

**Rodrigo Díaz Olguín**  
*Psicoterapeuta*

**Cipra**  
*Psicoterapia Constructivista*

## **Método de intervención constructivista fenomenológico en una clínica de alta complejidad**

Deconstrucción, construcción y reconstrucción en el trabajo con déficits de integración

The methodology described below is organized around the “integration” concept, and for this purpose a method of understanding and intervention is proposed, that draws the specific way in which integration deficits occur for reasons of identity coherence.

It is a constructivist - phenomenological model of evaluation and intervention, where the therapist takes an active role in the instances of deconstruction and construction of perceptions. In a post - rationalist framework (Guidano, 1987, 1990, 1994; Arciero, 2006, 2008), this method of intervention is particularly designed to work with a highly complex clinic that considers topics such as psychotic experience, addictions, and suicidal behavior.

Our method proposed three ways to proceed: deconstruction, construction and reconstruction. In the Deconstruction instance, through a phenomenological attitude, the therapist explores the basic perceptions of the psychological problem, those perceptions challenging, exceptional or discrepant regarding the identity. Then the method invites the therapist to an analysis moment, that includes the use of “construction dimensions” heuristics (Demarcation, Valence, Understanding and Control), its main reference formats (Corporeality, Self-image and Alterity) and the integration sense or integration deficit that explaining the psychological problem.

Towards the end of Deconstruction, the therapist’s aim will be propose a self-knowledge strategy that considers this explanation, including the personal sense of integration and activities that tends to relieve suffering.

### **I. Introducción**

La metodología descrita a continuación está organizada en torno al concepto de integración: se propone un método de comprensión e intervención que dibuja la manera específica en que los déficits de integración ocurren por razones de coherencia identitaria.

Es un modelo de evaluación e intervención constructivista - fenomenológico, en donde el terapeuta adopta un rol activo en las instancias de deconstrucción y construcción de percepciones. Dentro del marco llamado post - racionalista (Guidano, 1987, 1990,

1994; Arciero, 2006, 2008), este método de intervención está particularmente diseñado para el trabajo con una clínica de alta complejidad, que considera temáticas como la experiencia psicótica, adicciones, los diagnósticos psiquiátricos de trastorno de personalidad y el comportamiento suicida.

### Un marco constructivista - fenomenológico

En los enfoques constructivistas se enfatiza la participación propio organismo en la construcción de sus propias percepciones, considerando estas actividades como las que finalmente generan un sentido de orden respecto a un entorno de múltiples posibilidades de sentido (Hayek, 1952; Steel, 2002; Edelman y Tononi, 2000; Popper y Eccles, 1977).

La deconstrucción, construcción y reconstrucción de las dinámicas discontinuidad - continuidad que veremos más adelante se anclan en oscilaciones significativas de esos procesos de generación de orden. En otras palabras, la psicoterapia constructivista - fenomenológica se enfoca en la forma en que el paciente construye continuidad a partir de percepciones discontinuas, constituyéndose la terapia en una actividad de re-creación, una acción creativa y generativa, muy distinta de una instancia de descubrimiento arqueológico de un imaginario estructural o la habilitación de afrontamiento o correcciones respecto la elaboración de una supuesta realidad objetiva.

Como en otros enfoques de la línea constructivista, en nuestro enfoque existe un particular interés por destacar y estudiar los procesos personales y específicos de construir significado (Guidano, 1994, 1995; Mahoney, 2003). Es desde este marco de autores, en donde podemos identificar nociones como la comprensión del problema psicológico como un problema identitario, o la de un acercamiento a la fenomenología hermenéutica en psicoterapia (Arciero, 2006, 2008), que desarrollamos una propuesta para el trabajo con temáticas de una clínica de alta complejidad. Además del foco en este tipo de clínica, otros aspectos distintivos son el tipo de método de exploración - descripción fenomenológica a utilizar (Gallagher, 2006; 2012), la utilización de cuatro heurísticos ("dimensiones de construcción": demarcación, valoración, comprensión y control) basados en los principales modelos de trabajo con psicosis, adicciones y comportamiento suicida, la teoría de referencia de las percepciones junto con las clases de referencia (corporalidad, autoimagen y alteridad), y el papel de la integración entre estas clases de referencia como guía estratégica para la formulación e intervención clínica.

### El problema psicológico como un problema identitario

La demanda psicoterapéutica puede ser comprendida como un relativo fracaso o dificultad percibida por el paciente para mantener el sentido personal en relación con una experiencia demarcada como un obstáculo o "discrepancia". Así, el problema psicológico que construye el paciente representa en sí mismo una serie de recursos útiles para el desarrollo de la psicoterapia: implica una tensión, una tendencia

identitaria a promover el sentido de continuidad por sobre el obstáculo que implica la discrepancia.

En términos de teoría de la identidad, esto se puede comprender con la distinción continuidad - discontinuidad. Por un lado, están el sentido de continuidad, el aspecto Idem que Ricoeur (1996) utiliza para realizar una relación narrativa de la experiencia, que apuntan a un sentido de mismidad, a lo mismo, a la misma clase, una percepción particular configurada respecto a un esquema mantenido, temático, historicista. Por otro lado, tenemos el sentido de discontinuidad, el aspecto Ipse de una identidad narrativa (Ricoeur, 1996), un sentido que apunta al ser puesto en lo imprevisible, un sentido de ser “arrojado”. Como planteamos en un trabajo anterior (Díaz, 2016):

*Enfatizamos el estudio de los procesos de discontinuidad en la investigación psicoterapéutica, la atención a la percepción de “quiebre” por sobre la continuidad, el “ser puesto en el mundo”, la identidad constante y continua desafiada por lo imprevisible, la ruptura: el foco está puesto en la reconstrucción de aquellos aspectos de la identidad que son arrojados, no configurados, excepcionales, discrepantes y distintos. En términos de los modelos de narrativa constructivista, es en la instancia de juego entre los procesos de continuidad y discontinuidad en donde intenta operar la reconstrucción, apuntando al diseño de intervenciones que favorezcan la modulación en situaciones o momentos experienciales que distan del funcionamiento más típico o del presentado en sesión.*

### El problema psicológico como un problema de integración del conocimiento

En paralelo con la comprensión identitaria, la demanda psicoterapéutica puede ser comprendida como un problema de organización del conocimiento. Esta comprensión se basa en la hipótesis de que la noción de discrepancia en sí no lograría dar cuenta de las oscilaciones emocionales que constituyen el objeto psicopatológico, a menos de que el sistema identitario incluyera niveles o aspectos respecto a los cuales la demanda psicoterapéutica se ancla de manera no integrada, como si una “parte del sistema reclamara respecto al dolor proveniente de otra”. Una manera muy útil de estudiar estos aspectos es ordenar analíticamente la experiencia en torno a la referencia consciente. Utilizando la referencia consciente como organizador, podemos realizar algunas distinciones que permiten esbozar claramente el papel que juega el problema psicológico presentado por el paciente en su demanda, los procesos no referidos o tácitos que están incluidos en el problema de integración, y cuáles son los principales desafíos de la psicoterapia en términos de organización e integración del conocimiento.

Un esquema posible, considerando la posibilidad de referencia de las distinciones realizadas por un individuo, sería el siguiente (Díaz, 2016):

*Cuarto nivel*

Conciencia reflexiva.

Percepción atendida y referida. El observador como observador de sí mismo.

Incluye lenguaje oral, emerge "escritural" - lingüístico. Se hace necesaria la perspectiva del otro, para referir la propia experiencia. Creación de la *alteridad* a través de las relaciones con otros significativos.

Postura de observador objetivo. Postura "en contra" de los otros dos niveles, observándose a sí mismo como objeto de conocimiento. El sí mismo como un otro. Actualización de alteridad.

Conocimiento que es referido.

*Tercer nivel*

Conciencia pre - reflexiva

Percepción atendida directamente

Pre - lingüístico. Lenguaje oral

Postura de observador subjetivo.

Conocimiento que es accesado y que es utilizado conscientemente pero que no es referido (conciencia pre - reflexiva)

*Segundo nivel*

Conocimiento tácito

Aspectos básicos del lenguaje oral

Coordinaciones emocionales

Percepción no atendida

Conocimiento que sí es accesible pero que por economía, viabilidad o por necesidades de integración identitaria no es accesado

*Primer nivel*

Conocimiento no accesible

Aquellas distinciones que son realizadas por el organismo pero que no resultan accesibles a la administración del individuo (p.e. procesos inmunológicos)

El problema psicológico o demanda psicoterapéutica es entonces construido por el paciente en un cuarto nivel, en donde el observador es objetivo, se queja del dolor subjetivo, pero el ordenamiento implica que se ve a sí mismo como objeto de conocimiento. Está en cierto sentido alienado o separado de la experiencia asociada a su problema psicológico, y en una extraña paradoja: el sufrimiento es subjetivo, pero la advertencia consciente de la articulación de esa experiencia dolorosa es objetiva, es ajena a él, fue desapropiada. Entonces, el problema psicológico proviene "desde afuera" del propio dominio, el paciente menciona que "me viene una crisis de pánico", "no sé qué hacer con esta 'depresión'", etc.

El psicoterapeuta deberá convertirse en alguien suficientemente cercano y confiable como para acceder junto al paciente a los aspectos pre - reflexivos y tácitos que involucran y explican el problema psicológico, ayudar al paciente a reconocer estos aspectos como propios y reapropiarlos, reclamarlos de una manera comprensiva y controlada al sentido subjetivo de sí mismo.

En nuestra experiencia con el trabajo en torno a temáticas como psicosis, adicciones y comportamiento suicida, además del trabajo con personas que han recibido el diagnóstico psiquiátrico de desorden de la personalidad, la noción de déficit de integración y una metodología de trabajo coherente, ha resultado de gran utilidad. Para llevarla a cabo, se proponen primero los conceptos de dimensiones de construcción y clases de referencia, en el entendido que este limitado apunte tiene el propósito de colaborar con el entrenamiento y formación y supervisión clínica.

### Dimensiones de construcción

En la exploración fenomenológica que proponemos, las acciones de percepción pueden ser estudiadas en múltiples dimensiones. Para ofrecer una propuesta concisa se eligieron cuatro dimensiones bastante asequibles: demarcación, valoración, comprensión y control. La elección de estas dimensiones se basa principalmente en el foco para el que está orientado este modelo psicoterapéutico, una clínica de alta complejidad que considera temáticas de psicosis, adicciones, algún posible diagnóstico de trastorno de la personalidad y comportamiento autolesivo o suicida. Las modalidades de trabajo que han presentado buenos resultados en cada una de estas temáticas, incluyen el énfasis en alguna de estas dimensiones de construcción. El análisis de demarcación, valoración, comprensión y control corresponden a una evaluación conjunta con el paciente de su percepción (tanto a un nivel reflexivo como pre - reflexivo y/o tácito), y esto implica considerar la experiencia integrada en sus distintas manifestaciones, más allá de distinciones como “emocionalidad”, “cognición”, “comportamiento”, etc.

- a. Demarcación. Consiste en una dimensión de límite al momento de construir percepciones. Las actividades de demarcación, siempre fluctuantes, se pueden evaluar en contraste con niveles pre - reflexivos o tácitos y con otras clases de referencia, para establecer un carácter dimensional: por un lado una demarcación restrictiva, en donde aspectos pre - reflexivos o tácitos quedan “fuera” de lo referido reflexivamente, y por otro lado una demarcación agregativa, en donde la demarcación de lo percibido agrega percepciones. De acuerdo a esto, tenemos dos polos en una dimensión (Díaz, 2016):
  - Demarcación sub - inclusiva: - corresponde a una restricción del repertorio usual de acciones de percepción, dejando al resto de las acciones no vistas o vistas tangencialmente desde afuera, rozando el campo de referencia, etc.
  - Demarcación sobre - inclusiva: incorpora o genera mayores constructos que los que usualmente ocurren en las acciones de percepción, lo que implica una serie de procesos agregativos en los que participa la imaginación, el “recuerdo”, creaciones mentales de escenas particulares, “tiros de cámara” inusuales, comportamientos físicos inusuales y no referidos, etc.

Las actividades de demarcación que realiza el paciente pueden ser exploradas con indagaciones del tipo “¿lo que experimenta tiene que ver con usted o con un otro?”, “¿su representación actual está en función de tu experiencia o la de otros?”, “¿dónde empieza tu corporalidad?”, “¿en qué momento empezó a recordar a tu madre?”, “¿se experimenta como arrojado a un futuro catastrófico inminente?”; “respecto a este sentido de destino del usted habla, cuando lo experimenta, ¿incorpora ‘recuerdos’ muy antiguos?”, “cuando piensa en eso, ¿me puede describir si lo visualiza en velocidad normal o se detiene en una parte de la imagen?”, etc.

- b. Valoración. a. Es una dimensión de valencia, de aprobación - rechazo, que establece una dirección global arraigada en sentimientos y emociones a la base de la experiencia de sí mismo. Este aspecto de la percepción, junto con la dimensión de activación, permiten construir la cualidad emocional o valorativa de la experiencia humana (Barrett, 2006). La valoración implica comportamientos mucho más complejos que la “declaración” en el discurso de un estado emocional (Russell, 1989; Barrett, 1998; Barrett, 2006).

El terapeuta y el paciente deberán evaluar qué es lo valorado o rechazado, qué gradualidades ocurren en esta dimensión, cómo la aprobación - rechazo en la construcción guarda relación con la integración entre las instancias de conciencia y cómo sirven para el mantenimiento identitario del sentido personal, como ocurre el movimiento y distancia entre lo percibido, como construcción, y el sentido de sí mismo. En otras palabras, qué es lo alejado - acercado, y qué relación tiene con la integración más global.

- c. Comprensión. Esta dimensión consiste en el aspecto interpretativo de la percepción, no remitiendo solamente a la referencia consciente o discursiva (Cely, 2014), sino involucrando aspectos pre - reflexivos y tácitos: la manera de moverse, de sentirse en relación a la alteridad, etc., implican ya formatos de conocimiento organizado que disponen como recurso un aspecto de las acciones de percepción luego referidas a la corporalidad, autoimagen o alteridad. Tanto la comprensión en acciones de percepción orientada a las relaciones con "objetos", como la construcción de la intención propia y de otros, son basadas en niveles primarios de experiencia, para finalmente poder sustentar a un nivel reflexivo una percepción articulada de las acciones de sí mismo y de otros (Meltzoff, 1995; Smith, 2005; Barresi y Moore, 1996; Barresi, Moore y Martin, 2013; Musholt, 2012). Ejemplos de indagaciones serían “¿qué nos dice sobre usted lo que sintió?”, “¿cuál fue la intención del otro cuando actuó así?”, “¿qué aspectos de su percepción utiliza para construir esa hipótesis?”, etc.
- d. Control. Esta dimensión en la construcción de percepciones alude a la actuación efectiva respecto a la propia percepción, un sentido de dirección, predicción y - por sobre todo - manipulación de las propias percepciones. Al igual que las anteriores dimensiones, es una acción que primordialmente

implica funciones motrices, un actuar en el mundo, un resultado en las operaciones que realizamos en nuestro mundo de percepciones. La investigación deberá evaluar, a través de reformulaciones internas progresivas, qué criterios de control perceptivo son los que se esperan alcanzar, si existen posibles problemas de feedback positivo en las funciones de control, o si existen conflictos entre sistemas de control de percepción (Kircher y David, 2003).

## Clases de referencia

La mayoría de nuestras acciones de percepción son tácitas o implican un actuar pre - reflexivo, actuamos “subjetivamente”, apropiados en el tiempo presente de nuestra experiencia sin utilizar mayor introspección (Wilson y Foglia, 2016). Sin embargo, y estrechamente ligado al desenvolvimiento interpersonal, al mismo tiempo se adquiere un matiz reflexivo, “objetivo”, en donde el mismo conocedor puede observar y articular su propia experiencia en referencia a otros aspectos o distinciones de su ser.

En el contexto de un marco constructivista fenomenológico, consideraremos tres clases de referencia cuya integración puede ser muy relevante para una psicoterapia de alta complejidad: el terapeuta puede notar que la referencia de una clase está ligada con una manera particular de las otras clases de referencia

### (a) Autoimagen

Este tipo de referencia estará a la base del sentido de continuidad identitario, con demarcaciones retrospectivas y prospectivas (Moore y Barresi, 2013). Las variaciones constantes de demarcación, control, valoración y comprensión permiten construir representaciones únicas respecto a “lo que soy - lo que no soy”.

Una demarcación sobre - inclusiva en la clase Autoimagen implica realizar distinciones de la representación consciente de sí mismo aumentadas y “productivas” por sobre lo usual, construyendo una imagen en extremo elaborada y creativa, puesta en escenarios futuros o pasados, con cambios en el timing narrativo, etc. En el otro polo de la dimensión, una demarcación sub - inclusiva incluye un sentido de auto representación disminuido, en el que la presencia subjetiva aparece sometida, anulada, respecto a las construcciones referidas a otras clases de referencia.

En la dimensión de valoración (aproximación - rechazo), una valoración positiva apunta a la construcción de una representación de sí mismo como querible, aceptable, “acercable”, mientras una valoración negativa incluye construcciones de la representación consciente de sí mismo como un ser rechazable<sup>1</sup>, que no logra integrar de manera “aceptable” construcciones de corporalidad o alteridad.

---

<sup>1</sup> Evidentemente, la construcción en alguno de estos polos en particular no es “buena” o “mala” en sí mismo. No se debe presuponer que la integración está siempre ligada a una autoimagen de valoración positiva de sí, ni que la estrategia de integración debería perseguir

Otro heurístico que proponemos utilice el terapeuta al momento de analizar es la dimensión de comprensión, en cuyo polo interpretativo las construcciones de Autoimagen incluyen aspectos enactivos (físicos, motrices) y simbólicos configurados con un sentido de intención. En el otro polo, con un sentido de falta de coherencia comprensiva o “visión caótica”, las construcciones referidas a la clase Autoimagen aparecen sin un sentido de propósito, una visión de sí mismo como “loco” o “enfermo”.

Por último, una construcción del paciente en la clase Autoimagen que presente un sentido de control alto, implica la percepción de que ese “yo soy” controla, manipula, logra modular la experiencia referida, con parámetros que le permiten sentir que los resultados se pueden predecir. Un sentido de falta de control implica que el “yo soy”, la clase Autoimagen, está siendo construida sobre fundamentos frágiles, cuyos elementos una vez referidos, pueden ser fácilmente desarmados, cambiados, fuera la percepción de agencia.

#### (b) Corporalidad

Las construcciones referidas a la clase Corporalidad pueden ser tan diversas como activaciones físicas, conductas no verbales, aspectos específicos de la experiencia emocional intensa, etc. Dada la relación entre Corporalidad y la mayoría de las configuraciones psicopatológicas, para un terapeuta puede ser usual observar una referencia externa y contextual, desapropiada o alienada en nuestras palabras, como si las percepciones hablaran de un mundo distinto al dominio de experiencia del propio paciente (Asay y cols. 2016).

En una demarcación sub - inclusiva, las percepciones referidas a la clase Corporalidad aparecen fuera de dominio, o simplemente no se refieren. La percepción consciente aparece restringida, inhibida, mostrando al terapeuta un punto de vista como si las activaciones fueran amenazantes, tanto para el resguardo de la integridad de las construcciones de clase Autoimagen como las de Alteridad. En el polo de demarcación sobre - inclusiva, la percepción incluye una gran cantidad de elementos, son construcciones agregativas, desde cambios físicos, la manipulación de los límites y formas del cuerpo, hasta construcciones de enfermedades y condiciones invalidantes.

En nuestro enfoque, en una dimensión de valoración “positiva” o de aproximación, las construcciones consideran experiencias de placer y de cercanía con otras personas, la percepción de que aspectos referidos a Corporalidad pueden ser atractivos, placenteros o de interés, más allá de las denominaciones sociales o construcciones consensuadas al respecto. Por ejemplo, un paciente establecía: “me encanta sentir frío y hambre, me hace sentir más humano y más profundo, no como un ser superficial”, en cuyo caso la percepción referida a Corporalidad se integra con una Autoimagen positiva, y una valoración negativa de una forma de Alteridad construida en ese momento.

---

necesariamente una valoración positiva: la metodología invita a una evaluación de la integración *entre* clases de referencia.



Siguiendo con este heurístico dimensional, una valoración “negativa” o de rechazo, implica que las percepciones son alejadas, rechazadas, que los aspectos referidos deberían ser alejados o “sacados” del propio dominio, son construidas en una representación de distancia interpersonal (desaprobación en Alteridad) o rechazo subjetivo desde la Autoimagen.

En la dimensión comprensión - visión caótica, un sentido interpretativo implica que, desde una base motriz, situada y enactiva, las referencias de clase Corporalidad emergen con un sentido de familiaridad, son predecibles, vistas como naturales. En un sentido caótico de ordenamiento, las percepciones referidas a Corporalidad aparecen confusas, sorprendentes, desordenadas e impredecibles. Tanto las conductas, la experiencia emocional y los pensamientos, aparecen agolpados y percibidos como “entrando desde afuera” de los marcos de referencia reflexiva y pre - reflexiva.

Por último, las construcciones que logren un sentido de control consideran la manipulación efectiva (desde el punto de vista de la persona, una manipulación efectiva en términos subjetivos) de las percepciones, de tal manera que las conductas, experiencia emocional o productos mentales referidos a la clase Corporalidad conllevan un sentido de ser regulables por el propio paciente. Por otro lado, las construcciones que logren un sentido caótico implican percepciones que aumentan o dispersan los resultados esperados referidos a la clase Corporalidad<sup>2</sup>.

### (c) Alteridad

Esta clase de referencia está asociada a la confrontación básica del sujeto en relación con otras personas, al desarrollo del ser en la interpersonalidad. La clase de referencia Alteridad considera formas motrices de percepción, enactivas, en donde el otro aparece en percepciones físicas simples (rostro, tamaño, formas, aromas, etc.) hasta percepciones simbólicas y abstractas, pero que conllevan impresiones y sentimientos vívidos y presentes.

La demarcación sobre - inclusiva en la clase de referencia Alteridad incluye una construcción agregativa de testigos sociales, audiencias, la mente del otro sobrepasada en sus límites y “vista” por el paciente en sus pensamientos privados, etc. Una demarcación sub - inclusiva corresponde con una experiencia de ausencia o aislamiento subjetivo, en donde no hay interrupción o confrontación, o una simplificación extrema del otro, en donde las acciones del otro se reducen a lo más básico posible.

En una dimensión de aproximación - rechazo, las percepciones referidas a la clase Alteridad pueden ser evaluadas en términos de una valoración “negativa o de rechazo” respecto al otro, lo que implica construirlo de manera

---

<sup>2</sup> Se puede recalcar la noción de que la construcción de percepciones con un sentido de “pérdida de control” o falta de un sentido de agencia no es patognomónica o indeseable. Por ejemplo, un sentido de agencia muy alto, con una demarcación sobreinclusiva, y baja comprensión, puede caracterizar las construcciones llamadas psiquiátricamente “hipocondríacas”.

amenazante, desagradable, mostrando un comportamiento inhibido o evitativo. Las percepciones referidas a la clase Alteridad también podrían ser evaluadas en términos de una valoración “positiva o de aproximación”, en donde la experiencia es de ser reconocido, visto o aceptado por un otro amable, respecto al cual se orientan actividades de percepción, de cercanía subjetiva. El énfasis de la evaluación está en la dimensión cercanía - rechazo, más que en lo placentero o displacentero que la experiencia nominal sugiere; por ejemplo, una persona que está constantemente pendiente del ruido que emite el vecino puede plantear en el discurso que experimenta “rechazo” por él, pero en términos de esta distinción fenomenológica, el vecino se vuelve una alteridad presente, constante, que puede incluso matizar la experiencia de aislamiento físico, de estar solo en casa, etc.

Un sentido comprensivo en las referencias de clase Alteridad implica construir percepciones que involucren la intención del otro, que aparece con propósitos claros, con un funcionamiento distinto del yo que puede ser analizado, explicado, aunque su comprensión comienza con la percepción de un reconocimiento enactivo. En el otro polo de la dimensión de evaluación, un sentido confuso o “caótico” en la clase de referencia de Alteridad, contiene percepciones de ignorancia, visiones de desorden mental, o una sobre simplificación de las intenciones de los otros.

Por último, al utilizar el heurístico dimensional de “control”, el terapeuta puede evaluar el sentido de control o de pérdida de control con las que el paciente construye las percepciones referidas a Alteridad. En el primer caso, las percepciones incluyen la experiencia de poder lograr cambios en el sentido subjetivo de Alteridad (más allá de los cambios objetivos, por ejemplo, la experiencia de que el marido “no me quiere” puede mantenerse constante y no controlable, no obstante, él haga los cambios concretos que ella le ha solicitado). En el otro extremo de la dimensión de evaluación, un sentido de “pérdida de control” probablemente incluye la percepción de que posibles cambios esperados en la experiencia de Alteridad no se logran, son lentos o contraproducentes, considerando los criterios de control subjetivos.

## II. Método de intervención

A continuación, explicaremos brevemente el método de intervención en el que se enmarca esta propuesta, con el objetivo de ejemplificar el sentido que adquiere la deconstrucción en un diseño psicoterapéutico estratégico que considere la integración entre clases de referencia.

### Preparación del escenario terapéutico

Desde este marco de trabajo, la primera tarea del terapeuta será desplegar una comprensión del problema psicológico como un problema identitario. Esto significa que en los primeros encuentros el terapeuta debe identificar el estilo personal de continuidad del paciente junto con los principales nodos de discrepancia identitaria u “obstáculos”.

Para llevar a cabo este propósito, se hace necesario revisar y organizar el escenario de investigación e intervención. En primer lugar, es importante recordar que todos los aspectos del encuentro pueden ser referidos por el terapeuta al dominio del propio funcionamiento y de su paciente. El escenario o setting entonces cobra aquí un sentido “mental - fenomenológico” de inmediato, y dado que el terapeuta se intentará acoplar a las construcciones del paciente y sus particulares formas de integración, deberá prontamente evaluar el estilo de transacciones que adopta la relación terapéutica. Este estilo es el resultado del acoplamiento de las construcciones de autoimagen, alteridad y corporalidad entre el paciente y el terapeuta, un acoplamiento pre - reflexivo y tácito, por tanto, en los primeros instantes de la terapia se deben observar los intercambios a esos niveles.

En estos pasos iniciales, el terapeuta diseña la deconstrucción a llevar a cabo junto al paciente. La discrepancia u obstáculo es el ordenador estratégico de esta primera instancia. La discrepancia es aquella experiencia que resulta discordante en relación con los procesos de continuidad de integración de las tres clases de referencia revisadas con anterioridad. Las características más importantes que permiten al terapeuta reconocer la discrepancia en la historia de desequilibrio son:

- *Alienación.* Esto es una forma de articulación referencial de la propia experiencia con un sentido extra identitario. La propia experiencia es vista “desde afuera”, extraña, sin un sentido de control, valoración definida, como un conjunto de percepciones caóticas. Esto es en parte lo que denominamos “objetivación no referencial”.
- *Constancia.* La experiencia discrepante debe mantenerse de alguna manera constante, mantenida en el tiempo, debe configurarse la percepción de que el objeto que obstaculiza “está ahí” con cierta permanencia. La objetivación es no referencial en términos del propio dominio de funcionamiento, pero la referencia usualmente es mantenida hacia una dirección, ya sea hacia percepciones concretas y relativamente consensuadas como el ambiente físico (“el problema es mi casa, esa casa, sus recuerdos”), a ciertos tipos de relación interpersonal (“estoy bien en general, excepto en mi relación de pareja”), o

aspectos más abstractos como “por culpa de mi timidez no soy capaz de hablar con ella” (que sigue siendo una objetivación no referencial, aunque esa forma de discurso explícito intente disimularlo).

- *Inevitabilidad.* La experiencia discrepante aparece inevitable, ineludible o muy difícil de elaborar, “trabajosa”. Para el terapeuta, la experiencia señalada por el paciente aparece acompañada de intentos fallidos por rodearla o evitarla. Las alucinaciones, el uso de drogas psicoactivas, alteraciones sociales importantes, pueden configurar maneras de intentar evitar la experiencia discrepante.
- *Activación.* La experiencia discrepante aparece asociada a cambios ostensibles en el nivel de activación o funcionamiento del individuo. El terapeuta observará principalmente los cambios en los ámbitos más básicos de funcionamiento, cambios corporales, ritmos, intensidades, cambios en la percepción del tiempo, “cantidad y velocidad” de pensamientos, etc. Si bien técnicamente estas variaciones se constituyen en una de las dimensiones de emocionalidad, es preferible centrarse en estas formas concretas puesto que en una clínica de alta complejidad el cruce entre arousal y direccionalidad (entre activación y valoración) suficiente como para construir percepciones representacionales respecto a la emocionalidad, usualmente no ocurre. Estratégicamente entonces, resulta de utilidad la observación de cambios de activación en términos perceptivos más básicos, pre - reflexivos y tácitos.
- *Discordancia.* Por último, otro criterio de observación que el terapeuta puede utilizar es el grado en que la experiencia discrepante u “obstáculo” parece atender directamente con algunas reglas de coherencia identitaria. Esto significa que la experiencia limita o enfrenta, en última instancia, la intención de coherencia y de continuidad del sentido de sí mismo.

El escenario terapéutico debe estar preparado para un reconocimiento de la experiencia discrepante y una primera apropiación. La discrepancia identitaria está asociada a cambios en los patrones de conocimiento tácitos y pre - reflexivos, la experiencia no referida es alta y se configura “psicopatológicamente”. En el encuentro con el paciente, la construcción alienada del paciente respecto de su propio problema psicológico, permite comenzar el diseño de la intervención tomando estos patrones de conocimiento no modulados.

Matías asiste a psicoterapia luego de seis meses con intensas crisis de pánico. Él se desempeña como profesor en la carrera de Filosofía, en una universidad cercana. De 38 años de edad, casado hace 6 años con Ximena, de 40 años. Tiene dos hijos, una de 4 años y una hija de 2. En la recopilación de antecedentes, menciona que su señora “cambió” luego del nacimiento de las niñas, que está más demandante y celosa, pero él lo experimenta como un “ruido innecesario, vivimos cerca de la universidad, me puede ir a ver cuando quiera, no estoy para andar jugando”. De acuerdo a la supervisión clínica del caso (iniciada después de la tercera sesión de Matías), en la primera sesión el terapeuta no percibió mayores dificultades para construir el dispositivo terapéutico, solo menciona a su supervisor que le pareció “fácil de entender” porque “nos parecemos en algunas cosas”

- ¿En qué cosas se parecen con tu paciente?
- *En algunos gustos, autores. De la primera sesión, por ejemplo, tengo una frase que mencionó de Proust, "Mi destino ya no son los lugares, sino una nueva forma de mirar"*<sup>3</sup>
- ¿Eso en la primera sesión?
- Sí
- Ese momento, quiero que lo recreemos, estás frente a tu paciente, se llama Matías, cuando te dice esta frase de Proust ¿qué forma está tomando tu sentido de Autoimagen?
- *La de ser un terapeuta más "elevado", no sé cómo explicarlo, la de estar en una psicoterapia más elegante, ¿de ser más intelectual?, tengo la imagen, pero es muy tonta.*
- Revisemos la imagen que construyes en esa primera entrevista con tu paciente
- *Bueno, me imaginé en una consulta, pero no en mi oficina, en una terraza, con sillas de mimbre, recibiendo a un paciente, no a Matías, porque el paciente se desdibuja en la escena. Me imagino como si yo fuera Irvin Yalom, y que los diálogos entre yo y el paciente podrían ser publicados... no, miento. Me imaginé incluso la portada del libro, un libro negro, grueso, con un lápiz blanco y una hoja difuminada...*
- Ok. Quiero que pongas esta imagen en tu mente, y la dejemos un rato en el tintero, ¿te parece?
- Claro

El terapeuta menciona que en la primera sesión intentó indagar sobre la situación discrepante, centrándose en los aspectos que ocurrieron alrededor de la primera crisis de pánico. Matías refiere que después del nacimiento de su segunda hija, su señora se había puesto más demandante, así que gradualmente intentó evitar ir a la casa, con la excusa - cierta de alguna manera - de que tenía cada vez más trabajo en la universidad. Empezó a bajar de peso y a sentirse agobiado, pero sentía que lo podía manejar. Unas tres semanas de la primera crisis de pánico, llegó una nueva secretaria a la Facultad, que Matías describe como muy atractiva, más de diez años más joven que él. Ocurrió que después de un par de semanas, un día viernes, cuando ella lo acompañó en la oficina hasta muy tarde, tuvieron un encuentro sexual "insinuado, controlado y dirigido por ella", según el paciente. Luego de una semana de encuentros casuales en el lugar de trabajo, un día domingo, mientras estaba en su casa, Ximena le dice a Matías que lo llaman por teléfono, "una niña". Él responde la llamada:: era la secretaria que lo llamaba para que se juntaran ese día domingo por la tarde, a lo que él contesta negativamente, algo molesto, pero muy incómodo pues no quería hacer notar la situación a su señora o familia. Luego cuelga el teléfono, no va al comedor sino que sale al patio, enciende un cigarro y comienza a regar el césped. Es todo lo que recuerda, puesto que después dice que su señora lo encontró tirado en pasto temblando como si tuviera mucho frío o se hubiera desmayado, llevándolo a una clínica cercana en donde lo hospitalizaron.

<sup>3</sup> Posiblemente el paciente, terapeuta y supervisor clínico hacen alusión al libro "En busca del tiempo perdido: del lado de Swann", de Marcel Proust

## Primera apropiación

La primera solicitud que se hará al paciente antes de las instancias de deconstrucción será una primera apropiación, un reconocimiento del obstáculo - discrepancia como una manera de experimentar que guarda relación íntima con el propio dominio experiencial.

El objetivo es que el paciente experimente el problema psicológico como parte de su dominio de funcionamiento. Para esto, en conjunto con el terapeuta debe establecer una relación referencial entre la experiencia problemática y otros aspectos de su identidad más general. Esta relación no es solamente discursiva, el terapeuta debe atender a su construcción perceptiva en distintas dimensiones: control, valoración, comprensión y demarcación.

El paso de una construcción alienada a una subjetivación referencial, pronto se constituye en una dinámica constante en psicoterapia: el paciente lo adoptará como un aspecto del rol que le toca actuar en la relación terapéutica. Esto es relevante en una clínica de alta complejidad que considere a pacientes que puedan intentar demarcar de manera inclusiva al terapeuta, con intenciones de control de su comportamiento, alteraciones en términos de comprensión del terapeuta o con oscilaciones intensas de valoración respecto a él. Frente a esto, el terapeuta podría intentar hacer una objetivación no referencial de la experiencia que tiene junto al paciente<sup>4</sup>, pero en nuestro enfoque esto atenta contra el objetivo de la metodología psicoterapéutica, debido a que aleja los puntos de vista, apartándose de la subjetivación referencial. Conviene utilizar el comportamiento del paciente para hacer referencia a su dominio experiencial, especialmente si ese comportamiento guarda relación con el problema psicológico.

Es necesario un escenario en donde ese paso de lo objetivo a lo subjetivo sea cómodo y fácil para ambos, en donde en cualquier momento el terapeuta pueda solicitar y el paciente acceder a un cambio en el punto de vista. En nuestra experiencia clínica con psicoterapia de alta complejidad, usualmente los problemas a este nivel no ocurren por importantes dificultades de integración, sino por falta de preparación y cuidado del escenario terapéutico.

El supervisor del terapeuta indaga sobre las primeras acciones que realizó en la psicoterapia.

- *Lo primero que le di como tarea, fue pedirle que por un par de horas le hiciera caso en todo a Ximena, y observara si se experimentaba incómodo o si la incomodidad aumentaba*
- Esa tarea es una actividad bastante precisa, ¿cuál fue el propósito?
- *Según mi visión, el paciente estaba externalizando demasiado su experiencia, quería realizar una primera actividad constructiva para que comenzáramos a apropiar...*
- Espera. Eso lo entiendo, pero ¿cuál es tu hipótesis en ese momento?

---

<sup>4</sup> En este caso, una objetivación no referencial de algunos impasses podría llevar al terapeuta a aludir a los "roles" de terapeuta - paciente, al ambiente físico o a los acuerdos sobre dinero u horarios, etc

- *Que Matías no estaba equilibrando el sentido de control y libertad en sus acciones, que quizá no estaba notando que sus acciones lo estaban haciendo sentir ahogado, y que en su búsqueda de libertad se sintió amenazado por la pérdida de control y posible desprotección de su señora.*
- A mí no me gusta tanto esa hipótesis, la encuentro simple y algo mecánica, quizá muchas cosas puedan ser interpretadas con esa hipótesis, ¿no?. Pero es una primera hipótesis de trabajo. Mi pregunta es, ¿la consideraste una hipótesis o percibiste que “habías resuelto el caso”?
- *Percibí que había “resuelto el caso” rápidamente, y que el trabajo terapéutico iba a ser mostrarle lo que yo ya había visto. Creo que me apresuré.*
- Apresurarse no es malo, obviamente. Pero configurar una hipótesis tan sencilla es lo que me llamó la atención. ¿Qué ocurrió la segunda sesión?
- *Ahí fue cuando consideré traer el caso a supervisión. Porque no pasó nada, absolutamente nada. En la segunda y tercera no ha ocurrido ningún cambio, ni de apropiación, nada.*
- Veamos. Todo lo que vamos a hacer es retroceder un par de pasos. En lo personal, me llamó la atención que en la primera sesión tuvieran un momento de relajación, hablando de Proust. ¿A qué se referían con esa frase? ¿por qué aparece esa frase?
- *Ah, cuando él sale al jardín, menciona que antes el jardín era un lugar de relajación, pero que en ese momento había salido a regar y se sentía horrible, que lo veía con otros ojos, luego de la llamada telefónica...*
- Ya. Te sacó de ese lugar con Proust, eso fue elegante. Volvamos ahí. Te sugiero que invites a tu paciente al mismo lugar. Pídele que lleve una silla cómoda, lápiz y papel, y que intente recordar lo que ocurría en su mente en ese lugar antes de la crisis, y que también registre cualquier cosa que venga a su mente o que experimente que le llame la atención. No quiero que te salgas en esa actividad, no quiero que busques patrones, intenta ir a ahí, con él, cuando te relate el ejercicio, intenta actualizarlo, te parece?

En la siguiente entrevista de supervisión, el terapeuta llega con novedades. El paciente le comentó que el ejercicio le mostró algunas cosas, que quería conversar en sesión, por lo que trajo en una libreta una serie de preguntas que le surgieron después de la experiencia. El terapeuta hábilmente no las respondió, sino que le pidió al paciente re - crear junto con él la experiencia del ejercicio, pero esta vez en sesión, explorando deconstructivamente, con interesantes resultados.

## Deconstrucción

El proceso de deconstrucción implica coordinar una observación conjunta con el paciente, de tal manera que se puedan observar aspectos pre - reflexivos y tácitos de la experiencia asociada a la problemática psicoterapéutica.

### a. Objetivación.

No obstante, la primera petición de subjetivación, ahora es necesario (una vez reconocido como propio) volver a tomar una perspectiva de observador de la propia experiencia. La intención es acceder a un punto de vista no referencial sobre la experiencia - obstáculo, acceder a una observación mutua fuera de la tematización que representa el problema psicológico y su discrepancia identitaria.

Lo particular de esta instancia será promover una observación que intente poner "entre paréntesis" las principales reglas identitarias. Y precisamente, las principales reglas identitarias surgen de parte del paciente al intentar poner la experiencia en una ipse arrojada, una observación no identitaria: "claro, sentí rabia y molestia, pero yo no podría pararme y decirle a mi jefe lo que siento...". En este momento es necesario que el terapeuta adopte una postura fenomenológica clara, reconociendo sus propias reglas de construcción para poder distinguirlas de las referencias que el paciente pueda establecer.

En este contexto, la preparación del escenario permite a ambos, tanto paciente como terapeuta, adoptar una actitud orientada a la deconstrucción: abrirse a lo novedoso e intentar que aparezca en la conciencia mutua.

### b. Deconstrucción.

El objetivo es generar una visión en conjunto de la experiencia asociada al problema psicológico, en sus niveles pre - reflexivos y tácitos. En otras palabras, el desafío es reconocer el aspecto Ipse, arrojado y discontinuo, de la experiencia planteada como problemática, fuera de la misma tematización que engloba el problema psicológico. Se puede suponer entonces, que para llevar a cabo esta operación de observación el terapeuta ya es lo suficientemente significativo para el otro como para que una percepción de nivel tácito pueda ser llevada al nivel referencial.

La exploración deconstructiva intenta explorar la experiencia de sí mismo relacionada con el problema psicológico, como si fuese un evento irrepetible, único. Es importante considerar que estas percepciones, que pueden ser consideradas un "quiebre" o desafío a los estilos de referencia que son estables, continuos e identitarios (mismidad), serán exploradas fuera de los criterios canónicos de demarcación, valoración, control y comprensión, por lo tanto, pueden implicar para el terapeuta formas novedosas de experiencia. Por ejemplo, un paciente que se experimente con una percepción de "audiencia" o "público espectador" mientras está solo en su casa: la deconstrucción en este caso podría incluir delinear tanto la experiencia de ser observado, como las características percibidas de la audiencia, la relación corporal con la audiencia, las referencias específicas a la autoimagen, etc. La deconstrucción



es, en este sentido, la vía para un constructivismo fenomenológico puro, un intento de acceso a la experiencia tal y como es vivida en ese momento para el paciente, por sobre lo canónico del “estar solo en una casa”.

c. Análisis.

En esta instancia, el terapeuta realiza tres procesos de evaluación:

- Evaluación de las percepciones en sus respectivas dimensiones de construcción: demarcación, control, comprensión y valoración.  
La dimensión de demarcación, en conjunto con las otras dimensiones, debe ser evaluada para comprender la integración entre clases de referencia. Alude a la definición experiencial del ámbito o dominio de la experiencia referida, la delimitación respecto a otras experiencias. Será necesario evaluar la organización de las percepciones, la calidad en el reconocimiento, la distinción entre segmentos de experiencia y la estabilidad de los límites de demarcación.  
La dimensión de control debe ser evaluada en función de la construcción de expectativas (calidad de la anticipación), formas de manipulación para el logro de la percepción esperada y posibles problemas de feedback.  
La dimensión de comprensión, que también puede ser evaluada en las percepciones pre - reflexivas, alude a la formulación predictiva y operativa de la experiencia. No es una reflexión post - experiencia, únicamente, sino puede ser comprendida como una forma de proceder en el mundo. El proceder comprensivo incluye niveles tácitos y pre - reflexivos de actuar.  
La evaluación de la dimensión de valoración debe incluir formas pre - reflexivas y tácitas de aproximación - rechazo. Es probable que la historia de desequilibrio relacionada con la experiencia discrepante incluya una oscilación importante en términos de la dimensión valoración. Evidentemente la evaluación de este aspecto perceptivo apunta a los niveles pre - reflexivos y tácitos de la experiencia, por lo tanto, las observaciones en la deconstrucción pueden ser distantes respecto al discurso explícito o el canon identitario temático: el paciente puede mostrar una dimensión de valoración en su construcción matizada por el rechazo en materias que su autoimagen reflexiva y temática son construidas como valoradas.
- Evaluación de la experiencia ipse en términos de las clases de referencia (corporalidad, autoimagen y alteridad). Una de las actividades más desafiantes del terapeuta en este modelo es la evaluación de experiencia tácita no referencial, para organizarla luego respecto al sentido de integración identitaria. La experiencia discrepante permite construir un heurístico personal, único para cada paciente, que permite evaluar esta experiencia única en términos de las

clases de referencia, y dibujar - fuera del canon identitario - las clases de referencia a niveles pre - reflexivo y tácito. Esta evaluación es una construcción del terapeuta, que permitirá luego referir la observación de manera consciente<sup>5</sup>.

- Evaluación del sentido de integración y de articulación que disponen estas percepciones al configurar el problema psicológico. Sin esta etapa, que permite establecer hipótesis de trabajo orientadas hacia la integración identitaria, las acciones terapéuticas no lograrían perseguir un sentido estratégico. El desafío del terapeuta será proponer una estrategia de autoconocimiento que considere el sentido personal, y que al mismo tiempo tienda a aliviar el sufrimiento.

De acuerdo al relato del terapeuta, Matías siguió su indicación y una tarde de domingo esperó que Ximena saliera con sus hijas y llevó una silla cómoda al jardín, para intentar recordar la experiencia previa a la primera crisis de pánico. No obstante trató de concentrarse en esa escena, lo que imaginó fue a sus dos hijas, jugando en el pasto con palitas metálicas, mientras él les enseñaba a plantar algunas flores. En ese instante se puso a llorar, relata, sintió temor que sus vecinos lo escucharan así que entró a la casa, fue al baño para mojarse la cara y calmarse, pero no logró abrir la llave porque su mano empezó a temblar, se sentó el piso del baño y se puso a llorar de nuevo. Cuando Ximena volvió lo encontró muy triste sentado en el borde de la cama, y le dijo "Algo me pasa Ximena, perdóname, no tiene que ver contigo, dame tiempo para arreglarme".

En sesión relata: "Fue exactamente como la primera vez, la sensación. Creo que tocamos el nervio dañado". El paciente había logrado cierto reconocimiento de la experiencia sintomática como perteneciente a su propio dominio de funcionamiento. En esa sesión el terapeuta siguió la sugerencia de su supervisor y se dedicó a utilizar la experiencia para deconstruir.

- *A ver Matías, quiero que armes en tu mente ese momento en que sales a regar, en donde tienes la manguera en tu mano. Partamos ahí, ¿te parece?. Quédate ahí un momento*
- Ah... lo primero que me pasa es que me voy a recuerdos, imágenes más viejas, cuando mi papá me decía que la mejor forma de tomar agua era de la manguera, agua corriendo, que tenía más oxígeno, que estaba más helada, yo era chico
- *¿Regabas con tu papá?*
- Mi papá era alcohólico, no te había contado. Usualmente llegaba del trabajo, regábamos el jardín, y después él salía, como al atardecer, con sus amigos a un bar cercano. Era el mejor momento con él
- *No me contaste por...*
- Vergüenza
- *¿Tu señora lo sabe?*
- No, nadie. Ni mis amigos.
- *Ok, rearmemos la situación de estar en el jardín luego de que la secretaria te llamó. Mira, no quiero que cuentes hechos objetivos, sino que estoy*

<sup>5</sup> Para revisar formatos de integración entre clases de referencia, ver el trabajo anterior *Deconstrucción, construcción y reconstrucción: integración entre clases de referencia*, Díaz 2016.

*interesado por lo que ocurre en tu mente, quiero saber cómo viviste ese ese momento en particular. Si traemos mentalmente esa situación, ¿qué ocurre en ti?*

- Siempre me ha relajado regar el jardín
- *Querías relajarte*
- Sí, pero no podía. Mis manos estaban temblando. Dejé la manguera en el suelo, fui al dormitorio a buscar cigarillos, hace tiempo que no fumaba. Entré por la ventana, una grande y corrediza del dormitorio, al salir al patio escuché las risas de las niñas y mi señora, desde el comedor. Y ahí las empecé a escuchar como en un túnel
- *¿Cómo en un túnel?*
- Como si estuviera yo dentro de un tubo de concreto... un tubo horizontal, estrecho, y ellas estuvieran lejos, cada vez más lejos
- *¿Estás siendo simbólico para expresarte o lo experimentaste así?*
- Lo viví así, el sonido de las risas se sintió como en un tubo, como si se alejaran además.
- *Pone en pausa tu mente un segundo. ¿Qué imágenes hay?*
- Las veo a ellas dos reír, se ven felices. La imagen al final del tubo se mueve, está como proyectada, es una proyección como de cine, en un papel mantequilla, un papel frágil...
- *Tus manos están empezando a temblar, Matías. No quiero que las detengas, no es malo. Quiero que las incluyas, que visualices tus manos en la imagen mental que tienes en este momento*
- Es que no quiero dañarlas, se ven frágiles
- *¿Tus hijas?*
- Sí.

Matías relata al terapeuta que se dio cuenta de que llevaba bastante tiempo mal, sintiéndose muy mal. Plantea que desde el nacimiento de su primera hija, que él cambió su actitud con ella y su señora. Plantea que Ximena lo notó y que probablemente esa es la razón para tantas discusiones. Pero que recién, durante la sesión, logra verlo de manera más clara. Luego de esa sesión, el terapeuta registró con detalle lo ocurrido con su paciente y lo que experimentó el mismo, para llevarlo a supervisión.

## Construcción

Al mismo tiempo que se realizan las instancias de deconstrucción, la psicoterapia ha incluido la construcción de innumerables percepciones. El paciente construye un sentido de alteridad, corporalidad y autoimagen desde el comienzo de la relación terapéutica (relación que comienza antes del encuentro ambiental entre ambos participantes), con formulaciones y reformulaciones que cambian constantemente. Esto puede convertirse en una gran cantidad de percepciones, por tanto, y de una manera más restrictiva, llamaremos “construcción” a aquellas percepciones que son guiadas por intención del terapeuta y que guardan un propósito estratégico. Por ejemplo, el terapeuta puede indicar y movilizar recursos para que el paciente logre predecir una experiencia no referencial, una experiencia “sintomática”, con el propósito de que se logre reconocer como propia, como perteneciente al propio dominio de funcionamiento. O puede proponerle al paciente la construcción imaginaria de un escenario para probar el sentido de discrepancia identitaria que posee cierto aspecto de la experiencia problemática. Todas estas son actividades de construcción, y engloban una gama muy amplia y diversa de actividades, que tienen como límite el sentido de pertinencia, la creatividad del terapeuta y el marco ético de desenvolvimiento profesional.

El terapeuta, para colaborar con la primera apropiación y con las actividades de deconstrucción, debe ser hábil para desarrollar una experiencia terapéutica amplia, desafiante y activa. De manera coherente con el enfoque propuesto, las acciones de construcción pueden ser pensadas en términos de las dimensiones de construcción revisadas: actividades que impliquen cambios de demarcación (incorporación, suma, creación o exclusión, “sacar” elementos de la referencia, etc.), actividades orientadas a cambios en la valoración (rechazar, perder, alejar o acercar, amar, aceptar, etc.), actividades que construyan tanto un sentido de agencia y control efectivo sobre las percepciones como la experiencia de “soltar” algunas de ellas, y actividades orientadas a la comprensión o “caotización” de ciertos ámbitos experienciales. Las actividades de construcción representan una muy amplia gama de posibilidades prácticas y estrategias orientadas a la creación de percepciones. Por ejemplo, uso de videos, actuaciones, registros de audio, el uso de dibujos, escritura de guiones, creación de símbolos y ritos, y un largo etcétera que incluye prácticamente cualquier actividad orientada a promover cambios en las relaciones de referencia.

En supervisión clínica, el terapeuta lleva amplios registros de la sesión de deconstrucción.

- ¿Cómo estás con Matías?
- *Se volvió más complejo el caso.*
- En ocasiones, eso ocurre. ¡Pero sonrías!, así somos los terapeutas a veces, entre más trabajo, mejor.
- *Es que me siento dentro del proceso ahora*
- Te entiendo. ¿Quieres conversar del caso?
- Mire. Ahora tengo la impresión de que la discrepancia más importante ocurre asociada al nacimiento de su primera hija. No lo vi en las primeras sesiones, porque no habló directamente de emocionalidad, en un sentido más literal, pero sí mencionó cambios en la rutina y una baja ostensible del peso corporal. Me sorprende ahora no haberlo visto en su momento, cuando me lo dijo. Después, lo primero que vino a mi mente cuando escuchaba a Matías

fue “miedo a ser padre”, pero al mismo tiempo me dije “ah, ahí estoy de nuevo haciendo hipótesis rápidas”, me acordé de usted...

- *Jaja... oye, ¿qué impresión tienes ahora del caso?*
- Él se ha sentido mejor, según lo que me ha dicho, pero tanto él como yo sentimos que hay que reconfigurar todo estos temas de la paternidad, de cómo se alejó cuando nació la más grande, de cómo sentía miedo cada vez que la cargaba en brazos, y de cómo aún no integra el miedo y el sufrimiento que experimentó de niño en relación con su padre, un papá alcohólico que agredió a su madre por años.
- *¿Y qué piensan hacer?*
- Mire, eso es interesante. Antes del nacimiento de su hija, él estuvo estudiando sobre crianza e incluso se entrevistó, pidió una hora, con una psicóloga infantil para resolver algunas dudas
- *Esto lo supiste...*
- Recién en la última sesión. Según mi opinión, intentó resolver la discrepancia “desde afuera”
- *Te entiendo. Tienes la hipótesis de que no logró reconfigurar la experiencia de daño y vulnerabilidad desde el ser niño, sino que adoptó un formato adulto, un “ser papá”*
- Claro, me contó que él creaba imágenes de cómo iba a ser papá desde los 12 años de edad. Eso le servía, a mi juicio, para resolver una discrepancia en Alteridad, hacia una demarcación curiosa en Autoimagen, crearse a sí mismo como un papá de cierta calidad a esa edad.
- *Ah, en nuestra experiencia la temporalidad es una demarcación curiosa, ¿no?. Quizá la frase de Proust que te sacó en un principio, ahora tenga otro sentido*
- Es lo mismo, pero tiene otro sentido.
- *Como una buena metáfora de la terapia, además. Ahora, ese recurso de tu paciente es muy interesante, la inevitabilidad de la discrepancia se hace patente, alejarse con lecturas e intelecto puede ser seductor.*
- *¿Está hablando del paciente o de mí?, jaja*
- *Entonces cuéntame, ¿qué actividades piensan realizar?*
- Voy a partir con un juego de rol que tendrá que realizar con las hijas y su señora. Quiero que experimente su “ser padre” a través del reflejo más directo con las hijas. En algunas estaciones del juego de rol, tendrán que pintarse ellos mismos, contra algunas dificultades fantásticas, pero de manera que los padres puedan ver sus características configuradas a través de la mirada de las niñas.

## Reconstrucción y reapropiación

El objetivo de la metodología de trabajo es lo que denominaremos reconstrucción. Es una experiencia subjetiva significativa para el paciente, cuyo objetivo metodológico no es acomodar o acoplar la experiencia disruptiva deconstruida en una identidad canónica, sino promover la integración de la experiencia discrepante. Esta actividad puede suponer el desafío precisamente al sentido de canon más allá de la experiencia discrepante. Al menos, es de esperar que el terapeuta no se vea limitado en su exploración a la identidad canónica que observa al comenzar la terapia con el paciente.

Esto es de importancia para el trabajo terapéutico en una clínica de alta complejidad: la habilidad del terapeuta para “soltar” la presión narrativa del canon. El sentido de unicidad y continuidad, junto con ciertos criterios de demarcación, comprensión, control y valoración, pueden ser considerados recursos y no limitantes, por lo que el terapeuta puede abandonarlos para promover soluciones narrativas más adaptativas en la construcción de sentido.

En otras palabras, la configuración de un “patrón de comportamiento” (p.e. organización de significado personal depresivo, o rasgo de personalidad histriónico, etc.) puede ser revisado estrictamente, si se quiere, como una propiedad del observador y no de lo observado. Este abandono voluntario y consciente de la observación de un canon o estructura a la hora de distinguir procesos, se constituye en este modelo de trabajo en una herramienta extremadamente útil para el terapeuta. En una clínica de alta complejidad se hace necesario que el terapeuta y el paciente logren desafiar en las deconstrucciones y construcciones aspectos básicos de la estructuración percibida, que puede incluir activaciones físicas, percepciones de “patrones” emocionales intensos, “estilos” de temperamento o “rasgos” de personalidad, y un interminable etcétera, con el propósito de trabajar creativamente con problemáticas de alto compromiso, como psicosis, adicciones y comportamiento suicida.

Si bien es un proceso auto - determinado en el paciente, hemos propuesto algunas nociones que permitan dirigir estratégicamente la terapia.

El objetivo final de la metodología - “reconstrucción” - apunta a cambios en la referencia de percepciones entre el cuarto nivel de conocimiento y los niveles pre - reflexivos y reflexivos. Por tanto, es un cambio en el experimentarse cotidianamente, orientado hacia la integración y articulación más flexible de las percepciones. La experiencia se vuelve inmediata, presente, re - apropiada.

En los registros siguientes, el terapeuta menciona que Matías había cesado de experimentar oscilaciones emocionales no moduladas, no se presentaban ni crisis de pánico ni episodios de llanto. El paciente declara, según el registro de sesión “Me siento como alguien herido, que vuelve a su familia”. El terapeuta se centra en esa metafórica frase para explorar la experiencia que quiere graficar su paciente:

- Es que es extraño todo esto. Siento que una parte de mi estuvo dormida por mucho tiempo, me cuesta ver cuánto, quizá desde que era chico. Todo el tema con mi papá, es difícil. O quizá no tanto, pero lo viví muy solo, eso no fue buena idea. Hasta cuando nació mi hija, pensé que lo había resuelto o que no me afectaba, pero obviamente tenía el medio lío. Ahora lo estoy empezando

a ver. Aún me da miedo decepcionarlas, pero me di cuenta estos meses que aunque estuve ausente, ellas me ven de manera más sólida y presente que lo que mi padre me dio. En ese sentido, siento por primera vez que soy más grande, y tengo menos miedo, pero de manera real ahora

- *¿Ha cambiado en términos prácticos la relación con tus hijas?*
- *¿Además de que trabajo lo justo y necesario y paso más tiempo con ellas que nunca?*
- *Jaja, sí...*
- Hay algo curioso para mí, es divertido. En esta tarea de intentar verme a mí como padre, a través de los ojos de ellas, me dijeron que les gustaba jugar conmigo porque yo "era bueno para hablar con ellas", así que empezaron con esto de servir un té falso en el patio, y preguntarme por mi día y yo por el de ellas. Afortunadamente, Ximena vio mi cara de hambre y ahora lo hacemos con agua mineral y pan y tomates de verdad, jaja
- *Eso suena bien*
- Sí. A veces me da un poco de pena. Veo el césped y me pongo un poco nostálgico, pero entre la Ximena y las chicas tomando té en tazas de plástico no queda mucho tiempo para eso. Me siento muy bien ahora.

Luego de tres sesiones, las entrevistas se programaron más distanciadas, cada 15 días, y siete meses después acordaron suspender la terapia, considerando el estable bienestar del paciente. Durante esos meses de terapia las conversaciones principalmente tuvieron que ver con reflexiones y aprendizajes continuos respecto la integración de la vulnerabilidad experimentada, el temor actual versus la autoimagen construida en la relación de pareja, y la conformación de un sentido de alteridad más amplio en términos de gamas experienciales.

### III. Referencias

- **Arciero, G. (2006)** Estudio y diálogos sobre la identidad personal: reflexiones sobre la experiencia humana. Buenos Aires. Amorrortu.
- **Arciero, G. (2008)** *Tras las huellas del sí mismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- **Arciero, G. y Bondolfi, G. (2009)** *Selfhood, Identity and Personality Styles*. Oxford: Willey Blackwell.
- Asai, T., Kanayama, N., Imaizumi, S., Koyama, S. y Kaganoi, S. Development of Embodied Sense of Self Scale (ESSS): Exploring Everyday Experiences Induced by Anomalous Self-Representation. *Front Psychol.* (2016) Jul 5;7:1005.
- Barresi, J. y Moore, C. (1996). Understanding self and other. *Behavioral and Brain Sciences*, 19, 142-149
- **Barresi, J.; Moore, C. y Martin, R. (2013)** *Conceiving of Self and Others as Persons: Evolution and Development*. En J. Martin and M. Bickhard, *The Psychology of Personhood: Philosophical, Historical, Social-Developmental, and Narrative Perspectives* (127-146). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Barrett, L. Valence is a basic building block of emotional life. *Journal of Research in Personality* 40 (2006) 35–55
- Barrett, L. (1998). Discrete emotions or dimensions. The role of valence focus and arousal focus. *Cognition and Emotion*, 12, 579–599
- Cely, F. Intersubjetividad: entre explicación y comprensión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. (2014);43(1):52-57
- **Díaz, R. (2016)**. *Deconstrucción, construcción y reconstrucción: integración entre clases de referencia*. Recuperado de <http://www.cipra.cl>
- **Edelman, G. y Tononi, G. (2000)**. *Consciousness. How matter becomes imagination*. London/New York: Allen Lane/Penguin.
- **Gallagher, S. (2012)**. On the possibility of naturalizing phenomenology. In D. Zahavi. *Oxford Handbook of Contemporary Phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallagher, S., y Brosted Sorensen. J. Experimenting with phenomenology. *Consciousness and Cognition* 15 (2006) 119–134
- **Guidano, V. (1987)**. *Complexity of the self*. Nueva York: Guilford Press.
- **Guidano, V. (1990)**. De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad. La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia* (Madrid)
- **Guidano, V. (1994)**. *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia post-racionalista*. Barcelona: Paidós
- **Guidano, V. F. (1995)**. A constructivist outline of human knowing processes. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies* (pp. 89-102). New York: Springer
- **Hayek, F. (1952)**. *The sensory order*. London: Routledge.



- **Kircher, T. y David, A. (2003).** *The self in neuroscience and psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- **Mahoney, M. (2003).** *Constructive Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Meltzoff, A. (1995). "Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children". *Developmental Psychology*. 31 (5): 838-850
- **Moore, C. y Barresi, J. (2013)** *Imagination and the Self*. En M. Taylor (Ed.), *The Oxford Handbook of the Development of Imagination* (288-302). Oxford: Oxford University Press
- Musholt, K. (2012) Self-consciousness and intersubjectivity. *Grazer philosophische studien*; 84; 75-101
- **Popper, K. y Eccles, J. (1977).** *The self and its brain*. London: Springer
- **Ricoeur, P. (1996)** *Sí mismo como un otro*. México: Siglo XXI
- **Russell, J. (1989)** *Measures of emotion*. En Plutchik, R., y Kellerman, H. (Eds.) *Emotion: Theory, research, and experience* (Vol. 4, pp. 83 - 111). Toronto: Academic
- Smith, L. (2005). "Cognition as a dynamic system: Principles from embodiment". *Developmental Review*. 25 (3-4): 278–298
- Steele, G.R. Hayek's Sensory Order. *Theory & Psychology - Lancaster University*. Vol. 12(3) 2002.
- **Wilson, R. y Foglia, L.** "Embodied Cognition", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.)

#### Nota del autor

Rodrigo Díaz Olguín. Psicólogo entrenado en el modelo cognitivo constructivista de Vittorio Guidano. Actualmente trabaja en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Higuera de Talcahuano, Chile, además del ejercicio privado de la psicoterapia y docencia universitaria en psicología clínica. Comentarios acerca de este artículo dirigirlos al correo electrónico: [ps.rodrigodiazolguin@gmail.com](mailto:ps.rodrigodiazolguin@gmail.com)



Editado por Cipra, Círculo de Psicoterapia Post – Racionalista.  
Concepción. Chile. Teléfono +56 – 41 – 2466054  
<http://www.cipra.cl>