Cuáles son para mí los potenciales máximos de realización humana? ¿Cómo entiendo la pregunta "quién soy yo" (qué es lo que pregunta, en el fondo, esta pregunta)?

En la *dimensión ontopsicopatológica* lo central es dar cuenta de la naturaleza y de los orígenes del *sufrimiento disfuncional* y *evitable*, teniendo como foco la interacción entre el individuo y su mundo (contextos históricos). ¿En qué consiste, para mí, el sufrimiento humano disfuncional (evitable)? ¿Cómo es que llegamos a sufrir de este modo? ¿En qué se distingue esta forma de sufrimiento del sufrimiento inevitable, intrínseco de la existencia? ¿Reconozco algunas formas

básicas distintivas de sufrimiento disfuncional? ¿Cuáles son los criterios fundamentales que me permiten hacer esta distinción, desde una perspectiva tanto actual como procesal?

Respecto de la *dimensión psicoterapéutica* lo central es dar cuenta del cambio terapéutico así como de los principios que orientan mi quehacer terapéutico en esa dirección. ¿Cómo reconozco cuando ha ocurrido un cambio terapéutico? ¿Qué significa para mí “cambio terapéutico”? ¿Cómo se puede generar este cambio? ¿Cómo puedo yo ayudar a generar este cambio en mis pacientes? ¿Qué experiencias personales tengo de cambio terapéutico en mí mismo? ¿Cuáles son para mí las metas de un proceso terapéutico? ¿Cuáles son para mí las funciones principales de un psicoterapeuta? ¿Con qué herramientas terapéuticas concretas cuento para ayudar a mis pacientes? ¿Cuáles son los límites del cambio terapéutico (en mí mismo como terapeuta, en el paciente, en la relación, en el proceso mismo de psicoterapia), es decir, qué es lo que está fuera del alcance de la psicoterapia?

Por último, en cuanto a la *dimensión espiritual* lo central es dar cuenta de la propia experiencia y comprensión del *sentido de la vida*. ¿En qué consiste, para mí, el sentido de la existencia? ¿Cómo vivo este sentido en mi experiencia cotidiana? ¿Cuál(es) tradición(es) ejerce(n) una mayor influencia en mi forma de vivir mi espiritualidad? ¿Qué significan para mí ideas como las de amor, plenitud, trascendencia, muerte, transitoriedad y sufrimiento?

El problema de la aplicación del modelo propuesto no es un asunto fácil. En medio del énfasis puesto en la formación teórico-técnica y en las competencias de los terapeutas, creo que el modelo psicósófico nos invita a pensar en la posibilidad de un cambio de foco en esta formación, yo diría que, al menos, en una doble dirección. En primer lugar, poniendo en el centro la *persona* del terapeuta, es decir, sus cualidades y potencialidades reales y particulares, abriendo un espacio concreto para la *creación* como algo, al menos, tan valioso como la adquisición. Esto implica generar una instancia formativa basada fundamentalmente en la *experiencia*: autoobservación, reconocimiento de las propias potencialidades y limitaciones, familiarización con los propios aspectos conflictivos y disociados, así como el cultivo de alguna práctica concreta para la integración personal y para la generación de relaciones interpersonales enriquecedoras. La formación teórica y técnica, a mi juicio, debería enraizarse en esta experiencia de cada terapeuta, en lugar de partir de la base de una formación más o menos estandarizada. En segundo lugar, enfatizando la necesidad del *diálogo* como camino fundamental para

llevar a cabo lo anterior. Dada la necesaria parcialidad de la actitud terapéutica de cada cual, se torna imprescindible nutrirse de las perspectivas de otros para incorporar el hábito de mantenerse en un camino de creciente integración basada en el encuentro con otras perspectivas. Una vez más, creo que esta experiencia de mutua influencia al interior de una comunidad pequeña de terapeutas puede resultar muy enriquecedora y aportadora al quehacer terapéutico de cada cual.

Finalmente, y desde una perspectiva más amplia, esta propuesta abre un camino concreto para cuestionar algunas tendencias porfiadamente reinantes en las ciencias humanas en general, representadas en el reinado excluyente del método científico y en el consecuente predominio de una reflexión reductiva de tinte epistemológico, en desmedro de un pensar más realista y fresco fundado en la experiencia. Este es un asunto de gran importancia, que ocupó con pasión a un pensador del calibre de Francisco Varela (2005): cómo re-situar y legitimar a la *experiencia personal y compartida* en una posición de relevancia a la hora de generar conocimiento, entendiendo la sutil, aunque abismal, diferencia que hay entre esta (la experiencia) y la investigación empírica. Lo empírico es siempre una re-construcción que considera más la rigurosidad del método que eso que la fenomenología ha llamado “las cosas mismas”. La experiencia, en cambio, tiene un punto de partida distinto, pues pone la propia observación y la sabiduría acumulada como fundamento para desde ahí desarrollar una comprensión hermenéutica de lo real. Esto implica bajar del pedestal a la investigación en tercera persona para equilibrarla con una saludable indagación en primera persona. Dicho en lenguaje psicósófico, implica mirar con ojos críticos toda “fundamentación” epistemológica en favor de un desarrollo serio y disciplinado de un pensar ontológico cuya médula radica, en el caso del quehacer psicoterapéutico, en una aclaración de la propia actitud, renunciando de antemano a certezas y objetividades, y asumiendo el inevitable perspectivismo de toda posición. Si bien es cierto que el mapa no es el territorio, es mejor ir construyendo mapas desde la experiencia del territorio.

## REFERENCIAS

1. Brito R (2010). Psicofía y psicoterapia: tres ejemplos para una aproximación. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6 (4), 454-464
2. Brito R (2011). Habitar poético y presencia-atención plena (Mindfulness): un diálogo entre Occidente y Oriente. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 7 (3), 309-317
3. Cavallé M (2000). La sabiduría de la no dualidad. Una reflexión comparada entre Nisargadatta y Heidegger. Barcelona: Editorial Kairós

4. Cavallé M (2006). La sabiduría recobrada. Filosofía como terapia. Madrid: MR Ediciones
5. Cavallé M (2009). El asesoramiento filosófico: una alternativa a las psicoterapias. Texto extraído de la página web [www.monica-cavalle.com](http://www.monica-cavalle.com)
6. Cozolino L (2006). The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain. New York: W. W. Norton & Company
7. Fernández-Álvarez H (2002). La persona del terapeuta. Balance y perspectiva. Conferencia presentada ante el V Congreso Sudamericano de Investigación en Psicoterapia Empírica
8. Frankl V (1995 [1946]). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Editorial Herder
9. Frankl V (2002 [1966]). Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia. México. Fondo de Cultura Económica
10. Freud S (2001 [1937]). Análisis terminable e interminable. En S. Freud, Obras Completas (pp. 211-254) (OC 23). Buenos Aires: Amorrortu Editores
11. Gissi J (2002). Psicología e identidad latinoamericana. Sociosicoanálisis de cinco premios Nobel. Santiago: Ediciones Universidad Católica
12. Jung CG (2006 [1929]). Los problemas de la psicoterapia moderna. En CG Jung, La práctica de la psicoterapia: contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia. (pp. 57-78) (OC 16). Madrid: Editorial Trotta
13. Jung CG (1961). Recuerdos, sueños, pensamientos. Barcelona: Editorial Seix Barral
14. Jung CG (2002 [1964]). Acercamiento al inconsciente. En C. Jung, El hombre y sus símbolos (pp.15-102). Barcelona: BucCarlat
15. Kornfield J (2010). La sabiduría del corazón. Una guía a las enseñanzas universales de la psicología budista. Barcelona: La liebre de marzo
16. Marinoff L (2001). Más Platón, menos Prozac. Madrid: Punto de lectura
17. Naranjo C (2008). Carácter y neurosis. Una visión integradora. Santiago: JC Sáez Editor
18. Orange D (2012). Pensar la práctica clínica. Santiago: Editorial Cuatro Vientos
19. Sassenfeld A (2012). Principios clínicos de la psicoterapia relacional. Santiago: Ediciones SODEPSI
20. Scheler M (1967 [1938]). El puesto del hombre en el cosmos. Buenos Aires: Editorial Losada
21. Schore A (2003). Affect Regulation and the Repair of the Self. New York: W. W. Norton
22. Varela F (2010). El fenómeno de la vida. Santiago: J. C. Sáez Editor
23. Varela F, Thompson E, Rosch E (2005). De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana. Barcelona: Gedisa Editorial
24. Varela F (1991). Ética y acción. Santiago: Dolmen Ediciones
25. Vial W (1999). La antropología de Viktor Frankl. Santiago: Editorial Universitaria
26. Winnicott D (2003). Realidad y juego. Barcelo: Gedisa Editorial