



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Postgrado
Programa de Magíster en Psicología Clínica
Mención Adultos

Aportes hacia la autoreflexividad de las nociones diagnósticas para la psicoterapia Constructivista Cognitiva

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA MENCIÓN
CLÍNICA ADULTO

ALUMNO: Ps. LUIS CASTILLO ACUÑA

PROFESOR PATROCINANTE: Ps. PAULA VERGARA HENRIQUEZ

STGO, ENERO DE 2013

AGRADECIMIENTOS

A Paula Vergara, por su constante interés, rigurosidad y contribución frente a la tarea de pensar sobre la práctica clínica.

A Dimitri, mi gran amigo y compañero de profesión, quien con su sapiencia en todo momento me ha transmitido humildad terapéutica.

A mi grupo familiar, por darme fortaleza, compañía y aliento a lo largo de todo el tiempo.

A mis padres, Humberto y Silvia, que han resultado fuente de apoyo incondicional a cada iniciativa de crecimiento personal. A ellos les debo el esfuerzo y la motivación por el desarrollo profesional.

A mis hijos, Andrés y Alonso por su comprensión frente a mi pasión por el estudio y la sabiduría que aportan a estar presente en sus vidas.

A mi esposa Roxana quien desde un comienzo apoyo esta empresa, sabiendo de sacrificios y renunciaciones, su amor y paciencia me han sostenido.

RESUMEN

El presente trabajo pretende generar una mirada autoreflexiva de las distintas herramientas diagnósticas para la comprensión psicopatológica que utiliza el Constructivismo Cognitivo, para lo cual se apela a una delimitación de tres actitudes metodológicas de posicionamiento terapéutico, que implican diferentes concepciones de alteridad y, por ende, de aproximaciones hacia la psicopatología.

Un primer nivel de análisis lo constituye el acercamiento psicopatológico tradicional del cual el DSM es uno de sus exponentes, que es consignado como una lectura en tercera persona que se refiere a mirar la manifestación sintomática desde fuera, desatancándose los aspectos de la Psicopatología Descriptiva.

Luego se aborda la aproximación de Organización de Significado Personal (OSP), que es concebida como lectura en segunda persona, asumiendo el carácter de *hipótesis ontológica* como condición previa para poder comprender al paciente. También se propone una visión alternativa de esta mirada, que se incorpora desde la escuela interpersonal y que se acerca a la visión de situar al terapeuta en una relación marcada por su *implicación* con el paciente, considerando en consecuencia la segunda persona en términos relacionales, siendo insumo para una Formulación relacional.

Posteriormente, en el tercer nivel de análisis se revisa la lectura en primera persona, entendida como la mirada que *intenta* entender la alteración o síntoma en el contexto histórico del paciente, al cual sólo el otro puede tener acceso, lo que implica *aspirar* a mirar al otro desde su horizonte de significados. Asociado al punto anterior, se describe a la figura del terapeuta también en una actitud en primera persona, describiendo el proceso de disponibilidad de este para reconocer el impacto vivencial del paciente, como requisito diagnóstico para una Formulación relacional. Finalmente, posterior a la delimitación de los distintos acercamientos se propone un marco conceptual que posibilita mayor diálogo y articulación en las distintas aproximaciones psicopatológicas, para su concientización en la praxis psicoterapéutica.

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	6
II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
III. OBJETIVOS	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
IV. METODOLOGÍA	24
V. ACTITUDES METODOLÓGICAS DE ACERCAMIENTO HACIA EL FENÓMENO PSICOPATOLÓGICO	25
VI. MIRADA EN TERCERA PERSONA	33
Aspectos epistemológicos del diagnóstico	39
Concepto de Psicopatología Descriptiva	41
Aspectos conceptuales del diagnóstico y la clasificación en psiquiatría	51
El diagnóstico	52
Clasificación	53
Criterios definidos operativamente	55
Ateoricidad del sistema clasificatorio	56
Mirada en tercera persona del paciente	59
Ventajas y desventajas de la Psicopatología Descriptiva y el DSM	63
VII. MIRADA EN SEGUNDA PERSONA	71
Organizaciones de Significado Personal	86
El síntoma	98
OSP y Trastornos psicopatológicos depresivos	103
OSP como constructo teórico	105
Formulación relacional/Contratransferencia visceral	110
Encuentro interpersonal real/Presencia terapéutica	116

VIII.	MIRADA EN PRIMERA PERSONA	127
	Mirada psicopatológica desde la primera persona	131
	La estructuración narrativa de la experiencia y la regulación emocional	132
	Actitud metodológica al síntoma desde la primera persona	135
	La naturaleza irreductible de la experiencia en primera persona	136
	El sí mismo y la Identidad Narrativa	139
	La narración sintomática	144
	La reconstrucción de la trama narrativa	147
	Aspectos prácticos de la reconstrucción narrativa	150
	¿Cómo se puede entender al otro como otro	150
IX.	REFLEXIONES FINALES Y DISCUSIÓN	160
X.	BIBLIOGRAFÍA	183

I. INTRODUCCIÓN

“Solo conozco científicamente cuando conozco al mismo tiempo el método por virtud del cual tengo ese conocimiento y, por tanto, puedo fundamentarlo y mostrarlo en sus límites” Karl Jaspers

Tal como plantea Safran (2005), el giro hacia la metateoría Constructivista rebasa las distintas orientaciones teóricas. De esta revisión epistemológica derivan importantes implicaciones para el quehacer psicoterapéutico, siendo la principal el desafío hacia el punto de vista clásico de que el terapeuta puede tener un acceso privilegiado hacia la realidad y por ende, que puede saber mucho más del paciente que éste de sí mismo. Dicha situación ha redundado por ejemplo, en que el Neo-Psicoanálisis con distintos énfasis haya revisado algunas de sus premisas, como lo son las preconcepciones que presentan los terapeutas para aproximarse en cuanto diagnósticos a la experiencia del paciente.

Las clasificaciones psiquiátricas tipo DSM, así como el constructo diagnóstico de las OSP utilizados por el Constructivismo Cognitivo, además de una Formulación o diagnóstico relacional, claramente son útiles, pues captan ciertas regularidades en los patrones que se observan en los pacientes, sin embargo, pueden llegar a dificultar que los psicoterapeutas perciban la realidad subyacente del paciente que está frente a ellos, por cuanto presentan un *potencial riesgo de cosificación* de la experiencia del paciente, en la medida que se les deja de ver como herramientas teóricas al servicio del trabajo psicoterapéutico, y se les otorga el *estatus de realidad de la experiencia del otro* (Safran, 2005). Se debe asumir que se tiene la tendencia de ver a través de las diferentes ideas preconcebidas y lecturas, y de que los moldes teóricos pueden llegar a actuar como algo parecido a un velo que puede impedir llegar a ver el paciente en su unicidad.

Una manera de emplazar dichas nociones diagnósticas para darles un uso congruente desde el modelo Constructivista Cognitivo, es hacerlas dialogar con las distintas posiciones que puede asumir la figura del terapeuta respecto de la experiencia del sujeto que padece. Las distintas vías dicen relación con tres

actitudes de acercamiento hacia la experiencia de los otros que se puede asumir en el ejercicio de comprender el fenómeno psicopatológico.

Para dicho emplazamiento surge la necesidad de apelar a cuestiones de carácter metodológico que emergen desde el interior de las denominadas ciencias cognitivas¹. En estas disciplinas se ha venido desde un tiempo a la fecha discutiendo sobre los modos de acceder a la experiencia subjetiva. Es así como se han logrado delinear tres actitudes de acceso a la experiencia subjetiva.

Las distintas aproximaciones en los modos de acceder a la experiencia subjetiva que aparecen en el terreno de las ciencias cognitivas, se pueden extrapolar a distintas actitudes metodológicas en el campo de la psicopatología, y en ese sentido pueden ser tremendamente útiles para realizar el ejercicio de consciencia metodológica de cada constructo diagnóstico. Las distintas metodologías se pueden referir a la manera en cómo se puede situar la figura del terapeuta en relación con la experiencia del otro, pues cada punto de vista delimita un determinado campo de esa experiencia por examinar y además formas absolutamente específicas de reflexionar, y comprender el fenómeno psicopatológico.

El siguiente trabajo intenta trazar aspectos de integración del conocimiento teórico procedente de las distintas modalidades de aproximación del fenómeno psicopatológico. El objetivo es generar un diálogo entre los distintos acercamientos, aparentemente independientes, para de esa manera propender a un uso reflexivo de las preconcepciones diagnósticas por parte del terapeuta. Se parte de la premisa de que ningún acercamiento individual es capaz, por sí solo, de abarcar un conocimiento y comprensión del fenómeno psicopatológico en su totalidad, y más específicamente de la experiencia individual de sufrimiento psíquico. De modo parecido a la parábola del elefante y los ciegos:

¹ Según Orange corresponde a él *“Conjunto de estudios contemporáneos, incluyendo y a veces reemplazando la filosofía de la mente, la epistemología, la inteligencia artificial la neurociencia. Su interrogante central es la naturaleza de la consciencia”* (2012, pág. 133).

Seis hindúes sabios, inclinados al estudio, quisieron saber qué era un elefante. Como eran ciegos, decidieron hacerlo mediante el tacto. El primero en llegar junto al elefante, chocó contra su ancho y duro lomo y dijo: «Ya veo, es como una pared». El segundo, palpando el colmillo, gritó: «Esto es tan agudo, redondo y liso que el elefante es como una lanza». El tercero tocó la trompa retorcida y gritó: «¡Dios me libre! El elefante es como una serpiente». El cuarto extendió su mano hasta la rodilla, palpó en torno y dijo: «Está claro, el elefante, es como un árbol». El quinto, que casualmente tocó una oreja, exclamó: «Aún el más ciego de los hombres se daría cuenta de que el elefante es como un abanico». El sexto, quién tocó la oscilante cola acotó: «El elefante es muy parecido a una soga». Y así, los sabios discutían largo y tendido, cada uno excesivamente terco y violento en su propia opinión y, aunque parcialmente en lo cierto, estaban todos equivocados. (Godfrey, 1860)

Se considera que esta parábola sirve de guía para ilustrar cómo cada aproximación hacia el fenómeno psicopatológico analiza un área necesariamente limitada y restringida del “*elefante*”, para llegar a conocer esa área en profundidad y con gran detalle. Pero para percibir o registrar la imagen completa, para poder ver todo el “*elefante*”, en este caso la psicopatología, es fundamental *intentar fusionar* las diferentes modalidades de acercamiento. Pues es posible que los distintos ciegos no estén completamente de acuerdo con la perspectiva de los demás, pero todos tiene algo relevante que aportar a la hora de generar una percepción del todo. Las perspectivas aisladas tan solo pueden revelar fragmentos de la realidad psicopatológica y de quién sufre, de manera que solamente el generar un intercambio entre los diferentes acercamientos puede desembocar en una imagen más global de la psicopatología y de la experiencia subjetiva de padecimiento (Siegel, 2010).

Este trabajo pretende mostrar ciertas relaciones entre actitudes metodológicas de acercamiento y determinados constructos diagnósticos para comprender la psicopatología. Es así como se quiere proponer como constructo diagnóstico para la mirada en tercera persona el DSM y la Psicopatología Descriptiva; para la mirada

en segunda persona la OSP y la Formulación relacional, y para la mirada en primera persona la Identidad Narrativa.

El presente estudio busca justificar y aclarar la relevancia que asume la concientización de los constructos diagnósticos por los cuales se configura la conceptualización psicopatológica, en el marco del Constructivismo Cognitivo.

La siguiente investigación busca generar un aporte tanto a la teoría como práctica Constructivista Cognitiva, pues al abordar reflexivamente las herramientas teóricas diagnósticas se permite un acercamiento al fenómeno psicopatológico de un modo más complejo e inclusivo que el que se ha desarrollado hasta el momento, produciéndose por tanto una mayor capacidad explicativa y comprensiva de la psicopatología, y que pone en su centro temático la experiencia del paciente. Además presenta un valor teórico y práctico, otorgado porque permitiría alcanzar una mayor articulación de los distintas actitudes metodológicas de acercamiento acerca del fenómeno psicopatológico con determinadas llaves conceptuales, lo que se traduce en la importancia práctica para la psicoterapia de promover competencias para que los terapeutas transiten flexiblemente (desde un marco conceptual que lo posibilite) en las distintas miradas con plena consciencia, en el ejercicio del proceso diagnóstico.

Delimitar modalidades de acercamiento hacia la psicopatología y esbozar relaciones con los constructos traerá repercusiones importantes a la praxis terapéutica, en el sentido de que podrá cada herramienta diagnóstica adquirir una utilización estratégica y reflexiva para el servicio del trabajo psicoterapéutico.

Frente a la tentación de realizar una especie de amalgama de perspectivas, la propuesta que se ofrece es generar consciencia metodológica de las diferentes ideas preconcebidas para comprender la psicopatología y sus distintos niveles de articulación.

En cuanto al plan de argumentación, en primer lugar se describirá algunos de los conflictos a los que se ven expuestos los psicólogos clínicos, al regirse por el modelo descriptivo, del cual el DSM es un ejemplo, para el abordaje

psicoterapéutico, a través del prisma de una actitud metodológica objetivista o mirada en tercera persona. En este apartado se revisarán cuales son las ventajas y desventajas de la utilización de los actuales manuales de clasificación diagnóstica, vale decir, el énfasis estará puesto en el *eso o él*.

Se describirá posteriormente la *mirada en segunda persona* conectada a dos esquemas interpretativos; el primero que corresponde al diagnóstico de OSP consignado como *hipótesis ontológica*, y sus posibles desbalances, seguido por las bondades y limitaciones de este acercamiento hacia el fenómeno psicopatológico. En el segundo esquema conceptual, se hará especial énfasis en considerar al otro en el aspecto relacional, al cual, se le denominará Formulación relacional que hará uso de una renovada concepción de lo que se entiende tradicionalmente por la contratransferencia como principal insumo, desde una lectura proveniente del enfoque cognitivo en su evolución del momento interpersonal, es decir, sobre la utilidad de otra clase de diagnóstico que implica la atención plena del terapeuta para el encuentro interpersonal con el paciente.

Posteriormente se desarrollará la *perspectiva en primera persona* como actitud metodológica para asociarlo con un diagnóstico que recurre al constructo de Identidad Narrativa, para articular la consideración del fenómeno psicopatológico, como también lo concerniente al lugar que le corresponde al paciente en las dinámicas interpersonales.

Finalmente se intentará generar un diálogo entre las distintas miradas, es decir, una propuesta que asocie dichas aproximaciones terapéuticas en un tránsito dinámico y flexible, con el diagnóstico sintomático propio del DSM, las OSP, la Formulación relacional y la Identidad Narrativa, y evaluar el posible impacto para la práctica clínica.

II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de que han devenido cambios importantes en las distintas tradiciones terapéuticas, generándose un giro desde la visión donde el terapeuta se instala en una posición de observador neutral que observa sus pacientes de una manera objetiva, hacia una visión de éste como un participante activo e involucrado, que es parte inevitable del fenómeno que está observando y que propende a permitirse un diálogo genuino con los pacientes, *igualmente persisten ciertas tendencias en el terapeuta a posicionarse de un modo objetivista* respecto de la experiencia del paciente que obedece a diferentes motivos.

Se puede plantear de que existen distintas razones por las cuales un terapeuta adscrito al modelo Constructivista Cognitivo puede llegar a tomar una posición objetivante de la experiencia del paciente con el consiguiente riesgo de reificación², cuestión que ocurre cuando el terapeuta hace un uso de las nociones o constructos diagnósticos que abarca la totalidad de la comprensión del otro y por ende se genera, una postura terapéutica desde el *mito de la mente aislada*, incongruente con lo que propone el propio modelo.

Dentro de las razones se debe reconocer una permanente *tentación terapéutica* a situarse en una postura objetivante respecto de la experiencia del otro. Es descrita como tentación por cuanto a sabiendas de que no es lo que propone el modelo igualmente el terapeuta se puede ver *arrastrado* a instalarse desde una postura de observador externo o de aferrarse a concepciones fijas para entender lo que le ocurre a los pacientes. Es así como Mahoney (2005), plantea que los sujetos presentan una tendencia a tener que clasificar o categorizar para comprender la realidad, es decir, existe una tendencia inevitable por la que se llega a conocer el

² Stolorow la define como “considerar algo abstracto (o una metáfora) como si fuera algo concreto, como si fuera algo con un tamaño y con una localización en el espacio” (2004, pág. 229). Este término proviene a su vez del reísmo “doctrina según la cual solamente existen cosas, res, y según la cual, por consiguiente, solamente pueden formularse enunciados acerca de cosas” (Ferrater Mora, 2004, pág. 3052). En esta investigación se utiliza este concepto indistintamente con el de cosificación.

mundo y esta resulta mediante conceptos³, cuestión que se hace mucho más evidente cuando se intenta entender a los otros, en especial, de quién resulta aquejado por un sufrimiento psíquico, como lo es un paciente.

Esta tendencia natural según Siegel (2010), encuentra respaldo neurocientífico en el sentido de que en cierto punto existen influencias corticales arriba-abajo, que determinan como se filtran los datos y como se sesgan las interpretaciones de las distintas percepciones; mediante la experiencia previa se altera la percepción entrante necesitando prestar menos atención, lo cual aporta la ventaja de valorar rápidamente el entorno, pero este mismo aprendizaje *oprime la entrada de las experiencias novedosas del presente*. El cerebro tiende de manera natural a detectar pautas, es un órgano asociativo, por lo que agrupa las pautas en modelos mentales que clasifican automáticamente el mundo en un esquema general que ayuda a navegar rápidamente entre la enorme cantidad de datos de la sensación presente y de la memoria.

Esta situación que resulta de carácter natural se hace mucho más patente y necesaria, cuando se formulan conceptualizaciones o se necesita comprender la experiencia del sujeto que padece, pues el terapeuta apela a ciertos constructos diagnósticos desde el propio marco teórico para aproximarse y entender el fenómeno psicopatológico. Las representaciones invariantes⁴ o conceptuales establecen filtros que delimitan la percepción de la realidad. De modo que lo que puede llegar a ocurrir en la práctica clínica, es que la solidez de los constructos previos del terapeuta provoquen una suerte de ceguera que le impidan el acceso a *quién es el paciente* y por ende al acercamiento hacia su subjetividad. Por lo cual, resulta esencial sacudir las distintas preconcepciones, pues el logro de esto puede permitir *atender plenamente al paciente*, es decir, desidentificarse transitoriamente

³ Según Siegel (2010), esta es la modalidad basada en el aprendizaje, la otra sería aquella experiencia sensorial pura o información sensorial entrante, que claramente otorga mayor densidad de información.

⁴ Término de Jeffrey Hawkins “que denota que la lente de la experiencia previa aplica un sesgo arriba-abajo a la información procedente de las vías abajo-arriba, por el que las representaciones neuronales de la memoria se imponen desde las columnas corticales superiores” (en Siegel, 2010, pág. 316). Siegel explica que el cerebro lo logra buscando las características invariantes de los estímulos, “el aprendizaje oprime la experiencia sensorial pura, porque enturbia las aguas de la percepción cristalina con las experiencias previas” (2010, pág. 115).

de las representaciones conceptuales con las que se opera en el quehacer terapéutico.

Otra razón por la cual el terapeuta puede asumir una tendencia objetivista con respecto a lo que le ocurre al paciente, es que en ocasiones estos últimos impulsan desde sus estilos de funcionamiento interpersonal o arrastran directamente desde la visión clásica del modelo médico al terapeuta a situarse de manera objetiva, lo que se puede traducir eventualmente en la actitud funcional de reparar algo dañado u ofrecer el consejo rápido o técnica para atenuar inmediatamente la sintomatología del paciente o simplemente por el llamado furor curandis⁵ propio del terapeuta.

También ocurre que el modelo otorga llaves conceptuales heurísticamente atractivas para entender a los otros, cuestión que puede generar un monto de alivio de estar con la experiencia sufriente del paciente o para entender la experiencia del otro en toda su complejidad y por lo tanto, de otorgar la sensación de certidumbre para lo incierto o por el simple regocijo de otorgar sentimientos de competencia para la comprensión psicopatológica, pero que al mismo tiempo puede generar clausura para un encuentro genuino con la alteridad⁶ del otro.

Además de las razones señaladas por las cuales el terapeuta se puede ver tentado a posicionarse objetivamente, se debe asumir como una premisa central la *inevitabilidad de presentar ideas preconcebidas diagnósticas* para comprender la

⁵ Expresión originariamente psicoanalítica que significa abuso en el deseo de curar, pero que en la actualidad trasciende a los distintos enfoques terapéuticos. Es la búsqueda frenética o impaciencia por el bien del paciente o consagración del terapeuta a la desaparición de la sintomatología. *“esta necesidad imperiosa de intervención responde más a las necesidades del terapeuta que a las del paciente, ya que tiene que ver con sus necesidades de ser útil, efectivo, indispensable, sin considerar ni respetar los tiempos del paciente”* (Durruty, 2005, pág. 48).

⁶ Del latín alter: el "otro" de entre dos términos, considerado desde la posición del "uno", es decir, del yo. Es el principio filosófico de "alternar" o cambiar la propia perspectiva por la del "otro", considerando y teniendo en cuenta el punto de vista, la concepción del mundo, los intereses, la ideología del otro; y no dando por supuesto que la "de uno" es la única posible. En este trabajo se homologa el concepto de alteridad con el de otredad. *“resulta claro que para concebir la otredad del otro, es necesario partir de una concepción solidaria de la consciencia, en la que el punto de partida no es el yo en soledad, sino el nosotros o, mejor dicho, la articulación de los mundos que designamos con los pronombres nosotros, tú y yo”* (Miró, 2000, pág.117).

psicopatología; entonces en este escenario la cuestión es cómo se pueden conciliar los distintos esquemas interpretativos con un encuentro marcado por la *implicancia* con la experiencia subjetiva del paciente y de esa manera evitar el trato óntico⁷ de la experiencia de los otros. Igualmente en la medida que los terapeutas pierden de vista los verdaderos alcances de los constructos diagnósticos, resulta más probable un distanciamiento de la experiencia sufriente del paciente (Safran, 2005).

Desde esta asunción de *inevitabilidad de presentar preconcepciones*, es necesario tener en cuenta de que ningún conocimiento de la realidad sufriente del otro parte de cero, por cuanto el que está conociendo aporta un saber previo a ese conocimiento, lo que se traduce en que siempre se poseen ideas preconcebidas diagnósticas para acceder a la experiencia psicopatológica, razón por la cual reflexionar sobre las mismas puede conferir la posibilidad de que estas presuposiciones sean concebidas como condiciones necesarias para conocer y que no se transformen en prejuicios teóricos donde toda la experiencia del otro empieza a verse en función de la teoría, con lo cual lo que no encaja o resulta discrepante es descartado, o es interpretado con nuevas construcciones auxiliares que a como dé lugar, confirman la teoría.

Es importante ser consciente de las contribuciones del terapeuta en el acto de comprender la experiencia del paciente. En este proceso de comprensión igualmente se revelan las subjetividades, incluyendo el conocimiento relacional implícito y el acervo conceptual del terapeuta reflejado en los modelos teóricos que posibilitan la comprensión psicopatológica. El orden de los datos en la comprensión esta modelado por el terapeuta, es decir, las preconcepciones diagnósticas siempre condicionan la comprensión, pues esta última discurre siempre dentro de ciertas coordenadas interpretativas. El ejercicio de diagnosticar para ponerlo al

⁷ Óntica es toda consideración, teórica o práctica, del ente que se atiene a los caracteres del ente como tal, sin poner en tela de juicio su ser; ontológica es en cambio la consideración del ente que apunta al ser del ente (Vattimo, 2006). Desde el Constructivismo Cognitivo, se parte del supuesto que no existe una verdad previa y, que por lo tanto, de esa verdad derive una puesta en marcha para encontrarla. Cuando existe una verdad preexistente acerca de la experiencia de los otros se va orientando una ruta que determina al terapeuta para hallar *eso que se esconde* lo que implica tratar a los otros como *entes* que ocultan algo que el terapeuta debe descubrir desde su sapiencia.

servicio de la psicoterapia desde el Constructivismo Cognitivo entonces, no es captar al otro en su totalidad, sino que reconocer el permanente *estado de interpretación*⁸ en el que el terapeuta se encuentra para comprender la realidad sufriente del otro.

Es necesario reconocer que la comprensión de la psicopatología está determinada necesariamente por el movimiento anticipatorio que posibilita cada constructo teórico. Ahora, estar situado dentro del modelo Constructivista Cognitivo con las herramientas teóricas diagnósticas (DSM, OSP, Formulación relacional, Identidad Narrativa) no limita, muy por el contrario posibilita el conocer. Desde esta perspectiva, es necesario mostrar las preconcepciones que guían la comprensión del fenómeno psicopatológico para de esa manera ser conscientes de cuanto se puede acceder a la experiencia del otro, así como asumir una posición interpretativa que reflexione sobre sí misma y que de esa manera posibilite un diálogo genuino marcado por la implicación, pues se sostiene que al explicitar las distintas preconcepciones, el otro es más probable que pueda aparecer claramente en su alteridad y en su singularidad de vivir el dolor.

Se plantea que solo en la medida que se realice este ejercicio de autoreflexión con las herramientas teóricas disponibles se podrá facilitar un diálogo genuino, lo cual presupone el abandono de una actitud que actúa sobre la base de la imposición de ideas y significados para entender a los otros.

Hans George Gadamer (1960), filósofo exponente de la hermenéutica⁹, apelando a la interpretación de los textos se dedicó a estudiar uno de los procesos humanos

⁸ La comprensión psicopatológica necesariamente es subsidiaria de un modelo conceptual, pues la teoría se constituirá en el marco de posibilidad dentro del cual el proceso de la interpretación se moverá. "*La interpretación se encuentra siempre entre dos campos de fuerza: el del material original y el código del interpretante...cuanto más convencido esté el interpretante de la verdad de una teoría, más prisionero de un sistema simplificante y, por tanto, más desviado hacia el polo de la arbitrariedad*" (Bleichmar, 2005, pág. 33). En este trabajo la interpretación es entendida en su sentido lato, esto es como comprensión, para desmarcarse de su acepción psicoanalítica.

⁹ Corriente filosófica que originariamente se dedicó a la ciencia de interpretar las sagradas escrituras. En la filosofía contemporánea es definida como una interpretación basada en un previo conocimiento de los datos de la realidad que se trata de comprender, pero que a su vez da sentido a los citados datos por medio de un proceso inevitablemente circular, muy típico de la comprensión en cuanto método peculiar de las ciencias del espíritu (Ferrater Mora, 2004).

que son radicales en la dinámica propia de la psicoterapia, esto es, el proceso de comprender algo o alguien, e intento describir lo que es una conversación auténtica, por lo cual desarrolló una filosofía conversacional que contempla la comprensión como fenómeno únicamente emergente en el contexto relacional de un diálogo. Gadamer plantea *“la conversación genuina no es posible si uno de los interlocutores cree absolutamente en una tesis superior a las otras, hasta afirmar que posee un saber previo sobre los prejuicios que atenazan al otro...el consenso dialogal es imposible en principio si uno de los interlocutores no se libera realmente para la conversación”*. De modo que *“una consciencia formada hermenéuticamente debe estar dispuesta a acoger la alteridad del texto”* que llevada al plano clínico, es decir, en un contexto humano es el otro (en Sassenfeld, 2010, pág. 430).

Estableciendo un paralelo, el diálogo terapéutico inauténtico, es aquel donde el terapeuta se sitúa desde una *ilusión de separación* respecto de la experiencia del paciente, en la que la persona del terapeuta encuentra respuestas siempre en el constructo en relación a la experiencia del paciente, estando esta concepción determinada por el cartesianismo que a veces puede invadir al terapeuta por las razones anteriormente descritas, lo cual dista de lo estimado conveniente para la praxis terapéutica desde el modelo Constructivista Cognitivo. Desde esta única posición positivista del terapeuta (adecuada a una epistemológica objetivista) es improbable un diálogo genuino marcado por la implicación.

Una actitud dialógica entraña un terapeuta que participa de la relación con el paciente trayendo consigo *“aparte de sus teorías, sus conocimientos y sus experiencias clínicas previas—toda su historia y sus experiencias personales”* (Sassenfeld, 2010, pág. 6). El terapeuta desde una consciencia hermenéutica debería ser capaz de trascender de su egocentrismo, en el sentido de desidentificarse de las distintas nociones teóricas que dispone para entender al otro. Es lo que plantea Gadamer (1960), al acercarse a la interpretación de los textos: *“realizar conjeturas interpretativas y volver a retirarlas. La autocancelación*

de la interpretación hace posible que la cosa misma—el significado del texto—se manifieste a sí mismo” (Gadamer en Sassenfeld, 2010, pág.11).

Las ideas principales de este autor son afines con el modelo Constructivista Cognitivo porque vuelven a situar la preponderancia de la *implicación del terapeuta* en la relación con el paciente, como también el reconocimiento de que resulta imposible entender al otro sin ideas preconcebidas, solo que estas son lo que son, es decir, constructos. Su principal contribución es el desarrollo de una actitud hermenéutica reflejada en una actitud abierta de exploración y comprensión, una actitud que busca inteligibilidad y validez en la experiencia del paciente; el terapeuta que adopta dicha actitud siempre concibe su comprensión como abierta y por ende falible y, en consecuencia, está en disposición a que su comprensión sea ajustada y ampliada por medio del diálogo con el paciente. *“Una comprensión llevada a cabo desde una consciencia metódica intentará siempre no llevar a término directamente sus anticipaciones sino más bien hacerlas conscientes para poder controlarlas y ganar así una comprensión correcta desde las cosas mismas” (Gadamer, 1960, pág. 336).*

Es *“deber permanente de la comprensión elaborar los esquemas correctos y adecuados, es decir, aventurar hipótesis que habrá que contrastar con las cosas” (Gadamer en Sassenfeld, 2010, pág. 11).* Es importante deshacerse de la idea de que es posible generar un diálogo genuino con los otros excluyendo los mapas interpretativos de lo que el otro transmite, la tarea consiste en considerar su carácter restrictivo (en el sentido de que la unicidad de la experiencia del otro desborda cualquier representación conceptual), para entender la experiencia del sujeto padeciente como mantener a raya ese *furor hermenéutico* que puede asumir el terapeuta a la hora de acercarse hacia la experiencia del paciente.

Lo que se quiere evitar es el proceso de comprender al otro únicamente a través de esquemas conceptuales preestablecidos y de esa manera, mantener al otro a distancia, cual comprensión objetiva. Sin embargo, no resulta sencillo, clínicamente

hablando, renunciar a la seguridad que otorga estar instalado en la posición objetivante, tampoco es la directriz de este trabajo, pues claramente situarse de manera objetiva respecto de la experiencia del paciente en ocasiones resulta necesario, sino abandonar la postura donde la figura del terapeuta se eleva únicamente como *el que sabe*¹⁰.

Dicha situación se evidencia en una comprensión del otro exclusivamente anticipada (que no se reconoce a sí misma en su función anticipadora) que frecuentemente obnubila la mirada del terapeuta para una comprensión más individualizada de la experiencia del paciente por intermedio de un diálogo genuino. Esto significa reconocer el aporte productivo del intérprete, en este caso del terapeuta, forma parte esencial del sentido de la comprensión. Simultáneamente, una utilización de las ideas preconcebidas sin autoreflexión puede acercar a una comprensión objetiva de la experiencia de los otros que enfatiza en vez de un diálogo un monólogo que clausura al terapeuta hacia la novedad.

Lo que se propone en esta investigación es una revisión de los constructos interpretativos para la comprensión psicopatológica que no busca confirmar simplemente su carácter anticipatorio, sino que intenta reflexionar sobre sí mismos para de ese modo manejarlos estratégicamente y así propender a una comprensión que asimile la novedad o aquellas experiencias que no calzan con las preconcepciones del terapeuta. Se busca promover la actitud de advertir cuando los mapas interpretativos ingresan a la escena terapéutica para estar dispuestos a reconocerlos y en ocasiones sacrificarlos para permanecer abiertos al significado de la otra persona.

¹⁰ Es necesario hacer una aclaración respecto del trato objetivista de la experiencia del paciente. Cuando se apela para comprenderle en aquellos aspectos invariables sintomáticos y que estén al servicio de la comunicabilidad con otros profesionales de la salud mental como lo pueden ser psiquiatras, como también cualquier investigación que implique mediciones cuantitativas no se está siendo herejes con el modelo Constructivista Cognitivo pues claramente se justifica ciertos grados de consensualidad. Es decir, no se está contra este tipo de objetividad, si se está en desacuerdo con la objetividad cuando se la entiende solamente como *reificar* la experiencia del otro, es decir, solamente cuando esta incide en el trabajo terapéutico a través de *percibir al paciente netamente como un objeto y totalmente comprensible en su unicidad*.

Los esquemas interpretativos son constructos cognitivos que emplea el terapeuta para abrirse camino en la incertidumbre de la experiencia del sujeto padeciente y revelar patrones en la experiencia compleja¹¹. En este sentido las ideas preconcebidas son una poderosa puerta a la comprensión, sin embargo, también pueden atrapar al terapeuta en su entendimiento de la subjetividad del paciente. Si el terapeuta no se percata de las limitaciones y de las restricciones que imponen, si las cree reales, la influencia sobre el quehacer terapéutico puede llegar a ser iatrogénica¹² ya que esta situación se traduce en que la experiencia del paciente (cuando se desconocen los límites de las propias herramientas diagnósticas) es *subsumida a una etiqueta diagnóstica o un estilo de funcionamiento*, sin acercarse a la experiencia del sujeto padeciente y que presenta como consecuencia el riesgo de una praxis terapéutica monocorde, alejada de la ontogenia de dicha configuración psicopatológica, como de la historia personal del paciente.

Ante dicha situación surge la necesidad de revalorar la toma de consciencia metodológica¹³ descrita en algún momento por Karl Jaspers (1913), pues los constructos diagnósticos que forman parte del arsenal teórico del Constructivismo Cognitivo para comprender la psicopatología han sido escasamente revisados en el sentido de justipreciar sus bondades y debilidades. En el sentido de aclarar que se puede llegar a conocer solo lo que hace posible determinada herramienta diagnóstica para aproximarse hacia la psicopatología y la experiencia de quién

¹¹ Safran señala la tendencia del terapeuta *“para buscar sentido a las situaciones complejas y confusas y para extraer sentido de orden y estructura a partir de la ambigüedad... un constructo puede sintetizar ciertas regularidades, sin embargo, al mismo tiempo puede impedir que los terapeutas vean la realidad subyacente del paciente”* (2005, pág. 70-71).

¹² Cosacov la define como *“término proveniente de la medicina, y que alude a cualquier enfermedad que se haya originado como consecuencia de un tratamiento: en ocasiones ello se debe a una negligencia o bien a una impericia profesional, y en ocasiones se debe a efectos no deseados pero inevitables de un tratamiento...En psicología, una mala o inadecuada intervención también se considera iatrogénica”* (2007, pág.71).

¹³ Jaspers (1913), plantea que más que una mera acumulación de conocimientos, lo que interesa es desarrollar una consciencia metódica, refiriéndose a ella como la necesidad de conocer los propios métodos, de manera clara y consciente, para comprender la psicopatología. Cada método parte de ciertos supuestos, por lo cual agudiza su capacidad de capturar ciertos aspectos de la realidad como también limita su habilidad para recoger otros aspectos de ella. Debe quedar claro que solo se conoce lo que hace posible el método, por lo cual se conoce solo una perspectiva de la *realidad*. A partir de esta consciencia que reconoce lo que puede aportar, admitiendo sus límites y la necesidad de complementarse con otros modos de aprehensión, Jaspers parte de la premisa de que *cada paciente es único* y que cada persona trasciende cualquier intento de entender o capturarlo en su totalidad para una cierta forma de conocer o método de conocimiento.

padece, y además de que no basta con aplicar una sola modalidad de acercamiento, pues cada actitud metodológica, así como *cada esquema interpretativo al reconocer que no puede aprehender la cosa misma o la realidad psicopatológica*, debe conocer sus límites así como la necesidad de complementarse con otros modos de aprehensión o el denominado pluralismo metodológico¹⁴.

La pretensión de este trabajo es generar mayor autoreflexividad o consciencia metódica ante los modos en que el terapeuta clasifica, selecciona u ordena para entender a los pacientes en su experiencia subjetiva; asumir las limitaciones de las nociones conceptuales, así como simultáneamente el reconocimiento de la utilidad de que estas mismas provean de ideas que ayuden a superar o sobrellevar momentos difíciles, y por sobre todo *aproximarse a la complejidad de la experiencia de quién padece*. Entonces eso no significa desechar los marcos conceptuales para comprender la psicopatología, sino que aceptarlos por lo que realmente son: *estructuras para conocer*.

A partir de la anterior descripción de las distintas herramientas teóricas para concebir el fenómeno psicopatológico con el carácter de consciencia hermenéutica, se pretende generar un diálogo con diferentes actitudes metodológicas de acercamiento, que puede asumir la figura del terapeuta, resumidas en tres tipos de aproximaciones hacia la experiencia del otro y de esa manera *concientizar el uso de los esquemas interpretativos para comprender la experiencia de quién padece*.

¹⁴ Se está comenzando a renunciar a la idea de un método único que conduzca y garantice siempre la *verdad*, lo cual de ninguna manera significa desistir de la utilización de dispositivos, técnicas y procedimientos. Renunciar a los distintos métodos, no implica caer al abismo del sinsentido, sino abrirse a la multiplicidad de significados, a la posibilidad de desplegar infinidad de dispositivos o lecturas. El desafío es no sólo ser capaces de inventar nuevos mapas conceptuales, sino también ir más allá, de construir e interrelacionar diferentes formas diversas de cartografiar, es decir, poner en diálogo distintas maneras de comprender al paciente. Pero aún así la multiplicidad de métodos nunca agota la singularidad de los individuos, por lo tanto la claridad acerca de los métodos que se utilizan es esencial. La consciencia metodológica consiste entonces en el reconocimiento de las fortalezas y limitaciones de cada método y la facultad de aplicar los más adecuados a circunstancias específicas (Ghaemi, 2008).

Realizar el ejercicio de tematizar los distintos constructos diagnósticos, permitirá calibrar cuáles son sus distintas fortalezas y debilidades, así como sus posibilidades de articulación, pues presentan una procedencia teórica distinta. En ausencia de un uso reflexivo de las diferentes herramientas diagnósticas, especialmente, con la actitud metodológica objetivista, se corre el riesgo de cosificar la experiencia del paciente, lo cual genera la inquietud de revisar el uso que el terapeuta le da a los distintos constructos diagnósticos.

Asociado al planteamiento anterior se ofrece además el panorama de que el modelo Constructivista Cognitivo, no presenta una traducción de lo que ocurre en el despliegue terapéutico al hacer uso de las distintas herramientas teóricas diagnósticas para comprender el fenómeno psicopatológico. Existe una utilización de los constructos teóricos que discurre más bien en un nivel tácito, en el sentido de un tránsito flexible entre las distintas herramientas diagnósticas, pero que no se siguen en la plasmación de actitudes explícitas bien delimitadas al momento de acercarse al fenómeno psicopatológico. Entonces es importante señalar que a partir de la evolución que se ha desarrollado en el modelo Constructivista Cognitivo, emerge la inquietud de generar una explicitación de los constructos para comprender la psicopatología con la finalidad de hacer consistente y coherente lo que discurre en la praxis clínica.

En este estado de la cuestión en el modelo Constructivista Cognitivo, se hace necesaria una mayor articulación y explicitación de las distintas miradas cada una con una posible herramienta diagnóstica asociada; un puente que permita a su vez transitar en los distintos acercamientos, pues se sostiene que cada uno de ellos presenta su propia utilidad, incluso la mirada objetivista *aparentemente* incongruente con el modelo Constructivista Cognitivo.

Como consecuencia de lo anterior, la conceptualización psicopatológica que deviene de las ideas preconcebidas diagnósticas asumidas por el modelo Constructivista Cognitiva debe reflexionar sobre sí misma, preguntándose en todo momento que se conoce, como se conoce, las diversas formas de conocer y el alcance de cada una de esas formas, es decir, plantear la necesidad de desarrollar

una mayor consciencia metodológica como base de un saber congruente con la visión del Constructivismo Cognitivo.

A pesar del riesgo de cosificación al desconocer las restricciones de las distintas hermenéuticas diagnósticas presente tanto desde las perspectivas objetivistas y el inadecuado uso de acercamientos relacionales (uso objetivista), surgen las siguientes preguntas directrices, ¿se pueden desechar los acercamientos objetivistas, como son entendidos tradicionalmente por su posible riesgo reificante y solo privilegiar las miradas relacionales o subjetivistas?, ¿será posible asumir distintas actitudes metodológicas de aproximación al fenómeno psicopatológico, de manera no fragmentaria, en el uso de los constructos diagnósticos con el reconocimiento de sus propias fortalezas y debilidades, por lo tanto, autoreflexivamente?

La siguiente investigación teórica pretende aclarar la importancia que adquiere el uso reflexivo de las diferentes aproximaciones psicopatológicas con los distintos constructos, de manera que el acercamiento hacia la experiencia del paciente se torne más inclusivo y, que permita una mayor capacidad explicativa y comprensiva de la conceptualización psicopatológica del modelo Constructivista Cognitivo.

A partir de lo anterior, se desprenden las siguientes preguntas de investigación:

¿Será posible delimitar distintas actitudes metodológicas de acercamiento del terapeuta con ciertos constructos diagnósticos para comprender el fenómeno psicopatológico?

¿Cuáles son los aportes y limitaciones de los distintos constructos diagnósticos para comprender la psicopatología?

¿Será posible generar mayor reflexividad en el uso de los constructos diagnósticos a través del diálogo articulado entre las diferentes actitudes metodológicas de acercamiento para la conceptualización psicopatológica Constructivista Cognitiva?

III. OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Aportar al desarrollo de autoreflexividad o consciencia metodológica de las nociones diagnósticas en la psicoterapia Constructivista Cognitiva.

Objetivos específicos:

1. Delimitar y asociar distintas actitudes metodológicas de acercamiento hacia el fenómeno psicopatológico con constructos diagnósticos del modelo Constructivista Cognitivo.
2. Revisar los aportes y limitaciones de las diferentes miradas con sus respectivos constructos diagnósticos para comprender la psicopatología que dispone el modelo Constructivista Cognitivo.
3. Formular las posibles repercusiones clínicas de generar un diálogo entre las diferentes aproximaciones terapéuticas y los distintos constructos diagnósticos para la psicoterapia Constructivista Cognitiva.

IV. METODOLOGÍA

En términos metodológicos, el siguiente trabajo se constituye en una investigación de orientación teórica que busca definir, delimitar y generar un diálogo entre las distintas actitudes metodológicas de acercamiento con sus asociadas nociones diagnósticas propuestas para comprender la psicopatología y esa forma concientizar su uso para la psicoterapia Constructivista Cognitiva. Este es un estudio realizado principalmente a través de un análisis bibliográfico o documental, desde fuentes primarias y el testimonio de expertos. Las fuentes primarias están dadas por la revisión bibliográfica de los modelos Constructivista Cognitivo y el Posracionalismo, por cuanto la literatura escogida transitará en bibliografía afín con estos planteamientos acerca de la psicopatología, las nociones diagnósticas y las modalidades terapéuticas.

V. ACTITUDES METODOLÓGICAS DE ACERCAMIENTO HACIA EL FENÓMENO PSICOPATOLÓGICO

Antes de enunciar y explicitar las distintas miradas de acercamiento acerca del fenómeno psicopatológico y su relación con los distintos constructos diagnósticos, se describirá una comprensión que realiza Giampiero Arciero (2005) entre el amor y la alteridad que puede servir de guía metafórica para entender como diferentes actitudes interpretativas psicopatológicas determinan una diferencia en la comprensión de la alteridad y, por ende, un uso diferente de las nociones preconcebidas para comprender la psicopatología.

Existen distintas posibilidades de comprensión del *Tú* en el amor, por el modo en cómo se construye la experiencia de alteridad. Mirando la otredad a lo largo de un continuo que se extiende desde un lado en el que el *Tú* es considerado ónticamente, vale decir, como una cosa, y en el otro extremo en el que el *Tú* es comprendido ontológicamente, como un *ser-en-el-mundo*¹⁵, se puede diferenciar tres figuras de alteridad que corresponden a tres fisonomías de reconocimiento del *Tú* y a tres modalidades de construcción de la relación con el otro.

En un polo del continuo la experiencia del *Tú* es concebida en términos objetivos, esto quiere decir que el otro resulta desposeído de una interioridad propia. En consecuencia se reduce al otro a objeto. Las expresiones de amor desde esta perspectiva implican un control hacia el otro que tiende a ser totalizador y se pueden ver reflejadas en donde uno es dueño o posesión del otro, reduciendo la alteridad a un ente. De manera análoga, cuando el terapeuta se acerca psicopatológicamente (para poner al servicio de la psicoterapia) *únicamente* desde este extremo del continuo no se pregunta por el mundo interno de ese otro llamado

¹⁵ Expresión que utiliza Heidegger en su analítica existencial del Dasein. Significaría que el ser del hombre consiste en estar referido a posibilidades; pero concretamente este referirse se efectúa no en un diálogo abstracto consigo mismo, sino como existir concretamente en un mundo de cosas y de otras personas (involucramiento). Decir que la naturaleza del hombre que es *poder ser* equivale a decir que su naturaleza consiste en no tener una naturaleza o esencia. Lo que el hombre tiene de específico y lo que lo distingue de las cosas es justamente el hecho de estar referido a sus posibilidades y, por lo tanto, de no existir como realidad simplemente presente. Gianni Vattimo dice "*si el hombre es poder ser, su modo de ser es el de la posibilidad y no el de la realidad*" (2006, pág. 26).

paciente. Al ser concebido el *otro ópticamente* desaparece un interior por reconocer y articular. Esta mirada en tercera persona pudiera asociarse a la de los manuales de clasificación psiquiátrica y que significaría tratar al otro eventualmente como un *Él* o *Eso*. Tal como plantea Arciero (2005), en este acercamiento la explicación del trastorno clínico no puede sino recurrir a procesos impersonales. Así, la reducción de la experiencia personal permite tratar el trastorno mental en términos de acontecimientos neutrales o bioquímicos, lo que da lugar a una epistemología impersonal, la cual rige la identificación de los trastornos psicopatológicos sobre la base de las manifestaciones clínicas, eliminando la existencia diferenciada de la persona.

En un punto intermedio del continuo es posible apreciar otra experiencia del *Tú*, donde la consideración del otro es comprendida simultáneamente como persona y como objeto. Una diferencia con respecto a la mirada anterior es que desde esta perspectiva el otro es reconocido ontológicamente, lo que significa en su unicidad como persona. De manera simultánea, en cambio, no solo se pretende conocer las razones, las intenciones, las emociones del otro, mejor de lo que el mismo las entiende (Gadamer, 1960), sino que en esta pretensión se afirma la primacía de la propia perspectiva o mirada con respecto de la menos válida del otro. Aunque existe un reconocimiento de la interioridad, esta dimensión está reducida a los propios esquemas, anulando o combatiendo aquellos esquemas del otro que no son asimilables.

En consecuencia, aquella misma interioridad es traducida a un *objeto mental*, y es continuamente anticipada y redefinida en función de lo que es considerado reflexivamente justo o más adecuado para el otro. La expresión afectiva hacia el otro puede adquirir la modalidad de una camuflada dedicación amorosa o amor con tintes de propensión a la ayuda o deber educativo, donde claramente existe una superioridad por sobre el otro deslegitimando a su vez las pretensiones de esa subjetividad.

De manera interpretativa hacia el fenómeno psicopatológico, este acercamiento situado en el punto medio del continuo significa una lectura en segunda persona

donde se consigna a las OSP como llave interpretativa para entender la experiencia del otro, pero no en *uso conjetural* sino que más bien en uso exclusivamente *anticipatorio*. Este acercamiento abraza la autoridad interpretativa del terapeuta, que se vale de una comprensión psicopatológica siempre unilateral, que desconoce que las presuposiciones deben ser comprendidas como condiciones para conocer y aceptadas como hipótesis, pero no como un conocimiento probado (Climent, 2003). Se estima que este uso de las preconcepciones diagnósticas al servicio de la comprensión psicopatológica asume un carácter autoritario incongruente al interior del enfoque Constructivista cuando el terapeuta es quién logra conocer a cabalidad los contenidos mentales y motivaciones del paciente (Orange, 2012).

Esta perspectiva le permite orientar y anticipar al terapeuta las posibles experiencias discrepantes para cada OSP lo que entraña esta doble dimensión, es decir reconocer por una parte una interioridad pero al mismo tiempo traducirla en *objeto mental*, afirmándose cierta experticia del conocimiento del terapeuta para entender la experiencia del paciente. Lo que se quiere enfatizar de todos modos, es que la OSP como constructo diagnóstico resulta ser una *hipótesis ontológica* (Vergara, comunicación personal, 2011) útil desde una mirada en segunda persona. Es el uso tercerista a modo *objeto mental*, es decir, dejando de ser una hipótesis sino una *realidad ontológica* (Spinelli, 2000) el que confiere una cierta posición de sapiencia al terapeuta respecto de la experiencia del paciente que se quiere reconocer para concientizar. Se intenta de esta manera, remarcar que la noción de OSP asociada a esta mirada puede ser utilizada según la posición que el terapeuta adopte respecto de la experiencia del paciente.

Sostener las OSP como hipótesis ontológica encaja de modo congruente con el uso que pretende el Constructivismo Cognitivo, por cuanto el terapeuta al concebirlas solo como ideas preconcebidas para la comprensión psicopatológica se permite mantener cerca de la experiencia del paciente. Tal como lo plantea su estatus de hipótesis, se puede favorecer mayores posibilidades de comprensión, por cuanto se les reconoce como refutables y limitadas (Orange, 2012).

Por último, en el otro extremo del continuo, existe la experiencia del *Tú* que corresponde a un modo de concebir al otro como generador de una dimensión de realidad irreductible y única. Este experimentar implica reconocer en el *Tú* a una persona, lo cual se traduce en saber escuchar su hablar e interrogarse sobre el mundo del otro. Comprender a otro que al mismo tiempo resulta inaccesible porque solo él tiene acceso a su propia experiencia, solicita una continúa confrontación de quién comprende con el modo en que el otro lleve adelante su mundo. Este modo de comprender al otro como persona denota que a cada desvelamiento del otro, que se reconoce como único, se genera una nueva articulación de la propia interioridad de quién aspira a comprender, que renueva el equilibrio anterior y que continuamente se instala en juego en el proceso de reciprocidad (Gadamer, 1960). Lo que llevado al plano clínico se traduce en una actitud terapéutica que está dispuesta a corregir las propias convicciones teóricas en busca de un posible entendimiento (Orange, 2012).

Como expresión afectiva esto da forma a una observación atenta y apertura a la escucha, cambiando el sentido del control del otro, por cuanto se aprecia la capacidad de captar la diversidad lo que da lugar para quién busca comprender interrogarse sobre el propio modo de ver al otro como también porque el otro mira y siente de modo diferente al de él.

Esta hermenéutica es la lectura en primera persona, que implica que el terapeuta cuando realiza el ejercicio diagnóstico recobre ciertos grados de inocencia, despojándose incluso de sus referentes teóricos para *pretender* introducirse en el mundo del otro, asumiendo en definitiva una auténtica actitud fenomenológica (Yáñez, comunicación personal, 2009), que se pregunta por él *Quién*. Lo cual incluye una *“escucha atenta a las formas en el que mundo experiencial del paciente ha creado sufrimiento para éste así como para otros en la vida del paciente”* (Orange, 2012, pág. 127).

Si el norte desde esta perspectiva es la persona, el descubrimiento de su singularidad comienza por intentar responder a la pregunta de *¿quién es?* (Arciero, 2009). Así, contándose historias sobre sí mismos es como se consigue construir un

sentido único como personas. Lo cual implica como premisa fundamental poner en primer plano la cualidad de su experiencia, es decir, como la persona construye y articula su singularidad a través de su capacidad de ordenar los acontecimientos de su propia vida en secuencias narrativas. En la historia narrada, el personaje desarrolla una identidad correlativa con la trama. El relato construye entonces la identidad del personaje, su identidad narrativa. Por esta razón, se puede plantear que con Paul Ricoeur (1996) que toda Identidad Personal implica una Identidad Narrativa. Es a través de la operación lingüística del relato que la persona singular se identifica y se reconoce como tal, apropiándose y pudiendo responsabilizarse de sus propios hechos.

Desde esta última perspectiva, la génesis de los trastornos clínicos debe explorarse en la historia de las transformaciones de la identidad narrativa que el sujeto ha sido capaz de articular durante el desarrollo de su ciclo vital (Arciero, 2005). Dicha expresión psicopatológica es comprendida, tanto en su génesis como en su mantenimiento, desde el punto de vista de *quién* la padece. Entonces la comprensión de los significados, de los motivos, de las intenciones de quién actúa se convierte en el meollo metodológico y en la fuente de diferencia con respecto de las ciencias de la naturaleza centradas en la explicación (Arciero, 2005).

Desprendiéndose de lo anterior, se puede plantear que existen diferentes perspectivas en el posicionamiento terapéutico, que definen la dirección de la percepción hacia la experiencia del paciente. Estas posturas dicen relación básicamente con tres actitudes metodológicas de aproximación hacia la experiencia de los otros que se puede adoptar al momento de comprender el fenómeno psicopatológico, y que pueden ser descritas como actitudes en primera, segunda y tercera persona.

La visión de la actitud en primera persona plantea el problema de la comprensión de la experiencia subjetiva, esto es como se siente tal o cual experiencia según la persona que la vivencia, por lo cual emerge la irreductibilidad de la experiencia personal. Es aquí donde surge la perspectiva en primera persona que *aspira* con el

reconocimiento simultáneo de su imposibilidad a comprender desde el punto de vista de aquel que vive la experiencia individual. Un enfoque de este tipo se refiere a un acercamiento que enfatiza la experiencia interna, por lo tanto, consiste en la búsqueda de la comprensión de la experiencia del paciente y de su coherencia por medio de la inmersión en el mundo y en la historia de este mismo. Desde la perspectiva en primera persona aparece la *historia del enfermo desde su propio punto de vista* (Arciero, 2009).

La perspectiva en segunda persona, enfatiza el componente intersubjetivo o relacional para comprender la experiencia del otro, que sirve de mediadora entre ambas y a su vez permite convalidar la experiencia sea esta en tercera como en primera persona (Arciero, 2009). En segunda persona, el enfoque elegido es la *perspectiva del otro ligado al sujeto por un vínculo*, contexto desde la cual emerge la comprensión (Orange, 2012).

Finalmente en la actitud metodológica en tercera persona, se da un estilo de acercamiento que presenta una proximidad metodológica con las ciencias físicas. Por lo tanto, la actitud en tercera persona consiste en observar la experiencia del paciente desde fuera y registrar ciertas regularidades fenoménicas. Desde el ángulo *en tercera persona se torna visible la enfermedad* (Arciero, 2009). Esta concepción metodológica está ligada al concepto filosófico de objetividad, razón por la cual el punto de vista en tercera persona aborda a la experiencia como un objeto sometido al proceso del conocimiento científico es decir, lo que se refiere a la perspectiva observacional externa.

Dicho esto, se puede señalar que la experiencia se muestra distinta según se tome como punto de vista la primera, la segunda o la tercera persona, puesto que cada perspectiva define un único campo de experiencia y formas específicas que tiene el terapeuta de reflexionar acerca de que es el fenómeno psicopatológico.

Ante esta descripción, la tendencia inmediata sería correlacionar las distintas aproximaciones descritas con ciertas nociones diagnósticas. Es así como

aparentemente la mirada en tercera persona podría resultar más coherente con las perspectivas nosológicas clásicas como el DSM y la Psicopatología Descriptiva, la mirada en segunda persona próxima a la OSP como también a la noción de disposición emocional del terapeuta entendida como Formulación relacional, y la mirada en primera persona afín con el constructo de Identidad Narrativa. ¿Pero qué ocurre, por ejemplo, cuando a nociones relacionadas a la mirada en segunda persona como las OSP y la Formulación relacional se les confiere un uso tercerista, perdiendo de vista, su carácter restrictivo para acercarse a la experiencia de los otros, es decir, omitiendo la apelada consciencia metodológica?

Es necesario aclarar que no existe un isomorfismo entre las distintas nociones diagnósticas con su respectiva actitud metodológica de acercamiento, sino que más bien ciertas o estrechas relaciones, por cuanto ciertos constructos asociados a una cierta aproximación constructivista igualmente pueden ser utilizados desde otra perspectiva, pudiendo asumir un cariz desde un enfoque en tercera persona transformándose de una idea preconcebida a un prejuicio teórico con la consiguiente repercusión de la cosificación de la experiencia del otro (Climent, 2003).

Esto plantea el riesgo de que nociones diagnósticas al uso por el Constructivismo Cognitivo pudieran ser utilizadas omitiendo su carácter de hipótesis ontológica siendo usadas desde una perspectiva objetivante de: *“sé lo que te pasa”*. Prevenir esta situación es lo que se quiere desarrollar en este trabajo mediante una consciencia hermenéutica, que implicaría en el trabajo con el paciente la siguiente actitud terapéutica: *“tengo una hipótesis de lo que te ocurre que necesito contrastar en una actitud indagatoria con tú experiencia”* (Yáñez, comunicación personal, 2009).

Entonces, no es la preconcepción que se disponga para acceder a la experiencia del otro la que contenga el riesgo de reificación per se, sino la posición del terapeuta para interpretar la experiencia subjetiva o el uso únicamente tercerista que le pueda dar a dichas nociones teóricas desde el Constructivismo Cognitivo.

Lo que se quiere enfatizar al describir cada una de las aproximaciones es que diferentes actitudes interpretativas determinan una diferencia radical en la comprensión del otro, pues según la posición que asuma el terapeuta se puede perfilar modalidades distintas de comprensión de los fenómenos psicopatológicos que revelan a su vez diferentes concepciones de la experiencia subjetiva.

Es así como se realiza una propuesta donde a cada idea preconcebida diagnóstica (a la cual no podemos renunciar desde una perspectiva gadameriana) se le asigna una modalidad de aproximación distinta de la alteridad que denota una posición diferente del terapeuta para comprender la experiencia del otro.

Para lograr el objetivo de explicitar lo que concierne a las distintas perspectivas de aproximación psicopatológica, se ha dividido el trabajo en cuatro partes. La primera consiste en la descripción de la mirada en tercera persona. Luego se continúa con el acercamiento en segunda persona. Para seguir con la actitud en primera persona y finalmente las reflexiones donde se ofrecerán algunas ideas sobre cómo favorecer el diálogo entre las distintas miradas para concientizar el uso de las nociones diagnósticas y para de esa manera convertirlas en aplicaciones clínicas prácticas.

Resultará fundamental distinguir distintas miradas diferenciadas para que el esfuerzo dialógico final resulte útil, razón por la cual inicialmente se describe de manera separada cada aproximación psicopatológica, asociada a ciertos constructos diagnósticos.

VI. MIRADA EN TERCERA PERSONA

Diversos autores de orientación Constructivista y Fenomenológica (Mahoney, 2005; Arciero, 2005; Gadamer, 1960; Vattimo, 2006) han ido menoscabando el ideal de llegar a una comprensión despojada de presupuestos, subrayando además la noción problemática de objetividad y la inadecuación de una postura distante y reduccionista para dar sentido a la experiencia humana. Por el contrario, afirman la naturaleza comprometida, contextual y sesgada de cualquier acto comprensivo, incluidos y quizás entonces todavía más, los intentos de una comprensión libre de preconcepciones como lo pretende el DSM que abraza una epistemología racionalista (Hick y Bien, 2010).

Como se ha afirmado, los presupuestos son los medios que posibilitan la comprensión, por lo tanto, cuando se trata de dar sentido a algo, se hace en virtud de cierto marco de referencia. Y por más que este marco de referencia pueda modificarse, resulta inseparable de la comprensión (Gadamer, 1960). Incluso la mirada en tercera persona asociada al DSM que a su vez se vale de la Psicopatología Descriptiva, puede escapar de comprender sin sesgos o presupuestos interpretativos como puede pretender el terapeuta, por cuanto, mientras más se realice el esfuerzo por rechazar estos sesgos es muy probable que se ignore el impacto de los mismos (Hick y Bien, 2010).

Es por eso, que como alternativa, se buscará la exploración y clarificación de los presupuestos que aparece en el intento de comprender, aún cuando sea desde la mirada en tercera persona relacionada al DSM. Puesto que igualmente el DSM y la Psicopatología Descriptiva, se valen de ciertas preconcepciones, que en ocasiones resultan invisibles para el clínico, por considerar que estos acercamientos son simplemente objetivos y ateóricos (Berrios, 2011).

Realizar esta empresa puede oponerse a la formación y a la trayectoria típica de un terapeuta que sigue tendencias objetivadoras como abordaje terapéutico, pero lo que se busca a través de la consciencia metodológica es una adecuada humildad y curiosidad, tratando de prevenir encuentros terapéuticos que asuman un tinte

interrogativo, cuyo rasgo central es la autoridad y la confianza del terapeuta (Hick y Bien, 2010).

En la medida que se reconozcan y acepten los inevitables supuestos teóricos, que se esconden tras la aparente objetividad, en cualquier esfuerzo de comprensión que utilice el DSM, el terapeuta tendrá la oportunidad de conectarse con la subjetividad de la persona y reconocer que esta no es solo un trastorno. En ausencia de este reconocimiento, cualquier acto comprensivo puede acabar asimilando la experiencia del paciente a una serie de listados (clúster o conjunto de síntomas), con las que el terapeuta está más familiarizado, por su formación, y que en consecuencia le brindan mayor seguridad (Hick y Bien, 2010).

De manera que lo que se pretende a través de la siguiente revisión, es deconstruir¹⁶ los presupuestos epistemológicos y teóricos que existen al interior del DSM y la Psicopatología Descriptiva, asociados a la tercera persona, para de esa forma generar mayor consciencia metodológica o autoreflexividad de esta perspectiva y poder así, brindarle un uso coherente desde el Constructivismo Cognitivo. Entendiéndose por deconstrucción, como un proceso de desmantelamiento de las asunciones que los terapeutas pueden tomar por bien establecidas y por ello sostenidas por verdaderas (Rodríguez y Fernández, 2012), y que en este caso se realiza como primer paso, para en el desarrollo reconstruir el uso del DSM o la Psicopatología Descriptiva congruente con el Constructivismo Cognitivo.

En la praxis terapéutica, cuando el terapeuta cree haber alcanzado el diagnóstico sindromático (asociada a la visión en tercera persona), es muy probable que esté encerrando la vivencia del paciente en sus fantasías de comprensión objetiva (cuestión que resulta excepcional y pertinente para reuniones clínicas con psiquiatras o procesos de investigación). Esta situación se puede remediar mediante la consciencia metodológica de esta mirada es decir, reconociendo sus

¹⁶ En Derrida y otros posmodernistas, corresponde a *“el desenmascaramiento de los conceptos que son concebidos como contruidos para descubrir que supuestos esconden de modo sistemático”* (Orange, 2012, pág. 134).

fortalezas y debilidades, como también el que esta mirada igualmente es poseedora de presupuestos que influyen en la comprensión psicopatológica (Hick y Bien, 2010).

La extensión de este apartado se vincula con el hecho de que al considerar esta aproximación como *objetiva* se torna en la vía regia para que el terapeuta se refugie en ella en momentos de incertidumbre, puesto que es la que permite mayormente la fuga hacia lo conocido (Medeiros, comunicación personal, 2012). Es por ello, que en aras a la autoreflexividad se revisa su trasfondo conceptual, para relativizar su uso.

El dolor emocional que emerge en el espacio terapéutico, resuena e impacta en el cuerpo y mente del terapeuta. La vivencia del otro es sentida en el terapeuta como reacciones físicas y emocionales profundamente encarnadas y que posiblemente dan cuenta de la propia historia relacional y de la vulnerabilidad frente a la fragilidad humana. Ante estas sensaciones suelen aparecer formas evitativas o defensivas por parte del clínico que se traducen en la dificultad de estar en contacto con la propia experiencia: el miedo, la incertidumbre, la desesperanza. A partir de esto, se puede instalar la tendencia de la ilusión de separación donde está el tratante con cierto afán por reparar algo dañado de un paciente que recibe ayuda. Se produce un natural distanciamiento del encuentro y de una posible conexión humana, reflejados en la aparición de diagnósticos, la última solución basada en la evidencia, lo cual entrafña un terapeuta en tercera persona (Medeiros, comunicación personal, 2012).

Así, se va haciendo más claro cómo ciertas formas reactivas o defensivas durante el encuentro con el dolor del otro, tienen que ver con la dificultad propia del terapeuta de estar en contacto con el propio miedo, con la propia incertidumbre, con el absurdo o sin sentido que emerge en el hecho de estar con el sufrimiento del otro. Ante esta dificultad puede aparecer un alejamiento de la experiencia interna del terapeuta, quién pone en juego la mente interpretativa de manera automática realizando diagnósticos diferenciales como la fuga *académicamente correcta* (Medeiros, comunicación personal, 2012).

Dado este fenómeno, dar un uso coherente al DSM, desde el Constructivismo Cognitivo, significa un correctivo para el realismo ingenuo que impregna a esta mirada, lo que se traduce igualmente en un vuelco por completo hacia el otro y su padecer, más que el mero registro de sus características familiares según etiquetas diagnósticas. Solo desarrollar consciencia metodológica privará al DSM de su fuerza asociada al realismo ingenuo (Safran, 2009).

De manera que se sugiere que el terapeuta Constructivista Cognitivo no abandone el uso de manuales como el DSM o de la Psicopatología Descriptiva, sino que desarrolle una consciencia metodológica para de esa forma se muestre más abierto a ver al paciente y su dolor. Lo que se quiere prevenir, con la deconstrucción de los supuestos teóricos del DSM, es la cosificación de ver los pacientes exclusivamente como ejemplos de clasificaciones diagnósticas, lo que puede impedir en la práctica que los terapeutas se aproximen a la experiencia subjetiva del paciente que tienen en frente (Safran, 2009).

La consciencia metodológica de esta mirada busca promover la llamada *mente del principiante* que constantemente se vale de la curiosidad terapéutica, para impedir que las propias expectativas dirijan la atención hacia un aspecto seleccionado del material, lo cual conlleva curiosidad, apertura, tolerancia a la ambigüedad, de la incertidumbre y en algunas ocasiones también del dolor. Se busca evitar que el paciente y su vivencia de dolor se asimilen a la propia comprensión, es decir, a lo que ya se sabe teóricamente sobre él. Esta consciencia metodológica no pretende generar un prejuicio contra el DSM, ni tampoco promover sentimientos de herejía cuando se utilice desde el Constructivismo Cognitivo, solo desautomatizar los modos habituales de ajustar la experiencia del paciente a través de actividades de clasificación diagnóstica automáticas. Puesto que los esfuerzos prematuros por reducir la experiencia vivida del paciente a expresiones sintomáticas, estrechan la posibilidad de acceder a la información del paciente, de quién es este y como vivencia su padecer (Safran, 2009).

Habiendo aclarado a que se refiere el objetivo de realizar un cuestionamiento de aquellas asunciones teóricas que subyacen al DSM y la Psicopatología Descriptiva

y que son dadas por sentadas, se pasa a revisar esta mirada y sus alcances para así restar poder a la creencia de que este acercamiento implica un acercamiento exhaustivo y *objetivo* de la unicidad de la persona.

Varela (1999) entiende la actitud en tercera persona como la típica aproximación del observador estándar del discurso científico, la cual enfatiza hasta el extremo el aparente dualismo entre lo subjetivo interno y lo objetivo externo, y que resulta la base del reduccionismo científico en todas sus expresiones. Los contenidos científicos están ocupados en operaciones bioquímicas y neuronales, por lo cual el problema de captar la subjetividad no parece muy relevante. En este caso, el estudio sobre los humanos es realizado desde el marco de los registros y mediciones clásicas, sin necesidad de considerar expresiones de la vida mental. Tal como plantea este autor las descripciones en tercera persona tienen que ver con las experiencias descriptivas asociadas al estudio de los fenómenos naturales.

Aún cuando la ciencia se acoja a la descripción y producción de la experiencia de un agente humano, esta se acerca explicativamente (por ejemplo, desde reacciones bioquímicas) distanciándose de la experiencia inmediata del agente. Por lo tanto, las explicaciones que se refieren a las propiedades de la experiencia claramente no se manifiestan en la esfera mental del propio agente. Vendría a caracterizarse por una relación con *cosas-allá-fuera* de manera independiente de los *contenidos mentales-aquí-dentro*. Este acercamiento, deja fuera la *fenomenalidad* o la *subjetividad*, ya sea porque no intenta explicarla o porque no es capaz de hacerlo adecuadamente (Varela, 1999).

Arciero (2009) por su parte define la actitud en tercera persona como *“la descripción–explicación de la experiencia en términos naturales, por la cual la experiencia distinta es generada como producto del funcionamiento de un mecanismo. Los contenidos de esta explicación no están conectados a una manifestación directa en la esfera mental de la persona”* (pág. 24). Desde esta perspectiva se observa la experiencia del paciente desde fuera y se registran sus regularidades fenoménicas. Estas son sometidas a un proceso interpretativo que permite inferir una constelación de estados mentales del paciente.

Generalmente, la interpretación de la coherencia de ese mundo interno sobre la base de los datos obtenidos es guiada, sustentada y validada por un sistema clasificatorio de referencia (DSM) que facilita la depuración de los residuos personales de la experiencia analizada y así, establecer un diagnóstico. Claramente asumir de manera *exclusiva* esta vía metodológica en la instancia psicoterapéutica, significa excluir el horizonte de significados del paciente, pues la evaluación de la experiencia del paciente se realiza siempre desde fuera. Esto significa que la unicidad de la experiencia se recategoriza desde un punto de vista que excluye la experiencia personal (Arciero, 2009).

Dicha actitud metodológica se traduce en un diálogo donde la experiencia en primera persona del paciente, es constantemente reducida a una perspectiva en tercera persona. De modo que, la experiencia subjetiva del paciente se transforma en experiencia científica y por lo tanto, se le puede investigar, confirmar y replicar en cualquier parte del mundo usando los mismos procedimientos. Esta mirada en tercera persona, implica despojar la subjetividad a la experiencia del paciente y considerarla meramente como un epifenómeno del funcionamiento de un mecanismo. Desde esta perspectiva se torna visible solo la enfermedad e invisible el enfermo, por lo cual reviste gran importancia para lo que tiene que ver con evaluaciones cuantitativas o investigaciones científicas (Arciero, 2009).

La mirada en tercera persona es una perspectiva canónica que puede servir para todo el mundo, pero que escaso valor tiene para intentar captar la sensación ser en primera persona (no está dentro de su foco metodológico), que se configura desde una perspectiva concreta, de la persona en la cual se forma (Miró, 2012). Estar como terapeuta en tercera persona significa tomar la decisión metodológica de excluir las cualidades fenoménicas que tiene el paciente de vivir su experiencia, como también de las sensaciones que se experimentan al estar con otro que sufre (experiencias propias del terapeuta).

Aspectos epistemológicos del diagnóstico

Como lo plantean estudiosos ligados a la filosofía de la ciencia no resulta aconsejable realizar ciencia desconociendo el contexto filosófico del que se parte. A pesar de los aires de ateoricidad que reinan en la actualidad, todo quehacer científico se sitúa en unas coordinadas filosóficas que podrán ser más o menos explícitas pero que siempre están a la base de toda actividad intelectual y profesional. Es decir, ese carácter agnóstico que impregna a la psicopatología netamente descriptiva, igualmente esta imbricado en ciertos fundamentos filosóficos. Incluso aquel psiquiatra o psicólogo que señala estar solo interesado por el trabajo clínico, empírico, parte de unos supuestos filosóficos que deben ser públicamente discutidos o puestos en la palestra si no se quiere incurrir en graves errores de orientación e interpretación de lo que se hace. Se acostumbraba a pensar que las disquisiciones filosóficas estaban lejanas de las demandas de las disciplinas que, como la psiquiatría o la psicología clínica, sin embargo, en la actualidad se tiende a aceptar que las cuestiones filosóficas pueden servir de guía a la empresa científica y que además, aquellas también requieren la evidencia empírica para su desarrollo, por lo que la interacción filosofía-ciencia es, cada vez más, bidireccional y necesaria (Luque y Villagrán, 2000).

Esto es lo que Guidano (1994) explicita cuando señala que los psicólogos clínicos deben conocer el trasfondo filosófico y más específicamente epistemológico donde reposa su quehacer.

Siendo más específico, no existen descripciones neutrales o ateóricas en psicopatología. La forma en la que se habla de los síntomas y enfermedades depende de las necesidades científicas y sociopolíticas de una determinada época, vale decir, la psicopatología también está sujeta al contexto histórico o episteme.¹⁷

¹⁷ Germán Berrios define episteme como *“los dominios ideológicos autónomos contenidos dentro de algunas fronteras temporales. Estos dominios ideológicos, por así decirlo, dan significado a los acontecimientos históricos. Así, quienes trabajan dentro de una episteme dada tienen más posibilidades de compartir un número mayor de estructuras conceptuales que los procedentes de epistemes diferentes.”* (2008, pág, 26).

Dos posturas epistemológicas opuestas suelen expresarse en la psiquiatría actual: la posición empirista y la racionalista. La primera, afirma que todo conocimiento proviene de la experiencia sensorial, mientras que la segunda defiende que, además de la experiencia, la razón puede ser fuente de conocimiento. La postura empirista emana de la tradición filosófica del empirismo inglés (Locke, Berkeley, Hume), el positivismo de Comte y la filosofía analítica del Círculo de Viena asociada a intelectuales como Carnap, Neurath, Schilck (Luque y Villagrán, 2000).

El racionalismo encuentra sus raíces en la filosofía de Descartes, Leibniz y Kant. La posición empirista tiene la hegemonía de la investigación psiquiátrica actual, mientras que, por ejemplo, la tradición psicoanalítica y la fenomenológica han adoptado una postura esencialmente racionalista (Luque y Villagrán, 2000).

Para los seguidores del empirismo, la razón no resulta garantía suficiente de conocimiento, y este surge, primordialmente, de la observación, por lo que, con la finalidad de controlar los inevitables sesgos de la misma, ha ideado una metodología de investigación ad hoc. El uso de escalas de evaluación, entrevistas estructuradas, definiciones y criterios operativos de síntomas y trastornos, sistemas clasificatorios como los DSM-III y IV, la utilización de la inferencia estadística de hipótesis reflejan nítidamente, en la psiquiatría actual, los presupuestos epistemológicos de la posición empirista. Resulta curioso, que la mayoría de los psiquiatras o psicólogos en formación están familiarizados con este comportamiento científico, sin ser en ocasiones, plenamente conscientes del marco filosófico del que parten ni, lo que es más importante, las limitaciones de éste (Berrios, 2011).

La principal limitante de la posición epistemológica empirista viene, precisamente, de los presupuestos filosóficos que la acompañan. Esta postura profesa un agnosticismo total en lo que concierne a las cuestiones ontológicas, esto quiere decir, que el empirista estima que las consideraciones epistemológicas son las centrales y que se debe decidir primero lo que se puede conocer, antes que lo que realmente existe. En definitiva, afirma que las cuestiones ontológicas en la ciencia

son pseudoproblemas y que siempre se resuelven tras la confirmación empírica de la teoría científica de que se trate (Luque y Villagrán, 2000).

Por otra parte, la alternativa epistemológica del racionalismo, confía exclusivamente en la razón como fuente de conocimiento, pero asume una ontología realista, por la que afirma que existe un mundo real independiente de las observaciones y que son los objetos, estructuras y mecanismos de este mundo los que estimulan los sentidos. El realismo ontológico acepta que las relaciones causales y las leyes de la naturaleza son objetivas, pertenecen al mundo exterior y la misión de la ciencia es *descubrirlas*. La postura racionalista en epistemología se ha visto seguida, por lo tanto, por una ontología realista, y esto ha sido también en psiquiatría, especialmente en la tradición psicodinámica. Sin embargo, la razón como única fuente de conocimiento sin el control de la experiencia, corre el riesgo de producir mera especulación.

Los niveles epistemológico y ontológico, son, pues, las coordenadas en las cuales las distintas disciplinas científicas van a situar sus respectivos marcos conceptuales. Se podría afirmar que en particular la psiquiatría, ha adoptado una posición fundamentalmente empirista en lo epistemológico (Berrios, 2011).

Concepto de Psicopatología Descriptiva

La psiquiatría actual se ha caracterizado por la importancia dada al diagnóstico nosológico y a la mejora de su fiabilidad. Los criterios DSM o CIE en sus versiones actuales constituyen el nítido exponente de esta afirmación. Sin embargo, además de las evidentes ventajas de este esfuerzo clasificador, estos sistemas han pasado por alto el rol fundamental que posee el reconocimiento de los síntomas, omitiendo que la descripción de los signos y síntomas de la enfermedad mental es más una *actividad de construcción* que de reconocimiento e incluye, además de un componente perceptivo, uno teórico. Los sistemas al uso han intentado solventar la cuestión del reconocimiento de los síntomas mediante las definiciones operatorias de estos y la consideración de la psicopatología como un instrumento *transparente*, exento de problemas, lo que ha perpetuado la errónea concepción de que los

síntomas son entidades estables que contienen en sí mismas toda la información que se precisa para su reconocimiento (Berrios, 2011).

La praxis clínica demuestra que esto no es así. Eso quiere decir, que los síntomas funcionan como estímulos distorsionados cuyo reconocimiento final depende menos de sus características intrínsecas que del contexto en el que ocurren (otros síntomas, hipótesis diagnósticas, características del paciente, etc.). Por el contrario, estos sistemas diagnósticos basan su fiabilidad y validez en que el reconocimiento de los síntomas y de la enfermedad sean eventos cognitivos sucesivos e independientes que no se contaminen mutuamente. Según esto, lo primero debe ser el reconocimiento de los síntomas y tras esto, su síntesis dentro de un diagnóstico. La validez y fiabilidad de la nosología actual, por tanto, están basadas en la coherencia y estabilidad del lenguaje que se utilice para describir los síntomas, eso es, de la psicopatología (Berrios, 2008).

Según Germán Berrios (2008) psiquiatra de dilatada trayectoria, la Psicopatología Descriptiva es un lenguaje que, como todos los lenguajes, se define por un conjunto sistémico de principios generales, enunciados descriptivos y reglas de aplicación. Su función es la descripción y captura de aspectos de la conducta que se asume que son el resultado de una *disfunción psicológica u orgánica*. Como todo lenguaje, es un producto histórico que surge o emana en unas coordenadas socioculturales determinadas y que está sujeto a cambio. Toda descripción psicopatológica implica una concepción teórica de la conducta, de cuáles deben ser las unidades de análisis, de cómo concebir estas, y es el resultado de un determinado contexto histórico. De manera, que se puede señalar que los *síntomas son constructos*, no son fenómenos naturales ya dados, que están ahí para ser descubiertos. Cuestión que implica reconsiderar la concepción que se dispone de los síntomas.

Es importante señalar que la Psicopatología Descriptiva también atraviesa su propia crisis (que en ocasiones pasa inadvertida pues se tiene la presunción de que la Psicopatología Descriptiva está resuelta y que por lo tanto, está totalmente depurada) lo que queda reflejado, por ejemplo, en que el número de síntomas ha

permanecido más o menos inalterable a lo largo de más de un siglo. Puesto que de los 70-80 síntomas psiquiátricos que puedan haber sido descritos a lo largo de la historia tan solo se utilizan 15 o 20, los cuales han permanecido más o menos inalterados constituyendo la lista aceptada por los textos y manuales de clasificación (Berrios, 2008).

Berrios (2011), al describir este fenómeno donde la psicopatología presenta la actitud de rechazo a incorporar nuevos síntomas por considerar que las descripciones en esta área están prácticamente completas, se plantea la siguiente pregunta *¿Existe una base científica para afirmar que estos y no otros son los únicos síntomas que debemos tener en cuenta?* A su juicio no, pues considera que esta lista de síntomas es el resultado del fenómeno de *cierre prematuro* dictado por los maestros de la disciplina, quienes han determinado que las descripciones psicopatológicas están medianamente completas y que los esfuerzos investigadores deben apuntarse hacia los estudios nosológicos, por lo que la investigación psicopatológica estaría *trasnochada*.

Quienes visualizan esta crisis sostienen la creencia de que una nueva Psicopatología Descriptiva debe permitir la incorporación de nuevos síntomas, que aún no tienen nombre o que permanecen ocultos, sin que por ello se deba abandonar aquellos ya aceptados que parecen ser descriptores estables. Una manera de prevenir dicho cierre prematuro es estudiar los casos *disarmónicos*, es decir, aquellos que no encajan en los listados nosológicos en uso, para evitar caer en la *petrificación de los esquemas* (Berrios, 2008).

Este panorama no resulta menor puesto que en la praxis terapéutica se puede dar una permanente traducción de las expresiones sintomáticas que presenta el paciente a lo que el terapeuta ya conoce, subsumiendo entonces estímulos que a lo mejor no corresponden precisamente a lo descrito por la Psicopatología Descriptiva.

Como se ha dicho, los *síntomas psiquiátricos son constructos o categorías teóricas*. Una categoría se crea cuando un término, una conducta y un concepto se unen en

un momento histórico determinado en la obra de un autor. Este proceso de construcción puede denominarse de convergencia entre una conducta que es considerada en ese momento como susceptible de ser aislada y descrita (puede haber sido conocida durante siglos y, sin embargo, haber sido considerada irrelevante desde el punto de vista psicopatológico), un término cuya historia puede ser breve (si es un neologismo) o extensa (si es un término establecido al que se despoja de su significado original y se le asigna uno nuevo) y un concepto que representa un esfuerzo por explicar o dar cuenta de la conducta en términos de una teoría científica, lo que hace que este proceso convergente se pueda situar en un determinado contexto histórico (Berrios, 2008).

“La Psicopatología Descriptiva hace esto aplicando palabras a segmentos del habla y la acción. Con este propósito, se requieren dos componentes: un léxico y segmentos (síntomas o referentes) que deben ser delineados o contruidos. Dado que estos últimos no son delimitados, la función nombradora de la Psicopatología Descriptiva a menudo exige fracturar la conducta presentada por los pacientes mentalmente enfermos. Aún más, ya que los fragmentos resultantes no son igualmente informativos, sólo se necesita conservar algunos. Las reglas para tomar tal decisión están basadas en teorías nosológicas y etiológicas de las enfermedades mentales” (Berrios, 2008, pág. 41).

Los procesos de convergencia difieren en la forma en que se llevan a cabo y en el producto final y su análisis informa acerca de la estabilidad o inestabilidad de una determinada categoría clínica. Si bien las categorías primigenias fueron el resultado de esfuerzos individuales, gradualmente son el producto de un esfuerzo colectivo (por ejemplo de comités anónimos) y, aunque algunos noveles profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras) puedan pensar que las nuevas categorías convergentes (por ejemplo, trastorno de pánico, distimia, trastorno obsesivo compulsivo) son el resultado de un trabajo empírico, lo cierto es que las presiones sociales (médico-legales, presión de las compañía de seguros) y económicas (la industria farmacéutica) siempre están presentes incluso en el caso de categorías más o menos estables.

En gran medida, la estabilidad de una categoría clínica resultante depende de la calidad de su convergencia original. Muchas convergencias se frustran, mientras que otras tienen éxito y se mantienen. El clínico que recién se abre paso, generalmente no es consciente de esto, ya que, al tratar solo con las categorías que han sobrevivido y no ser testigo de los procesos de construcción, piensa que dichas categorías siempre han estado allí y que no son construidas sino descubiertas. Según Berrios (2008) esta idea, la de que las categorías clínicas se descubren como si fueran nuevas variedades de plantas¹⁸, ha hecho mucho daño a la psiquiatría, cuando se permanece ciegamente en la perspectiva en tercera persona. Lo cierto es que los síntomas y los diagnósticos actuales son categorías surgidas por procesos de convergencia que tuvieron lugar en el siglo pasado y, por tanto, que pueden muy ser cuestionadas si se comprueba que están epistemológicamente injustificadas.

Por otra parte, Hugo Bleichmar (2005) connotado terapeuta psicodinámico, señala que cuando se ingresa en el campo particular de la Psicopatología Descriptiva se puede vislumbrar como aparece la impregnación del pensamiento de carácter reduccionista. Por ejemplo, si se toman ciertas categorías clásicas de la fenomenología psiquiátrica, como las obsesiones, fobias, crisis de pánico, la de anorexia, categorías únicamente en torno a la descripción de síntomas, se les somete al proceso simplificador de la unificación categorial forzada.

Para Bleichmar (2005), la unificación categorial forzada se refiere a cuando las categorías diagnósticas se les conciben como entidades homogéneas. Puesto que muchos trabajos cuando hablan de la anorexia, la depresión, las obsesiones, siempre de manera singular, descuidan la complejidad y diversidad que existe dentro de cada una de ellas, lo que de tenerse en cuenta llevaría a preguntarse qué hay de común y, sobre todo, que es lo que establece la diferencia. Entonces surge la siguiente pregunta ¿acaso no existe una profunda diferencia de estilo de

¹⁸ Berrios (2008) señala que una de las metáforas que guía a la historia de la psicopatología es la del clínico *catalogando* plantas en un huerto, es decir, presuponiendo la invarianza ontológica. El enfoque del huerto concibe al descubridor como un ojo omnipotente que puede ver a través de descripciones engañosas.

funcionamiento personal, más allá del denominador común sintomático?, ¿se vivirá uniformemente cada una de las expresiones sintomáticas, es decir, de modo tercerista?

Guidano (1991) por su parte señala una crítica al agnosticismo y carácter descriptivo de los manuales de clasificación, destacando la ignorancia sobre la etiología de los cuadros psicopatológicos, con lo cual solo se permite a los profesionales coincidir en la identificación de los trastornos mentales. Plantea que tal aparente omisión sobre la comprensión etiológica impide la posibilidad de descubrir la relación entre el síntoma y la organización que la presenta, lo que incide en la planificación de la psicoterapia, puesto que está se base solamente a las especulaciones.

Arciero y Guidano apuntan a como esta visión descriptiva de la sintomatología que busca un acuerdo respecto de las manifestaciones clínicas, carece de una consideración etiológica y explicativa de los trastornos. Plantean que no se puede establecer una relación entre la conducta observada y la persona que la manifiesta, por lo tanto, el tratamiento se basa en simples conjeturas, puesto que al concebir la psicopatología de manera impersonal, la explicación de la sintomatología apelara necesariamente a mecanismos neutros y por consiguiente, se reducirá la experiencia personal a eventos bioquímicos del cerebro o en el mejor de los casos el síntoma será un epifenómeno de cogniciones disfuncionales (Molledo, 2004).

En base a lo anterior, se hace necesaria la licencia de pensar en una psicopatología no basada exclusivamente en la sintomatología de la psiquiatría descriptiva sino en términos de las distintas configuraciones que resulten de la combinación y articulación de esas dimensiones, que connotan una configuración personal. Bleichmar ofrece la siguiente analogía *“así como significó un avance para la medicina dejar de tomar síntomas como la palidez o la tos o la astenia o los vómitos como elementos clasificatorios para pasar a centrarse en las condiciones fisiológicas y bioquímicas-metabólicas que los ocasionan, con lo cual se pudo constatar que la aparente unidad fenoménica encubría una multiplicidad de condiciones causales, de igual manera resulta indispensable ir más allá de los*

agrupamientos psiquiátricos sintomatológicos que son fenómenos de superficie, resultado final de procesos que le subyacen” (Bleichmar, 2005, pág. 25).

Es así como se plantea que los manuales de clasificación psiquiátrica que se nutren de la Psicopatología Descriptiva, a pesar de su valioso aporte para la epidemiología y para ciertos tipos de investigaciones, poseen una limitante de fondo que no es abordable por los refinamientos sucesivos que pudieran sobrevenir. En lo que respecta a la praxis clínica, se produce un desencuentro o divorcio absoluto con la psicoterapia, por cuanto obedecen a distintas miradas terapéuticas.

Al no especificarse ni los componentes de las estructuras psicopatológicas que describen ni las sendas evolutivas que originaron y mantienen esos componentes, una vez que se ha diagnosticado por ejemplo a una persona con depresión mayor, fobia, anorexia, trastorno de ansiedad generalizada, por mencionar algunos etiquetas diagnósticas, no se puede derivar de esas categorías ningún plan de acción psicoterapéutico, salvo un exclusivo abordaje en tercera persona que apunta a la remisión sintomática.

Bleichmar (2005), menciona que el principal problema de la práctica terapéutica no es la determinación del marco formal, refiriéndose a este como al número de sesiones, sea este breve, de duración limitada o indefinida. No pone en duda que este factor condiciona todo el proceso terapéutico, pues influye en la profundidad a la que se pueda llegar. Pero adicionalmente a los aspectos formales, lo que terminará decidiendo el resultado será el modelo psicopatológico que rija el tratamiento, lo comprensivo que este resulte y del cual se desprende cualquier intervención, sea en el marco de las sesiones que sean.

Desde las consideraciones anteriores el efecto natural es que las intervenciones terapéuticas no pueden apuntarse a los componentes específicos de la personalidad y su articulación para dar lugar estructuras psicopatológicas, sino solamente a categorías globales, permaneciendo más bien acercamientos terapéuticos objetivantes o en tercera persona.

Ante este complejo panorama para el ejercicio de la psicoterapia de las categorías clásicas de la fenomenología psiquiátrica se cae de manera frecuente en el escepticismo de afirmar que el diagnóstico psicopatológico no presenta ninguna utilidad, sin repararse que si se prescinde del mismo lo único que queda es la selección a ciegas del área que se observará y sobre la que se intervendrá. El diagnóstico se transforma así en una obligación, pero la cuestión es ¿Qué tipo de diagnóstico?

Si el terapeuta se detiene exclusivamente en una evaluación en tercera persona, actuará purificando al máximo los relatos o historias de los pacientes, encontrándose entonces con expresiones sintomáticas comunes para distintas personas. Esto quiere decir que cuando se hable de cualquier manifestación sintomática, sea esta anhedonia, dificultad de concentración, sentimientos de minusvalía, abulia, labilidad emocional, por mencionar algunos síntomas de la esfera depresiva, claramente se puede situar a dos personas con sendas evolutivas totalmente distintas en una misma configuración o etiqueta diagnóstica. Sin embargo, por detrás de la convergencia de sentido o de diagnóstico sintomático, aparece la divergencia si se atiende al acto de significación personal, lo cual no hace más que destacar el papel purificador que desempeñan los diagnósticos desde una psicopatología descriptiva o en tercera persona (Arciero, 2009).

Cuando se realiza una lectura de la experiencia de los pacientes en tercera persona, es decir, en conformidad con estructuras diagnósticas que señalan aspectos clínicos, claramente el terapeuta se focaliza en los fenómenos de superficie, pero cuando este mismo quiere emprender un desciframiento y comprensión de la experiencia del otro, es necesario apelar a la comprensión que vincule estas mismas estructuras con el significado a las que ellas se refieren. La *presunta objetividad* que alcanzan las clasificaciones diagnósticas, expropia a la persona del origen mismo del sentido, actitud que también caracteriza a algunos enfoques psicoterapéuticos (Arciero, 2009).

Desarrollada esta primera parte en el proceso de revisar el estatus objetivo de la Psicopatología Descriptiva que ya resulta por lo menos cuestionable en su carácter de representación de la realidad, se puede afirmar como punto clave que ninguna conceptualización descriptiva o en tercera persona puede pretender captar en su totalidad a la experiencia directa y única de estar con un paciente en particular, pues mediante este único acercamiento el terapeuta se priva de una forma directa, inmediata y no conceptual de estar con el otro.

El riesgo terapéutico asociado a esta manera de instalarse a comprender la experiencia del otro, es que se dé por supuesto aquello que hay que comprender. Por ejemplo, el caso de un paciente que consulta por un problema de ansiedad. Cuando la ansiedad se trata en un espacio terapéutico únicamente desde la mirada en tercera persona, que se vale de la Psicopatología Descriptiva al servicio del DSM, se construye como si fuera algo, como si fuera una cosa de la que hay que liberar al paciente. Pero en este tipo de acercamiento la experiencia de ansiedad no es más que un mero *concepto* que manejan los terapeutas o los mismos pacientes para referirse a su vivencia (Miró, 2012).

De quedar adherido un terapeuta a esta posición, en el contexto de trabajo psicoterapéutico, omitiendo las restricciones ya develadas, se puede privar de conocer cómo el paciente vivencia su ansiedad y por ende, de preguntas o intervenciones interesantes para poder averiguarlo como, ¿a qué se refiere?, ¿cómo es su experiencia de sentir ansiedad?, ¿qué circunstancias activan la ansiedad?, ¿dónde la siente?, ¿en qué partes del cuerpo?, ¿cómo reconoce que siente ansiedad?, ¿percibe algún indicio?, ¿es capaz de hacer algo en el momento en que se da cuenta de que esta sintiéndose ansioso para reducir la ansiedad?, ¿cuánto tiempo dura?, ¿cómo se da cuenta que la ansiedad ha desaparecido?, etc. En efecto, cuando la ansiedad no se da por supuesta, las intervenciones terapéuticas que se pueden hacer respecto de ella resultan prácticamente ilimitadas, abriéndose paso para la experiencia única de vivenciar la ansiedad y no como un concepto impersonal (Miró, 2012).

Esto no significa en ningún caso desestimar la utilidad de la Psicopatología Descriptiva en la psicoterapia Constructivista Cognitiva, sino una advertencia, para trabajar el tránsito de la tercera persona con la que se le asocia, a la primera, para que el paciente pueda favorecer el aprendizaje de discriminar las sensaciones corporales de las emociones, de los sentimientos y de los pensamientos. También puede favorecer que el paciente observe como estos elementos emergen en las situaciones problemáticas de su praxis vital, esto es, en condiciones interpersonales concretas y específicas. De ese modo, el paciente puede prestar atención a aspectos que antes permanecían ocultos o no eran reconocidos como propios y puede, así, ir integrando a su experiencia de un modo más rico y complejo.

Entonces el tránsito de la tercera a primera persona, se puede reflejar en que el contenido representacional de los estados mentales problemáticos, que antes podían suceder sin conexión con el nivel personal de agencia, es decir, descontextualizados, puede gracias a la intervención terapéutica, traducirse en una apropiación de la experiencia.

Aspectos conceptuales del diagnóstico y la clasificación en psiquiatría

Algunos autores han propuesto prescindir del diagnóstico psiquiátrico tanto en la clínica como de la investigación sobre la base de su inutilidad y falta de fiabilidad, ya sea para favorecer la decisión terapéutica o la investigación etiológica. Sin embargo, toda actividad médica implica necesariamente un cierto proceso diagnóstico y, en virtud de esto, la psiquiatría, como actividad científico-técnica que intenta contribuir al conocimiento y al tratamiento de los trastornos mentales, debe hacer uso del diagnóstico y de la clasificación de los distintos trastornos para poder orientar la decisión terapéutica. Diagnóstico y clasificación, aunque procesos relacionados, no son conceptos equivalentes (todo proceso diagnóstico incluye, entre otras cosas, cierto esfuerzo clasificatorio más o menos elaborado y ambos forman parte de la más amplia formulación clínica) y, por tanto, la insatisfacción con el momento clasificatorio no debe por que poner en tela de juicio lo que significa el más amplio y complejo proceso diagnóstico.

El término diagnóstico se utiliza para designar un proceso complejo en el que el terapeuta, sea este psiquiatra o psicólogo clínico, identifica, selecciona, ordena la información clínicamente relevante del paciente y la compara con los criterios clasificatorios que sustente o tenga de referencia, asignando al paciente a una de las clases definidas (*diá*: separar, diferenciar; *gnosis*: conocimiento/conocimiento diferencial). Es un proceso y una etiqueta: el nombre de la categoría o clase a la que se asigna el caso. El diagnóstico, a pesar de su complejidad, es parte de un proceso aun más amplio, la formulación clínica.

Es importante señalar que algún tipo de clasificación es inevitable precisamente para justificar nuestra acción clínica (en la medida en que esta quiera ser científico-técnica y no místico religiosa). Rechazar el esfuerzo clasificatorio en psiquiatría, como en el siglo pasado pretendieron autores como Prichard y Neumann, hace algunas décadas Menninger y Rogers y recientemente Mirowski y Ross, es aceptar, tácitamente, que solo existe una enfermedad mental y que ésta es distinta de la salud mental, lo que implica admitir unas premisas teóricas básicas tan

importantes como las que subyacen a los intentos clasificatorios (Luque y Villagrán, 2000).

La clasificación en psiquiatría resulta *inevitable* porque, si está bien hecha, suministra ventajas clínicas e investigadoras, ya que, al agrupar los fenómenos patológicos alrededor del eje similitud/diferencia, facilita el pasaje de los enfoques ideográficos o individuales a los nomotéticos o generalizables, desde la clínica a la teoría, de la técnica a la tecnología y la ciencia. Esto estaría consignado dentro las bondades en la aproximación en tercera persona.

El diagnóstico

Se ha considerado a la clasificación como una parte importante, del diagnóstico y a este, como un proceso más amplio y complejo que integra o comprende, a su vez, la más amplia formulación clínica. Cooper (1983) distingue una serie de etapas del proceso diagnóstico: la técnica de la entrevista del terapeuta, su percepción de la conducta y discurso del paciente, una serie de procesos de organización de la información para realizar inferencias y tomar decisiones y la elección de una o más categorías diagnósticas para facilitar la comunicación. Estos componentes, que generalmente suelen pasar desapercibidos, son de gran relevancia, ya que al ser interdependientes se influyen recíprocamente para conducir al resultado final. Así, por ejemplo, el tipo de preguntas de la entrevista estará determinado en parte por el sistema diagnóstico que sustente el terapeuta o entrevistador, del mismo modo que la percepción de la psicopatología vendrá determinada por su experiencia y formación previas pero también por las hipótesis diagnósticas que vaya conformando en su mente. Es lo que plantea Safran (2005), aludiendo al filósofo de la corriente hermenéutica Gadamer, de que siempre existen ideas preconcebidas en el acercamiento del fenómeno psicopatológico, incluso el DSM.

Esta interrelación es de suma importancia, porque una de las críticas de los sistemas clasificatorios actuales en psiquiatría es el excesivo énfasis en el establecimiento de un diagnóstico nosológico en desmedro del reconocimiento de los síntomas.

La formación clínica clásica enseñaba al médico o terapeuta en el entrenamiento a reconocer síntomas, agrupar estos en síndromes y reconocer enfermedades. Sin embargo, el proceso diagnóstico es mucho más complejo y los procesos de reconocimiento de síntomas y de enfermedades o de entidades nosológicas no constituyen momentos cognitivos diferentes, independientes o sucesivos en la mente del terapeuta, como pretenden los DSM o CIE. La identificación de los síntomas no es simplemente la detección de unidades de análisis que vienen dadas en la realidad como tipos u objetos naturales, sino un proceso más complejo que incorpora cierto grado de *contaminación teórica*, como apuntaron Berrios y Chen (en Luque y Villagrán, 2000).

Tal como lo expresa Berrios en el siguiente comentario *“la observación clínica nunca es una actividad cognitivamente inocente”* (2008, pág. 26). Por el contrario, no está exenta de presupuestos teóricos, como los son los continuos cambios de episteme, que se reflejan en la forma en la cual los observadores son educados por su cultura para observar el trastorno mental.

Clasificación

Se ha mencionado por una parte, la inevitabilidad de la clasificación en psiquiatría y por otra, el argumento de una corriente crítica importante que esgrima que las categorías diagnósticas son simplemente etiquetas que se ponen a los pacientes sin ninguna base empírica. Bajo esta aseveración, empero, subyace una cuestión de orden filosófico de verdadera importancia o enjundia: la dicotomía entre las posiciones nominalistas y esencialistas en la construcción de conceptos.

Los nominalistas conciben las etiquetas diagnósticas como nombres dados por los médicos para identificar a un grupo de individuos que se parecen en determinados aspectos. Dicha posición esta expresada nítidamente por la suerte de sentencia atribuida a Rousseau de que *no hay enfermedades sino enfermos* o, por decirlo de otra manera, las clasificaciones no son de enfermedades sino de gente que las sufre (Kendell, 1983 en Luque y Villagrán, 2000). En esta postura los nombres de las categorías deben entenderse como características que se atribuyen a pacientes

y no como rasgos de estos que la identifican como individuos. Esta no implica que la atribución de un nombre a un grupo de individuos se haga necesariamente de manera arbitraria, sino que se acoplan al molde de la naturaleza y los distintos entes naturales existentes.

Muy por el contrario, las posiciones esencialistas asumen literalmente expresiones del tipo *la esquizofrenia ataca la gente joven* o *la paranoia apareció hace dos años*. Ahora, los pacientes sin saber de esta posición hacen uso de estas frases al decir *me vino la depresión nuevamente*, lo cual implica la misma consideración esencialista de las enfermedades, (obviamente desconociendo tal posición en la construcción de conceptos) en el sentido de que están dispuestas a admitir o afirmar que las enfermedades existen en la realidad como tales y que los terapeutas o médicos simplemente las descubren. El esencialismo¹⁹ se basa en la idea de que las enfermedades son *tipos naturales*, entidades que existen en la naturaleza como entes independientes con características fijas. Los tipos naturales tienen esencias y es tarea de la ciencia descubrir estas esencias.

Esta mirada platónica, que soslaya que la clasificación es un producto humano, tiene importantes repercusiones. La primera de ellas es que quién se adscribe al esencialismo acepta la clasificación imperante como algo ya dado y no se cuestiona si realmente sirve o está justificada para aprehender la realidad en su complejidad. Berrios críticamente señala que *“algo de esto existe en los profesionales que aceptan, por ejemplo, la clasificación DSM como si fuera un catálogo de relojes perfectamente identificados e identificables, ya que así existen en la realidad”* (en Luque y Villagrán, 2000, pág. 523). En definitiva lo que se quiere decir, es que detrás del uso de manuales de clasificación como lo es el DSM puede existir una mirada esencialista de la enfermedad, cuestión que los profesionales de

¹⁹ Postura filosófica que significa que *“las entidades son lo que son por su esencia, porque hay algo inherentemente único en ellas sin lo cual no serían lo que son. Esta idea filosófica data de antes de Aristóteles, el que dividió todas las características de cualquier cosa en el mundo en esencias y accidentes. En la psiquiatría, los clínicos viven y trabajan como esencialistas...hablamos de esquizofrenia o de otras enfermedades como si nuestras descripciones de ellas escogiera un tipo natural, con ciertas características esenciales. Algunos hablan del paciente como esquizofrénico como si la etiqueta describiese su esencia”* (Ghaemi, 2008, pág. 125).

la salud mental, muchas veces pueden omitir reflexionar, incluso desde una mirada Constructivista.

Criterios definidos operativamente

El concepto de definición operativa de un término fue introducido en la década de los veinte por el físico Bridgman en 1927 (en Luque y Villagrán, 2000), para caracterizar aquella definición que proporciona criterios objetivos para que el observador pueda decidir, ante un caso cualquiera, si se aplica o no el término. La definición operativa específica o detalla un procedimiento, operación o prueba cuya aplicación arroja un resultado que constituye el criterio de aplicación del término. Por ejemplo, la definición operativa del término hipertensión puede referir a unos resultados específicos de la medición de la tensión arterial mediante un esfigmomanómetro (Luque y Villagrán, 2000).

Independiente de la insistencia de este autor de que existiera una prueba objetiva para definir operativamente un término, exigencia propia de su nicho, la física, la aplicación de las definiciones operativas a la psicología y psiquiatría, utiliza un sentido de *operación* mucho más laxo, que incluye la mera *observación*. Así, se considera definición operativa de un término psicológico o psiquiátrico aquella que incluye referencia a aspectos públicamente observables de la conducta que un sujeto muestra en respuesta a una situación/estímulo también públicamente observable (Luque y Villagrán, 2000). Con ello se intenta excluir las referencias a operaciones altamente introspectivas, por estimarse de un carácter subjetivo.

El marcado énfasis en las definiciones operativas así entendidas en clasificación DSM es un claro intento por superar la reputada *acientificidad* de clasificaciones anteriores que dependían excesivamente de términos subjetivos, introspectivos, de raíz psicoanalítica mediante la asunción de los principios de una filosofía de la ciencia empirista heredera del positivismo lógico. Sin embargo, de manera independiente de la crítica al operacionalismo estricto de esta corriente filosófica, lo cierto es que la mayoría de los criterios de inclusión en las categorías diagnósticas DSM poseen un alto contenido de inferencia y apenas contemplan métodos de

objetivación para determinar su presencia o ausencia (Poland, 1994, en Luque y Villagrán, 2000). Por ejemplo, la presencia de alucinaciones, delirios, estado de ánimo deprimido o anhedonia se determina basándose en lo que paciente refiere de forma subjetiva y en menor medida, en lo que otras personas puedan aportar sin que se utilicen métodos objetivos de medición. Además el rigor de los conceptos que han de definirse operativamente es muy dudoso, ya que en su mayoría son conceptos pertenecientes a la psicología del sentido común, muchos de ellos sin conexión con teoría alguna, herencia de la psicopatología decimonónica, que difícilmente podrían ser considerados términos científicos (Luque y Villagrán, 2000).

Ateoricidad del sistema clasificatorio

Uno de los atributos más mencionados del sistema clasificatorio DSM es su pretendida ateoricidad, con relación a que las categorías aisladas no se vinculan explícitamente a ninguna etiología, y su carácter descriptivo, en la medida en que presta atención a las manifestaciones observables del trastorno antes que a como se origina. Es importante mencionar y destacar que la ateoricidad y el cariz descriptivo no son rasgos de todo el sistema clasificatorio, ya que existen trastornos de los que parece conocerse la patogenia y el mecanismo etiológico y que son incluidos como categorías DSM en virtud de ello (trastorno de adaptación, trastornos mentales orgánicos, por tóxicos). Esto hace que el criterio de selección de las categorías sea, a lo menos, ambiguo, puesto que por un lado unas categorías se estructuran en base al criterio etiológico y otras no.

La principal objeción o crítica que se le plantea al DSM es que la ansiada ateoricidad es ingenua, cuando no falsa, herencia de la filosofía empirista subyacente. En la actualidad incluso la ciencia pospositivista, de base realista, no concibe hacer ciencia sin teoría y por tanto, difícilmente una clasificación científica puede ser ateórica. Pero además, no es cierto que no exista una teoría subyacente en el DSM, aunque no explicitada. La concepción psicopatológica del DSM es que existen según Poland (1994, en Luque y Villagrán, 2000) *síndromes como unidad*, esto quiere decir que existen agrupaciones de síntomas o rasgos clínicos que muestran unas características de curso y evolución y una respuesta al tratamiento

típicas y que están relacionadas con unas alteraciones subyacentes secundarias a factores etiológicos determinados (genéticos y/o ambientales). De esta manera, las categorías DSM, definidas operativamente en el sentido antes mencionado, se conciben como correspondientes a tipos naturales con una estructura causal o patología nuclear que determina las regularidades del trastorno (constancia de los síntomas, curso evolutivo, pronóstico), a pesar de que resulten por el momento desconocidas.

Arciero (2005) por su parte, estima que el DSM presenta explicaciones biológicas de los trastornos mentales implícitamente, siendo el cerebro, entonces, por su peculiar carácter de interioridad no percibida por el propio cuerpo, el medio de explicación. Así, la reducción de la experiencia personal a procesos bioquímicos autoriza a tratar el trastorno mental en términos de acontecimiento neutral, quizá determinado genéticamente, que tiene lugar en el cerebro. Dicha aseveración entraña una posición teórica ineludible acerca de la etiología de las enfermedades mentales.

El sistema pretende llevarnos al encuentro de esas estructuras nomológicas o leyes generales que sirvan para explicar y predecir lo que suceda en la clínica. Sin embargo, existen importantes contradicciones conceptuales en la propia estructura que parecen alejarnos de tal empresa. Esta actitud refleja la reducción de lo complejo a lo simple y entraña el ideal del conocimiento científico en el sentido de descubrir, detrás de la complejidad aparente de los fenómenos, un orden perfecto, lo cual se traduce en una mirada ingenua de los manuales de clasificación.

En base a lo anteriormente expuesto, se puede concluir que diagnóstico y clasificación son dos procesos relacionados pero diferentes que resultan imprescindibles en toda actividad terapéutica, tanto científica como asistencial. El análisis crítico de ambos procesos en el ámbito clínico no debe orientarse a su total cuestionamiento (como en algún momento pretendió la antipsiquiatría) sino a la consideración de si los sistemas clasificatorios y procedimientos diagnósticos de que disponemos son adecuados para conseguir los objetivos originarios. En ese sentido lo que se ha intentado es exponer las razones filosóficas y conceptuales

por la que se cree que los sistemas actuales, llámese DSM o CIE adolecen de ciertos criterios para su cientificidad positivista.

Según Berrios (en Luque y Villagrán, 2000), ante este estado de cosas, *¿Qué hacer mientras tanto?* La prudencia aconseja hacer uso del *mal menor* de que se dispone sin que por ello se olviden las señaladas limitaciones de carácter filosófico y conceptual.

Lo vertido hasta acá pretende mostrar o evidenciar ciertas crisis al interior del campo de la psiquiatría y psicopatología que en ocasiones resulta invisible, cuando no se reflexiona críticamente sobre los supuestos filosóficos y epistemológicos que soportan toda la empresa clínica. Ciertamente el adherirse a ciegas al uso de estos manuales de clasificación, puede satisfacer cierto estatus de cientificidad, pero cuando se revisa el trasfondo conceptual quedan al desnudo las limitaciones ya mencionadas.

Haber deconstruido los supuestos permite vislumbrar como la ateoricidad y objetividad con la se le asocia al DSM, igualmente es fruto de convenciones sociales y discursos dominantes, lo cual otorga al uso de este manual cierta consciencia metodológica. Es decir, la mirada en tercera persona con su supuesta objetividad obedece a regulaciones sociales, por lo tanto, es construida teóricamente.

Mirada en tercera persona del paciente

Lo revisado hasta aquí, pone énfasis en la consciencia metodológica, que se puede adquirir una vez deconstruido el DSM. Pero ocurre que en ocasiones es el propio paciente quién se sitúa en una perspectiva en tercera persona y de cierta manera, puede tentar al terapeuta a situarse en el mismo lugar, sin que este se percate de tal situación.

El paciente a través de su relato entrega la posición con la que se orienta a hacia sí mismo, hacia los otros o hacia la sociedad como un otro significativo. Presenta una perspectiva desde la que se sitúa, que tiene que ver con la atribución de significado, ya que la persona que presenta un padecimiento cuenta la historia desde un lugar determinado, es decir, asume una perspectiva desde la que cuenta su historia. En particular la perspectiva en tercera persona enfatiza los discursos sociales predominantes, asociados por ejemplo, al género, la orientación sexual, los códigos culturales de un pueblo o grupo étnico, y muy especialmente, al significado social de la enfermedad (Rodríguez y Fernández, 2012).

Según Rodríguez y Fernández (2012), *“desde una perspectiva de tercera persona en la que la narrativa del consultante coloca los discursos sociales dominantes y su influencia sobre su narrativa como protagonistas principal de la historia”* (pág.33). En la consulta de psicoterapia esa narrativa principal es la historia dominada por el síntoma, cuestión que ocurre porque la narrativa del paciente está impregnada por la información social sobre los trastornos mentales. Estas narrativas personales están inmersas en contextos sociales más amplios que las modelan y las cuestionan o, al contrario las mantienen.

Esta narrativa familiar para el paciente, que la incorpora a su identidad como si fuera dada como algo constitutivo y en muchos ocasiones inmodificable oscurece otras narrativas de vida menos dominantes o historias alternativas. De modo que la información que no resulte consistente con ese significado de enfermedad es omitida. Como la historia dominante de enfermedad modela conductas, los problemas se mantienen en parte porque la persona no es consciente de la

información o de otras experiencias vividas, pero porque no encajan, ya que son inconsistentes con la historia dominante (Rodríguez y Fernández, 2012).

Las personas utilizan distintas denominaciones para sus problemas, lo que probablemente indica su correspondencia con la representación la que, al ser ampliamente compartida a nivel de la sociedad global (o de una determinada subcultura), es más poderosa que las construcciones personales emergentes de la experiencia con ayuda psicológica. Como plantea Krause (2005), aún cuando estas denominaciones utilizadas no corresponden a la terminología científica en uso, se percibe en ellas la influencia de nomenclaturas profesionales, particularmente del lenguaje médico-psiquiátrico. Así, se torna frecuente que los problemas psicológicos sean referidos como enfermedades con connotaciones biologicistas.

Diversas teorías enfatizan el origen biológico o genético del sufrimiento, lo cual ha sido transmitido de alguna manera a la sociedad (Krause, 2005), con lo cual la persona padeciente vive lo que le ocurre como algo extraño a su ser. Es en este mismo contexto que resultan comunes expresiones de pacientes, como *me llegó la depresión o me vino el pánico*. Confirmando de esta manera la concepción de que se sufre de algo ajeno y extraño que se le vino encima a la persona, tal como si fuera atacada por un virus o como si sufriera un trastorno metabólico ante el cual no se tiene ninguna responsabilidad.

Guidano (1991) ejemplifica dicha situación con la categoría diagnóstica de depresión, refiriéndose a un episodio depresivo: *“lejos de ser algo que golpea a la persona desde dentro, como una fiebre o una enfermedad, va intrínsecamente unido a un modo de asimilar la experiencia, de evaluarla e integrarla con los datos pasados-en una palabra, en el marco de la congruencia del significado personal”* (pág. 86).

Dado que, en el caso de las crisis, la necesidad de ayuda es intensa, se vive como imperiosa y aparecen síntomas físicos (por ejemplo, los que se asocian a la angustia), no es extraño que los caminos de búsqueda de ayuda psicológica pasen en primera instancia por el sistema de asistencia médica. Se encuentra con

bastante frecuencia, que las personas cuando solicitan ayuda lo hacen en el sistema médico, aún cuando finalmente la ayuda sea de tipo psicológico, lo cual encuentra relación con como los consultantes interpretan sus problemas y síntomas según determinados modelos explicativos, dentro de los cuales se encuentra el de tipo biológico (Krause, 2005).

En la interpretación de los problemas participan tanto aspectos individuales como sociales. Claramente la conceptualización subjetiva individual de los problemas influye en la orientación de la búsqueda de ayuda, pero igualmente participan condiciones sociales que las enmarcan. Ambas esferas, se encuentran entrelazadas, ya que en las conceptualizaciones individuales están contenidas las representaciones sociales de la ayuda profesional construidas histórico-culturales, y la búsqueda de ayuda, además de ser impulsada por motivos personales, se rige por normas sociales compartidas (Krause, 2005).

En este contexto, es que la asistencia médica presenta una tradición histórica mucha más larga que la psicológica y, por ende, está más presente como fuente de ayuda en las representaciones de las personas que buscan ayuda, lo cual condiciona o influye en gran medida en los modelos explicativos que tengan las personas acerca de su padecer, lo que dice relación con que son más aceptadas socialmente las enfermedades corporales que las psíquicas (Krause, 2005). Tenemos entonces, que así como los psicólogos conceptualizan los problemas de los pacientes, estos también lo hacen y muchas veces, desde una posición en tercera persona que resulta estar imbricada en lo social.

De manera que si el paciente a través de sus modelos explicativos interpreta su problema en términos médicos, su expectativa de tratamiento será también médica, es decir, esperar el mismo trato que cualquier enfermedad corpórea. Además, el desconocimiento general determina que, frecuentemente, se confunda la ayuda psicológica con otros tipos de ayuda. Puesto que se le atribuye al rol profesional del psicólogo características similares a las del médico, en cuanto a su especialización y a la forma directiva de ejercer el rol. Común resulta la confusión entre el psicólogo y el psiquiatra, siendo bastante frecuente la idea de que el psicólogo receta

medicamentos, lo que evidentemente influye en las expectativas frente a la atención psicológica (Krause, 2005).

Habiendo explicitado como los pacientes refirieren sus motivos de consulta en ocasiones desde una perspectiva en tercera persona, por lo condicionamientos e influencias sociales anteriormente descritas, donde resalta el modelo médico-biologicista, es que el terapeuta debe estar atento a no quedar atrapado en ese posicionamiento y poder trabajar el tránsito hacia las otras miradas.

Si el terapeuta cae en la tentación de la mayoría de los enfoques que considera que le falta algo a quién está sufriendo, esto puede ser, neurotransmisores, racionalidad, déficit en el repertorio de habilidades y en otras la consciencia, entendida como un dato objetivo que hay que rescatar de algún rincón oculto de nuestro interior, cederá ante la presión ejercida por el paciente que lo invita a situarse en tercera persona (Zagmutt, 2010).

Aplicando esta conjugación de factores para quedar adherido como terapeuta a la tercera persona, ya sea como fuga para refugiarse en lo conocido, en lo aparentemente tomado como verdadero es decir, lo tildado de objetivo (DSM y la Psicopatología Descriptiva), para enfrentar lo incierto del encuentro terapéutico, y la conceptualización dominante del paciente que destaca la noción de enfermedad, es que se puede dar una potente tentación terapéutica de perpetuar un relato ahistórico (Arciero, 2005). Advertir o tematizar estos fenómenos pueden repercutir en un uso de las nociones diagnósticas propuestas por el DSM que no omita la exploración del padecer subjetivo.

Un terapeuta al situarse en tercera persona podría plantear que su paciente está cursando un trastorno depresivo recurrente, caracterizado por abulia, anhedonia, sentimientos de minusvalía, etc. y que además resulta refractario a tratamiento. Tal manera de contemplar la experiencia de quién sufre, puede obedecer a una reacción defensiva frente a la propia desesperanza terapéutica que puede generar un paciente, puede ser simplemente un acercamiento que enfatiza los aspectos

superficiales, como también la tentación frente a un paciente que visualiza su padecer desde una perspectiva en tercera persona.

Sin embargo, ningún acercamiento en tercera persona a través de estas distintas vías, puede sustituir o equivaler a la experiencia directa del paciente, de modo que cabe decir que las cualidades fenoménicas que se experimentan en la praxis del vivir, son en último término inefables (Miró, 2012).

De ahí, el riesgo de asumir una posición tercerista con el paciente, frente a la demanda de este “¿pero que tengo?” Y su consiguiente respuesta terapéutica “Ud. tiene un trastorno...”. Refugiarse reactivamente, abordar sintomáticamente un trastorno, ceder a la perspectiva tercerista dominante en el paciente, implican el riesgo que este último asuma la tendencia a identificarse con su cuadro, dejando de ser solo una autodescripción, sino más bien algo constitutivo a su identidad.

El uso del discurso científico o técnico frente al paciente “Ud. presenta un trastorno depresivo mayor” puede elevar al terapeuta como un experto sobre el otro, lo cual puede tentar a pensar que el tratante sabe más de lo que realmente sabe (Orange, 2012).

Ventajas y desventajas de la Psicopatología Descriptiva y el DSM

Una psicopatología pensada en tercera persona puede ser más provechosa para aquellos fines u objetivos que se entienden como diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales, cuyo alcance es interesante para la psiquiatría que se adscribe al modelo biológico-farmacológico, como también para los sistemas de salud que están involucrados en términos de costo/beneficio y para las investigaciones de epidemiología en salud mental (Yáñez, 2005).

Otro beneficio dice relación con el efecto secundario de esta nosografía vigente, es que los profesionales encargados de la salud mental pueden comunicarse y entenderse, en un nivel moderadamente consensual acerca del detalle de las conductas desadaptativas de sus pacientes desde lo observable y cuantificable. Dicho efecto es consecuencia de la política adoptada en la construcción del DSM

de ser descriptivo, “ateórico” y “no etiológico”. Se agrega el que estas categorías representan una exhaustiva revisión de las distintas alternativas posibles en que los individuos pueden desviarse de su manera habitual de vivir (Yáñez, 2005).

Lolas (1999) señala que una de las funciones más relevantes del conocimiento es reducir la incertidumbre y la pluralidad de significados de los hechos naturales. Los distintos marcos teóricos, explícitos o tácitos, permiten ordenar los estímulos, reducir las redundancias, seleccionar lo importante y perfeccionar los actos, situación de la que no escapa tanto la Psicopatología Descriptiva como el DSM. En este contexto la existencia de un orden teórico da al saber práctico verosimilitud, contrastabilidad, comunicabilidad y eficacia. De más está decir, que otro papel de las teorías, además de generar orden y jerarquía a los sucesos, es proveer nombre, o etiquetas, para sistematizar lo desconocido en función de lo conocido.

Como resulta imposible la ateoricidad de los manuales de clasificación psiquiátrica, por lo descrito anteriormente, y que estos son más bien portadores de una teoría tácita, en su fundamento, se puede decir, que esta perspectiva es muy tendiente a focalizarse en los déficits biológicos que están en la etiología de los trastornos emocionales. Es así como, en la actualidad llama la atención la tendencia a la *bipolarología* que es una expresión del modelo de déficit de neurotransmisores cerebrales como la hipótesis explicativa de los distintos disturbios emocionales. Sobre este punto, Zagmutt (comunicación personal, 2010) crítica el modelo del déficit en todas sus expresiones para explicar las diferentes expresiones psicopatológicas, sin embargo, se centra en el modelo biológico, del cual el DSM se nutre. Manifiesta que si bien es una realidad que la mente opera en un cuerpo y que el cerebro es el órgano principal sin el cual esta mente no sería posible, pero la subjetividad humana, vale decir, la experiencia personal no puede quedar reducida a unos cuantos elementos bioquímicos o una aproximación en tercera persona. Recalca que la subjetividad humana es afectada por la biología y al mismo tiempo ella a la biología.

De otro modo no se explicarían los hallazgos científicos que evidencian como un individuo mejora de una depresión al administrarse medicamentos promotores de neurotransmisores, pero que de la misma manera, la psicoterapia por sí sola a su vez promueve la acción de neurotransmisores en cuestión, mejorando el déficit cerebral biológico por la intervención psicológica. La teoría del déficit prefiere esencialmente considerar las alteraciones psicopatológicas como fenómenos ajenos al funcionamiento de la persona, en tanto unidad experiencial. De modo que la psicopatología se enfrenta al abordaje del déficit en cuestión y no a partir de los procesos que la generan (Zagmutt, 2010).

Yáñez señala que *“aún cuando es posible que todos nosotros y en cualquier momento de nuestra existencia, seamos clasificados según esos criterios, ellos no pueden decir nada de quiénes somos y como hemos sido en nuestro devenir”* (Yáñez, 2005, pág. 172). Situación que reafirma la asociación entre los denominadores comunes sintomáticos o superficiales y la perspectiva en tercera persona.

Resulta sin discusión la enorme ventaja que significa los manuales de clasificación actuales como referentes para la consensualidad del lenguaje acerca de la psicopatología entre los psiquiatras y psicólogos, sin embargo, el alcance que puede tener para los procesos psicoterapéuticos tiene una limitación, pues los principios que rigen la construcción de estos manuales están reñidos con la planificación o pronóstico de un proceso terapéutico desde una visión Constructivista Cognitiva.

Yáñez estima que *“la psicoterapia requiere básicamente desde esta perspectiva tener acceso al modo idiosincrásico u ontogénico de una senda evolutiva de construcción de la subjetividad del paciente, que ve fracturado su curso habitual, por un trastorno de su estructura profunda, que se expresa sintomáticamente a nivel superficial, en la operación cotidiana de su existencia”* (Yáñez, 2005, pág. 173). Dicha consideración aclara la distinción entre una mirada en tercera persona que enfatiza las regularidades sintomáticas y una mirada en primera persona que

destaca la fenomenología subjetiva de vivenciar los síntomas, como los procesos profundos que subyacen a la emergencia de un cuadro clínico.

Además existe un riesgo en la utilización de los diagnósticos psiquiátricos con los mismos pacientes. Y es que cuando estos u otros acceden a este tipo de información se puede provocar lo que se denomina *efecto de etiquetamiento*, lo que quiere decir, que el hecho de asignar un diagnóstico psiquiátrico a un individuo puede suponer una estigmatización, lo que presenta una doble implicancia.

Por una parte, está la significación que el propio paciente le pueda dar ha dicho trastorno, y por otra parte, la significación que los otros le adjudican. Además, este efecto etiquetaje presenta el riesgo de que el paciente actúe de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico realizado con lo cual es habitual cuando estos manejan sus diagnósticos escuchar expresiones como: *¡como yo soy depresivo!* A esto se agrega que cuando se realiza exclusivamente este tipo de diagnóstico, se apela a una postura reduccionista que implica la agrupación de síntomas, en desmedro de la posibilidad de disponer de una perspectiva más integral y amplia, que consigne al mismo tiempo las diferencias individuales (Yáñez, 2005).

Para finalizar este apartado dedicado a los manuales de clasificación diagnóstica, es necesario mencionar una crítica un tanto injustificada del sistema de nosología DSM. Frecuentemente los criterios del DSM son concebidos como un libro de recetas de cocina, donde los pacientes y los profesionales de la salud mental se ven forzados a simplemente echar a correr esta *lista para chequear*, respondiendo si o no, y aceptando el diagnóstico resultante.

Sin embargo, el sistema DSM no tiene como objetivo señalar a los profesionales como obtener la información usada para diagnosticar a los pacientes; sino que simplemente tiene como finalidad organizar como los datos son usados en última instancia para definir diagnósticos. Dicho de otra manera, los clínicos pueden hacer uso de cualquier metodología para obtener la información relevante, lo cual se puede vincular con el uso de sofisticadas técnicas de entrevista y complejos métodos psicoterapéuticos que dista bastante de un libro de cocina. Pero al

finalizar el proceso, esta información necesita ser organizada a lo largo de los lineamientos de los criterios DSM.

Como se ha mencionado anteriormente el mayor aporte del DSM es permitir a los clínicos, médicos e investigadores comunicarse en un mismo lenguaje. Esto se ve traducido por ejemplo, que cuando un clínico utiliza el término esquizofrenia, otro profesional conoce que significa de acuerdo a los criterios DSM. Antes de la adopción del DSM-III en 1980, el panorama era de importantes discrepancias a la hora de acordar criterios diagnósticos. Es en ese escenario donde la investigación se puede ver frenada, pues al existir diversidad en las definiciones de las condiciones de los pacientes no se permite que los estudios sean comparables entre sí o que se construya sobre los ya efectuados. Los resultados de los estudios en aquel período no podían ser traducidos a la práctica clínica por la misma razón. Por lo mismo que la base del actual sistema nosológico en Psiquiatría se debe al ímpetu del DSM-III (Ghaemi, 2008).

En definitiva, el DSM no presenta como finalidad ser una manera de decir a los psicólogos, psiquiatras o clínicos, como evaluar los síntomas y signos. Simplemente es una forma de organizar lo que encuentran o descubren en un consistente lenguaje en común. Eso se relaciona con el asunto de la confiabilidad. Por lo menos el DSM asegura que todos quienes trabajan en salud mental hablen un mismo idioma. De manera que su manejo aparece como imprescindible para cualquier terapeuta, pues resulta pertinente conocer y manejar dicho léxico para poder usarlo en instancias donde resulta adecuado posicionarse como terapeutas en tercera persona (comunicación con psiquiatras, investigaciones, colegas con orientaciones terapéuticas objetivantes).

Los diagnósticos en el DSM-IV no son *entidades reales*, son abstracciones, pues ningún paciente individual tiene exactamente los criterios específicos de algún diagnóstico, cada paciente es único y diferente de alguna manera, trascendiendo cualquier acercamiento en tercera persona. Jaspers destacaba precisamente esa concreta singularidad de la existencia humana. Así, los diagnósticos del DSM no presentan como objetivo corresponder en forma directa y total a la realidad clínica.

Los criterios del DSM son estipulados por los clínicos basándose en un consenso de la experiencia clínica, para seleccionar lo mejor posible las numerosas situaciones clínicas, de manera tal que facilite la comunicación y la investigación en un lenguaje en común. Este es el enfoque del tipo-ideal (Ghaemi, 2008).

Resulta estéril “criticar la nosología del DSM por no corresponder a la realidad clínica, pues ese no es su objetivo. La nosología es usada para comprender la realidad clínica, no para copiarla. Tampoco es útil criticarla por ser abstracta o por no basarse completamente en la evidencia empírica. Los diagnósticos no se pueden establecer en Psiquiatría completamente sobre la base de la evidencia empírica, por la misma razón que la historia no puede comprenderse a través del uso de los métodos de la física” (Ghaemi, 2008, pág 207).

Bajo la aseveración de que los seres humanos son libres, es que la Psiquiatría difiere de otras disciplinas médicas. Si se asume que existe el libre albedrío, entonces la acción humana siempre será, a cierto nivel, única y concretamente particular. Es ese contexto, resistirá completamente la inclusión bajo las leyes científicas universales. Debido a que la Psiquiatría trata con la conducta humana como la base de sus síntomas, necesariamente siempre funcionará en contra de esta limitación. Las explicaciones causales a través de métodos empíricos científicos, se verán limitadas precisamente por la libertad de la acción humana; lo cual es diametralmente opuesto en otras disciplinas médicas, debido a que los signos y síntomas observados no están sujetos a la voluntad humana.

“Los humanos pueden siempre hacer las cosas al menos un poco diferentes, incluso bajo la influencia de presentar una enfermedad psiquiátrica. Y es esta variación, aunque sea leve, lo que hace que la realidad psiquiátrica sea siempre única, siempre concreta y siempre particular. Dado que esas conductas son los auténticos signos y síntomas usados para los diagnósticos en Psiquiatría, el proceso diagnóstico siempre tendrá que tratar con una realidad única, concreta y particular” (Ghaemi, 2008, pág. 208).

Se estima que aún cuando el DSM se le caracterice por su impersonalidad bajo su aparente objetividad, caracterizada por una relación de *cosas-allá-fuera* de manera independiente y distante de los *contenidos mentales-aquí-dentro*, su configuración igualmente esta permeada por distintas regulaciones sociales y de procedimiento científico (comités), cuyo eje de constitución igualmente es la verificación pública y su validación mediante elaborados intercambios humanos.

Por lo tanto, lo que se estima *objetivo* se transforma en aquello que se puede traspasar desde la esfera individual a un corpus de *conocimiento regulado*. De manera que este cuerpo de conocimiento es por un lado subjetivo por cuanto depende de la observación y la experiencia personal y en parte objetivo, por cuanto está restringido por los fenómenos naturales, empíricos. Entonces estas descripciones *aparentemente objetivas* poseen una dimensión subjetivo-social que queda escondida u oculta en la práctica social de la ciencia, lo cual no hace más que destacar la importancia de la mirada en segunda persona, como convalidadora (Varela,1999).

Por lo anterior, es que se considera que la omisión de la esfera mental a la hora de configurar el DSM corresponde a una decisión metodológica que lejos de perjudicarnos, favorece la posibilidad de un léxico en común que facilita a su vez hablar de lo mismo, lo cual resulta una ventaja de la mirada en tercera persona. El DSM excluye metodológicamente la fenomenalidad o experiencia subjetiva en aras a la razón práctica de la consensualidad. La única advertencia para el terapeuta Constructivista Cognitivo consiste en que este se muestre atento a utilizar este lenguaje para fugarse frente a lo conocido y que eso perjudique la averiguación de la fenomenología particular que tiene una persona de vivir una cierta expresión sintomática, por cuanto ya sabe supuestamente de lo que está hablando el paciente.

Si bien el modelo Constructivista Cognitivo posibilita el trabajo orientado a la remisión de síntomas mediante el uso de técnicas operativas (provenientes de los momentos conductista y cognitivo) aparece el riesgo de perpetuar una narrativa sintomática en el paciente, lo que quiere decir que la explicación de los síntomas

apelará a un mecanismo de carácter impersonal, perdiéndose la consciencia de la primera persona.

El uso pertinente de este acercamiento debería obedecer a una utilización con plena consciencia de parte del terapeuta, donde se podría constituir en la primera aproximación de aquellos pacientes altamente angustiados por su sintomatología, para generar la alianza que facilite el abordaje de los síntomas desde una mirada más comprensiva, lo que viene a subrayar la interdependencia de los factores relacionales y técnicos en la psicoterapia.

Precisamente Safran (2005), destaca que aunque las intervenciones desde el Constructivismo estén orientadas en el nivel de los significados subyacentes, conviene no soslayar la importancia que tiene para los pacientes el nivel superficial. Sobre este punto visualiza dos ventajas: la primera dice relación con que las intervenciones dirigidas sobre el nivel superficial, vale decir, los síntomas, sirven para construir o reparar la alianza terapéutica, y la otra, con que estas también presentan un impacto sobre los significados subyacentes.

Se estima que independientemente de que el sello del quehacer Constructivista Cognitivo, este orientado al ejercicio de la psicoterapia aparece como un imperativo el saber o manejar el lenguaje psicopatológico tradicional ligado la mirada en tercera persona, pues permite al terapeuta comunicarse con colegas provenientes de otras corrientes terapéuticas a través de un léxico en común.

VII. MIRADA EN SEGUNDA PERSONA

En esta mirada se recoge los aportes filosóficos de Hans-Georg Gadamer y Martin Buber, quienes indirectamente contribuyen desde la hermenéutica a nuestro pensamiento clínico, en específico a la aproximación en segunda persona, al acentuar ambos el proceso interpersonal como factor fundamental de todo acto comprensivo, que en nuestro caso se extrapolaría a la comprensión psicopatológica y del padecer singular.

La tesis principal de este acercamiento hacia el fenómeno psicopatológico dice relación con que la comprensión emerge de la participación mutua, primariamente emocional, en el campo intersubjetivo formado por las subjetividades entrelazadas, tanto del paciente como del terapeuta. De modo que, un requisito esencial para la comprensión psicopatológica desde esta aproximación implica necesariamente la disponibilidad emocional del terapeuta, lo cual se traduce en que la comprensión entraña un proceso intersubjetivo (Orange, 2012).

Entonces, se parte de la premisa que situarse en segunda persona claramente connota la naturaleza intersubjetiva como proceso ineludible para la comprensión psicopatológica, de ahí que para esta aproximación se enfatizan los aportes de dichos autores. Ambos filósofos del diálogo, exponen una teoría de la comprensión siempre emergente y que se autocorriga, encarnando el rechazo hacia las teorías autoritarias de la comprensión.

En este contexto, la comprensión psicopatológica se puede nutrir de estos filósofos del diálogo en dos aspectos: asumir un primer énfasis gadameriano en el sentido de disponer de constructos diagnósticos, inevitables por lo demás, para instalarse en el acto de comprender, cual *hipótesis ontológicas* dispuestas a desafiarse en el encuentro mismo con el otro. Esto implica a su vez, un segundo énfasis que asume un cariz buberiano, en el sentido de promover una actitud terapéutica marcada por la presencia o disponibilidad emocional del terapeuta, como condición necesaria para la interpelación de los mismos constructos diagnósticos.

Desde los aportes de Gadamer, cuando el terapeuta se posiciona en segunda persona para comprender el fenómeno psicopatológico, lo que se desarrolla es una *sensibilidad hermenéutica* que implica el reconocimiento crítico de cómo las propias ideas, además de la historia personal dan forma y límites a la comprensión, pues en la medida que los constructos permanecen inexplorados, además en la sujeción a supuestos filosóficos que no se advierten ni en la teoría o práctica clínica, se puede caer en verdaderos quiebres con la epistemología Constructivista (Vergara, comunicación personal, 2012). Es lo que puede ocurrir cuando la utilización de los constructos teóricos diagnósticos asumen un trato en tercera persona, vale decir, un trato objetivista, cual *ontología real* de la otra persona (Spinelli, 2000).

Para evitar un uso tercerista de los constructos se estima necesario desarrollar lo que Orange (2012) denomina *sensibilidad hermenéutica*, acogiendo esta consciencia reflexiva de las ideas preconcebidas propuesta por Gadamer, lo cual puede prevenir un uso ideologizado de los constructos diagnósticos. Por lo tanto esta sensibilidad, desenmascara cualquier pretensión o tentación de experticia interpretativa, descartando de plano nociones de la empatía como leer, simular o representar la mente del paciente, otorgando la posibilidad de disponer de hipótesis ontológicas que están constantemente corrigiéndose. Esto último significa adoptar una actitud donde se está arriesgando las propias convicciones teóricas en búsqueda de un posible entendimiento y este deviene solo si ambos interlocutores (dada terapeuta-paciente) están dispuestos a desafiar sus preconcepciones.

De modo que una comprensión psicopatológica desde esta perspectiva que inicialmente parte de ciertas coordenadas interpretativas de ambos participantes, lleva implícita cierta crítica (hacia el mundo del otro), donde tanto terapeuta como paciente han dado anticipadamente por sentado, con sus respectivas estructuras previas del entender. Una comprensión psicopatológica emergente, significaría que ninguna de estas preconcepciones sobreviviría intacta al diálogo interpretativo, sino que en el involucramiento emocional de ambos se generarían posibilidades de comprensión compartida (Orange, 2012).

Una perspectiva en segunda persona resulta incongruente en la ausencia de todo involucramiento emocional por parte del terapeuta, puesto que no solo se entiende desde los juicios previos, sino que el propio involucramiento también confiere formas y participa en esta “*realidad*” que se está interpretando, además que desde esta perspectiva el terapeuta siempre realiza sus contribuciones a la interacción, en el entendido de que este es considerado como coparticipante más que alguien que se sitúa fuera del área interpersonal, al modo en tercera persona (Safran, 2005).

Otra incongruencia puede aparecer cuando el terapeuta utiliza ciertos constructos de modo tercerista, cuestión que se ve reflejada cuando se abraza la autoridad interpretativa del terapeuta experto, quién es el que descubre los contenidos mentales y motivaciones del paciente. Es decir, desde una mirada en segunda persona se trabaja en una actitud marcada por la mutualidad para la búsqueda de comprensión, pero no como autoridad o en tercera persona que sostiene haber conseguido el punto final a través de una interpretación del otro de modo definitivo. La consciencia autoreflexiva gadameriana aporta hacia un saber de humildad, que previene la tentación de dar un trato únicamente tercerista hacia la experiencia sufrida de los pacientes desde el Constructivismo Cognitivo (Safran, 2009; Orange, 2012).

La segunda persona que acuña esta influencia gadameriana, se caracteriza precisamente por situar al terapeuta en una actitud de desafío hacia las propias ideas preconcebidas, al modo de hipótesis ontológicas. Cada vez que un paciente dice: “*no, no tiene que ver con eso*”, la crítica hacia el constructo diagnóstico, comienza a operar o ponerse en marcha. De manera que consignar las OSP como hipótesis ontológica significaría asumir su carácter de comprensión provisional y su cualidad autocorrectora, en el sentido de no sobrevivir íntegramente en el proceso diagnóstico interpretativo, es decir, resultando inestables y abiertas. Entonces es la misma experiencia, que en toda su complejidad, reclama ajustar de manera permanente las preconcepciones, al modo de hipótesis ontológicas. Es la experiencia misma la que se resiste a una comprensión psicopatológica unilateral por parte del terapeuta, totalmente indisponible del encuentro con el paciente.

Como plantea Gadamer toda comprensión “*no es sino un intento de entender, un ajustarse a la cosa misma, que el entender no comprenderá nunca exhaustivamente*” (en Grondin, 2003, pág. 140). Cuestión que viene a afirmar radicalmente la imposibilidad de una total comprensión, puesto que la *cosa misma* ofrece resistencia a las preconcepciones unilaterales. Desmenuzando estos conceptos Gadamer aclara que el Ad de la adecuación nos recuerda que la igualdad no podrá ser nunca total para nosotros los hombres. Nuestro conocimiento será siempre un conocimiento puramente ad-ecuado, vale decir, aproximado, donde “*ecuado*” se corresponde a un conocimiento que se iguala a las cosas. En este sentido, lo central es la idea de que el diálogo es lo que permite *aproximarse* a una comprensión de la posición del otro, lo que implica estar abierto a desafiar las convicciones teóricas (Grondin, 2003).

La segunda persona desde una hermenéutica gadameriana trasunta en asumir una actitud de riesgo hacia las convicciones teóricas, como fuente importante de comprensión. Se recomienda a cada aproximación comprensiva de la psicopatología, la expectativa de aprender algo del paciente, de ahí que disponer de hipótesis al modo de conjetura permita contrastar dichas nociones (Orange, 2012).

De manera que estar en segunda persona como aproximación diagnóstica, es estar dispuestos como terapeutas a sostener las propias hipótesis con cierta ligereza, a reconocer que la propia comprensión resulta limitada. Esta aproximación resulta viable siempre y cuando la comprensión psicopatológica esté dada por un énfasis relacional comprometido e implicado con el paciente, en la actitud terapéutica de sostener hipótesis comprensivas con un carácter falible y abierto.

La sensibilidad hermenéutica que implica la mirada en segunda persona, es el intento de salir de la posición propia (por la inevitabilidad de sostener hipótesis) para alcanzar la del otro. Tal como plantea Gadamer (1960, en Grondin, 2012), el consenso dialogal solo es posible si uno de los dialogantes se libera de sus ideas preconcebidas para una conversación. Llevado al plano clínico, si el terapeuta estima que su hipótesis es absolutamente superior a la del paciente se imposibilita

el diálogo, declarándose incompatible la praxis clínica desde el Constructivismo Cognitivo si existe un aire positivista en el cual el terapeuta no asume una posición de verdadero interlocutor, sino de experto que conoce a cabalidad lo que le ocurre al paciente.

Siguiendo a Gadamer (1960), *“experimentar al tú realmente como un tú, esto es, no pasar por alto su pretensión y dejarse hablar por él requiere del interlocutor estar abierto. El que se hace decir algo está fundamentalmente abierto, y si no existe esa apertura tampoco hay verdadero vínculo humano”* (pág. 438).

Estas hipótesis ontológicas preesbozadas a su vez necesitan ser revisadas, por consideración al estatus de segunda persona, constantemente a partir de aquello que sobreviene, a aquello que discurre en el acto de presencia terapéutica en el transcurso del diálogo con el paciente o de la terapia. Para poder comprender psicopatológicamente a un paciente es decisivo no procesar o subsumir *su historia* según el esquematismo prefigurado derivado de determinados constructos como lo puede ser la OSP, sino dejar valer esta historia precisamente en su individualidad y su otredad, que a su vez puede corregir y ampliar cualquiera de estas hipótesis ontológicas (Arciero, 2009).

La conceptualización psicopatológica Constructivista Cognitiva necesariamente implica modelos más totalizantes, establecimiento de hipótesis ontológicas más generales acerca de la experiencia de los pacientes. Pero la experiencia del otro en toda su complejidad, establece algún tipo de obstáculo, algún tipo de límites al furor hermenéutico en que podría devenir el Constructivismo Cognitivo, por esta tendencia natural a situarse en tercera persona. De modo que desde una mirada en segunda persona, las hipótesis ontológicas (OSP) constantemente se fracturan por indicios, discrepancias que rompen con la certeza y marcan otra dirección posible (Vergara, comunicación personal, 2012; Arciero, 2009)).

Una práctica clínica carente de sensibilidad hermenéutica puede desembocar en la utilización de las OSP como objeto mental, cual hermenéutica romántica²⁰, que privilegia los intentos de entrar en la mente del otro, cayendo en una visión meramente representacionista de la mente de los otros. Como planteaba Gadamer: *“No intentamos transponernos hacia la mente del autor sino que...intentamos transponernos hacia la perspectiva dentro de la cual ha conformado sus puntos de vista...tratamos de comprender cómo lo que está diciendo pudiera ser correcto”* (Gadamer en Orange, 2012, pág. 115). De manera que la comprensión con sensibilidad hermenéutica como característica de la mirada en segunda persona, consiste en escuchar con la expectativa de que el otro pueda enseñar algo, más que revivir o reconstruir su experiencia por intermedio de un constructo teórico.

La sensibilidad hermenéutica connota por su carácter de consciencia de límites, de saberse siempre insuficiente. Es la comprensión con esta consciencia autoreflexiva la que permite un estado de apertura para lo que es diferente. A partir de la autoreflexión de las propias preconcepciones, se genera una ética del entender que implica un estado de vigilancia que conduce a una apertura hacia a las perspectivas de las demás personas. Como señalara Gadamer, *“el alma de la hermenéutica consiste en que el otro tenga algo de razón”* (en Grondin, 2003, pág. 183).

Finalmente dentro de los aportes de Gadamer para el desarrollo de una sensibilidad hermenéutica como condición de la segunda persona, está en el que el terapeuta asuma una actitud en la que la experiencia del otro, siempre le sorprenda, interpelando incluso sus preconcepciones, obligándole así a cambiar la manera de pensar, teniendo el impacto que esta sensibilidad de estar situado en segunda persona, le prive de certidumbres diagnósticas incorregibles.

²⁰ Su más fiel representante resulta Friedrich Schleiermacher, que planteaba que la investigación hermenéutica, requería tanto de los recursos textuales como los recursos psicológicos pues ayudaban a la hora de descubrir la intención del autor. La meta de su procedimiento hermenéutico consistían en llegar a comprender un autor mejor de lo que este autor se comprendía a sí mismo (Grondin ,2003).

Otra manera de concebir la mirada en segunda persona, es considerarla desde una perspectiva relacional que es descrita especialmente por el enfoque interpersonal del cual uno de sus mayores exponentes es Jeremy Safran, quien a su vez se nutre de la escuela filosófica de la consciencia solidaria²¹, de los cuales uno de sus autores más reconocidos y prominentes resulta, Martin Buber.

Desde esta perspectiva se plantea una concepción de la metodología en segunda persona que no pasa por un *yo* opuesto a un *él/ella* o *eso*, sino por la puesta en evidencia de un ensamblaje de prácticas intersubjetivas, donde el concepto de resonancia emocional sería clave. Existe una dinámica donde las personas entran en *ensamblajes mutuos* sin una comprensión monádica entre los sujetos. Desde esta perspectiva se privilegiaría la simetría de las experiencias, su reciprocidad, dando cuenta de una interdependencia de contextos de experiencia de sujetos diferentes. La persona como entidad singular se *borraría* frente a *las intersecciones entre personas*, quienes se transformarían en los lugares propios de experimentación de la dinámica relacional (Depraz, 2006). Se plantea una psicología relacional o bipersonal que da cuenta de un cambio epistemológico que considera la resonancia emocional, constituyendo una modificación radical de la actitud y la mirada sobre el sujeto: *se pasa de la soledad a la relación*.

Esto se diferencia totalmente de la visión inaugurada por Descartes para quien la soledad fue el punto de partida para el hombre moderno, concibiendo su relación consigo mismo como puro *yo* pensante. Se instauraba una nueva realidad radical, esto era un *yo* metafísico, la razón universal, que se distanciaba por completo con el *yo* personal y concreto la autobiografía de cada cual. *“Es un yo genérico, puramente pensante, abstraído de su constitutiva encarnación en un cuerpo vivo. Es un yo que no es nadie”* (Miró, 2000, pág. 118).

²¹ Según Miró esta perspectiva plantea que *“para concebir la otredad del otro, es necesario partir de una concepción solidaria de la consciencia, en la que el punto no es el yo en soledad, sino el nosotros o mejor, dicho la articulación de los mundos que designamos como con los pronombres nosotros, tú y yo”*. (2000, pág. 116-117). A esta perspectiva también se adhieren P. Ricoeur, G.H. Gadamer, P.L. Entralgo, entre otros, coincidiendo todos en una profunda crítica al idealismo, formulando como alternativa al sesgo idealista, una concepción del otro como persona real en la convivencia.

Las consecuencias más importantes de esta concepción derivan en la separación mente-cuerpo y la concepción del otro como otro yo. Entonces la visión cartesiana al realzar al sujeto pensante, cosifica su cuerpo, reduciéndolo metódicamente a cosa o máquina, y en cierto modo, haciéndolo externo a sí mismo. Se recurre al razonamiento por analogía para resolver el problema de entender a los otros, donde la inferencia es, *si el otro es capaz de hacer lo que yo hago, entonces el otro es un ser como yo*. De igual manera en el centro de la argumentación está un yo en soledad, que se percibe a sí mismo aislado y separado de los otros. En la medida que *“el otro es otro yo racional, como yo”*, se puede generar la comunicación y el entendimiento, estrenándose el acercamiento hacia los otros desde inferencias por analogía. Este el hombre moderno, racionalista, solitario, enclaustrado en una convivencia en la que solo ve el otro desde un espejo que le devuelve una imagen de sí, que no puede salir de su soledad (Miró, 2000).

Martin Buber en su obra *Yo y Tú*, publicada en 1923, señalaba que para relacionarse humanamente es necesario el encuentro con el otro como un Tú íntimo, planteando además que *“encontrar al otro en una relación Yo-Ello, puede en ocasiones ser inevitable y necesario, pues reduce y objetiviza al otro de modo que el principal aporte es desafiar al clínico a encontrarse con el otro, como un par dialógico y no como instancia de cualquier categoría”* (Orange, 2012, pág. 10).

Buber (2010) desmarcándose de un contexto modernista, afirma que para el hombre el mundo tiene dos aspectos, en conformidad con su propia doble actitud ante él, refiriéndose con estas expresiones a formas de *situarse frente a un otro*. Esta actitud resulta doble en conformidad de las palabras que pronuncia. Agrega que las palabras fundamentales del lenguaje no son vocablos aislados, sino pares de vocablos. Uno de los par de vocablos es *yo-tú*. La otra palabra primordial es el par *yo-ello*²². Se aclara que el *yo* de la palabra *yo-tú* (segunda persona) es distinto

²² Cuando se apela a la utilización de recursos gramaticales como pronombres (yo, ello) es para designar diferentes concepciones de alteridad que sirven de guía para advertir diferentes matrices relacionales entre el terapeuta y el paciente y por ende, modalidades distintas de comprensión de los fenómenos psicopatológicos. El uso de los vocablos yo-ello en este trabajo no hace referencia a

del yo de la palabra primordial *yo-ello* (tercera persona). Estas palabras primordiales no significan cosas, sino que *indican modalidades relacionales diferentes*, donde claramente la formas en cómo se sitúa alguien respecto del otro le cambia. En la relación *yo-ello* una persona se puede instalar por encima o fuera como observador o investigador. Sin embargo, cuando se le permite al otro hablar, sobreviene algo muy distinto:

“Cuando se dice Tú, quien lo dice no tiene ninguna cosa como su objeto, pues donde hay una cosa, hay otra cosa. Cada ello confina con otros; ello no existe sino porque está limitado por otros ello. Pero cuando uno dice Tú, no tiene en vista cosa alguna. Tú no tiene confines. Cuando se dice Tú, para quien lo dice no hay ninguna cosa, nada tiene. Pero sí está en una relación.” (Buber, 2010, pág. 8).

Buber enfatiza como la combinatoria primordial *yo-tú* establece el mundo de la relación, mientras que el hombre que tiene experiencia de las cosas no participa en absoluto en el mundo, pues es en él donde la experiencia surge, no entre él y el mundo. La relación *yo-tú* implica el reconocimiento del otro como sujeto, puesto que se caracteriza por la mutualidad, su naturaleza directa y su carácter presente, lo cual correspondería a una radical posición en segunda persona.

Por otra parte, la relación *yo-ello* conlleva relacionarse con el otro como objeto, destacándose una ausencia de mutualidad y carácter presente; la relación con el otro se establece en términos de categorías preexistentes más que en los términos del interlocutor. La relación *yo-ello* corresponde a la mirada en tercera persona, que sitúa a quien busca comprender como observador externo.

De modo que la relación *yo-tú* sugiere el reconocimiento mutuo de subjetividades diferentes, como también una actitud que implica un encuentro personal íntimo, difiriendo por completo de todas las relaciones *yo-ello* en las cuales se considera al otro como cosa (Safran, 2005).

las estructuras del aparato psíquico descritas por Sigmund Freud en su segunda tópica, donde se distinguen tres instancias: el ello, el yo, el superyó (Laplanche, 1996).

La relación que enfatiza Buber como *yo-tú*, correspondería a una genuina actitud en segunda persona, lo que trasladado a la praxis terapéutica significaría permitirse poder estar con la experiencia interna que genera el encuentro con un otro que sufre, permitiendo como lo señala Siegel (2010) que el otro se “*sienta sentido*” por el terapeuta.

Dicha discriminación de distintas configuraciones relacionales que se pueden establecer con un otro, pueden ser llevadas a lo que ocurre en la praxis clínica, para permitirle al terapeuta advertir cuando ha dejado de vincularse con su paciente desde una posición en segunda persona.

En la cotidianeidad terapéutica todo trato al modo segunda persona hacia el paciente, corre el riesgo de tornarse en un *ello* o *eso*. Desde que se agota este *tú* de la relación por la entrada de las distintas *preconcepciones diagnósticas* o la contaminación por la mediatez de un sistema de ideas, una actitud genuina en segunda persona, se vuelve un objeto entre objetos, quizás el objeto principal, pero un objeto a fin de cuentas, por lo tanto, objetivable. El *tú relacional* se ha vuelto descriptible, descomponible y clasificable, por lo cual se ha transformado en un *eso* o en menor medida un *tú* tipo objeto mental. “*El ser humano que había sido único e incondicionado, no algo al alcance de la mano, sino presente, no es susceptible de ser experimentado, sino realidad plena, se ha vuelto un Él, una suma de cualidades, una cierta cantidad con cierta forma.*” (Buber, 2010, pág. 18).

Buber refiriéndose al verdadero contacto menciona como actitud:

“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 mi 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.” (en Orange, 2012, pág. 22).

A partir de lo anterior, y llevado al plano clínico en segunda persona, se debiera esperar entonces la ocurrencia de desacuerdos, malentendidos y especialmente

sorpresas como un elemento central del encuentro terapéutico (dialógico entre yo y tú), previniendo de esa forma contra la excesiva confianza que se dispone del método y la teoría en psicoterapia. Dichas palabras no hacen más que aclarar el lugar que puede asumir el terapeuta al momento de relacionarse con el paciente y esta posición significa estar *implicado* o *presente*, como también la importancia de ser capaz de abordar cualquier momento como novedoso y permanecer abierto a lo que tenga que revelar el paciente en su plenitud y en todas sus particularidades.

Buber les plantea a miembros de la Washington School of Psychiatry en 1957:

“El terapeuta habitual se impone a su paciente sin ser consciente de ello... el terapeuta se acerca al paciente, pero tiene que intentar influenciarlo lo menos posible, esto es, el paciente no tiene que verse influenciado por las ideas generales de la escuela de pensamiento. El paciente tiene que ser dejado solo, si se le permite decirlo así, con la humildad del maestro y entonces el terapeuta espera lo inesperado y no coloca lo que viene en categorías...Es mucho más fácil imponer que hacer uso de toda la fuerza del alma para dejarlo consigo mismo y no tocarlo, por así decir.” (en Orange, 2012, pág. 23).

La principal contribución de Buber para una aproximación en segunda persona, es la generación de una *ética relacional* que entraña la experiencia interna de permanecer abierto al encuentro, que le permite al terapeuta abrirse a aquello que *“contagia”* el paciente, de sostener ese sufrimiento que *“presta”* quién padece, que permite reconocerle como alguien que sufre por sobre los diagnósticos, calificaciones o ideas preconcebidas, que existan (actitud *yo-ello* o tercera persona).

También contribuye a que el terapeuta resulte amable con lo que le sucede durante el encuentro con el paciente y no deshacerse de ello, como a su vez promover un *real* reconocimiento que el otro sufre y un deseo que este se libere de ese sufrimiento. Lo que se distancia por completo de lo promovido por los enfoques positivistas, que enfatizan la expertiz del terapeuta.

Buber señala que puedes convertir a ese otro en un objeto para ti, para experimentarlo o analizarlo, pero tan pronto lo haces ya no tienes más su presencia. Es el riesgo terapéutico de *refugiarse en categorías o constructos diagnósticos* por no tolerar la incertidumbre propia del encuentro interpersonal. Y esto ocurriría cuando el terapeuta coloca sus categorías en el proceso del paciente. El terapeuta puede dejar de implicarse y resonar con la experiencia del otro, cuestión que incluso los pacientes pueden captar y tener la consecuencia de alterar el vínculo terapéutico, si no se resuelve. Ver la experiencia del otro en términos de un *ello* o situarse en tercera persona de una manera mecánica y automática, puede manifestarse en buscar razones, causas o interpretaciones, que no cuajan con los aspectos procesales y vivenciales del paciente, sino que solo con le dice la teoría. Es lo que puede llegar a ocurrir cuando los terapeutas resultan incapaces de trascender sus lecturas diagnósticas.

Como lo señala Buber, sin tantos supuestos, categorías, métodos de observación y cosas similares para protegernos, somos como los peregrinos: *“En esta noche del desierto no se puede indicar ningún camino. Solo podemos ayudar a otros a mantenerse firmes y bien dispuestos hasta el alba y se haga visible un sendero, allí donde nadie lo sospechaba”* (en Orange, 2012, pág. 24). Solo en el momento en que la experiencia del otro se contempla trascendiendo las preconcepciones se produce la única presencia. Esto implica la permanente monitorización del terapeuta para advertir cuando los patrones interpretativos hacen su ingreso a la escena terapéutica para volver al encuentro con el paciente, para que el otro sea capaz de sentirse sentido por el terapeuta, es decir percibir inconscientemente que su experiencia resuena y tiene espacio en el otro.

Todo lo anterior llevado al plano del proceso diagnóstico, significa enfatizar la *presencia terapéutica* en el encuentro con el paciente, en un genuino involucramiento interpersonal, que está marcado por la *desidentificación* de las lecturas diagnósticas acerca de la expresión psicopatológica. Safran (1994), refiriéndose a su influencia buberiana, describe una relación *yo-tú* como aquella que acepta enteramente a los pacientes como son, y en ese contexto promueve que el

terapeuta utilice sus sentimientos como herramientas al servicio del paciente, buscando de esa manera que intervengan en el proceso terapéutico.

El imbuirse del trabajo de Buber posiblemente genere una ética relacional que promueva el diálogo, y un respeto por la otredad del otro. Simultáneamente, significa una crítica explícita a la práctica clínica que resulta solipsista²³, reduccionista²⁴ e ideologizada. Según Orange, Buber se puede transformar en una suerte de *“consciencia del clínico y de la comunidad terapéutica”* (2012, pág. 11).

Tenemos entonces que ambos autores, tanto Gadamer como Buber, acentúan el proceso dialógico para comprender, lo cual hace referencia a los interlocutores envueltos en un diálogo, en un *nosotros* que resulta resistente a la reducción de una mirada en tercera persona. Estar situado en segunda persona como terapeuta significa estar abiertos al encuentro con el paciente y al mismo tiempo reconociendo la tendencia a alejarse, a volver a los viejos hábitos diagnósticos, para poder trascenderlos y de esa manera poder *“estar con”* otra persona expresando receptividad fundamental y apertura.

Análogamente, la comprensión psicopatológica desde la segunda persona emerge en el interjuego relacional entre terapeuta y paciente. Ahora, la comprensión a través del encuentro con el otro, tiene una doble función. Pues aunque esté dirigida hacia un mayor entendimiento, su proceso perturba e inquieta y corrige los puntos de vista previos, viéndose desafiadas las hipótesis ontológicas (OSP).

La revisión del trabajo de estos filósofos del diálogo puede prevenir de asumir los constructos como ontologías reales de los pacientes, como también ayudar al terapeuta a percatarse de que está soslayando si lee, cual hermeneuta, desde una única formulación teórica incorregible, en el encuentro terapéutico con el paciente. Además puede ayudar a desafiar la automaticidad con la que se opera en la

²³ Según Orange corresponde a *“encerrarse sobre si mismo que resulta del pensamiento de la mente aislada. No proporciona ninguna oportunidad para contrastar percepciones o ideas de una comunidad”* (2012, pág. 138).

²⁴ Según Orange es *“cualquier concepción que reemplaza la complejidad con algo más simple y que piensa que nada se ha perdido”* (2012, pág.137).

práctica clínica, a través de cuestionar las presuposiciones que eventualmente pueden tomar el control del terapeuta.

Finalmente estar situados como terapeutas en segunda persona significa reconocer que la comprensión psicopatológica, en términos gadamerianos, “*es tan solo una perspectiva de un horizonte inevitablemente limitado por la propia historicidad de nuestra experiencia*” (Orange, 2012, pág. 6), lo cual incluye el acervo tanto personal como histórico.

Del interjuego de ambos aportes (gadameriano y buberiano), en definitiva lo que se promueve desde una aproximación en segunda persona, es que las hipótesis ontológicas (OSP) estén sujetas a revisión a través de la presencia terapéutica y que esta última contribuya a su vez a un diagnóstico de tipo relacional.

Se desprende de lo anterior, que toda formulación clínica o conceptualización diagnóstica requiere necesariamente de revisarse a la luz de la información extraída del examen continuo de lo que está sucediendo en la interacción con el paciente.

A partir de lo señalado, en este trabajo se entienden dos usos distintos de la segunda persona como actitud de posicionamiento terapéutico, es decir, del pronombre “*Tú*”. Una primera acepción tendrá relación con considerar el *Tú* en un punto intermedio del continuo (El o Eso, *Tú*, Yo o Quién) que colinda con la mirada en tercera persona y que se acerca a mirar el *Tú* en términos de *sujeto-objeto* u objeto mental, que consistiría en tratar las OSP como ontologías reales acerca de la experiencia del otro, con lo cual la praxis terapéutica se aleja de lo propuesto epistemológicamente por el Constructivismo Cognitivo.

Una segunda acepción también del punto intermedio, es considerar el *Tú* como limitando con la mirada en primera persona, y que significa concebir al *Tú* como *sujeto relacional o intersubjetivo*, tratando las OSP como acercamiento hipotético ontológico, claramente congruente con el uso que pretende el propio modelo. Esta concepción se acerca a la mirada del *Tú* en términos de la filosofía interhumana de Gadamer y Buber.

Entonces es necesario aclarar que estas distintas maneras de instalarse a mirar la experiencia de alteridad y más específicamente la experiencia psicopatológica, dan lugar a utilizar de modo diferente una misma noción diagnóstica (OSP) que puede transitar a concebirla desde una concepción sujeto-objeto (ontología real del otro) o sujeto relacional (hipótesis ontológica).

A continuación se describe los constructos diagnósticos asociados a esta mirada en segunda persona: como lo es la de Organización de Significado Personal, planteada en términos de hipótesis ontológica y la Formulación relacional, que implica una renovación de lo que se entiende tradicionalmente por contratransferencia²⁵.

²⁵ Como plantea Safran con respecto a la contratransferencia se ha producido un cambio significativo, pasando desde una concepción original donde los sentimientos de contratransferencia, que reflejaban conflictos personales del terapeuta eran considerados obstáculos que debían sortearse para la terapia , lo que se destacó como la “perspectiva clásica”, a una “perspectiva totalista” que defiende que los sentimientos de contratransferencia pueden aportar al terapeuta información valiosa sobre el paciente. *“Desde este punto de vista, la contratransferencia se convierte en un estado normal de acontecimientos y no en un fenómeno episódico”* (2005, pág. 72).

Organizaciones de Significado Personal

El modelo Constructivista Cognitivo propone como eje del funcionamiento humano a las Organizaciones Significado Personal (OSP), las que podrían ser descritas como modalidades autoreferenciales por medio de las cuales la consciencia humana llega a ordenar la multiplicidad y variabilidad de las perturbaciones ambientales de un modo coherente con su experiencia vital (Guidano, 1994). Se considera por lo tanto, que las OSP son formas más, o menos viables de organizar la experiencia y constituyen formas particulares de vivir.

Originalmente las distintas OSP se definieron a partir de los vínculos disfuncionales que dan origen o van configurando a cada uno de estos distintos estilos de funcionamiento interpersonal. La definición de estas categorías con nombres de etiquetas diagnósticas debe su nombre a la herencia histórica de la escuela posracionalista, que llegó a precisar algunas características de los distintos estilos de funcionamiento a partir de las poblaciones clínicas con predominio de ciertas expresiones sintomáticas (Guidano y Liotti, 2006). En la actualidad se mantienen dichos nombres pero, se les percibe desde una perspectiva más amplia, esto significa en su funcionamiento viable. Aunque también se les llame *estilos de personalidad con tendencias a* (desde el Posracionalismo), en el entendido de que indican inclinaciones más que determinaciones, en este trabajo se les abordará de manera indistinta.

Se han señalado cuatro OSP: la Depresiva, la Fóbica, la de los Desordenes Alimenticios o Dápica y la Obsesiva, cada una de las cuales se configura a partir de patrones vinculares específicos que caracterizan la díada entre progenitores o figuras referenciales y el niño en los primeros años del desarrollo. Es relevante mencionar que las OSP *son un proceso ordenador* por medio del cual el sujeto busca activamente dar coherencia y continuidad a sus experiencias de vida (Vergara y Gaete, 1999).

Resulta esencial aclarar que desde esta perspectiva no es posible de hablar de *normalidad* o *anormalidad* como dos entidades estáticas que permite clasificar un

conjunto de rasgos cognitivos-comportamentales, puesto que esto significaría seguir en una epistemología de carácter objetivista donde el sujeto es capaz de observar de manera externa a los otros y la realidad, lo cual consistiría en la aproximación en tercera persona por parte del terapeuta (Guidano, 1994).

La normalidad y anormalidad son entendidas entonces como la manera más o menos viable que tiene una OSP de funcionar y dar coherencia al sistema del sí mismo y de la realidad. Guidano (1994) distingue a la normalidad como el *“despliegue de un proceso dinámico, es decir, en la flexibilidad, plasticidad y generatividad con la que una OSP específica desarrolla su coherencia sistémica a lo largo del ciclo vital”* (pág.90).

Intentar articular la mirada en tercera con esta segunda persona asociada a las OSP, significa reordenar la nosografía clásica propia del CIE y DSM, insertándola en una aproximación diagnóstica que no se configura únicamente como descriptiva, sino que evolutiva y sobre todo explicativa. Para Guidano (1994) la idea es considerar la psicopatología desde una óptica evolutiva que consiste en estimar la descompensación como consecuencia de la vulnerabilidad adquirida durante las distintas etapas del desarrollo.

En convergencia con lo anterior, el Constructivismo Cognitivo plantea como se configura cada OSP en base a distintos itinerarios del desarrollo, y como se dinamizan distintos componentes para participar estratégicamente en esa organización y que en algunas ocasiones, dan lugar a expresiones psicopatológicas que aparecen como observables (tercera persona).

Según Bernardo Nardi (2001), psiquiatra seguidor del modelo Posracionalista, la aproximación nosológica que incluye la noción de las OSP, pone énfasis sobre el *significado subjetivo o interno del síntoma*, permitiendo entonces considerar los aspectos aparentemente semejantes, clasificables según el modelo descriptivo, pero destacando los significados profundamente diversos de sujeto a sujeto, sobre la base de cómo cada persona ha aprendido a experimentar y a referirse la experiencia vivida.

Para dicho autor, esta aproximación considera como aspectos fundamentales:

- La importancia del sistema individual en su globalidad psicofísica y en su devenir temporal;
- La estrecha conexión entre los aspectos emocionales y el conocimiento individual;
- La sustancial constancia de la OSP propia, no obstante las transformaciones a las que se va enfrentando en el ciclo de vida, a partir de las características constitucionales de la tonalidad emocional que comienzan a definirse a través de la relación de apego;
- La necesidad de considerar lo que ocurre no como algo aislado, sino de colocarlo en el ámbito del ciclo de vida del sujeto que lo experimenta, utilizando por lo tanto, una lectura evolutiva y no estática, además de los desbalances psicocomportamentales;
- El valor activo y no pasivo de los procesos de adaptación individual;
- La continuidad entre la experiencia que un sujeto tiene éxito en integrar en el sentido de sí mismo, resultando por lo tanto *normal* y aquellas discrepancias, que dan origen a un malestar más o menos profundo, extenso y disgregante, es decir, los diversos cuadros patológicos, con variada potencialidad invalidante y relativa tendencia evolutiva.

El gran aporte que realiza el modelo posracionalista (como uno de los surtidores al modelo Constructivista Cognitivo en cuanto a la noción de OSP), es señalar que lo normal o patológico, no es referido a un cuadro abstracto *impersonal*, teniendo de todos modos igual valor, relevancia y significado, sino que la principal contribución es centrar la atención sobre la importancia del *valor subjetivo* de las expresiones sintomáticas interesándose principalmente en la fenomenología particular del síntoma. Ocurriendo entonces que más allá del *común denominador sintomático*, como por ejemplo la anhedonia, existe un significado o modalidad subjetiva de asimilar la experiencia que está siendo percibida como discrepante respecto al sentido de sí mismo, que de cierta manera podría ser *asimilable* a unos de estos patrones de funcionamiento interpersonal llamados OSP (Nardi, 2001).

Bajo esta consideración, el interés está puesto en el significado subjetivo del síntoma, como modalidad a través de la cual el sujeto expresa las alteraciones de su coherencia interna. Entonces las expresiones sintomáticas serían vistas en el ámbito de las características organizativas del significado personal del sujeto.

Como destaca Guidano (1994), un sistema individual, que tiene la capacidad de autoorganizarse a lo largo de su trayectoria vital está enfrentado transformaciones continuas de su sentido de sí mismo y por esto busca activamente mantener su coherencia interna. Cada transformación no es indolora, de hecho, cada vuelta que el sistema enfrenta en una fase de inestabilidad, está inevitablemente enfrentándolo también a una reorganización del sentido de sí mismo y por lo tanto, de la propia identidad y del propio significado personal. En esta situación se determina un proceso de activación emotiva, más o menos intenso, y el sujeto tiene que tener éxito en integrar la experiencia personal que está teniendo, a través de la tribulación emotiva que está experimentando, lo cual entraña el riesgo de desarrollar síntomas.

Si este proceso deriva en una evolución en sentido progresivo, el sujeto será capaz de asimilar nuevas y más complejas experiencias; si, viceversa, deriva en una evolución en sentido regresivo, la transformación pondrá al sujeto en una condición en la cual no sabrá explicarse aquello que le está sucediendo, permaneciendo en un nivel de asimilación de la experiencia que equivale a la probabilidad de desarrollar una crisis (Guidano, 1994).

En consecuencia, en un sistema complejo como el humano, el modo en el cual está siendo explicada una emoción que irrumpe en la consciencia, es un proceso tendiente a devolver consonancia de la experiencia con la finalidad de darle coherencia y estabilidad.

Distintos niveles de abstracción, flexibilidad, e integración pueden dar lugar a expresiones sintomáticas y cuadros clínicos diferentes, así una misma patología puede emerger por itinerarios de desarrollo y organizaciones cognitivas distintas,

asumiendo *significados profundamente disimilares al de aparente uniformidad de los síntomas descritos*.²⁶ (Nardi, 2001).

Muy sintéticamente se puede decir, que a partir de las relaciones primarias de apego se dan distintas sendas evolutivas que llevan a la estructuración de organizaciones cognoscitivas individuales específicas conciertas tendencias (activas, pasivo-activas, pasivas) o estilos cognitivos subjetivos más recurrentes, con una construcción individualizada del sí mismo, que sirven de *hipótesis ontológica* para acercarse desde una mirada en segunda a la experiencia del paciente.

Los principales tipos de OSP identificadas por Guidano son cuatro, y son caracterizadas por activaciones emocionales peculiares, estrechamente correlacionadas a relaciones específicas de apego: (Nardi, 2001).

1. La OSP Dápica con marcada atención a las expectativas y las respuestas del ambiente, tiende a estructurarse en torno a límites antagonistas, oscilantes constantemente entre la necesidad de aprobación por parte de figuras significativas y al miedo a ser desconfirmado y la intrusión de ellos. De esto deriva que la percepción de sí mismo sea marcadamente contexto-dependiente y puede ser más o menos vaga e indefinida, como consecuencia de las confirmaciones que son esperadas en el curso del ciclo vital.

²⁶ Quizás esta es la lectura inicial o también lineal que se le otorga a las OSP cuando se postula que el síntoma sería indicativo de la organización y sobre el cual se evidencian algunas críticas como la señalada por Marchetti, quien menciona que le parece “*una excesiva generalización el que los patrones vinculares de la sobreprotección y la inversión de roles sean los causantes de los desajustes ansiosos, puesto que pacientes con infancias poco sobreprotegidas pueden desarrollar trastornos ansiosos*” (Marchetti en Opazo, 1992, pág.172). Cabe mencionar, que esta crítica entraña cierto isomorfismo entre organización y sintomatología, que omite que los ataques de pánico pueden aparecer estratégicamente dentro de cualquier OSP (Vergara, comunicación personal).

2. La OSP Obsesiva fuertemente centrada sobre las exigencias interiores de certeza y de perfección tiende a estructurarse sobre una percepción de sí mismo fuertemente ambivalente y dicotómica, con una búsqueda de certeza absoluta como consecuencia de una modalidad del tipo *todo o nada*. De esto deriva que la percepción de sí mismo puede ser positiva o negativa, como consecuencia del control prevalentemente lógico-racional con el cual se dirige en curso del ciclo vital en función de su necesidad de certeza.
3. La OSP Fóbica tiende a estructurarse a través de un equilibrio dinámico entre dos polaridades emotivas antagonistas, constituidas por la necesidad de referencia y protección en un mundo percibido como peligroso y de la necesidad de libertad e independencia dentro de este mismo mundo. De esto deriva la percepción de sí mismo más o menos estable, en consecuencia de cómo necesidades antitéticas, ejerciendo un control marcadamente concreto, práctico y operativo sobre las situaciones que se encuentra afrontando en su ciclo de vida.
4. La OSP Depresiva tiende a estructurarse con una notable propensión a responder con activaciones emotivas de desesperación o rabia a los eventos discrepantes percibidos como rechazo pérdida. De esto deriva que la percepción de sí mismo puede ser más o menos estable, sobre la base de cómo el sujeto controla los eventos críticos de rechazo-pérdida que encuentra en su ciclo de vida.

Si bien las OSP se describen en forma única o pura, es necesario tener presente que en muchos sujetos se observan organizaciones mixtas, con un núcleo primario de un tipo y temas secundarios (estrategias) de otra o más organizaciones, dándose distintas combinaciones (Vergara, comunicación personal, 2012). Frente a este punto Guidano (1987) plantea que es bastante inusual e improbable encontrarse con una OSP pura, por el contrario, señala que existe un dominio emocional que prevalece por sobre otro patrón específico. Los diferentes procesos vinculares pueden generar la confluencia de distintos dominios emocionales, sin

embargo, a pesar de dicha confluencia, existe una configuración que se hace más preeminente.

Guidano sobre este punto señalaba *“que cualquier significado emocional es algo que mantiene una continuidad por toda la vida”* (en Quiñones, 2001, pág. 58). Esto se explica a partir de la mayor activación de ciertas tonalidades emotivas en el espacio intersubjetivo con las figuras referenciales a lo largo del desarrollo, que va definiendo la construcción de un significado específico. Es decir, todas las otras emociones empiezan a articularse en comparación y en referencia a las emociones activadas, esto sería análogo a lo que se denomina la unidad organizacional del dominio emocional. *“Esto lo veremos en todas las organizaciones de significado personal”* (en Quiñones, 2001, pág. 58).

A partir de esta argumentación teórica de la continuidad de un significado, se puede favorecer que el diagnóstico de OSP contenga cierto riesgo hacia la clausura, además de resultar sentenciador, por cuanto si se conjuga con la premura terapéutica, por el furor hermenéutico del terapeuta, por *definir* a una persona con una determinada OSP para poder comprenderlo, se omitan aquellas significaciones disimilares, sentenciando de cierto modo a la persona a un solo significado, dejando de constituirse estas nociones diagnósticas en hipótesis ontológicas.

Para aclarar la posición que toma el Constructivismo Cognitivo respecto de las OSP como hipótesis ontológicas como aproximación clínica en segunda persona versus ontología real que consignaría esta misma noción de modo objetivista, ha sido necesario mostrar y examinar la originalidad en como emerge este constructo teórico diagnóstico. El poder visualizar el contexto original permite deconstruir los primeros usos de este constructo e incluso sus inconsistencias con la epistemología Constructivista en su utilización entificada. Donde a las OSP se le otorga el sello de una sustancia que permanece invariable a través del tiempo, razón por la cual se da simplemente un acceso teórico que capta las regularidades como esencia o características objetivas, tratando el ser siempre singular como un caso de una ley universal (Arciero, comunicación personal, 2012).

De lo delineado hasta el momento las OSP resultan un constructo potente y atractivo para el terapeuta, pues instalan al tratante en un lugar privilegiado donde puede predecir aquellas experiencias discrepantes por una presunta continuidad experiencial que es necesaria poder diagnosticar prontamente (en su enfoque original), muchas veces otorgando más alivio al terapeuta, que beneficios al propio paciente.

Esta presunta continuidad experiencial puede hacer sucumbir al terapeuta hacia una tendencia reduccionista esencialista que claramente pierde de vista, que ningún constructo teórico por atractivo que resulte puede acertar en captar la unicidad y singularidad de la persona (Arciero en Cabrera y Trujillo, 2009).

Las OSP según su uso, bien pueden convertirse en un prejuicio teórico inexaminado que subsume o atrapa a sus pacientes dentro de una “*botella cazamoscas*”, o en una hipótesis ontológica que se corrige en la medida que no se pierde el contacto con la experiencia vivida del paciente (Orange, 2012), cuestión que se alienta desde una aproximación en segunda persona.

Las OSP al igual que las clasificaciones sindromáticas en tercera persona también seducen al terapeuta a evadir la complejidad que reviste estar con el sufrimiento del otro. Es por eso, que apreciar esta noción desde una perspectiva en segunda persona lleva al terapeuta al deber de monitorear permanentemente la utilización que le brinda a las OSP, prestar atención a la modalidad en que este constructo se trae al trabajo terapéutico, especialmente, cuando se utiliza la misma noción diagnóstica para personas diferentes. Esto implica cierta curiosidad terapéutica, que da la oportunidad de desafiar un mismo constructo en personas distintas, para de esa forma retornar al encuentro terapéutico único que se genera con ese paciente particular.

Utilizar las OSP como hipótesis ontológicas permite estar atento a ver las diferencias individuales. El trato de las OSP como hipótesis permite incrementar el entendimiento e involucración con el paciente, puesto que al mismo tiempo que se les consigna como puntos de vista, inevitablemente limitados, lo cual promueve

cierta curiosidad terapéutica, puede advertir al terapeuta de no presumir saber solo porque sabe las OSP que presenta tal paciente (trato esencialista).

Al igual que con cualquier noción diagnóstica esencialista brindar un uso entificado a las OSP puede favorecer las confusiones y malos entendidos con los pacientes, puesto que estos pueden verse arrastrados por el terapeuta (a través de sus intervenciones), a que signifiquen de una misma manera, vivencias distintas, lo cual se constituye en caldo de cultivo para impasses terapéuticos (Orange, 2012; Safran, 2005).

Es necesario recordar las OSP como hipótesis ontológicas, por cuanto si existe una premisa dentro del Constructivismo, es que *la experiencia humana es irreductible*. Para el Constructivismo como los acercamientos fenomenológicos, la experiencia de quién sufre escapa a todo tipo de formulación clínica. La subjetividad del otro, desafía cualquier objetivación reductiva (Hick y Bien, 2010; Orange, 2012).

Si se mantiene las OSP como ontología real del otro, el terapeuta cae en la ilusión de separación, lo que resulta incongruente con la psicoterapia Constructivista Cognitiva, por cuanto desde esta concepción nunca se está separado de la realidad que se está considerando, esto es, las dificultades del paciente. No solo desde una mirada en segunda persona se entiende siempre a través de algún constructo sino que también a través del involucramiento terapéutico, lo que trasunta en considerar las OSP como hipótesis ontológicas revisables y corregibles precisamente por quién es el otro (Orange, 2012).

Preguntarse por el uso de las OSP en el momento mismo en que sobreviene a la mente del terapeuta como conceptualización (habilidad de autoobservación), llevaría a este a reflexionar por que necesita apelar a tales constructos con determinado paciente, ¿será un acting debido a la incertidumbre?, ¿será un automatismo adquirido?, ¿será parte de una estrategia exploratoria?

El uso de las OSP desde una perspectiva en segunda persona promovido por el Constructivismo Cognitivo exige la prudencia, para evitar cerrar posibilidades de comprensión, sostenerlas como lo que son, hipótesis o puntos de vista y frenar el

impulso a imponerlas, para que la comprensión descansa o emerja en el encuentro mismo con el paciente.

Teniendo en consideración todo lo anterior, es relevante tener en cuenta que cada una de las OSP, también pueden ser caracterizadas *hipotéticamente* por un elemento afectivo-emotivo y cognitivo que las hace más o menos vulnerable a determinadas experiencias pudiendo eventualmente cursar, al enfrentarlas en su ciclo de vida, desbalances pisco-comportamentales más o menos graves y duraderos, o desarrollando crisis fisiológicas o normales (Nardi, 2001).

Al constituirse solamente en hipótesis de estilos de funcionamiento interpersonal, no existe una organización *mejor* que las demás, ni existe una organización *normal* respecto a otras *patológicas*. En líneas generales, todas las organizaciones son consideradas estilos de funcionamiento que pueden operar de manera normal como anormal. Estas serían tentativamente, la base de las diferencias individuales y expresarían modos de funcionar potencialmente creativos y generativos de significados, como también vulnerables a desarrollar alguna patología.

Desde esta perspectiva se presume que los posibles trastornos emocionales surgen de las mismas características normales que caracterizan a cada estilo de personalidad. En ese sentido existe una relación directa entre la manera personal e intrínseca de ser y la llamada enfermedad mental (Zagmutt, 2010).

Zagmutt lo señala metafóricamente de la siguiente manera: *“Podríamos decir que es como el agua que siendo la misma puede configurarse en estado líquido, sólido o gaseoso y sigue siendo la misma agua aún cuando parezca que cada uno de esos estados pertenece a categorías diferentes”* (Zagmutt, 2010, pág. 102).

Nuevamente es necesario acentuar que la temática de la continuidad emocional implica un punto no menor, puesto que la constancia de un significado personal (incluso en la expresión desbalanceada), si bien puede resultar útil heurísticamente, en el consabido de que aparecen ciertos patrones interpersonales más recurrentes en los pacientes, igualmente puede resultar crítico, si la concepción que se dispone en el uso de las OSP, es al modo de ontología real del

otro. Pues al otorgar un trato entificado de la experiencia del otro a través de una determinada OSP, se puede discurrir en una verdadera clausura y sentencia (lo que se distancia de la aproximación en segunda persona que concibe las OSP como hipótesis, que por el contrario, promueven apertura y autocorrección).

Puede significar clausura en el sentido de que toda experiencia puede ser explicada en relación al significado personal diagnosticado, pues si el terapeuta de modo tácito se vale del aforismo popular *“el que busca encuentra”*, corre el riesgo de tender a confirmar dicho constructo, sin importar cualquier deformación para ajustar tal experiencia al significado emocional particular, con la consecuencia además de borrar por completo la singularidad de la persona y su historia.

Puede significar sentencia puesto que en el acto de diagnosticar una OSP específica con premura, lo que se está realizando en realidad es cancelar a la persona. Por buscar la coherencia al interior del sistema, *“se elimina el ser mío del actuar y del sentir, la singularización ocasional de los actos”* (Arciero, 2009). De modo que cualquier intervención consignando las OSP como hipótesis ontológica, puede significar un patrón interpersonal con poder heurístico para solamente *acercarse* a entender al paciente.

Aclarado lo anterior, se señala que el desbalance emocional tomará hipotéticamente un curso en relación al propio estilo de funcionamiento personal. Cada uno de estos estilos presentará ciertas tendencias a desarrollar determinados tipos de cuadros emocionales según las vulnerabilidades descritas. Dicho de otra manera, las expresiones psicopatológicas tienden a relacionarse con las propias maneras de ser, de tal manera que se es más vulnerable a desarrollar cierto tipo de patologías y al mismo tiempo se resulta casi inmune a desarrollar otras.

Como se verá entonces, a consecuencia de la organización, varían las modalidades y sobre todo, el *significado de los síntomas* que emergen en los desbalances eventuales. Pero también de breves y transitorios momentos de crisis, que entran en la normalidad y que, como ya se ha mencionado pueden ser necesarios para una posterior maduración en el curso de las distintas etapas del

ciclo de vida, muchas personas de cualquier OSP pueden cursar una vida desde el punto de vista subjetivo totalmente satisfactoria, con una adecuada realización ya sea en la dimensión afectiva o laboral (Nardi, 2001).

Entonces la normalidad y la patología se ubican a lo largo de un continuo, sin discontinuidades evidentes entre una condición y la otra; son más bien conjuntos como diferentes dimensiones en el nivel de elaboración y de integración de la coherencia interna en relación a la OSP de cada individuo.

El paso desde condiciones de normalidad hacia otras identificadas como condiciones patológicas, depende de la perturbación creciente de la coherencia interna de la imagen de sí mismo y del mundo. Este paso, que se desarrolla a lo largo de un continuo, puede ser incluso reversible y resulta expresión de diferencias sobre todo cuantitativas de los niveles de funcionamiento operativo de la persona.

Ante la tentación de otorgar un trato entificado hacia la experiencia de los pacientes por considerar las OSP como sistemas con su propia coherencia, la aproximación clínica en segunda persona se orienta por lo tanto, a considerar la identificación de la OSP como *hipótesis ontológica* del sujeto. De modo que cuando un paciente presenta un desbalance determinado, los síntomas pueden ser comprendidos *hipotéticamente* a la luz de las características propias de su organización específica.

El síntoma

Según Nardi, (2004) considerar las OSP supone el énfasis en el significado subjetivo e interno de los síntomas, permitiendo captar como aspectos aparentemente similares, clasificables de manera sobrepuesta, según el método descriptivo, poseen por el contrario, significados profundamente diferentes de sujeto a sujeto, según como cada individuo ha aprendido a experimentar y referirse las experiencias vividas, lo que implica una *polisemia de significados* de las mismas expresiones sintomáticas.

Entonces la presencia de cualquier expresión sintomática adquiere un carácter *trans-organizacional*, esto quiere decir, que dicho fenómeno psicopatológico puede aparecer sustancialmente en todos los sujetos, independiente de la OSP (Nardi, 2004).

Sobre la base de lo señalado, los distintos eventos de descompensación no revisten un significado objetivo único y unívoco, válido para todos los individuos que estén presentando alguna expresión psicopatológica, sino que en realidad adquieren diversas valencias en relación a la modalidad subjetiva de ordenamiento de la experiencia vivida. Dicha modalidad subjetiva aparece claramente vinculada con los patrones de activación emocional que connotan las específicas OSP de todo individuo.

Por lo tanto, el reconocimiento de las distintas categorías psicopatológicas, cuya sintomatología constituye en definitiva una *expresión trans-organizacional*, permite una lectura cuidadosa de los variados síntomas y de los temas activados en una óptica evolutiva, partiendo de los modelos de apego y centrando el interés sobre las OSP (Nardi, 2004).

De todas maneras se subraya que los síntomas constituyen una de las diversas formas de psicopatología a que cada estilo está expuesto, lo cual refuerza el carácter trans-organizacional de los síntomas, puesto que estos *no son exclusivos de un determinando estilo de personalidad*.

Por lo general, una determinada categoría diagnóstica en vez de tener una expresión estándar e inequívoca para todos, será estructurada de acuerdo a cada OSP. Los síntomas serían procesos de conocimiento que reflejan intentos de cambio frustrados, que no permiten una adecuada asimilación de la experiencia por parte de la autoconsciencia. La etiología, entonces debe ser buscada al interior del sujeto, en su significado personal y en los acontecimientos externos, supuestamente gatillantes para el paciente (Guidano, 1994).

Es así como podemos llegar a plantear que la expresión sintomática de los distintos cuadros clínicos se puede presentar en cualquier OSP; desde este acercamiento se requiere indagar la fenomenología particular de ese fenómeno de superficie a partir del significado personal.

En estricto rigor, aspirar a captar la fenomenología o vivencia particular de un síntoma desde la perspectiva en segunda persona, siempre corre el riesgo de ser reconducida por el terapeuta a la coherencia interna del sistema.

Por citar un ejemplo, la vivencia de ansiedad de una persona una vez configurado el diagnóstico de OSP Fóbica, puede llegar a ser reconducida, sin que el terapeuta en ocasiones lo advierta, a una ansiedad asociada a la sensación de constricción o a la sensación de desprotección, pero ¿Qué ocurre cuando la vivencia de ansiedad no encaja con dicho esquema, porque el paciente se niega a confirmarla?

Bien la OSP sea tratada como objeto u ontología real, de igual manera la ansiedad será subsumida a la coherencia del sistema, con alguna explicación plausible del terapeuta, *“no quiere ser controlado con una definición”*, confirmando su apreciación.

Bien la OSP sea tratada como hipótesis ontológica, la ansiedad y su manera particular de ser vivenciada por el paciente, puede corregir y ensanchar la comprensión previa.

Es por eso, que desde la posición en segunda persona, la comprensión siempre resulta emergente. Más que la experiencia del paciente deba ajustarse a cualquier

precio a la noción diagnóstica, es esta última la que tiene que estar constantemente ajustándose a la vivencia del paciente.

Como planteaba Guidano (en Quiñones, 2001) que el terapeuta conozca en detalle el funcionamiento de cada OSP le puede permitir explicar bastante bien los problemas desde un punto de vista clínico y le puede favorecer entender cómo hacer las intervenciones y “*conocer*” las situaciones más importantes del ciclo de vida que puedan desencadenar cuadros clínicos. Cuando Guidano define el rol del terapeuta como Perturbador orientado estratégicamente, alude a esta última cualidad como que el terapeuta persigue una estrategia muy precisa que deriva de “*saber*” cuál es el tipo significado personal del sujeto.

Bajo estas consideraciones el terapeuta se puede ver *tentado* a recoger los aspectos invariantes que unifican y dan continuidad a un significado emocional. Ejemplo de esto es como puede llegar a intervenir el terapeuta al abordar la historia afectiva/sentimental del paciente, pues la meta de definir un estilo afectivo, se puede traducir en la actitud terapéutica de delimitar relaciones significativas de las cuáles no lo son, lo que va develando patrones de clasificación de las parejas que resultan *coherentes* con un estilo vincular que se ha ido configurando gradualmente, sobre todo si se busca la coherencia del estilo afectivo revisando aquellos aspectos invariantes del inicio, mantención y términos de las relaciones (Guidano, 1994). Es decir, conocer procesualmente una OSP, puede tener el efecto trazar una guía para buscar sus aspectos invariantes. Tener una sensibilidad hermenéutica, de segunda persona, traducida en considerar las OSP como hipótesis ontológicas, por lo menos significaría preguntarse si los aspectos invariantes precisamente existen en la historia del paciente o son una mera introducción del terapeuta que en su búsqueda, donde se selecciona lo que le resulta coherente con su esquema preformado.

Que las OSP por el uso dado por el Constructivismo Cognitivo mantengan el estatus de *hipótesis ontológica*, presenta la implicancia gravitante de que la unicidad de una persona a partir de sus modos de ser que ya no son reducibles o reconducibles a la dinámica interna de un sistema, que implica mirar al hombre

como un ente natural y por lo tanto, como objeto descontextualizado y deshistorizado.

“El ser de un hombre se caracteriza, entonces, por los modos posibles de ser, de maneras de sentirse vivir: la experiencia es mía (Jemeinigkeit). ¡Mi ser está en juego cada vez en mis posibilidades de existir, en mis proyectos, en mis expectativas, en mis encuentros, en mis elecciones!” (Arciero, 2009, pág. 4).

En tanto, se conjuguen la temática de la continuidad emocional y premura del terapeuta por diagnosticar una cierta OSP para comprender a su paciente, se corre el riesgo de homologar el funcionamiento personal al de un constructo (OSP). La consiguiente reificación hacia la experiencia del paciente, encontrará expresión en que todo el funcionamiento se explique por dicho constructo diagnóstico, incluso lo disímil, buscando siempre la coherencia al interior del sistema; como también al modo de intervenir, donde claramente el terapeuta emitirá juicios sentenciadores (reflejados probablemente en sus aspectos locutivos e ilocutivos), en vez de tentativos.

Claramente la concientización en el uso de las ideas diagnósticas, es decir, la concepción de las OSP como hipótesis ontológicas, presenta efectos sobre el cómo se *discursean las intervenciones*. La asunción de las OSP como hipótesis ontológicas por parte del Constructivismo Cognitivo, se plasma en una actitud de prudencia y apertura que se refleja en el despliegue de las intervenciones en sus aspectos ilocutivos, como por ejemplo al hipotetizar un paciente con un estilo de funcionamiento particular: ***será que para usted la muerte es una solución.***

Vale decir, el carácter propositivo de las intervenciones claramente se condice con una actitud moderada y curiosa que realiza conjeturas, pero que al mismo tiempo se confrontan con la experiencia del paciente. Es decir, la autoreflexión de las ideas preconcebidas diagnósticas con su carácter de consciencia metodológica puede prevenir en la praxis clínica la utilización de *juicios sentenciadores* como por ejemplo: *para usted la muerte es una solución* (intervención desde un conocimiento objetivo de una determinada OSP).

Como se discursen las intervenciones desde la psicoterapia Constructivista Cognitivo en sus aspectos ilocutivos guarda relación con el carácter de hipótesis ontológicas que adopta el uso de las OSP. Esto a su vez queda ilustrado en como Safran se refiere al uso de la experiencia del terapeuta, “*es importante enfatizar la subjetividad de las percepciones de uno ya que esto promueve el que los pacientes usen las observaciones del terapeuta como un estímulo para la autoexploración, más que reaccionar positiva o negativamente a afirmaciones autoritarias*” (2009, pág. 34). Esto dice relación con la asunción de preconcepciones de manera consciente por parte del terapeuta que repercute en una actitud tentativa y exploratoria al momento de intervenir, lo cual reafirma el estrecho vínculo entre formulación psicopatológica y psicoterapia.

El diagnóstico de OSP y su articulación con su funcionamiento operativo tiene claras ventajas para el proceso terapéutico, pues le puede permitir al terapeuta Constructivista Cognitivo *hipotetizar* las posibles experiencias que el paciente no es capaz de autoreferenciar, reuniéndola en lo que se llama cuadro psicopatológico logrando conectar el *síntoma con la cadena de significados de cada persona*. Dicha ventaja igualmente se puede transformar en un riesgo, en el sentido de que el terapeuta al disponer de un *constructo anticipador*, se puede ver tentado a una *completa seguridad* acerca de *saber* cuáles son las experiencias perturbadoras que el paciente no puede asimilar, dejando por ende de constituirse en hipótesis acerca de los experiencias discrepantes para el significado personal, lo cual connota un uso de las OSP al modo objeto mental (Vergara, comunicación personal, 2012; Spinelli, 2000).

Entonces a partir de la consideración de las OSP como *hipótesis ontológica* se busca describir los diferentes cuadros psicopatológicos como el resultado de la articulación de componentes, cada uno de ellos con su propia historia y sobre todo, describir las transformaciones de estos componentes en el proceso de articulación y, por ende, histórico. Esto abre enormes posibilidades a la hora de trazar de modo comprensivo las distintas sendas evolutivas por las cuales se generan los diferentes cuadros clínicos que componen la psicopatología.

OSP y Trastornos psicopatológicos depresivos

A modo de ejemplo, se puede mostrar el modo en que Guidano examina e *hipotetiza* las distintas vías por las cuales se pueden generar estados depresivos en las diferentes OSP, lo cual permite diferenciar subtipos y con ello encarar intervenciones terapéuticas que sean *más específicas*.

Se genera una diferencia entre depresión específica y no específica. La depresión específica es la que se da en una organización depresiva y se caracteriza por una pérdida generalizada. La reacción puede ser incitada por cualquier acontecimiento que pueda activar intensamente el sentido de inutilidad del esfuerzo. Esta reacción se puede tornar más intensa, cuando es seguida de la sensación de la inutilidad del esfuerzo, dependiendo más que nada de circunstancias fortuitas o externas (Arciero, 2005).

Ahora, la reacción depresiva como expresión psicopatológica también se puede dar en una organización Fóbica, Obsesiva o Dápica, pero en esta organización es una reacción que queda definida por el dominio específico en que se produce. (Arciero, 2005). El trastorno depresivo y su manifestación van a tocar temas básicos de la organización de la personalidad predominante. Los trastornos depresivos inespecíficos pueden ser reconducidos a fracasos reiterados para resolver discrepancias que tienen que ver con los temas ideo-afectivos sobre los que se organizan las diferentes personalidades.

Es así como en la OSP Fóbica, el trastorno puede iniciarse a continuación de un acontecimiento inesperado que activa la temática ideoafectiva conectada al control. El quiebre en las tentativas de reconquistar el control sobre la activación emotiva genera una reacción depresiva (Arciero, 2005).

En la OSP Dápica el trastorno puede comenzar por ejemplo por una situación de comparación a la que el sujeto resulta incapaz de hacer frente o por la desconfirmación sufrida por parte de una persona significativa. En este último caso la impotencia para reconquistar una definición positiva por parte de aquella persona

puede generar una reacción depresiva que amplifica el sentido de vacío y ansiedad (Arciero, 2005).

En la OSP Obsesiva la emergencia del trastorno se verifica a continuación de situaciones de fuerte activación emotiva, a las que se trata de hacer frente a través de tentativas incongruentes de explicación. El fracaso en el logro de cualquier forma de certeza, conectada a una invasión progresivamente más grave de sintomatología, genera la reacción depresiva (Arciero, 2005).

De modo que captar la expresión fenomenológica de la depresión puede entregar un *diagnóstico diferencial* de OSP. Por ejemplo, un *hipotético* indicador diferencial entre una depresión entre un estilo Depresivo y otro Dápico se puede vislumbrar en que en el primer estilo, el contexto aparece como gatillador de la experiencia de pérdida, con la consecuente independencia y perdurabilidad de esta experiencia una vez desarrollada la reacción depresiva, es decir, la emocionalidad puede asumir completa independencia de la situación perturbadora, a diferencia de la depresión Dápica que en todo momento resulta contexto dependiente, reflejada en que cualquier nuevo evento subsecuente a uno significado de manera negativa, puede generar una sensación positiva de sí mismo, denotando la oscilación del sentido personal propia de este estilo de funcionamiento, lo cual visto desde una mirada en tercera persona pudiese ser concebido sintomático de bipolaridad (Zagmutt, comunicación personal, 2010).

Se ha querido mostrar precisamente como una expresión sintomática, como lo es la depresión, puede resultar comprendida a la luz de las características organizativas de un individuo, para evidenciar todo su potencial explicativo, pero al mismo tiempo, su poder atractivo para otorgar al terapeuta certidumbre acerca de la experiencia de otro.

Como se verá entonces, realizar una lectura de las síntomas consignado las OSP, puede resultar muy atractivo por el poder discriminación y sapiencia que otorgan al terapeuta, quien al presentar un concomitamiento acabado de las mismas (coherencia interna, experiencias a las cuales resultan más vulnerables), puede

soslayar lo importante que es recordar que solo son constructos que permiten comprender *tentativamente* la experiencia vivida de los otros

Desde una mirada en *segunda persona* relacionada con este constructo se permite un acercamiento particularmente útil a los distintos fenómenos psicopatológicos, siempre y cuando sea conducida teniendo presente la específica OSP como *hipótesis ontológica* donde se articulan los síntomas.

OSP como constructo teórico

Dentro de las críticas se podría mencionar, que el constructo teórico de OSP que se utiliza en términos diagnósticos presenta la *tentación*, así como de cualquier otra construcción teórica de caer en la tendencia denominada *doctrinal–especulativa* que se caracteriza por tomar unas pocas categorías muy abarcativas (Fóbica, Depresiva, Dápica y Obsesiva) y, a partir de ellas, comenzar un proceso de tipo deductivo, que finaliza en un sistema cerrado en que todo se explica en base a las premisas iniciales bajo la modalidad de justificación, que en epistemología se conoce como *coherentismo epistémico*, es decir, se trata de la justificación de un concepto en función exclusiva de la coherencia que tenga al interior del sistema, más allá de cualquier discrepancia al sistema de creencias aceptado . Desde esta tendencia, escasa importancia reviste para el caso que el procedimiento especulativo siga cierta lógica o que ocurran enormes saltos en la inferencia mediante el uso de una metáfora desbordada que une lo diferente. Lo central viene dado por querer describir la complejidad a partir de categorías de tal grado de abstracción que lo que sucede en el interior de esa complejidad es desatendido (Bleichmar, 2005).

Dicha actitud confirmatoria de diagnósticos puede otorgar mucha seguridad a los terapeutas, pues señala la hoja de ruta para el abordaje terapéutico de los temas básicos de cada organización, pero nuevamente se cae en la impersonalidad, como por ejemplo, tratar el temor al juicio externo de todos los Dápicos. Desde cualquier perspectiva, incluso la Constructivista Cognitiva, jamás las categorías invocadas permitirán entender toda la clínica, así como la complejidad de la

experiencia humana. Cuando asoma la pretensión de captar toda la clínica en base a esta racionalidad, se puede aplicar la crítica que formula Morin a estos intentos reduccionistas de acceder al conocimiento:... *“es siempre abstracta, pobre, ideológica, es siempre simplificante”* (Morin en Bleichmar, pág. 13, 2005).

Spinelli (2000) señala que las OSP, son llaves explicativas del terapeuta, que como se ha planteado anteriormente al igual que cualquier otra noción diagnóstica *no tienen entidad física concreta*, esto quiere decir, *no son ontológicamente reales*. La utilidad heurística es que permiten encontrar recurrencias generales en las formas como una persona se explica sus experiencias, dándose un significado que le permita desarrollar una autoimagen consciente que implique un sentido de viabilidad y continuidad histórica. Por lo tanto, las organizaciones no existen en sí mismas, no son entidades, sino *estructuras conceptuales* diseñadas para comprender la experiencia psicopatológica. Son solo *llaves conceptuales* del terapeuta que le permiten ordenar el relato del paciente, conceptualizar y orientar sus estrategias.

Las OSP solo contienen un riesgo al dejar de considerarse hipótesis y constituirse la realidad de la experiencia del paciente: *“el hecho de adquirir significado desde una organización y desde una estructura teórica pre-ordenada suele dar mucha seguridad a las personas...pienso sin embargo que este acto de hablar de mí refiriéndome a la organización es una manera más de no confrontarme con mi propia historia y con el hecho innegable de que la experiencia es mía”* (Arciero en Cabrera y Trujillo, pág. 6, 2009). Con estas palabras Arciero crítica y radicalmente señala que al diagnosticar desde la mirada de las OSP se pierde el *quién* de la experiencia. Desde ahí es que concibe en este acto la aplicación de las *categorías de las cosas* a la persona con lo cual se pierde de vista por completo la historia de la persona.

Arciero plantea: *“en la aplicación de las mismas categorías de la cosa a la persona se obvia que ésta se caracteriza fundamentalmente por los modos de ser, diluyéndose la posibilidad de comprender quién es la persona”* (en Cabrera y

Trujillo, 2009, pág. 11). Señala que la ontología de la persona se caracteriza por concebir que la persona tiene una propia manera de ser. Por lo tanto, la experiencia de la persona o esta manera de ser que inextricablemente lleva adelante un mundo, para quien pretenda ocuparse de la experiencia humana (terapeutas) no puede ser reducible al funcionamiento interno de un sistema o una OSP.

De todos modos, Arciero refiriéndose a los estilos de personalidad señala que son lo "*impersonal de lo personal*" y que solo se constituyen en herramientas para la terapia. Al percibir una persona con determinada Organización (fóbica por ejemplo), da lo mismo si la experiencia se trata de una persona u otra, pues se puede hablar de la misma manera, soslayando la singularidad de las historias de cada uno de ellos. Por cuanto, mientras más impersonal es la comprensión del paciente más se pierde al paciente como persona.

Aunque Arciero resulta bastante crítico y agudo con la noción diagnóstica de OSP por considerarla una categorización de las cosas más humanizada para acercarse a las persona y su historia, en este trabajo se enfatiza el carácter de *hipótesis ontológica* de dicha noción, como el uso adecuado desde una aproximación en segunda persona, para el proceder terapéutico y coherente con el modelo Constructivista Cognitivo. Dicho de otro modo, el uso de esta noción como lo expresaba la guía metafórica inicial de la alteridad como *objeto mental*, es el que pudiera configurarse en un potencial riesgo de reificación de la experiencia del paciente, por cuanto el terapeuta en el proceder terapéutico se instalaría desde un lugar de ascendencia (Arciero en Cabrera y Trujillo, 2009).

Se está de acuerdo con Arciero, en que la manera propia de ser de una persona no puede ser reducible al funcionamiento interior de un sistema u OSP, pero se difiere en que no es la noción diagnóstica en sí la que contiene una categorización de las cosas, sino su utilización (desde una posición en segunda persona tipo objeto mental o tercera persona).

En la medida que el terapeuta se allega a la posición de segunda persona tipo objeto mental para utilizar las OSP en su función de entender a quién sufre, más impersonal es su comprensión del paciente, generándose la desaparición de este como persona. Puede ocurrir que la concepción de tal constructo al modo de objeto mental puede devenir en un proceso de interpretación, donde el intérprete cual lector introduce sus propias ideas en la lectura. Como lo señala Vergara “*el terapeuta introduce sus categorías en el proceso del paciente*” (comunicación personal, 2012). Desde la hermenéutica, es como el proceso de leer en un pasaje algo que no está ahí; es insertar un significado que fluye netamente de un interés personal. De modo que al ser lo leído más bien reflejo de las ideas personales (en este caso de la preconcepción diagnóstica de las OSP), se puede caer en la analogía de leer en un texto, algo que no se encuentra allí o algo que no se ciñe al texto mismo.

Por cuanto se ha enfatizado más bien el uso dado a esta preconcepción, es que se puede señalar que la utilización de esta preconcepción teórica al modo objeto mental, puede asumir un carácter centrípeto, donde toda experiencia discrepante o diferente a dicho esquema interpretativo, igualmente puede ser atraída hacia el centro de manera confirmatoria, es decir, aquellas experiencias alejadas de la noción teórica al uso, de alguna manera, se seleccionan hasta el extremo de auto confirmarse, cual tautología. De este modo, el análisis de la historia personal o individual queda paradójicamente desvitalizado, por tanto el análisis aparece siempre subordinado al esquema interpretativo. El riesgo de cosificación aparece en la medida que se reconduce constantemente la historia individual al constructo diagnóstico.

Claramente la noción de OSP contiene un *valor heurístico* enorme para el abordaje terapéutico Constructivista Cognitivo, por lo cual la crítica más fuerte que se pudiese hacer, no tiene que ver tanto con su definición o constitución en sí misma, sino con su *uso ideologizado*, pues en la medida que se le utilice con plena consciencia de que es un constructo, se transformará en una metodología de

acercamiento genuinamente en segunda persona que permita una aproximación en la lectura de la experiencia psicopatológica de los otros.

En la medida que se entifica la experiencia de los pacientes, por intermedio de la noción de OSP, perdiendo su estatus de hipótesis ontológica, no solo se genera un quiebre con la epistemología constructivista, por cuanto la experiencia del otro se hace corresponder a una noción teórica, sino que además la concepción del hombre asume el sello de un ente natural invariante. Todo esto trasunta un tema no menor, pues la visión que se tenga del hombre, influye sobre el actuar terapéutico. Si lo que guía el proceder terapéutico es la búsqueda de certezas, siempre se hará el ejercicio de hacer corresponder la experiencia del otro al aparato conceptual (Arciero, comunicación personal, 2012).

Como plantea Arciero (comunicación personal, 2012), cuando se reduce la historia singular de una persona a un constructo, de cierta manera lo que se hace es traicionar a la experiencia misma de la persona, puesto que no se puede reducir la historia personal a patrones de recurrencia que el terapeuta presenta como dispositivo cognitivo, por muy tentador que resulte para aliviar la incertidumbre propia del encuentro con la historia singular del otro. Además que al paciente no se le puede estudiar, abstrayéndolo del mundo y su historicidad.

Finalmente considerar las OSP en un uso genuino de esta noción en segunda persona significa, que no es la historia singular siempre abierta y dinámica, la que debe plegarse a la propia perspectiva teórica, sino, al contrario, es la perspectiva de hipótesis ontológica la que debe ensancharse, incluso metamorfearse, en presencia de la singularidad del paciente.

La ventaja de disponer de una mirada en segunda persona asociada a las OSP o estilos de personalidad, es que estas orientan. Esto quiere decir que los distintos estilos de funcionamiento pueden ser vistos como *brújulas que guían* o *lámparas que iluminan* sobre el emocionar o significado personal, pero que no hablan sobre la unicidad de la experiencia del otro. De manera que no se rechazan los estilos pero se les percibe como lo que son, es decir, *mapas diagnósticos*, que se saben

estrechos para aspirar a la singularidad de la historia personal, en consecuencia, hipótesis ontológica.

Formulación relacional/Contratransferencia visceral

Claramente el concepto de transferencia-contratransferencia²⁷ cobra vital importancia dentro del psicoanálisis, asumiendo un papel central en el proceso analítico. En la actualidad dicho constructo ha trascendido su marco de referencia original, siendo adoptado por distintos enfoques con la consecuencia de adquirir distintas concepciones según el marco de referencia (Sánchez, 1999).

Tradicionalmente las descripciones de la transferencia se entienden en cómo se reproduce la temprana experiencia con los demás, lo cual ocurre habitualmente fuera de la consciencia, en las relaciones que se establecen en el presente. Los pacientes (nosotros también) no se percatan como reiteran pautas como si en ocasiones fueran plantillas del pasado que reactualizan sobre el presente. En este contexto la apuesta terapéutica apunta a evitar que el paciente repita ese patrón creando un entorno que permita el reconocimiento y la comprensión de la transferencia. Esto resulta posible cuando el terapeuta renuncia conscientemente a perpetuar dicho patrón y por lo tanto, a desempeñar el papel que el paciente le asigna, es decir, la contratransferencia (Hick y Bien, 2010).

Entonces existe un marco común al cual podemos referirnos para concebir el término de transferencia, identificándola con este desplazamiento o movilización de entidades de carácter intangible que se mueven de un lugar original a uno nuevo (Sánchez, 1999).

²⁷ Cuando hacemos mención de los constructos transferencia -contratransferencia se les utilizará desde la perspectiva relacional de Jeremy Safran, en el sentido de escenificaciones, como patrones relacionales entre pacientes y terapeutas, que reflejan el carácter personal y único de las historias, conflictos y modos de relacionarse con el mundo de ambos participantes. *“Existen esquemas relacionales compuestos de expectativas generalizadas acerca de las interacciones con los otros de una persona, que moldean su percepción del mundo interpersonal, y esto conduce a diversos planes, estrategias y acciones, que a su vez provocan reacciones que confirman su esquema relacional”* (Safran, 2009, pág. 29-30)

Como se habrá descrito anteriormente, lo que resulta importante destacar es el rol que las relaciones tempranas juegan para ir dando estructuración al sí mismo, a través de los procesos de apego. Estas relaciones tendrán una gran relevancia en la manera que el niño comienza a responder a los estímulos del medio más allá de la situación particular que dio origen a dicha respuesta. Guidano (1994), propone que la propia configuración del sí mismo está relacionada con estos primeros vínculos, y será este sí mismo, estructurado por esta interacción, el que influirá el modo de vincularse en las demás relaciones.

A modo de ejemplo, en la OSP Depresiva la dimensión del apego puede ser comprendida como un vínculo inseguro evitativo, en el que la conducta evitativa estratégicamente ayuda a minimizar la posibilidad de desarrollar conductas de apego que no serán acogidas o recepcionadas, lo que podría suscitar ira y provocaría mayor distanciamiento de las principales figuras referenciales (Sánchez, 1999).

Se podría decir, que el tipo de apego que se desarrolla a lo largo de la vida en una relación original, que tuvo una dinámica propia y particular, es posible de ser generalizado a otras relaciones a las que se responde de manera similar o equivalente y por otra parte, el modo que tenemos de estar en el mundo es configurado en esas mismas relaciones otorgándonos la tonalidad emotiva básica con la que vamos a leer los estímulos provenientes del mundo, se constituirá en el filtro por el que pasaran nuestras vivencias.

Lo que a un individuo le sucede en una relación, tiene que ver inevitablemente con su historia personal y no solo con lo que ocurre en la contemporaneidad de ese encuentro humano, por lo que la relación terapéutica no podría escapar a esta dinámica, más bien esto que le pasa puede ser tomado como una invitación a conocer la historia que sirve de trasfondo de esa manera de vivenciar el mundo (Sánchez, 1999).

Aludiendo a la vertiente de la mirada en segunda persona y su relación con las OSP, al momento del encuentro interpersonal, se puede distinguir una posible

Formulación relacional considerando el constructo de OSP, es decir, esbozando en base a esta preconcepción diagnóstica algunas de las respuestas contratransferenciales que pueden suscitar las distintas OSP. Es en este escenario donde puede surgir el riesgo de realizar un diagnóstico relacional *sólo en base al constructo*, es decir, apelando a la visión de segunda persona que considera al otro como *objeto mental*.

Al no concientizar este uso de las OSP se puede anticipar, solo en base al conocimiento de los distintos estilos de personalidad ciertas dinámicas relacionales de una dificultad en construir un vínculo con una OSP Depresiva, como al control al que el terapeuta se puede ver expuesto frente a una OSP con tendencia a la Fobia, o el impulso a definirle o aconsejarle a un paciente Dápico, por el hecho ya de haber realizado y haberse *clausurado* a un diagnóstico de OSP, en fin, se pueden trazar distintos juegos interpersonales solo en base al diagnóstico de OSP, lo cual connota cierto riesgo hacia un cierre prematuro.

A partir de la anterior reflexión, se puede asumir que el límite es bastante crítico o tenue, sobre todo en consideración a lo que plantea Guidano. Este señala que en las dinámicas relacionales que emergieran en el contexto terapéutico, la noción y comprensión de una determinada OSP permite al terapeuta construir o diseñar una relación tan efectiva como sea posible para un paciente en particular.

Es así como esboza para la OSP Fóbica, la actitud terapéutica de respetar la autoimagen centrada en la necesidad de tener el control, reflejada en ceder un margen de control en la relación. Guidano plantea: *“el terapeuta que puede anticipar los modelos de sí mismo y la realidad tácitos que tiene un cliente, seguramente va a estar en mejor posición de ayudar al desarrollo de una relación terapéutica cooperadora y segura que un terapeuta que no puede hacer tales anticipaciones”* (Guidano, 1987, pág. 225).

Se plantea límite crítico porque el disponer del diagnóstico de OSP se puede hacer una *predicción a modo intelectual* de ciertos intercambios relacionales con los pacientes prematuramente, antes de vivirlos o sentirlos a través de una

*contratransferencia visceral*²⁸, es decir, a partir de la propia experiencia que suscita el paciente en el terapeuta.

Desde el conocimiento por ejemplo, de la organización Dápica se puede anticipar distintas dinámicas relacionales: una de ellas en la relación terapéutica es cuando estos pacientes complacen la intervención del terapeuta, para luego competir u oponerse a ella. Todo esto se podría predecir únicamente desde el conocimiento en segunda persona (de modo tercerista u objeto mental) que indica que para esta organización es vital el mantener un sentido de diferenciación. Otro ejemplo a partir, del conocimiento de la organización Depresiva es que este tipo de paciente puede poner a prueba al terapeuta, porque no confía en que un otro le ayude desde su autosuficiencia compulsiva, desde el temor al rechazo, por haber experimentado experiencias similares previas, que hace que teman depender o confiar en el terapeuta, pues le puede abandonar (reflejo de experiencias anteriores con personas significativas). Ambas predicciones como *única referencia* de intercambios relacionales, vendrían a reflejar una permanente estructura a priori que filtraría los datos a seleccionar (Arciero, comunicación personal, 2012).

Sin embargo, se estima que este único acercamiento para entender las dinámicas relacionales con los pacientes, puede aparecer como una *aproximación intelectualizada*, omitiendo un acceso a la experiencia en primera persona del terapeuta, que ocurre en la medida que este se deja impactar por el influjo interpersonal del paciente (para posteriormente desenganchar o desmentir por intermedio de la experiencia, en el proceso terapéutico), levantándose de esta manera, una contratransferencia de tipo visceral.

Esta ocurriría en el contexto de un genuino encuentro interpersonal, que no se clausura inmediatamente con el diagnóstico de OSP, sino de aquella relación terapéutica que se permite acercar al otro con su experiencia particular, actitud

²⁸ Propia reactividad frente a otro. Se reconoce en la medida que el terapeuta dirige voluntariamente su atención a distintos aspectos del encuentro focalizando la mirada en la propia experiencia corporal, cognitiva y emocional durante el encuentro, “es una *autoobservación metacognitiva desprovista de juicio y validación de la experiencia en primera persona del terapeuta comprometido en un encuentro*” (Medeiros, 2011, comunicación personal).

contraria que dista del enfoque posracionalista en su versión original, donde era premisa central el prontamente realizar este tipo de diagnóstico (Safran, 2009; Arciero, comunicación personal, 2012).

Este riesgo de acercamiento intelectualizado hacia las dinámicas relacionales se ve reflejado más tajantemente por ejemplo, en la actitud del primer Posracionalismo, al iniciar la aproximación hacia la experiencia del paciente. La consigna era realizar lo antes posible la hipótesis diagnóstica de la probable OSP, la que se utilizaba como llave explicativa de los procesos de identidad sobre los que reposaba la sintomatología y que haría factible contar con una estrategia de perturbación eficaz y acorde a las características del paciente desde la sesión inicial. *“El terapeuta debe formular para sí mismo lo antes posible una hipótesis sobre la probable Organización de Significado Personal del paciente”* (Balbi en Caro, 1997, pág. 382).

De ahí que resultara primordial que el terapeuta tuviera el dispositivo cognitivo de las OSP, en el sentido de conocer los distintos dominios emocionales y sus propios itinerarios del desarrollo, pues permitían referir al paciente lo que este planteaba, en una mirada evolutiva (Guidano, 1987).

Por otra parte, tenemos la evidencia científica recogida por la psicología que destaca que la psicoterapia funciona pero no por lo que se quisiera creer, sino por los denominados *factores comunes* que denotan ciertas características particulares de la relación humana, que se genera entre terapeuta y paciente. Esto permite afirmar que la única posibilidad de que una psicoterapia resulte efectiva es cuando la figura del terapeuta se haga *presente* en una relación real (Zagmutt, 2010). Existe consenso entre los terapeutas en que la praxis terapéutica requiere de la presencia de otro, para poder reorganizarse la Identidad Narrativa del paciente, lo cual reafirma esta concepción de la importancia de la relación *yo-tú*, donde el terapeuta está enteramente implicado en la relación, desde una escucha activa tanto del otro, como de sí mismo (Yáñez, 2005).

A propósito de la evidencia y de la investigación científica es que ha quedado al descubierto un sustrato neuronal de los procesos implícitos asociados a la empatía.

Una de las explicaciones neurobiológicas más coherentes para este fenómeno ha sido formulada a partir del descubrimiento de las llamadas neuronas espejo, un subconjunto de las denominadas neuronas multimodales que tienen la capacidad de ser activadas de modo directo por medio de diferentes modalidades sensoriales. Desde esta perspectiva, se trata de neuronas que fundamentan un mecanismo neurobiológico de comprensión implícita de las acciones de los demás y de las intenciones que les subyacen (Rizzolatti, 2006).

La existencia del sistema de neuronas espejo permite suponer que en los procesos de comunicación inconsciente en la relación psicoterapéutica, las señales expresivas implícitas del paciente pueden activar en el terapeuta un patrón neuronal resonante similar al del paciente que es entonces compartido entre ambos y que fundamenta la comprensión empática y el entonamiento afectivo (Siegel, 2010).

Las neuronas espejo posibilitan entender la comprensión emocional desde un sustrato neurobiológico, son neuronas sensomotoras que funcionan de manera automática reproduciendo lo que hacen los otros. Se aleja de la teoría de la simulación de la experiencia de los otros por cuanto este acto comprensivo ocurre de manera pre-reflexiva. En este contexto, la actual disciplina llamada neurobiología interpersonal²⁹, posibilita realizar la distinción entre una comprensión inmediata, prereflexiva y una comprensión de tipo intelectual acerca de la experiencia del paciente.

Entonces con la lectura de OSP utilizada tipo *objeto mental* y no como *hipótesis ontológica*, el terapeuta puede simular la experiencia del otro, mientras que con la lectura en segunda persona tal como la plantea Buber, el terapeuta puede comprender en lo inmediato a su paciente a través de dejarse impactar por su

²⁹ Según Daniel Siegel (2010) se basa en la integración del conocimiento procedente de varias disciplinas para entender el mindfulness. Se combinan los conocimientos de la neurología con los de las ciencias del apego. Esta combinación permite valorar como funcionan tanto el proceso fundamental de la sintonía en el cerebro cuando entra en estados de resonancia interpersonal como la forma de sintonía intrapersonal con atención plena o mindfulness.

influjo interpersonal, para después de un ejercicio de atención focalizada poder tematizarlo (Safran, 2009).

Encuentro interpersonal real/ Presencia terapéutica

Tal como lo reseñan las palabras de Buber, *“la relación con el Tú es directa. Entre el Yo y el Tú no se interponen ningún sistema de ideas, ningún esquema y ninguna imagen previa”* (Buber, 2010 pág. 13), lo cual significa un encuentro genuino con otro, que expresa de manera radical una verdadera actitud fenomenológica: *“Todo medio es un obstáculo. Solo cuando los medios están abolidos, se produce el encuentro. Ante la relación directa, todas las relaciones mediatas pierden su valor”* (Buber, 2010, pág. 14).

Desde este marco de referencia para contemplar la realidad relacional, se plantea que la *presencia terapéutica* significa estar abiertos al plano de la posibilidad única que significa la relación con cada paciente en particular, en lugar que el terapeuta se quede atascado con rigidez en sus sistemas de ideas preconcebidas o siendo esclavo de las mayores probabilidades por anticipar los desbalances por el conocimiento de una determinada organización.

Mayor *presencia terapéutica* exige ser receptivos, especialmente por lo impredecible de cada encuentro terapéutico, puesto que si se funciona exclusivamente en base a preconcepciones diagnósticas o las mayores probabilidades en base a predicciones por un determinado constructo, se impedirá estar verdaderamente abiertos, es decir, tener una presencia terapéutica (Siegel, 2012).

Estar presentes como terapeutas implica la disposición de estar abiertos a cualquier experiencia que surja en el encuentro terapéutico. La presencia terapéutica significa apertura, reconocer las propias inclinaciones, supone el movimiento flexible de alejarse los terapeutas de las probabilidades, evitando toda tendencia que encierre al paciente en las lecturas preconcebidas. Significa la capacidad de retornar al momento presente de la interacción con el paciente, para

relajar el poder de las preconcepciones arraigadas en el proceso de formación (Siegel, 2012).

En definitiva se puede definir la presencia como un estado de apertura, de estar abiertos a las posibilidades que genera un encuentro terapéutico, como si fuera la primera vez, desprovista de juicios hacia el otro. En este contexto, resulta necesario que el terapeuta pueda advertir la propia tendencia a imponer la agenda a partir del conocimiento disponible, para poder desidentificarse, pues claramente las predicciones basadas únicamente en las preconcepciones diagnósticas son limitadas.

En la medida que el terapeuta contempla las ofertas relacionales certeramente sólo desde sus constructos diagnósticos, y no como *hipótesis de transferencia*, inmediatamente desaparece de un verdadero encuentro, perdiendo información valiosa acerca de sí mismo (contratransferencia visceral) en relación al otro, que aparece en la medida que se está presente como terapeuta, y lo cual a su vez se puede poner al servicio de una Formulación relacional. *“Se requiere sensibilidad interpersonal, ser perceptivos, tener tacto y capacidad de involucrarse en un diálogo genuino con los pacientes-uno a través del cual estén dispuestos a desafiar sus propias preconcepciones acerca de lo que está ocurriendo”* (Safran, 2009, pág. 30).

“Sin duda, más de un hombre que en el mundo de las cosas se satisface con el conocimiento empírico y el uso que hace de ellas, se ha construido por sobre el mismo un sistema y estructura de ideas donde encuentra refugio y paz de la agresión de la nada” (Buber, 2010, pág. 15). Palabras que análogamente pueden dar cuenta de la tendencia terapéutica a buscar asilo en el mundo de los constructos cada vez que se enfrenten a la incertidumbre del encuentro interpersonal.

Quizás una manera de comprender a que apuntan ambas lecturas de segunda persona, esto es objeto mental y sujeto relacional, es aludiendo análogamente a lo que significa la diferencia entre la simulación y comprensión inmediata de la experiencia de un otro. Cuando se realiza el acercamiento desde la mirada de

objeto mental de cierta manera lo que despliega el terapeuta es un ejercicio de mentalización o de simulación de la experiencia del otro a partir de una noción diagnóstica, por cuanto si aparece un acercamiento hacia la experiencia del otro, es de manera inferencial (Iacoboni, 2010).

A diferencia de las habituales exposiciones sobre la Teoría de la Simulación, la escuela intersubjetiva a luz de las investigaciones señala que la simulación está *corporeizada* para caracterizarla como un proceso obligatorio, preracional y no introspectivo. La intercorporeidad es la principal fuente de conocimiento sobre los otros de que se dispone, por encima y más allá de la lectura de las mentes (Gallese, 2011). Cuando el terapeuta se instala relacionamente, y se concibe teniendo la mirada de sujeto intersubjetivo, se permite recibir el impacto relacional que el paciente suscita en él, y a través de esa información de primera fuente (propia reactividad o tendencias a la acción) o conocimiento corporeizado, comprende de manera vivencial el estilo relacional de ese paciente, lo que posteriormente tematizado se pone al servicio de una Formulación relacional, y en consecuencia para la psicoterapia.

Es distinto entonces, si la figura del terapeuta solo o únicamente a partir del diagnóstico de OSP anticipa una dinámica relacional particular, que tener la apertura para advertir el influjo particular de ese paciente particular en el *momento mismo en que aparece*, sin dejarse nublar por la aparición de las preconcepciones. Al considerar *exclusivamente* el constructo de las OSP para realizar *hipótesis de transferencia* se tiene una visión puramente mentalista de la intersubjetividad. La diferencia descrita también remite nuevamente a la posición conocida Teoría de la Mente que tiene como fuente el subjetivismo cartesiano que significa entender la mente de los demás a través de un proceso inferencial versus la de la simulación personificada que apunta al entendimiento de las situaciones interpersonales de modo inmediato, casi reflejo y automático (Gallese, 2011).

Aplicado al uso que se le puede conferir del diagnóstico de OSP, el terapeuta lo que puede llegar a realizar es un mero ejercicio de simulación, donde simula o recrea dentro de su propia mente, lo que experimenta o siente el paciente, generando un modelo interno de la otra persona. De utilizarse de esta manera el diagnóstico, dicho funcionamiento se debería a que se sigue manteniendo un modelo de operaciones mentales que privilegia las explicaciones de los conocimientos de los demás, basándose en los propios procesos mentales internos como la principal fuente de entendimiento de los otros.

Mientras que la *simulación encarnada* implica encontrar en la propia mente a través de una experiencia corpórea, visceral, un sentimiento o pensamiento que es suscitado por la experiencia del paciente. Para Gallese y sus colegas (en Sassenfeld, 2008), el proceso intersubjetivo de la simulación encarnada puede visualizarse como base para el uso clínico de las reacciones contratransferenciales del terapeuta al permitir una comprensión implícita directa y no inferencial de los afectos del paciente. Más allá, enfatizan que el sistema de neuronas espejo implica que en todo intercambio interpersonal se produce una especie de inducción automática e inconsciente de lo que el otro siente en cada uno de los participantes. Lo que se plantea es que puede resultar útil para el uso clínico la simulación encarnada, pero es necesario aclarar que esta por sí misma no tiene efectos terapéuticos, pues para su utilidad requiere de la elaboración explícita.

Lo que se quiere enfatizar no es que el terapeuta abandone lo que pudiesen reflejar ciertos patrones interpersonales como hipótesis de transferencia por presentar determinada organización como dispositivo cognitivo, muy por el contrario, que utilice los constructos diagnósticos (con un uso desidentificado de los mismos y por lo tanto, como conjetura) de tal manera, que no generen la clausura mental para involucrarse en una relación real con un otro y de esa manera, ir cotejando lo que realmente ocurre en la relación terapéutica, lo cual entraña los aportes de la confluencia gadameriana y buberiana, en el sentido de hipótesis ontológica y presencia terapéutica respectivamente. De hecho algunos autores como Paula

Heimann (en Safran, 2005) consideran que la comprensión inconsciente del terapeuta sobre la experiencia del paciente, es claramente superior a su comprensión consciente o intelectual y que al lograr atender a los sentimientos generados por el paciente se podría tener un mayor acceso a esta comprensión inconsciente.

El énfasis en la reconstrucción de episodios de interés terapéutico (fuera de la sesión) se ha convertido en el eje central del accionar terapéutico del posracionalismo (surtidor del modelo Constructivista Cognitivo). Esto con la consecuencia de que aquello vinculado a la relación terapéutica ocupa un lugar más bien subsidiario. La figura del terapeuta y su proceso de disciplina interior de observar el influjo interpersonal del paciente aparece secundariamente, de manera que el terapeuta no utiliza mayormente su propia referencia para realizar un diagnóstico contratransferencial, aspecto que si considera el enfoque Constructivista Cognitivo. El posracionalismo obtiene información diagnóstica sobre la conducta relacional del paciente por medio de su relato sobre episodios interpersonales con otros significativos, los cuales dan cuenta de cómo se cristalizan experiencias relacionales reiterativas y lo cual le permite generar hipótesis acerca de cómo podría transferir a la relación terapéutica sus expectativas de los otros significativos y sus patrones habituales de respuesta a dichas personas (McCullough, 2003).

De modo que al realizar el diagnóstico de OSP, por intermedio de la reconstrucción de los distintos episodios, se obtiene material acerca de los temas vitales interpersonales. Al enfocarse el terapeuta en diversos sucesos problemáticos que haya experimentado el paciente a lo largo de su trayectoria vital, se advierten sus *métodos de solución* al afrontar esas dificultades (por ejemplo, pelear, llorar, ignorar, resignarse, alejarse de los demás, desesperarse, etc.). De esta manera, el diagnóstico de una organización en particular, más la evaluación de los temas interpersonales arroja información (indirecta) que puede ser utilizada subsecuentemente como medios de predicción de cómo se comportaran los pacientes cuando surjan problemas con el terapeuta. Esto quiere decir, que la

noción de OSP presenta una función que contiene la ventaja de *ser anticipadora*, pero que su uso exclusivo para reducir la incertidumbre, al mismo tiempo puede generar la desventaja de dejar de *apreciar plenamente* lo que ocurre en el encuentro mismo en el momento en que se produce. Safran (2005), sobre este punto señala que las formulaciones clínicas deben estar guiadas y revisadas a la luz de los datos extraídos del examen continuo de lo que se está produciendo en el aquí y en el ahora de la relación terapéutica, puesto que por una parte nunca es seguro asumir que la interacción que se escenifica en la sesión terapéutica sea paralela a los patrones que son característicos en la vida diaria del paciente. De manera que la similitud entre la relación del terapeuta con el paciente con la de este último y sus otras relaciones debe mantenerse siempre como una cuestión abierta y por lo tanto, sujeta a revisión.

Esta información privilegiada se puede complementar con lo ocurrido en el eje sincrónico, esto quiere decir, a través de observar la manifestación del proceso transferencial entre paciente y terapeuta. Gracias a las reacciones que el terapeuta reconozca en sí mismo, este puede llegar a conclusiones sobre como los otros se sienten, o como eventualmente se comportan en el encuentro con el paciente. *“Es necesario entrenar al terapeuta en refinar sus habilidades de poner atención, con el propósito de llegar a darse cuenta de y hacer uso, de su experiencia interna como fuente potencialmente importante de información”* (Safran, 2009, pág. 34). Los sentimientos de contratransferencia del terapeuta se transforman en un modo de fuente de información sobre el paciente. De esta manera, se utiliza el elemento contratransferencial, para diseñar las intervenciones. Por más que se anticipe intelectualmente la configuración relacional que puede llegar a establecer el paciente en la relación terapéutica, si el terapeuta no tiene plena consciencia de los propios sentimientos de contratransferencia se puede ver arrastrado a perpetuar el círculo vicioso que es característico de cada paciente, mientras que la consciencia de sus propios sentimientos de contratransferencia le puede conducir a profundizar en la comprensión del paciente.

Pareciera que la ventaja de anticipar intelectualmente la oferta relacional del paciente desde el constructo de OSP consistiera en evitar los sentimientos de contratransferencia, sin embargo el terapeuta al igual que cualquier otra persona se puede ver inevitablemente arrastrado a la matriz relacional del paciente, dada la *potencia* de los marcadores interpersonales³⁰. Los esfuerzos prematuros por parte del terapeuta de implicarse impedirán o dificultarán que se comprenda *quién es el paciente* en el mundo, de modo que el reconocimiento que el terapeuta tenga de su experiencia en la matriz relacional que se genere con el paciente, le permitirá acceder a una información diagnóstica sumamente valiosa.

El terapeuta para proceder al desmentido de las ofertas relacionales del paciente debe abstenerse de participar en el ciclo cognitivo-interpersonal, para lo cual es imprescindible que advierta a través del ejercicio de observación-participante entre las situaciones de estar enganchado o desenganchado, razón por la cual resulta necesario que evalúe el proceso el nivel cognitivo como especialmente la dimensión interpersonal.

Para realizar dicha empresa es necesario tener la actitud terapéutica de observar las disposiciones emocionales y esto a su vez, puede permitir verse a sí mismos más claramente en la relación con el paciente. *“La escucha terapéutica es un acto de gran complejidad, puesto que, requiere que el terapeuta desarrolle la habilidad para prestar atención simultánea al paciente y a sí mismo”* (Yáñez, 2005.pág, 140). Es así, como las elaboraciones clínicas pueden emerger en la plenitud del momento del encuentro con el paciente, en lugar de ser anticipaciones distantes de la teoría psicológica o los dispositivos cognitivos diagnósticos. Cuanto más se advierte y tranquiliza la tendencia terapéutica a buscar certidumbre y seguridad de un nicho diagnóstico para comprender a los pacientes, más el terapeuta resulta capaz de ver estas dinámicas en el momento mismo en que se producen o aparecen. Por lo tanto, cuanto más se reconoce la tendencia a situarse en una

³⁰ Acciones del paciente que parecen estar asociadas o vinculadas con los sentimientos y tendencias a la acción suscitados en el terapeuta. Estas acciones van desde conductas manifiestas hasta sutiles comunicaciones y posturas corporales paralingüísticas y no verbales. (Safran, 1994, pág. 112).

supuesta posición de privilegio (supuesto saber desde instalarse en una relación *yo-el/lo*), más el terapeuta se aleja de un encuentro real con el paciente. Descubrir estas maniobras puede permitir escapar de manera vivencial de la contratransferencia.

Evaluar en segunda persona connota necesariamente el interjuego con la primera persona del terapeuta, puesto que significa que el terapeuta reconozca la propia contratransferencia visceral reflejada en la identificación de sus propios sentimientos, tendencias a la acción y los marcadores interpersonales que lo provocan (de ese paciente particular), para lo cual resulta inevitable involucrarse, en la relación con el paciente, de lo contrario solo se tendría una noción de carácter intelectual. Esto último puede implicar el consiguiente riesgo involuntario de perpetuar cualquier patrón interpersonal, pues igualmente se pueden escenificar los patrones relacionales del paciente, en el entendido de que estos arrastran a comportamientos complementarios, sin la posibilidad del terapeuta de percatarse deliberadamente. En el fondo se requiere la actitud del terapeuta de evaluar permanentemente el esquema interpersonal del paciente desde una *comprensión experiencial* del funcionamiento interpersonal de ese *paciente particular*.

Como destaca Safran (2009), aquellos terapeutas que generen hipótesis sobre el estilo relacional del paciente que no son basados en sus propias tendencias a la acción tenderán a equivocarse. Reflejo de esto es la premura de hipótesis acerca de lo que está sucediendo en los intercambios relacionales, omitiendo el acceso de lo ocurre en los propios sentimientos o tendencias a la acción del mismo terapeuta.

La Formulación relacional que se propone a través de la *contratransferencia visceral* significa que el terapeuta monitoree sus propios sentimientos, tendencias de respuesta y acciones, y utilizarlas para ayudar a identificar las acciones y comunicaciones del paciente. *“Este estado mental parece involucrar un proceso de soltar y entregarse a la propia experiencia, al mismo tiempo que reflexionar sobre ella de un modo no enjuiciador. Involucra cultivar el tipo de espaciosidad interna que permite que los pensamientos y sentimientos propios emerjan como son, y que aparezcan y pasen más bien libremente, en lugar de intentar controlarlos*

rígidamente” (Safran, 2009, pág. 33). La *atención plena*³¹ apunta a la posibilidad de que el terapeuta dirija voluntariamente su atención a distintos aspectos del encuentro, es decir, poder pasearse por una atención focalizada en el otro desprovista de juicios y con validación de la experiencia en primera persona de sí mismo, comprometido en un encuentro real y genuino (que excluye cualquier acting terapéutico). En la medida que el terapeuta sea capaz de soltar amablemente sus nociones diagnósticas es que el paciente aparecerá cual *tú buberiano* (genuina segunda persona), en toda su plenitud. Cuando el terapeuta se perciba analizando, comparando, evaluando o tratando de comprender, debe advertir esas tendencias (lectura en tercera persona) y volver amablemente al simple reconocimiento del momento presente. Solo una adecuada Formulación relacional basada en una contratransferencia visceral, será a fin de cuentas el punto de partida para posteriores intervenciones.

Mahoney entiende la sintonización como una apreciación de la conexión que hay entre las persona, *un nosotros*, lo cual incluye las propias sensaciones corporales y la intuición. Concibe el conocimiento como mucho más sutil que las distintas disciplinas o ciencias lógicas. En las siguientes palabras retrata sus alcances respecto de la consideración de la corporalidad: “*si el verdadero objetivo es llegar a conocer a una persona de una forma que pueda serle útil, entonces es importante apreciar que los procesos de conocer a otro y de conocerse a sí mismo están íntimamente relacionados*” (Mahoney, 2005, pág. 92). Palabras que reflejan lo abrumadora evidencia acerca de los procesos de conocimiento tácito y la referencia a la corporalidad como un aspecto fundamental. Este autor considera poco prudente ignorar los propios procesos internos en el intercambio personal. Más bien, se debe utilizar el buen juicio para responder ante las propias reacciones, pero considerando que estas mismas reacciones ante los pacientes

³¹ Según Kabat-Zinn (2008) es una facultad entrenable para cultivar nuestra capacidad de prestar atención al momento presente. Este cultivo sistemático de la atención plena es proveniente de la meditación budista. Para Safran (2009) es un método de autoexploración que puede ser adaptado para ayudar a los terapeutas a cultivar una postura de observación-participante, donde el terapeuta dirija la atención para tomar consciencia de los propios sentimientos en la medida que estos emergen en el momento presente del encuentro con el paciente.

aportan una inestimable información sobre la experiencia que se tenga de ellos. En resumen el conocimiento que el terapeuta tenga de sí mismo corresponde a una valiosa contribución para el proceso diagnóstico.

Adquiere más sentido la noción de *contratransferencia visceral* que hablar del estado mental del terapeuta. Resulta más adecuado, hablar del estado encarnado de ser del terapeuta. *“La mente se encarna y la interacción entre paciente y terapeuta, como cualquier otra interacción humana, implica un proceso de influencia y regulación recíprocas a un nivel corporalmente sentido. El núcleo del proceso terapéutico implica la comunicación afectiva a niveles tanto conscientes como inconscientes”* (Safran en Hick y Bien, 2010, pág. 193). Lo anterior significa, que las emociones suscitadas por el influjo del paciente pueden ser consideradas como una especie de *conocimiento encarnado*. Esto permitirá que el terapeuta pueda evaluar vivencialmente la naturaleza de la configuración relacional del paciente, y a registrar actos, y comunicaciones específicas que influyen en ella. Estos actos, son los que anteriormente se han señalado como marcadores interpersonales.

Aludiendo a la filosofía interhumana de Martin Buber, el terapeuta Constructivista Michael Mahoney plantea que para poder ayudar al paciente se requiere una actitud de *encontrarse* con él, en un compromiso caracterizado por una presencia humana auténtica por ambas partes. *“debo tratar de conocerle, pero no como un científico que examina una muestra biológica ni como un médico que atiende las demandas de un enfermo. Debo encontrarme con él en su propio terreno, en sus propios términos y en su vida actual”* (Mahoney, 2005, pág. 80).

Entonces, el Posracionalismo aporta al Constructivismo Cognitivo un conocimiento en segunda persona acerca de ciertos estilos de funcionamiento u OSP, que puede hacer prever ciertas ofertas relacionales más típicas desplegadas por el paciente, pero solo de un modo *conjetural*, cual *hipótesis de transferencia* a contrastar mediante la *contratransferencia visceral* o *simulación encarnada* que suscita ese paciente particular.

La tarea terapéutica consiste en generar un espacio interpersonal en el cual el terapeuta tenga en consideración dichas *brújulas* pero que no reaccione precisamente en la forma esperada, más por el acercamiento relacional provocado y vivido, que por lo entendido previamente, por lo cual se hace importante que monitoree desprejuiciadamente su disposición contratransferencial y ayude al paciente a tener experiencias novedosas dentro de una relación protegida.

Entonces la mirada en segunda persona consiste en la consignación de las OSP como hipótesis ontológicas lo cual implica para el terapeuta trazar ciertas ofertas relacionales del paciente que se verán corregidas por el encuentro mismo con este.

VIII. MIRADA EN PRIMERA PERSONA

Zagmutt (2012) plantea dos actitudes que pueden guiar nuestro accionar terapéutico, que claramente connotan una actitud en tercera respecto del sufrimiento del paciente: la primera de ellas se relaciona con la aplicación de técnicas, generalmente validadas por la psicología de la evidencia, lo cual otorga una importante cuota de seguridad de estar haciendo lo correcto. La segunda actitud, cuando la primera no surte efectos o simplemente se carecen de las competencias necesarias para llevarlas a cabo, es la de una sobre involucración con el paciente, asumiendo el terapeuta el rol de asesor o en el peor de los casos íntimo del paciente.

Ambas actitudes, reflejadas en el furor curandis del terapeuta, implican la consideración del hombre con su aflicción como carente de recursos, defectuoso, siendo en consecuencia los terapeutas, reparadores o salvadores de un ser desvalido ante la realidad. Entonces la manera de concebir al hombre con su sufrimiento, es como una cosa u objeto por reparar de algo que carece, y por lo tanto, al terapeuta como si estuviera en un taller de reparación, donde la modalidad de concebir al hombre es meramente un objeto.

Se estima que existe otra modalidad de concebir a la persona aquejada por un dolor psíquico, que solicita nuestra atención, que no corresponde a la de un objeto descompuesto que hay que reparar, y esta corresponde a *quién* es la persona que porta ese sufrimiento, como es su manera de ser, su manera automática de vivir que le lleva a solicitar ayuda terapéutica. En definitiva quién es ese otro que sufre (Zagmutt, 2012).

En este contexto, se considera qué al interior del Constructivismo Cognitivo se puede articular una mirada en primera persona que se interese por él *quién* de la persona que padece, asumiendo simultáneamente las restricciones que eso significa, para una comprensión del otro.

Como primer punto es necesario aclarar que considerar esta perspectiva no significa que se tenga un acceso privilegiado a la experiencia subjetiva del otro, afirmar lo contrario, sería una manera tercerista de concebir el acercamiento hacia la experiencia de alteridad, cayendo en el proceso de *interpretaciones correctas* que entrañan una mirada objetivista que contempla desde *fuera*. Por lo tanto, realizar una aproximación de esta envergadura, parte de la premisa que esta se constituye solo en una *aspiración*, lo cual otorga un sello de mayor consciencia hermenéutica para el terapeuta (Yáñez, 2005; Varela, 1999).

Dicha aspiración incluso queda ilustrada en cómo se concibe la escucha desde el Constructivismo Cognitivo, donde existe más un isomorfismo intencional que comunicativo, lo cual significa aceptar la imposibilidad de captar al otro en su totalidad, es decir, asumiendo que una consensualidad total entre terapeuta y paciente, es solo una ilusión comunicativa.

“En otras palabras, los sujetos pueden concordar en la intención comunicativa, pero sin que necesariamente alcancen una plena equivalencia en los contenidos que vehiculan esa intención” (Yáñez, 2005, pág. 141).

Varela (1999) plantea que resulta imposible una metodología en primera persona, sin asumir en algún momento la posición de la experiencia directa que busca validación, es decir, una mirada en segunda persona genuinamente relacional. De otra manera, el proceso se convierte en algo puramente privado e incluso solipsista. Este autor sostiene que las metodologías en primera persona no son una empresa sencilla, pues requieren de una dedicación sostenida y de un marco interactivo, antes que los datos fenomenológicos significativos puedan hacerse accesibles y validables, lo cual, no hace sino atender el papel significativo de la mediación o relación (segunda persona). *“Lo subjetivo inevitablemente está intrínsecamente abierto a la validación intersubjetiva, si somos capaces de proveernos de un método y procedimiento que así lo permita”* (Varela, 1999, pág. 296). Es decir, se parte de la premisa que el terapeuta para emprender el abordaje en primera persona (incluso la tercera persona) claramente necesita de la

convalidación de la segunda persona, cuestión que denota el carácter intrincado de las distintas miradas.

Para Arciero la experiencia en primera persona significa *“la experiencia irreductible de ser sí mismo, relevante para el sujeto que vive, el cual puede ser capaz o no de explicarla. Lo que se siente al ser ese sí mismo es accesible solo desde su peculiar punto de vista. Mi sentirme vivo, mi mirar el mundo, mi alegrarme o mi sufrir, en otros términos, la cualidad de ser siempre mía de la experiencia, no puede derivarse de un enfoque en tercera persona”* (2009, pág. 24).

Bajo estas premisas, esta modalidad de acercamiento *pretende* la comprensión de la experiencia del paciente y de su coherencia, por medio de la inmersión en el mundo y en la historia del otro, por lo cual se considera que los datos experienciales de la vivencia del otro son *irreductiblemente válidos*. Esto requiere de la capacidad de resonancia empática que significa la habilidad de experimentar otra consciencia sin confundirse en ella; esto quiere decir que la experiencia del mundo de otro se propone de manera diferente de la experiencia propia. Desde esta perspectiva se torna visible la *historia del enfermo* desde su propio punto de vista o su propio padecer (Arciero, 2009).

El llamado conocimiento empático, surge como la aspiración terapéutica de acceder a vivenciar lo que le ocurre al paciente desde el marco de referencia de este, dicha comprensión empática de la experiencia de un determinado paciente se ve desacreditada continuamente por los hechos. Puesto que la empatía es un ideal imposible de alcanzar en un sentido absoluto, su condición depende del grado de libertad de los presupuestos que tenga el terapeuta. Yáñez remarca *aspiración* puesto que esta es sólo una intención, que obedece a la *“imposibilidad experiencial de instalarse en el marco referencial del otro”* (2005, pág. 69). Como también lo expresa Arciero *“Esta comprensión inmediata del otro como similar a mi está atravesada por una disimetría fundamental, que se torna evidente en la diferencia entre el cómo tengo acceso a mi experiencia y la imposibilidad de penetrar en el flujo de las experiencias del otro; es la brecha infranqueable que señala la distancia entre uno mismo y el otro como aprehendido por el Sí Mismo”* (2005, pág. 70).

Estas afirmaciones de carácter radical no hacen más que enfatizar la *aspiración* como principal característica de una comprensión de la experiencia del otro. De modo que, lo que se pretende desde una perspectiva en primera persona es asumir mayores tintes de prudencia y humildad para evitar una *presunción de comprensión*. Pues mientras más se disponga de la seguridad de estar comprendiendo al paciente, más el terapeuta se aleja de la experiencia de quién sufre, de modo que una comprensión desde *una aproximación en primera persona se sabe siempre insuficiente* y por lo tanto, *parcial*.

Desde una mirada en primera persona, se estudia la experiencia del paciente, no como un concepto abstracto sino en su singularidad, lo cual implica considerar a la persona en su devenir histórico, o más específicamente concibiendo al hombre como un ser encarnado en la historia, su historia personal.

La aproximación a la primera persona en este trabajo, presenta una doble consideración, que viene a reflejar además, el carácter entramado con las otras miradas, especialmente en lo que dice relación con el acercamiento en segunda persona. Esta doble consideración en primera persona, incluye por lo ya enunciado, la aspiración de la comprensión del otro como primer punto, y como segundo, la consideración de la experiencia propia del terapeuta para emprender ese proceso, donde como lo señalara Leiva, *“las técnicas deberían incluir la capacidad de utilizar la propia humanidad como instrumento terapéutico”* (1999, pág. 63).

De modo que cuando se desarrolle las distintas maneras de abordar al paciente en su singularidad, se revisara el aporte del terapeuta, también en primera persona.

Mirada psicopatológica desde la primera persona

Se parte de la premisa de que la reconstrucción narrativa de la experiencia resulta terapéutica, en la medida que se conoce el papel de la narración en la configuración de la experiencia humana, como también la relación entre el grado de articulación de la trama narrativa y la experiencia de sí mismo. El supuesto esencial sobre el que reposa el ejercicio de la psicoterapia reside en establecer conexiones entre los síntomas, el contexto vital en el que esos fenómenos de superficie se manifiestan, y el grado de articulación de la experiencia vivida.

Es conocido por los terapeutas Constructivistas Cognitivos que cuando nos instalamos desde una posición de segunda persona utilizando el constructo de las OSP en el despliegue dinámico de sus dimensiones operativas y en específico, cuando la experiencia del paciente es procesada en términos concretos y rígidos, el estado mental complejo es reducido a una vivencia ajena al sentido de sí mismo, teniendo como consecuencia la mayor probabilidad de la *emergencia de síntomas*. Estos son experimentados como algo que surgió de la nada, y que no guardan relación con uno mismo, por lo tanto, estos síntomas no son reconocidos ni articulados como parte de la propia experiencia, resultando *acontecimientos sin trama* (Miró, 2005).

En este mismo sentido, lo que ocurre o se evidencia en la práctica clínica es que el paciente resulta incapaz de conectar su sintomatología con su contexto vital. De modo que surge la insistencia de los pacientes en que les resuelvan su expresión sintomática, queriendo arrastrar al terapeuta al lugar de expertos y recibir un trato óntico de su propia vivencia, lo que se refleja en querer encontrar alivio inmediato a su padecimiento. La demanda en realidad, es una *narrativa sin sujeto*; y el intento de contextualizar, como parte del proceso terapéutico, desde esta perspectiva en primera persona, en términos de relacionar sus síntomas con su trasfondo vital, no es aceptada, precisamente por la premura de la remisión sintomática, lo cual puede eventualmente llevar al terapeuta a mantener dicha narrativa sin él *quién* de la experiencia, si se responde de manera funcional, cual actitud en tercera persona (Miró, 2005).

Y sobre esto es que pueden aparecer intervenciones iatrogénicas, puesto que se puede perpetuar una narrativa sin él quién de la persona, omitiendo la importancia de la narrativa sobre la identidad personal, pues desde esta mirada se considera nuestra existencia como posibilidades de ser, más que como realidad final, concibiendo a la persona como un *quién*, que en su acontecer cada vez se apropia de sí a través de un relato que constituye su historia y su identidad. De esta manera podemos concebir a la persona como siempre singular e inmersa en una historicidad, lo cual viene a significar que somos siempre seres en un contexto, en una temporalidad (Arciero, 2009).

En la apropiación como parte del proceso de transformar la narrativa sin sujeto, se incorpora la experiencia en un relato que nos da un sentido de continuidad y unidad, y esta nueva comprensión requiere de la mediación de la reflexión, pues sin contratiempos nuestra identidad permanece siempre en una interpretación pre-reflexiva o silente (Arciero, 2009).

La estructura narrativa de la experiencia y la regulación emocional.

Es mediante la simbolización que la experiencia pre-reflexiva se estructura como una historia: la propia historia personal. En este sentido se considera la configuración de la identidad personal como un proceso de interpretación y apropiación de la experiencia pre-simbólica. Es esta dinámica la que permite que la experiencia adquiera el sentido de propiedad; como afirma Arciero (2009) *“la experiencia pre-reflexiva me implica, y así podemos decir, que me pertenece, pero es solo a través de la referencia a la primera persona singular que se vuelve propiamente mía”* (pág.13).

La experiencia ocurre simultáneamente en dos niveles: el de la vivencia inmediata y el nivel de su ordenamiento lingüístico, donde el primero es tácito, emocional y continuo, mientras que el segundo resulta explícito, cognitivo y discontinuo y además está sujeto a la estructura narrativa de la experiencia (Miró, 2005).

Desde esta consideración es que el método de la reconstrucción terapéutica o exploración experiencial³² trata continuamente de abordar la interfaz entre la vivencia inmediata y su ordenamiento lingüístico, por lo cual se trata de integrar ambos niveles de la experiencia.

La capacidad para modular la intensidad emocional está relacionada con la calidad de la trama narrativa, puesto que es esta última la que permite mediante el lenguaje, ordenar secuencialmente el fluir de la inmediatez de la experiencia. Es el lenguaje temático, el que puede representar todas las características de la activación emocional con que se experimenta una determinada tonalidad emotiva con sus distintos matices, de manera que al especificarse cierta tonalidad emocional, se torna más regulable. De una emoción global y difusa, se pasa a una emoción más diferenciada. La regulación emocional es un aspecto relevante en psicopatología, dependiendo básicamente de la estructura articulada de la secuencialización en la trama narrativa (Guidano en Quiñones, 2001).

La cuestión más importante del acto narrativo es la relación entre el grado de estructuración de la trama y la capacidad de modulación afectiva. *“A mayor capacidad de la composición de los acontecimientos para articular la experiencia propia en una unidad inteligible, mayor capacidad de modular las oscilaciones perturbadoras y assimilarlas en un sentido de sí mismo. Esto se explica por una especificación recíproca producida entre la reconfiguración simbólica de la experiencia y la capacidad de reconocer diferentes tonalidades emotivas y diferentes variaciones de una misma tonalidad emotiva, dentro del sentido de continuidad personal”* (Arciero, 2005, pág. 97).

Entonces desde una aproximación terapéutica en primera persona, se estima como causa principal de los trastornos psicopatológicos, los intentos estereotipados y rígidos de mantener una autoestima aceptable, que excluyen información que atente contra el personaje que se es o de la imagen consciente del propio paciente,

³² Esta técnica procedural representativa del modelo Constructivista Cognitivo se aplica a los contenidos que forman parte del relato histórico del paciente, o sea, aquellos contenidos traídos por éste a la sesión, tanto de su historia como de sus experiencias recientes, siempre y cuando su ocurrencia no forme parte ni de la relación ni de la sesión terapéutica (Yáñez, 2005).

por lo cual se disocian aspectos de la experiencia inmediata que terminan siendo percibidos como extraños. En este punto aumenta la probabilidad de una crisis y la emergencia de una *narración sintomática* (Miró, 2005).

Se considera de que cuando la narrativa es muy pobre, una alteración emocional intensa se puede tornar como algo ajeno, es decir, vivirse como algo que no tiene nada que ver con uno/a, que no pertenece al *personaje que se es* y si la reacción persiste, se puede convertir en síntoma psicopatológico. A diferencia de una trama que resulta rica y bien articulada, que posibilita que las perturbaciones emocionales puedan ser más rápidamente integradas a la identidad narrativa del personaje que se es.

En la *externalización*, el paciente la vivencia personal es incapaz de referírsela a sí mismo, por lo cual se ve imposibilitada la regulación emocional, generando a su vez explicaciones parciales acerca de lo que le ocurre o una ausencia de comprensión y por ende, de apropiación de la experiencia (Zagmutt, 2010).

Según Zagmutt (2010) el problema ocurre cuando la capacidad de *apropiación* está limitada o disminuida y se busca la resolución fuera de la manera de ser. Es en ese preciso momento, cuando se siente que la vida propia está fuera de control y que por lo tanto, se debe buscar la solución fuera. Todo esto presenta el significado para el paciente de no resultar capaz de apropiarse de lo que le ocurre, de manera tal que mantiene la perturbación sin poder regularla. Lo llamativo es que la experiencia del paciente que resulta desapropiada, al mismo tiempo le pertenece.

Más específicamente, en el acto de ser en el mundo se interpreta de manera pre-reflexiva y esta interpretación que ya ocurrió en el acto mismo de vivir no es explicada sino es apropiada en el lenguaje para después ser puesta en una dimensión reflexiva. Cuando esta apropiación de sí mismo no ocurre se produce una narrativa sin sujeto, cuya consecuencia es el sufrimiento y la psicopatología. El sufrimiento ocurre por la falta de integración del suceso discrepante en un sentido de continuidad personal a través de la identidad narrativa.

Actitud metodológica al síntoma en primera persona

Para ayudar al paciente a elaborar una reconstrucción narrativa de su experiencia que sea terapéutica, es importante que, desde un comienzo, el terapeuta aborde la *contextualización del síntoma*. Esto se traduce en que el terapeuta realice preguntas concretas para estudiar la experiencia del paciente del modo más *minucioso* posible, pero siempre situándolas dentro el eje diacrónico³³ o contexto vital de la persona aquejada por un padecimiento psíquico. Este procedimiento requiere de superar la idea de que los datos que se requieren en la preparación del contexto terapéutico están ahí disponibles y que es solo cuestión de *mirar y ver*. Yáñez enfatiza además de evaluar el objetivo relacionado con la motivación al cambio, también evaluar el contexto del síntoma, traducido en que el terapeuta considere *“los antecedentes y hechos significativos que puedan estar a la base del síntoma, los aspectos cognitivos que puedan asociarse a estos hechos, las conductas observables en cuestión y, las consecuencias que estas genera en el ambiente y en los otros”* (2005, pág. 85). La dificultad inicial es que los datos no están disponibles a la autoobservación, por lo tanto, sí no los conoce el paciente menos los conoce el terapeuta, desde esta perspectiva.

Es en este sentido que se recoge uno de los aportes Paul Ricoeur (1996), quien señala como punto nodal la imposibilidad de la consciencia de alcanzar un conocimiento de sí absoluto, y por tanto, clausura la posibilidad de la inmediatez y transparencia del sujeto con su propia experiencia personal, lo cual trasunta en que no hay acceso al sí mismo, sin mediación lingüística, a su vez que todo lenguaje comporta una interpretación de sí mismo (Acevedo, 2010).

Miró (2005), señala que para poder guiar este proceso de acercamiento, en específico de considerar el eje diacrónico del paciente, el terapeuta necesita conocer bien la naturaleza de los datos que maneja en la reconstrucción narrativa,

³³ Devenir histórico que destaca acontecimientos vitales fundamentales, en términos de edad y fecha de ocurrencia. Graficados en una línea de vida permite visualizar los aspectos evolutivos que han incidido en la conformación del estilo del paciente (Yáñez, 2005).

especialmente los datos en primera persona, es decir, los que conciernen a la propia historia de *quién* padece.

La naturaleza irreductible de la primera persona

Wittgenstein (en Miró, 2005) realiza una distinción sobre dos usos que se le da a la primera persona, vale decir, del pronombre *yo*. Existe un primer uso del *yo*, en el que este puede ser sustituido o reemplazado por un *Él*, ese organismo o un nombre propio. Aquí en esta utilización, la primera persona es simétrica respecto de la tercera persona. Sirven de ejemplo aquellas descripciones: “*yo mido 1,68*” o “*yo tengo unos zapatos rojos*” que resultan expresiones equivalentes a “*él mide 1,68*” o “*él tiene unos zapatos rojos*”, porque la operación que se realiza para conocer un dato u otro es la misma en ambos casos. Aunque resulta información sobre una persona, dicha operación no implica ninguna referencia personal, por lo tanto, la primera y tercera persona son intercambiables o simétricas.

La situación cambia si se dice: “*estoy triste o me duele una muela*”. Resulta distinto, pues no es lo mismo que a alguien le duela la muela a que le duela a otro, pues no se conocen ambas cosas del mismo modo. De la sensación de “*estoy triste o me duele la muela*” se tiene una consciencia inmediata, directa, vivida en el cuerpo, a la cual solo acceso quién la vive. La diferencia radica en que cuando se afirma que él está triste se realiza desde un acto inferencial o por la capacidad de simular su experiencia en la propia, de modo que de la tristeza del otro se tiene un conocimiento por simulación, mientras que de la tristeza personal se tiene una experiencia directa y personal. En estos casos, la utilización de la primera y la tercera persona no son simétricas.

Miró (2000) al criticar la visión cartesiana, plantea que este sujeto del pensamiento es solamente un *yo* y no la persona concreta que *yo* soy, se trataría más bien de un *yo* que no es nadie. Esto quiere decir, que toda vivencia de un *yo*, en el sentido relevante, está anclada en la corporalidad y la intersubjetividad o dicho de otra manera, el sentido del *yo* está anclado en el sentido que cada uno/a tiene de *ser este cuerpo*.

Desde el punto de vista de la pragmática del lenguaje, es necesario aclarar la diferencia en la utilización de los pronombres: No se dice “yo hablo de yo”, sino “yo hablo de mí” o “él habla de sí”. En todos estos casos, el sí encarna en el lenguaje la manera en que las personas son capaces de referirse a sí mismas. El sí del yo que habla de sí, es la reflexividad del yo, su autoreferencia. Y este se transforma en el único acceso que se dispone para el yo. De manera, que esta es la propuesta que establece Ricoeur en su *Sí mismo como otro*, donde sustituye la razón sustantiva de la identidad pensante de Descartes, por la razón discursiva de una Identidad Narrativa (Miró, 2005).

Entonces el único acceso que el yo tiene al sí mismo viene dado por el “sí”, vale decir, “del yo que habla del sí”. Esto se describe como el acceso del yo mediante el rodeo del sí, mediante la hermenéutica del sí en el que el yo se expresa. La vivencia es inmediata, pero la reflexión no es inmediata, requiere el rodeo del sí. Y en este rodeo del sí, que permite pasar de la tercera persona a la primera persona, es donde residen las posibilidades de intervención psicoterapéutica, lo cual comprende el diagnóstico (Miró, 2005).

A diferencia de la autotransparencia planteada por Descartes y Husserl, el sujeto dice Ricoeur, no se conoce a sí mismo directamente, sino a través de los signos depositados en su memoria e imaginario, pues *“el conocimiento y la comprensión de la subjetividad humana, no es posible de alcanzar en forma directa e inmediata, sino sólo mediante la aproximación a mediaciones, que son las propias expresiones significativas que se constituyen en el relato de la vida”* (Salinas en Acevedo, pág. 96, 2010). Entonces la concepción del sujeto moderno referente a que puede conocerse a sí mismo por la intuición, difiere por completo, de lo planteado por Ricoeur, quien plantea que sólo una persona se comprende mediante el gran rodeo indirecto, dado a través de los signos de la humanidad, representados en las obras culturales. Existe un sí mismo que no se da a conocer instantáneamente, sino que hay que buscarlo por intermedio del lenguaje.

La mediación entre una persona consigo misma, se lleva a cabo a través de los signos, símbolos, textos y construcciones culturales, que le permiten acercarse a

una comprensión siempre parcial de sí mismos (Ricoeur, 1996). Pues como lo planteara este mismo autor, se es inconmensurablemente más de lo que sé sabe de sí mismo, lo cual implica, ser insondable para sí mismo. Como lo afirma Ricoeur el ego no puede conocer ni acceder a sí mismo directamente, por introspección, solo puede comprenderse por la vía indirecta de la interpretación de los símbolos.

Ricoeur plantea que existiría una imposibilidad de un acceso directo y expedito a los fenómenos y al ego mismo, arruinando de ese modo, el ideal husserliano de cientificidad, el primado cartesiano de una inmanencia del sujeto en sí mismo, el estatuto de principio último que se le reconoce en este caso al sujeto, y por último, la concepción demasiado teórica de la autoreflexión como acto inmediato de autoconsciencia. Por lo tanto, uno de los presupuestos de Ricoeur es que el sentido o significado aparece primeramente disimulado, opaco, por lo que debe iluminarse mediante un esfuerzo hermenéutico. En este contexto, la hermenéutica trazada por Ricoeur subraya el carácter trágico de la condición humana, que no llegará nunca a una comprensión totalizante de sí misma, y la respuesta del hombre a esta aporía o camino sin salida, es el reconocimiento de que la identidad narrativa que se articula no puede considerarse nunca como estable y cerrada (Grondin, 2008).

El sí mismo y la Identidad Narrativa

Ricoeur en su obra *Sí mismo como otro* (1996), desarrolla el concepto de Identidad Narrativa como propuesta para resolver el problema de la identidad personal; su modelo permite dar cuenta de cómo el sentido de unicidad y continuidad temporal de cada uno, permite integrar la diversidad, la inestabilidad y la discontinuidad, en la permanencia en el tiempo. Es el relato del personaje que se es, el que logra esta unidad temporal y de sentido, por intermedio de la construcción de la trama narrativa.

En su concepción renovada del sujeto, Ricoeur explicita que la memoria es incorporada a la constitución de la identidad, por intermedio de la función narrativa. Cuando el sujeto se narra a sí mismo selecciona entre un cúmulo de vivencias recordadas, las que puede configurar en un relato que le de coherencia. Con esto quiere demostrar que no existe un reflejo o traducción exacta entre la vivencia y el lenguaje, de manera que el acto narrativo está constituido no solo por el relato, sino por los haces de olvidos. La falta total de autotransparencia queda reflejada en que en la narración se omiten y ocultan, de modo espontáneo y permanente, episodios de lo vivido. Lo que la persona se narra a sí misma no puede ser comprendido como reflejo exacto de la experiencia vivida. Esta dinámica deja abierta la posibilidad de construir y configurar una permanente emergencia de narraciones de sí mismo siempre en referencia parcial de la vivencia (Acevedo, 2010).

En su trabajo Ricoeur (1996) plantea como objetivo central, la opacidad en la que el hombre vive, comprendida esta como la incapacidad humana de la autoconsciencia de acceder al conocimiento de sí directamente, cuestionándose el yo moderno con acceso privilegiado a la realidad y por ende, consigo mismo. Este autor hace emerger en todo su análisis la pregunta por él *quién* como una manera de recuperar al sujeto olvidado en el estructuralismo³⁴, proponiendo de esta forma la capacidad designarse como personaje de un relato de vida.

³⁴ La corriente llamada estructuralismo surge de los planteamientos de Ferdinand de Saussure desde el ámbito de la lingüística e impregnan a otras ciencias. Según Ferrater Mora, "el estructuralismo insiste por lo común en que se trata de un método específico de comprensión de la

Necesariamente la construcción de la historia se correlaciona con la constitución de su personaje, como él *quién* al cual se refieren las acciones y las pasiones que componen la narración. De modo que con el sentido del carácter unitario de la historia se corresponden el sentido de permanencia personal, y con la variabilidad de los acontecimientos se corresponden las múltiples situaciones vitales que pueden ser integradas o asimiladas parcialmente en la identidad de sí mismo.

La función más importante del relato de sí mismo, según Arciero (2005) es la cohesión de los acontecimientos en una totalidad inteligible, pues en ella opera la síntesis de las dos dimensiones temporales de la existencia, reflejándose en que la integración se lleva cabo a través de la estructura característica de una historia, que combina en una totalidad significativa la discontinuidad del acontecer. Desde este prisma, cualquier historia mantiene su coherencia e identidad en cuanto resulta capaz de integrar aquellas situaciones imprevistas en un sentido de unidad.

La relación entre continuidad y discontinuidad en la construcción del relato, se entreteje además entre la recurrencia de ciertos dominios emotivos estabilizados, que brindan al protagonista el sentido de permanencia en el tiempo, y la variedad de situaciones emotivamente significativas, que frustra ese sentido de continuidad personal. De este interjuego interno al personaje emana su identidad narrativa. Es mediante el lenguaje que el relato de sí mismo articula la dialéctica interna, desarrollando aquellos aspectos inmutables del carácter e integrando aquellas emociones perturbadoras en una unidad coherente. Como afirma Arciero (2005, pág. 63). *“En este acto, el Sí Mismo se apropia de su sentir y accionar, modulando la experiencia de su vivir a través de la estructuración de una cohesión coherente*

realidad- y específicamente de las realidades humanas socialmente constituidas- pero es frecuente que haya, más allá de los programas metodológicos, supuestos de naturaleza ontológica, de acuerdo con los cuales las realidades de que se trate están formadas estructuralmente. No se niega en principio que haya causas y relaciones causales, ni tampoco se niega en principio que haya cambios, y específicamente cambios de carácter histórico. Sin embargo, tanto las relaciones causales como los desarrollos diacrónicos son entendidos en función de relaciones de significación y de formaciones sincrónicas...algunos estructuralistas tienden a reducir al mínimo, y hasta llegar por completo, cuando menos desde el punto de vista metodológico, al hombre como sujeto y las infinitas circunstancias y cambios en la historia. Si hay cambios, no son alteraciones dentro de una continuidad histórica, sino más bien cortes. Ello quiere decir que los hombre están sometidos a las estructuras y no a la inversa” (2004, pág.1132-1133).

que se corresponde con las continuidad del sujeto de la historia y con la unidad de la historia misma”.

Las circunstancias que rodean la vida de una persona pueden ser integradas en una historia, por tanto en una identidad narrativa siempre y cuando, las emociones que provocan puedan ser asimiladas en un sentido de cohesión de sí mismo, que correspondería a la dialéctica interna del personaje. Es decir, el acontecimiento perturbador pone en jaque la identidad narrativa, suscitando emociones que alteran el sentido de continuidad personal.

“Asimilar la experiencia inesperada implica, por un lado, la reordenación retrospectiva del espacio histórico de la experiencia y, por otro, el reensamblaje de proyectos de vida coherentes con la revisión de la historia propia...Desde el punto de vista de la dinámica interna, la integración coherente del acontecimiento comporta una modulación de las tonalidades discrepantes, que uno percibe, reconoce o transforma en variaciones del sentido de continuidad personal” (Arciero, 2005, pág. 97).

La construcción de la trama permite la articulación e integración de los acontecimientos. Es un acto cognitivo que participa de la estructura inestable de concordancia discordante característica de la propia trama. Lo que Yáñez (2005) también describe como los procesos de concordancia y discrepancia de los contenidos de la experiencia con los sistemas de significación. Se genera un proceso dialéctico revelado en la conexión entre los acontecimientos constituidos por la construcción de la trama con la permanencia en el tiempo, con su contrario la discontinuidad y la diversidad.

Desde un punto de vista narrativo, un acontecimiento se constituye en aquello que viene a frustrar las expectativas creadas por el curso anterior de los sucesos de la trama; por eso es generador de discordancia, en cuanto que surge y frustra las expectativas, pero al mismo tiempo es fuente de concordancia, en cuanto que hace avanzar la historia. De manera que la tarea de la construcción de la trama consiste en incorporar el acontecimiento y esta incorporación requiere de un sentido.

En la dialéctica entre concordancia y discordancia llevada a cabo en la trama narrativa, el personaje extrae su singularidad de la unidad de su vida, que lo diferencia de cualquier otro. Entonces la concordancia se ve amenazada por el efecto de un acontecimiento imprevisible; de la síntesis de ambas, concordancia/discordancia, hace que la contingencia del acontecimiento contribuya a la formación de una historia de vida, que implica la identidad del personaje. Desde esta concepción de la identidad, entonces el sujeto se comienza a comprender narrativamente, ya que la persona comprendida como personaje del relato no es una identidad distinta de su experiencia (diferente al entendimiento a-histórico del sujeto cartesiano), lo cual entraña la identidad con un sello totalmente dinámico.

La identidad narrativa asume entonces un papel mediador entre la concordancia/discordancia, pues el relato no solo soporta las variaciones, sino que además las busca, es decir, el relato pone a prueba la variación de la identidad narrativa que emana en el propio relato.

La identidad narrativa como constructo permite mediante el relato otorgar vida o movimiento a las identificaciones esencializadas de la modernidad que solo vislumbran la concordancia o estabilidad. La identidad narrativa facilita la emergencia de la singularidad, de una unidad propia, pero no mediante una visión aristotélica de lo inmutable de la esencia, sino que en una comprensión dinámica que nace de la mediación. Se considera que en el mismo acto en que se comprende una persona a través de una narración, se construye (Ricoeur, 1996).

Al relatar lo que ha pasado, al narrar un acontecimiento, lo que se hace es llevar a cabo una síntesis de elementos heterogéneos: por una parte, entre los elementos inconexos de la acción y la unidad temporal de la historia narrada y, por otro lado, entre los componentes inconexos de la acción y el encadenamiento de la trama. En definitiva la configuración de la trama es un acto de articulación del sentido que permite ir integrando los acontecimientos y al hacerlo de cierta manera, transforma la contingencia de su ocurrencia en necesidad narrativa (Miró, 2005).

La configuración de la trama narrativa sobre la propia vida, se construye de modo simultáneo en un personaje que se encuentra entre dos caminos, entre la permanencia y el cambio de los acontecimientos integrados en la trama. El personaje es el que hace la acción del relato. Pero ¿qué aporta, en realidad, la categoría narrativa de personaje al debate sobre la identidad personal?, ¿qué aporta respecto de la pregunta por el *quién*?

Tal como lo plantea Ricoeur (1996), la identidad del personaje se comprende trasladando sobre él la operación de construcción de la trama aplicada a la acción narrada; el personaje mismo es puesto en trama. Explicado de otra manera, la identidad del personaje se construye conjuntamente con la trama. En palabras de Ricoeur:

“es en la historia narrada, con sus caracteres de unidad, de articulación interna y de totalidad, conferidos por la operación de construcción de la trama, donde el personaje conserva, a lo largo de toda la historia correlativa a la de la historia misma” (1996, pág. 142).

La identidad narrativa es el relato que construye la identidad del personaje que se es, al construir la identidad de la historia narrada. El relato cumple la función de recomponer la atribución de la acción, ya sea, en términos de acciones, motivaciones al personaje. Simultáneamente, la categoría narrativa de personaje está sujeta a la misma dinámica de concordancia discordante (permanencia/cambio) que determina la construcción de la trama misma. Por una parte, según la dinámica de concordancia/permanencia, el personaje extrae su sello personal o singularidad de la unidad de su trayectoria vital considerada como la totalidad temporal singular que lo diferencia de cualquier otro. Por otra parte, según la línea de discordancia/cambio, esa unidad temporal está constantemente amenazada por el efecto de la ruptura de los acontecimientos de carácter imprevisible (accidentes, desencuentros, etc.), que vienen a generar un posible quiebre en la identidad del personaje. La síntesis de ambas tendencias, le otorgan a la identidad del personaje, un régimen de identidad dinámica propia de la historia narrada. Nuevamente se cita a Ricoeur:

“la síntesis concordante discordante hace que la contingencia del acontecimiento contribuye a la necesidad en cierto sentido retroactiva de la historia de una vida, con la que se iguala la identidad del personaje. Así el azar se cambia en destino” (1996, pág. 147).

La narración sintomática

Habiendo descrito la temática de identidad narrativa se puede plantear la siguiente articulación con la psicopatología. Cuando las distintas expresiones sintomáticas no son asumidas o reconocidas como parte del sí mismo, es decir, el síntoma no tiene ninguna referencia al personaje, se da paso a la externalización o dicho de otro modo, los síntomas son experimentados como externos a la identidad. La *narración sintomática* se caracteriza por conservar cierto tono de queja impotente, pudiendo aparecer bajo expresiones tales como *¿Por qué a mí?* Es como si los pacientes, desconociéndolo fueran psiquiatras que se adscriben a la visión esencialista de la psicopatología: *¡estaba tan bien y me vino la depresión!*, ignorando por completo que la expresión sintomática guarda relación con una desapropiación de la experiencia personal que paradójicamente le pertenece.

En la *narración sintomática* el sujeto no aparece inserto en una trama, por lo tanto es como si no hubiera nadie que recogiera la *queja*, por lo cual la narración asume un cariz caótico o fragmentario. Resulta caótico, porque los momentos críticos o de ruptura de la continuidad de la historia, como por ejemplo, una pérdida o desengaño, son indicativos de una alteración del marco temporal de la experiencia. Esto se puede traducir en lo referente al tiempo sucesivo y cotidiano, donde el sujeto puede presentar vivencias distintas de la temporalidad, puede llegar hacer conexiones entre hechos del pasado remoto (se retoman los recuerdos para darle una nueva significación, ahora entiendo todo *“cuando me decía que si iba a quedar trabajando, era para engañarme”*) y hechos recientes, y revivir ciertos episodios o, por el contrario, puede sentir que algunas partes de su vida desaparecieron, como si no hubieran sido vividas. Por otra parte, la narración resulta fragmentaria porque no ha podido integrar las vivencias del propio acontecer, siendo imposible el surgimiento del personaje en su propia dialéctica de concordancia/discordancia.

Por tanto, el resultado puede llegar a ser una narración desordenada, confusa y dispersa, como la propia experiencia.

De modo que en la génesis de los trastornos clínicos debe necesariamente desde esta mirada en primera persona, indagarse en la historia de las transformaciones de la identidad narrativa que el sujeto ha sido capaz de articular durante el desarrollo de su trayectoria vital. *“El trastorno clínico se vuelve comprensible sólo bajo la luz echada por la dialéctica fundamental entre el ámbito del accionar y del sentir, y su recomposición en una narración de sí mismo”* (Arciero, 2005, pág. 109).

Se estima que Safran (1994), ocupa una expresión que guarda relación con la noción de trama sin sujeto o narración sintomática, para describir la etapa inicial de los pacientes, refiriéndose a ellos como *víctimas impotentes* frente a lo que *les ocurre*. Afirma que señalar o retroalimentar a los pacientes su aporte en la interacción, puede tener la implicancia de que estos abandonen gradualmente la posición de *víctimas impotentes que no saben porque le ocurren las cosas*, atrapados en circunstancias que escapan a su lectura o comprensión, para dar paso a una postura de agente y por lo tanto, la posibilidad de ampliar su narrativa *“yo participo activamente en esto”*, en la que se perciben como participantes activos o protagonistas en los distintos intercambios relacionales.

Debido a que los pacientes inicialmente consultan desde cierta perplejidad, es que existe el riesgo de que la narración sintomática se convierta o transforme en una historia interminable; para evitar dicha situación, es necesario generar las condiciones para transformar la narración sintomática en una narración terapéutica (Miró, 2005).

Metafóricamente se podría decir que la psicopatología corresponde a una *fractura*, pues implica la pérdida de libertad en el sentido de la imposición en la necesidad de reflexionar, puesto que lo natural es que siempre las personas se ven envueltas en acontecimientos en el que su hacer y sentir rebosan de sentido sin necesitar llevar a cabo ninguna operación reflexiva para ello; entonces el padecimiento obliga a ejercer o poner en marcha el recurso reflexivo (Arciero en Cabrera y Trujillo,

2009). Cuando se produce un acontecimiento discrepante se genera una fractura donde la narración es incapaz de dar sentido al fluir de la experiencia. Yáñez lo describe con que “*la emergencia de la consciencia solo es factible en la fractura de la cotidianeidad*” (2005, pág. 90). De modo que la sintomatología es el resultado de la experiencia discrepante con la forma habitual que tiene el sí mismo de significarla frente a cuyo contenido, se siente incapaz para organizarlo o simbolizarlo.

Según Arciero (2009), la fractura implica una modificación en la percepción que se tiene de sí mismo, en el sentido de una transformación del personaje que se creía ser y del mundo en el que ese personaje vivía. La relación que existe entre historia y sufrimiento del paciente, tiene que ver con que este intenta formalizar la continuidad, o busca formas distintas de volver a tener sentido de identidad.

La experiencia de aflicción surge cuando se rompe el proyecto (la persona se ve en el futuro sin pensar en ello), entonces se requiere por un momento del salto a nivel reflexivo, para retornar a la *transparencia* o fluir de la experiencia. La motivación tácita a consultar de un paciente tiene que ver entonces porque el proyecto de vida le resulta inviable, vale decir, el personaje que creía ser ha muerto.

De modo que la *continuidad del síntoma* tiene que ver con la misma inapropiada forma de apropiarse de la experiencia o la permanente búsqueda de explicaciones que aparecen desconectadas del personaje que se es, el *quién soy*. Por lo tanto, la emergencia y mantención de un trastorno, se vehiculiza en una trama sin sujeto, donde la historia relatada no corresponde al trasfondo experiencial o dicho en otras palabras, la narración sintomática no permite acceder a la experiencia misma que la genera.

La reconstrucción de la trama narrativa

Cuando el terapeuta se acerca desde la perspectiva en primera persona, metodológicamente el primer paso para transformar la narrativa sintomática en una *narración terapéutica* consiste en *contextualizar los síntomas*. Para dicho objetivo es necesario tener la actitud de recoger datos acerca del momento exacto en el que aparece el síntoma, considerado *texto* para Arciero (consideración desde la concepción de círculo hermenéutico, donde todo texto presenta un trasfondo desde el cual se articula), y a partir de esta información ir reconstruyendo episodios relevantes. Para poder realizar este proceso de contextualización del síntoma de manera más expedita, el terapeuta puede hacer intervenciones específicas que apunten a clarificaciones en cuanto al tiempo y el lugar. Para configurar una reconstrucción narrativa terapéutica, resulta imprescindible situar los hechos en un orden cronológico o coordenadas temporales, así como establecer las relaciones causales entre ellos. Al ir fijando estas conexiones, se va construyendo una trama, una historia, que implica la *emergencia de un personaje*.

En la medida que va apareciendo una historia (por ende, un personaje), más o menos coherente, se hace posible trabajar centrando la atención, en los aspectos relevantes desde el punto de vista clínico. El trabajo de contextualización del síntoma es volver a insertar el personaje en una trama, para lo cual resulta necesaria la reconstrucción de los distintos episodios en el eje diacrónico.

Una vez configurada la trama narrativa del episodio en cuestión, se puede analizar minuciosa y lentamente, como comienza el acontecimiento, como se desarrolla y como termina. En la medida que se va reconstruyendo el personaje de la historia, el paciente se va haciendo cada vez más competente en transformar la narrativa sintomática en terapéutica, lo que significa pasar de una perspectiva externa a la interna. Esto permite ir articulando la trama narrativa de un modo más generativo y comprensivo, enriqueciéndola con detalles y con relaciones más precisas entre los elementos de la propia trama. De esta manera, la expresión sintomática que antes era representada y vivida como externa o ajena a la identidad, ahora pasa a formar parte de una trama en la que hay hechos, sucesos, personajes, motivos e

intenciones desplegadas y entrelazadas en un cierto orden, que se va haciendo más comprensible. Esto es lo que se denomina *apropiación* de la experiencia y que se traduce en que “*esto que me pasa tiene que ver con quién soy*”.

La reconstrucción de la historia con los significados propios del paciente, desde su perspectiva y según su manera de vincular entre sí los acontecimientos, promueve una renovación de sentido, que se traduce en una trama narrativa que le incorpora como personaje (Arciero, 2009).

La técnica procedural de la Exploración Experiencial desarrollada por el modelo Constructivista Cognitivo que promueve los niveles de reorganización, está caracterizada por un proceso constructivo mutuo y simultáneo de origen simbólico, que ni la pericia del terapeuta, ni la experiencia del paciente podrían anticipar. En este contexto, es que la apropiación corresponde a los propios descubrimientos que realice el paciente, siendo el terapeuta solo el director de dicho proceso, es decir, como plantea Yáñez (2005) la *apropiación* de lo dicho por el paciente, se ve facilitada solo si es él es responsable de las revelaciones acerca de sí mismo, donde solo si el paciente comprende su historia puede cambiar.

Se busca que el paciente logre tomar consciencia tanto de su propia forma de funcionar como de su identidad narrativa, para desde ahí poder abordar una reorganización de esta, de manera que la función principal de esta técnica es que el paciente logre la cohesión de sus acontecimientos en un todo inteligible, donde la estructura de su propia historia combine en una totalidad significativa, la discontinuidad del acontecer. Como señala Yáñez (2005) esta técnica al favorecer “*un proceso metódico de deconstrucción y reorganización de la experiencia del paciente, y de las explicaciones con que le otorga significado coherente desde su propio sentido de identidad*” (pág. 104), se constituye en una forma de aproximación a la identidad narrativa del paciente, para desde ahí poder ayudarlo en el proceso de deconstrucción de estas y en la generación de significados alternativos de las propias experiencias.

Una exigencia de esta técnica es que, el material sobre el que se refiere su acción, corresponde al eje histórico del paciente. *“La exploración experiencial presiona al terapeuta a ir trabajando con el material del paciente desde el eje sincrónico al diacrónico, es decir, desde la reorganización específica del evento en cuestión a la comprensión en términos de la significancia que tiene él como el sujeto vive, organiza e interpreta su experiencia en términos históricos”* (Yáñez, 2005, pág. 108). La exploración de un evento en la vida del paciente analizado en términos narrativos a través de su inteligibilidad, interpretado a su vez en un contexto histórico particular, permite que el paciente integre su acontecer en un relato coherente, lo que favorece además una reorganización de la propia identidad narrativa y por ende de la propia identidad.

Como efecto de la Exploración Experiencial se genera del descentramiento³⁵ que consiste en que el paciente comienza a diferenciar entre la realidad y la realidad según él la interpreta. El poner la realidad entre paréntesis favorece la aparición de una trama con un personaje, como también que la realidad es más bien algo que se construye. Este proceso permite verse a sí mismo como un agente del proceso de construcción, lo cual presenta como consecuencia la asunción de responsabilidad.

De manera que desde una aproximación en primera persona, si se sostiene una identidad narrativa siempre dinámica y abierta para concebir al hombre, también cambia la manera de aproximarse en la praxis terapéutica, donde claramente la historia del otro, no se puede estudiar separando a la persona que padece, del mundo y sus circunstancias.

³⁵ El descentramiento es el proceso mediante el cual un individuo se distancia de su experiencia inmediata, cambiando así la índole misma de esa experiencia. Su función es permitir al sujeto distinguir entre la realidad y su interpretación. (Safran y Segal, 1994).

Aspectos prácticos de la reconstrucción narrativa

Como plantea Ricoeur (1996) para acceder al yo, no existe camino más expedito que el rodeo del sí, entonces una praxis clínica desde la perspectiva en primera persona, necesita de una modalidad por medio de la cual se permita el acceso. La narración del sí es el medio siempre y cuando el personaje sea "*puesto en una trama*". En la medida que no se considere el síntoma como texto, la narrativa no se puede dirigir al significado personal, por lo tanto no existe ningún personaje.

A partir de la historia narrada resulta imprescindible retornar a la identidad del personaje. Cuando existe el compromiso (también los recursos) y la adecuada ayuda para realizar ese retorno, el paciente deja de narrar cualquier historia como si no le fuera propia, porque es consciente de que la historia que narra perfila a la vez los contornos de su mundo y de su identidad como personaje de ese mundo o dicho en otras palabras su *ser en el mundo* (Miró, 2005).

¿Cómo podemos entender al otro como otro?

Esta mirada ontológica trasunta en que la alteración o síntoma *solo puede ser leído por la historia de vida*, a la cual solo el otro tiene acceso y solo este puede llegar a su propia respuesta.

En este contexto, la actitud terapéutica requerida es la de recobrar ciertos grados de escepticismo, reconociendo que no se conoce al otro mejor que éste a sí mismo y adoptar una actitud acorde con la mirada Constructivista Cognitiva, es decir, de auténtica escucha hacia la experiencia del otro, donde el terapeuta pueda descentrarse de sus *referentes categoriales*, que dicho sea de paso solamente otorgan guías de cómo se distinguen distintas maneras de emocionarse. Pues se plantea que la historia personal del paciente desde esta posición en primera persona, no se puede reducir a una historia previa acorde a la teoría del terapeuta. La posición de este último respecto del paciente está marcada por una actitud indagatoria, movida a su vez por una incerteza radical, esto es, *quién* es el paciente.

La negociación del significado al interior de la historia implica una *actitud interpretativa* donde el terapeuta debe escuchar la historia del paciente sin reducirla a un sistema de categorial. Debe reanalizarla e investigarla conjuntamente con el paciente. Es necesario entrar en la historia del paciente y reestructurar conjuntamente con él su propia historia, es decir, recomponer su propia historia en su propia historia, lo que se traduce adentrarse en la historia del otro, para poder deconstruirla y dar paso a una nueva historia que soporte e integre la experiencia vivida, donde la asunción de un cambio en la historia del paciente implique para este, tomar una nueva posición en su historicidad, resultando participe en su propia transformación. De esta manera es posible que el paciente se apropie de esa nueva experiencia y de ese modo la incorpore a la continuidad histórica personal. Se intenta promover la integración de la experiencia singular en una historia personal y única (Identidad Narrativa).

El acto de releer la experiencia de una manera tal que permita su apropiación es un acto narrativo que tiene dos implicancias: en primer lugar poder conectar las diferentes experiencias vitales en una unidad narrativa coherente, y en segundo lugar poder reconocer esas experiencias como algo que le pertenece a su manera de vivir. El trabajo terapéutico desde una perspectiva en primera persona, implica llevar al paciente a rastrear sus propias huellas, para lograr la apropiación de la experiencia fracturante y que esto le lleve a su vez a un nuevo relato de sí que abra posibilidades, de modo que se permita la construcción de una nueva historia, ahora completamente plegada en la experiencia misma.

El objetivo terapéutico desde esta perspectiva es que el paciente se apropie de su experiencia, que esta se haga parte de la historia y que se conecte con el arco de su vida. Evitando entonces que los pacientes por intermedio de narrativas sin sujeto, estén centrados en explicaciones parciales de sus propias experiencias, en una actitud de buscar una objetividad dentro de sí, dejando de comprender en una secuencia histórica su propia historia.

Entonces a los pacientes es necesario conducirlos a vivir en la transparencia, o al fluir de la experiencia. Tal como plantea Arciero (comunicación personal, 2012),

como “*terapeutas tenemos que ser donantes de libertad*” lo que se tiene ver reflejado en que el paciente no vuelva a pensar en lo que le pasa (involuntariedad no elegida).

Centrarse en el eje diacrónico, permite poner en perspectiva los contextos históricos o temporales, lo que a su vez puede ayudar a entender la emergencia de los textos o sintomatología, y en consecuencia dar la posibilidad al paciente de releer la experiencia vivida. Así, en este nuevo acto narrativo no sólo va a conectar históricamente en una totalidad diferentes experiencias que ha vivido, sino que además reconocerá e identificará tales experiencias como *suyas*. El paciente aprehende e identifica el tiempo con su experiencia, que revelándola en la dimensión lingüística construye una identidad narrativa: *el quién de la persona en el tiempo* (Arciero, 2009).

El *contexto* es *quién era el paciente antes* de la fractura. Entonces el texto vendría ser la sintomatología y el contexto *quién era el paciente*, como vivía, por ejemplo, desde cuando se recuerda con su ansiedad. No se puede interpretar el fenómeno, sino se pone en la temporalidad o línea de tiempo del paciente, lo cual requiere de considerar permanentemente el eje diacrónico. Dar o buscar el contexto es ver *quién era el paciente antes del suceso*, lo cual significa adentrarse en su historia, pues antes del evento se vivía en una continuidad.

Existe un cambio en la concepción, donde inicialmente el paciente se da explicaciones del síntoma, a como reordenar la vida, para darle continuidad al sí mismo. El síntoma tiene que ser reinterpretado en relación a la vida de la persona y no solo explicar una temática ideoafectiva, cual podría ser por ejemplo, la baja exposición en un paciente que funciona con una organización Dápica. Por lo tanto se vuelve a la normalidad, no solo por la ausencia del síntoma, sino por un retorno al fluir. De manera que el paciente que deja de sufrir, es aquel que no se está haciendo preguntas a sí mismo. Para que el paciente se reorganice, el terapeuta deberá ayudarlo a relacionar ese particular momento de turbulencia con su historia personal, puesto que, ese malestar viene a develar la producción de una fractura

en la continuidad narrativa de su historia personal, donde los síntomas aparecen en el contexto vital de las personas por lo cual la sintomatología tiene que ser interpretada en relación al contexto de vida de la misma persona (Arciero, 2009).

Desde una mirada que considera a la primera persona, la actitud diagnóstica y terapéutica es la de mirar al otro desde su horizonte de significados, lo que requiere como actitud *meticulosidad, rigor y empatía*, para poder considerar la historia de cada ser singular. Como para interpretar el texto o síntoma, se hace necesario darle un contexto o una temporalidad histórica, desde una mirada en primera persona, se enfatiza la *reivindicación de la escucha* como principal intervención.

Quien adopta una perspectiva en primera persona está en una permanente oscilación entre el compartir y el distanciamiento analítico respecto de la experiencia del paciente. En esta posición el terapeuta registra las regularidades, trayectorias y discontinuidades, reconstruye imaginariamente, negocia significados y examina la experiencia del otro. Esta actitud metodológica otorga una preeminencia a la unicidad de la experiencia individual, y este aspecto le da un valor distintivo respecto de la lectura en tercera persona, y es lo que *“permite”* el camino hacia la comprensión del otro (Arciero, 2009).

Las cualidades que destaca Arciero para que el terapeuta se instale desde la experiencia en primera persona son *“la meticulosidad de un historiador, el rigor de un médico y el esfuerzo empático de quien considera la experiencia del otro como la trama a la que toda interpretación debe plegarse”* (Arciero, 2009, pág. 38). Estas habilidades pueden ponerse al servicio de *pretender sumergirse en la experiencia del paciente* y posibilitar *solo una aproximación* a mirar el mundo desde su horizonte de significados, oscilando de manera continua entre la distancia crítica y valorativa acerca de esa experiencia.

A propósito de los atributos del terapeuta para aproximarse en la comprensión de la historia del paciente, es que es aquí donde se pueden articular, la actitud en primera persona dirigida hacia el paciente, como aquella dirigida sobre el mismo terapeuta. Puesto que la Exploración Experiencial, se puede poner al servicio de ir

estructurando una historia inteligible, es que una de las indicaciones para proceder a aplicar esta técnica procedural, es cuando el relato para quien escucha, en este caso el terapeuta, resulta incomprensible. En este caso, la indicación o pertinencia de la Exploración Experiencial se decide por efecto del receptor, lo que nos remite a la experiencia en primera persona del terapeuta. Suele reconocerse esta consideración de la primera persona del terapeuta, por la necesidad de este por aclarar, ampliar o tener un mapa de los acontecimientos, lo que puede redundar en la emergencia de un personaje, perdiendo la trama sin sujeto ese carácter caótico y fragmentario. Es decir, las propias perturbaciones del terapeuta por un relato ininteligible son las que pueden guiar el proceso a través de las técnicas procedurales para que el paciente haga su propia historia inteligible.

Aún cuando se describan estas cualidades del terapeuta para *poder acceder a la experiencia del otro* y acercarnos a la intimidad del punto de visto de quién la vive, claramente se necesita la mediación participativa del otro, lo cual no hace más que enfatizar la posición de segunda persona desde la cual se sitúa el terapeuta. *“Es así como la psicoterapia, entendida básicamente como una experiencia de intersubjetividad clínica, que implica que dos o más individuos co-creen y construyan el vínculo psicoterapéutico, será el espacio ideal para reescribir la historia de la propia vida...se hace relevante la incorporación de la intersubjetividad, puesto que el interjuego continuo entre los mundos experienciales del psicoterapeuta y del paciente, será lo que permita la construcción y deconstrucción de la identidad narrativa del paciente”* (Duarte, 2012, pág.65-66)

Esto quiere decir que un sólido espacio intersubjetivo psicoterapéutico puede dar lugar a que aquella experiencia discrepante del paciente, logre ser reconfigurada de tal manera que sea integrada a la propia identidad, de modo coherente a la historia de su propia vida, dando paso desde una fractura en la identidad reflejada en una trama sin sujeto, a una trama narrativa terapéutica.

Es en este mismo contexto intersubjetivo donde se estima que se puede articular otra técnica procedural que claramente implica la consideración de la primera persona tanto del paciente como del terapeuta, envueltos en una relación. Es así

como la Metacomunicación³⁶, igualmente puede promover el sentido de la apropiación de la experiencia, que expresada patológicamente se refiere a una trama sin sujeto, dado que el paso a una narrativa terapéutica dice relación con que el paciente tome consciencia de la participación y los efectos que provoca su conducta en los otros. Primeramente, es necesario que el paciente tome consciencia de *su* probable participación en el estado emocional en el terapeuta, para que posteriormente pueda generalizar ese efecto en las demás personas. Por lo cual se hace referencia al papel que le corresponde en la interacción con los otros. Una actitud en primera persona de esta técnica requiere de captar los marcadores interpersonales que *son únicos a ese paciente*, y que son los que suscitan tales respuestas, donde para realizar dicho proceso evaluativo resulta inevitable la mediación de la segunda persona en términos intersubjetivos.

Aparece como principal objetivo de esta técnica que el paciente tome consciencia de su contribución en las dinámicas interpersonales y los efectos que provoca en la relación con los otros. La posibilidad que presenta el paciente de auto observarse presenta como consecuencia la deconstrucción de la identidad narrativa o el desmantelamiento de la propia historia y por consiguiente la integración de nuevos elementos del sí mismo, generando una ampliación de la identidad narrativa.

La Metacomunicación entonces activa un proceso de descentramiento que se hace evidente en que el paciente capta *su propia parte* en las interacciones.

“Esto activa un proceso de descentramiento natural en el paciente, que le permitirá distinguir que es desde su identidad narrativa la forma que tiene de comprender y ubicarse en las relaciones interpersonales. A su vez, la capacidad de auto observarse facilita la deconstrucción de la identidad narrativa del paciente a partir de la identidad narrativa intersubjetiva en curso entre terapeuta y paciente” (Duarte, 2012, pág. 83-84).

³⁶ Esta es una técnica procedural cuya característica es hacer referencia a las transacciones interpersonales y sus efectos, que ocurren durante la relación terapéutica. Se lleva a cabo en el eje sincrónico de la psicoterapia, o sea trabaja con el material que surge durante la sesión. Su función es hacer que el paciente tome consciencia de la participación y los efectos que provoca su conducta en relación con los demás (Yáñez, 2005).

El paciente deja de percibirse como víctima impotente de los actos ajenos, sino que más bien logra percatarse de su participación activa en el trato interpersonal reiterativo por parte de los demás, lo cual puede redundar en ampliar su identidad narrativa, en el sentido de incorporarse como personaje (con motivaciones, intenciones ocultas) con influjo sobre los otros, es decir, con él quién se responsabiliza de sus actos, *quién actúa*. En la medida que el paciente va descubriendo su singularidad se comienza a responder a la pregunta de ¿quién es? La persona se descubre así a través de aquellos interrogantes que interpelan al propio terapeuta: ¿quién hace?, ¿quién padece?, ¿quién habla?, ¿quién narra?, ¿quién se responsabiliza? Al responder a estas preguntas el paciente puede evidenciar como su identidad narrativa influye en la interpretación de su experiencia, generando un mayor conocimiento de sí mismo y una ampliación de la identidad narrativa que inevitablemente afectará a las relaciones interpersonales que este mismo establece con el mundo, reconociéndose entonces como tal, apropiándose de sus actos y pudiendo responsabilizarse de sus propios hechos.

Aun cuando la Metacomunicación como técnica procedural preferentemente sea ocupada desde una posición en segunda persona, puesto que implica considerar la contratransferencia visceral del terapeuta, igualmente permite comprender *quién* es el paciente en el mundo. Las propias disposiciones a la acción del terapeuta, deben ayudar a identificar esos actos *únicos* e idiosincrásicos, llamados marcadores interpersonales, que a su vez sirven de indicadores para examinar aspectos en la experiencia interna del paciente. Estos como lo señala Safran *“advirten de coyunturas únicas e ideales para la exploración intrapsíquica porque es posible que la ocurrencia de estos patrones interaccionales que más característicamente problemáticos son para el paciente, venga acompañada por los procesos intrapsíquicos que desempeñan un rol central en la matriz relacional del paciente”* (Safran, 2005, pág. 105). Es decir, se pueden constituir en el camino para advertir los modos de organizar la identidad narrativa.

En referencia a lo anterior, la discriminación de estos marcadores interpersonales también puede ayudar al terapeuta a reflexionar y distinguir más profundamente

sobre los matices de su propia experiencia. De modo que la Metacomunicación favorece la intersección de ambas posiciones en primera persona (Safran, 2005).

La Metacomunicación presenta como componente principal el que el terapeuta asuma una posición de observador (punto de vista objetivo, orientado hacia el paciente) participante (punto de vista subjetivo, orientado hacia sí mismo), es decir, a través de la disciplina interna del terapeuta de reconocer, de detectar sus propias experiencias y tendencias a la acción, y asociarlas si se pasea simultáneamente hacia el paciente para identificar los marcadores interpersonales que son particulares a su paciente.

“Para la Metacomunicación es esencial que el terapeuta se mantenga anclado a la experiencia inmediata de sus propios sentimientos o en algún aspecto de la relación terapéutica. No olvidemos que sus sentimientos son, a fin de cuentas, el punto de partida para la exploración conjunta de la Metacomunicación” (Safran en Hick Y Bien, 2010, pág. 187). Entonces como requisito para llevar a cabo esta técnica procedural, es que el terapeuta apele al reconocimiento de los *propios* sentimientos y tendencias a la acción, mientras interactúa con el paciente; lo que claramente se constituye en una mirada tendiente a considerar a la primera persona del terapeuta.

Ahora, no solo las técnicas procedurales en sí mismas son las que pueden ayudar a generar un rol configurador en relación a *quién* es el paciente, sino que el terapeuta a través de las intervenciones, sean estas la escucha, la clarificación, la metacomunicación, que descansan a su vez, en su propia experiencia personal de sentirse perturbado, por una historia de total ininteligibilidad. Como señala Yáñez (2005), refiriéndose a la dinámica de la intervención de escucha terapéutica, donde destaca el impacto vivencial que el relato le produce al terapeuta y la generación de ideas propias acerca de lo relatado.

“La escucha terapéutica es un acto de gran complejidad, puesto que por un lado, el terapeuta requiere la habilidad para prestar atención simultánea al paciente y a sí mismo, y por otro lado, necesita estar alerta para detectar aquellas fracturas del

discurso que se destacan en las inconsistencias ente sus niveles de respuestas o en las incongruencias de la organización del mismo” (Yáñez, 2005, pág.135).

Un ejemplo de la importancia de esta escucha interna del propio terapeuta, se puede reflejar en la intervención de metacomunicación, donde resulta vital el efecto que el paciente produce, con su relato, en el terapeuta. Esto como plantea Yáñez (2005) revela un estado del terapeuta, generado por el curso del relato del paciente y que más bien se puede evidenciar en la necesidad de explorar, aclarar o profundizar, teniendo además como afecto indirecto reorganizar la experiencia del paciente.

Entonces para poder aspirar a comprender *quién* es el paciente, no se puede prescindir de la experiencia personal del terapeuta. Cuando este último aspira a comprender a su paciente e intenta abordar la contextualización de su sintomatología, para dar paso de una narración sintomática a una terapéutica, donde se produce un proceso de apropiación que se evidencia en una mayor inteligibilidad de la historia del paciente, es que muchas de las intervenciones terapéuticas son movidas por la perturbación que significan para el mismo terapeuta los datos inconexos que muestra el paciente, quién no se incorpora en una trama.

Situarse tanto en primera como en segunda persona como terapeuta significa preguntarse a modo de monitorización permanente ¿Qué me ocurre al estar en contacto con el sufrimiento del otro? ¿Cuáles son mis reacciones naturales?, cuestión que pasa inevitablemente por estar envueltos en una relación, reafirmando lo intrincado de las miradas las unas con las otras.

Esto implica que el terapeuta desarrolle o cultive nuevas formas de *estar con* la experiencia interna, y no deshacerse de ella, puesto que resultan verdaderos insumos para el proceso terapéutico, ya que en ocasiones el terapeuta suele rechazar la conexión humana por quedarse en el rol (zona segura), esto es en la certidumbre de estar instalado en tercera persona, cuestión que obedece a evitaciones experienciales del propio terapeuta.

Es por eso, que al igual que desde una aproximación en primera persona hacia el paciente, el terapeuta debe realizar sobre sus propias experiencias permanentes Exploraciones Experienciales, a fin de utilizarlas en beneficio del proceso terapéutico del paciente.

El tránsito de estar instalado en tercera a primera persona para aproximarse a la experiencia sufriente del paciente, significaría en vez de preguntarse como clínicos: ¿Qué aspecto no funciona en esta persona?, ¿Qué creencias disfuncionales yacen en la mente de esta persona?, por ¿Cómo esta persona estructura su mundo, quién es?, vale decir, desde una aproximación en primera persona la tarea consistiría en la comprensión, más que en la evaluación distante, para lo cual sirve de insumo la propia experiencia del terapeuta de sentirse perturbado por historias ininteligibles, para así poder articular las intervenciones. Entonces para dar paso a la perspectiva en primera persona resulta necesario que el terapeuta desarrolle un descentramiento de sus nociones diagnósticas, reflejado en *“permitirse ser afectado”*, lo cual simultáneamente significa *“ir soltando el entender”* propio del uso de los constructos diagnósticos (Medeiros, comunicación personal, 2012).

IX. REFLEXIONES FINALES Y DISCUSIÓN

El aporte principal ha sido *centralizar la subjetividad del terapeuta* al interior del modelo, en el proceso de comprender *quién* es el paciente. Esto se ve reflejado en haber promovido una actitud que indaga fenomenológicamente la expresión sintomática haciendo uso de una curiosidad terapéutica; que se deja impactar mediante una contratransferencia visceral y corrige sus hipótesis ontológicas; y que se permite perturbar por un relato ininteligible y a través de eso guiar las intervenciones o técnicas procedurales.

A partir de un creciente reconocimiento de la profunda complejidad, implicada en todo fenómeno humano incluyendo el proceso de comprensión a través de la utilización de nociones diagnósticas en el proceso psicoterapéutico, es que se asume una determinada afirmación de la *inevitable implicación de la subjetividad del terapeuta* en la relación terapéutica y en el trabajo clínico, a la hora de comprender la experiencia de sufrimiento singular.

Tal consideración hacia la subjetividad trasunta en un estilo terapéutico que cultiva una actitud falibalista³⁷ que en todo momento considera las nociones diagnósticas como *condiciones ineludibles para comprender*, que se reconocen simultáneamente como insuficientes o limitadas, pero que arrojan guías de acercamiento, puesto que todo marco conceptual es solo una referencia, no una realidad del otro.

De esto se desprende que el terapeuta lleve a cabo su ejercicio clínico con considerable autoreflexión, adoptando una postura dispuesta a cuestionarse lo que está haciendo, puesto que todo acto comprensivo desde determinado posicionamiento clínico que se asuma facilita pero al mismo tiempo excluye otras posibilidades de comprensión.

³⁷ Según Donna Orange, filósofa y psicoterapeuta intersubjetiva, *“el falibalismo corresponde al reconocimiento de que podemos estar equivocados, en especial cuando tomamos nuestro propio punto de vista como la verdad completa”* (2010, pág. 329). Doctrina creada por Charles Peirce que rechaza la pretensión de infalibilidad que han poseído los científicos y los filósofos, considerando que no puede hablarse con propiedad de axiomas absolutamente evidentes (Ferrater Mora, 2004).

Lo anterior deviene en un proceso de revisión de la autoridad terapéutica interpretativa, que previene una *verticalidad radical* que implicaría un quiebre con la epistemología Constructivista y que promueve la capacidad para soportar cierta “*incertidumbre basal*” en el encuentro terapéutico con el paciente (Sassenfeld, 2012).

La idea ha sido desautomatizar la tendencia a imponer comprensiones previas, mediante la desidentificación de las nociones diagnósticas en el momento mismo en que sobrevienen a la escena terapéutica para abrirse a la alteridad del otro (él quién de la experiencia). En ese sentido uno de los aportes ha sido tematizar la autoreflexividad para desarrollar subsiguientemente la capacidad de monitorear el uso de las nociones, mediante la constante revisión metacognitiva de la posición que se está asumiendo como terapeutas.

En este sentido se constituye en un aporte a terapeutas que trabajan en la APS quienes se ven impulsados por presiones externas (Garantías Explícitas de Salud) a poner en marcha acercamientos objetivantes con el consiguiente riesgo de cosificación de la experiencia del paciente, como también para cuando el propio terapeuta no le otorga espaciosidad a su experiencia interfiriéndose la posibilidad de explorar la subjetividad del paciente. De cierta manera lo que se incentiva frente a estas situaciones es la capacidad autoreflexiva que permita monitorear el uso de las nociones diagnósticas.

A partir de lo anterior, este trabajo básicamente es animado por dos grandes reflexiones de las cuales derivan importantes consecuencias pragmáticas. La primera de ellas dice relación con el espíritu jaspersiano y gadameriano que mueve esta empresa, en el sentido de considerar por una parte la pluralidad de metodologías de acercamiento psicopatológico (tercera, segunda y primera persona) y por otra, a través de estas concientizar el uso de las preconcepciones

diagnósticas asociadas, siempre presentes en el ejercicio profesional clínico, y una propuesta ligada al *círculo hermenéutico*³⁸ para sobrellevar dichos alcances.

Se podría plantear que este trabajo intenta asumir explícitamente una de las grandes contribuciones de Karl Jaspers que se resume en la idea del pluralismo metodológico. Esto significa que, se parte del supuesto de que un ser humano nunca podrá ser completamente comprendido solamente por un método de conocimiento. Cada método de conocimiento tiene sus limitaciones, por lo cual ningún método por sí solo es suficiente, entonces para intentar acceder a él deberían utilizarse múltiples metodologías.

La mejor comprensión del estado mental de un sujeto proviene de aquella información obtenida del uso de múltiples métodos de manera complementaria. Pero aún así, la multiplicidad de los métodos nunca agota la *singularidad* de los individuos; razón por la cual se hace necesaria la claridad acerca de los métodos, puesto que cada uno de ellos posee ventajas y fortalezas, y captura ciertos aspectos más efectiva y correctamente que otros, como también cada método es portador de desventajas y debilidades, y pasa por alto otros aspectos. Esta concepción jaspersiana enfatiza que cada método parte con ciertos supuestos por lo cual agudiza su habilidad para recoger ciertos aspectos de la realidad como también limita su habilidad para capturar otros aspectos de ella. Dicha consciencia metodológica no hace más que reconocer las fortalezas y limitaciones de cada aproximación y la facultad de aplicar las más apropiadas según las circunstancias específicas (diagnósticos, psicoterapia, etc.).

Es lo que pretendía la psicopatología jaspersiana *“las presuposiciones son una parte necesaria de la comprensión, pues aparecen como ideas tentativas que pueden tomarse como hipótesis... las presuposiciones proveen ideas guías, y*

³⁸Se refiere al círculo inevitable en todo intento de comprensión de lenguajes, marcos conceptuales, sistemas de pensamiento, y otros, pues todo ello necesita una interpretación, proveniente del mismo lenguaje, marcos conceptuales y sistemas de pensamiento. *“El círculo hermenéutico consiste entonces en pasar de lo propio a lo ajeno y de lo ajeno a lo propio: lo propio hace inteligible lo ajeno, pero al mismo tiempo lo ajeno revierte sobre, y hace inteligible, lo propio. La interpretación puede ser una deformación, pero esta es corregible constantemente en virtud de la creciente comprensión de lo interpretado”* (Ferrater Mora, 2004, pág. 562).

conforman la vida mental de quienes abordan la investigación; necesitan ser fortalecidas y cultivadas y deberían ser reconocidas...no son un conocimiento probado" (Climent, 2003, pág. 17). La diferencia con los prejuicios es que estos últimos resultan ser rígidos o presuposiciones que son erróneamente tomadas como absolutas.

Como lo plantea Gadamer (1960) desde la perspectiva hermenéutica, *las preconcepciones son inevitables* a la hora de influir en la percepción de la realidad, sin embargo el trabajo sigue consistiendo en hallar la manera de trascender a las distintas preconcepciones para ser capaces de avanzar hacia la *captación de la cosa misma* o en este caso *la experiencia misma*. Para dar este paso, lo primero es que el terapeuta Constructivista Cognitivo tenga consciencia de sus preconcepciones (DSM, OSP, Formulación Relacional, Identidad Narrativa) y el modo en cómo estas modelan usualmente su percepción del fenómeno psicopatológico, y del padecer subjetivo.

La razón por la cual este trabajo asume una posición gadameriana, es porque resulta esencial que como terapeutas Constructivistas Cognitivos se asuma consciencia de las preconcepciones diagnósticas, para que de esa manera, se pueda prescindir de ellas en la medida que vayan emergiendo. Entonces el terapeuta, a partir de esta mirada reflexiva de sus propias nociones diagnósticas dispondrá de la capacidad de prescindir de su comprensión previa regulando que las distintas expectativas diagnósticas dirijan la atención hacia un aspecto determinado del material clínico.

En este contexto resulta imposible pretender abandonar las hermenéuticas diagnósticas, pues siempre están presentes para modelar la percepción que se tenga de la experiencia del paciente. Más bien el ejercicio consiste en ser conscientes de estas preconcepciones en el momento mismo en que ingresan al escenario terapéutico, para que de esa manera, el terapeuta se muestre abierto a ver la experiencia del paciente más plenamente.

Cualquiera de los constructos diagnósticos descritos en las distintas aproximaciones, incluyendo el DSM que hace uso de la Psicopatología Descriptiva, se constituyen en *instrumentos hermenéuticos* útiles para dialogar con otros profesionales de la salud mental, como también para permitir aproximarse psicoterapéuticamente hacia los pacientes, pero requieren de un ejercicio autorreflexivo, en el sentido de mirarse como lo que son, es decir, como hermenéuticas de la realidad, pues conllevan el riesgo de que al no percibirse como tales se configuren en *hermenéuticas violentas*, que terminen reduciendo el otro hacia la teoría.

Frente a estas asunciones se exige *radicalizar la escucha* sobre el otro como también sobre sí mismo y ser consciente de cómo se anteponen *patrones interpretativos*, que dan luces o que sirven de brújulas, pero que en ningún caso resultan abarcativos acerca de la experiencia del otro.

Tal como plantea el modelo Humanista, el *mapa* consignado como metáfora diagnóstica nunca es el territorio y menos en este caso, donde el territorio es uno que está en permanente movimiento, por una Identidad Narrativa cuyo sello característico es ser dinámica, incompleta y siempre parcial, por lo que es necesario tener cierta *consciencia metodológica* de acercamiento al fenómeno psicopatológico, para ir ajustando o modificando los mapas ya sea desde aproximaciones en tercera, segunda o primera persona.

Cuando se perciben los *mapas diagnósticos* como realidades, además de manera incongruente desde una perspectiva Constructivista Cognitiva, se corre el riesgo potencial de caer en la ideología, perdiendo de vista que todos los marcos categoriales son provisionales acerca de la experiencia del otro y que ninguna categoría es exhaustiva de la unicidad de la experiencia del otro.

Safran (1994) plantea que es necesario recordar que todos nuestros dispositivos teóricos, son *meras herramientas*; simplemente son instrumentos que pretenden facilitar un encuentro genuino o la posibilidad de tener una relación *yo-tú*. Sin

embargo, estas mismas herramientas pueden transformarse en obstáculos en la medida de que dejen de ser lo que son o si se les da el uso para eludir auténticos encuentros humanos, *“las buenas herramientas en manos de un mal hombre se convierten en herramientas malas”* (pág. 319). La mencionada autoreflexividad acerca de nuestras herramientas conlleva en el terapeuta una actitud de verdadera prudencia y humildad terapéutica.

Aquellos terapeutas que dejan que los dispositivos teóricos le obnubilen la mirada para estar atentos plenamente a lo que está sucediendo con sus pacientes en el momento presente, terminan relacionándose con el paciente como si este fuera solo un objeto o en términos buberianos un *“Eso”*, en lugar de un *“Tú”*. Es aquí donde encontramos a terapeutas refugiados en la seguridad de sus marcos conceptuales referenciales que asumen pocos riesgos para tener encuentros auténticos. Lo anterior no se traduce en desechar tales conceptos (especialmente, el DSM), puesto que en ocasiones son necesarios precisamente para objetivar al paciente (reuniones o supervisiones clínicas). Lo que resulta necesario desde esta perspectiva es la capacidad de trascender este proceso objetivador para poder desplegar un verdadero encuentro con el paciente donde ambas partes, es decir, un *“nosotros”* se tornen plenamente implicadas (Safran, 1994).

Tenemos entonces la premisa de que siempre se trabaja con preconcepciones, no existe otra posibilidad, pero abandonar dichos *marcos categoriales* para quedarse sin brújulas sobre la experiencia del paciente no es la solución, sino más bien la toma de consciencia de funcionar con tales hermenéuticas y quizás dejar de verlas como reduccionistas, sino como que captan cosas distintas de un mismo fenómeno. Como plantea Edgar Morin (2007), epistemólogo de la complejidad, al señalar que el *paradigma de la simplificación*, representa un modo mutilante de organización del conocimiento, incapaz de reconocer y de aprehender la complejidad de cualquier fenómeno. Dicha actitud no hace más que fragmentar el tejido complejo de las realidades.

En la medida que se asuma una toma de consciencia metodológica, se dejará de dar un uso ideológico a cada mirada, pasando entonces de verlas desde una óptica

reduccionista a una mirada donde se conciben estas actitudes de aproximación al fenómeno psicopatológico como saberes fragmentados, y por lo tanto, con la posibilidad de generar puentes de integración asumiendo una visión acorde a la *epistemológica de la complejidad*³⁹.

Gadamer (1960) enfatiza que los presupuestos son los medios que posibilitan la comprensión pues cuando se trata de dar sentido a algo o a alguien, se hace en virtud del propio marco de referencia, y por más que este marco de referencia pueda ampliarse o modificarse con el paso del tiempo, resulta naturalmente inseparable de la comprensión. Como alternativa, se recomienda la exploración y clarificación de las preconcepciones que aparecen en el intento de comprender. Este interjuego continuo entre buscar la comprensión y reconocer las preconcepciones es lo que se conoce como *círculo hermenéutico*.

La expresión círculo hermenéutico ilustra la interacción o el choque entre las superposiciones de hipótesis o creencias que acompaña a cualquier intento de comprensión y la inadecuación de esa anticipación a la experiencia de las personas a las que se está tratando de comprender. Cada intento de comprensión de quién escucha debería ser consciente a su vez de lo poco que se comprende. Como efecto, cada nuevo paso a través del círculo conduce a una mayor incerteza sobre el otro, al tiempo que aumenta la sensibilidad a los presupuestos proyectados que, a su vez, conduce a una revisión posterior de esos presupuestos, a una imagen cada vez más compleja del otro, y a posteriores intentos de aumentar la comprensión (Hick y Bien, 2010).

La brújula para guiarse a través del círculo hermenéutico tiene en cuenta la reflexión, el escepticismo o el falibalismo. La naturaleza circular de la comprensión

³⁹ Edgar Morin, principal representante de la epistemología de la complejidad, señala: *"la ambición del pensamiento complejo es rendir cuenta de las articulaciones entre dominios interdisciplinarios quebrados por el pensamiento disgregador (uno de los principales aspectos del pensamiento simplificador)... en este sentido el pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional. Pero sabe desde el comienzo, que el conocimiento es imposible: uno de los axiomas de la complejidad es la imposibilidad, incluso teórica, de una omnisciencia"* (2007, pág. 22-23).

impide el logro de una comprensión absoluta. Esta imposibilidad de comprender a otro es, además, la que mantiene en marcha el proceso reflexivo. Por esta misma razón, es que cuanto mayor es el reconocimiento del terapeuta de la complejidad de la experiencia de su paciente, mayor es la sensación de prudencia que debe acompañar a ese reconocimiento. En la medida que los terapeutas desconocen sus preconceptos se puede caer en la tentación de conocer la experiencia subjetiva del otro con la consecuente sensación de competencia, pero que pone en riesgo el diálogo genuino con el paciente, por lo cual puede conducir a una presunción de comprensión y alentar la falta de moderación y de reflexión.

Este sentido de competencia se puede contrarrestar mediante la consideración del círculo hermenéutico que implica reconducir repetidamente al terapeuta a los aspectos sorprendentes y a veces contradictorios de la experiencia subjetiva del paciente. En la misma línea Yáñez destaca la consideración continua de que *“la psicoterapia es un encuentro entre dos ontologías que se interrelacionan y en ese despliegue se hace necesario ir en búsqueda de las tonalidades de sorpresa y curiosidad frente a los acontecimientos del otro”* (2005, pág. 69). Esto permite que el terapeuta aspire a la curiosidad e ingenuidad ante la experiencia del paciente, trascendiendo la tendencia a dejarse llevar por los propios esquemas preconcebidos o categorías diagnósticas. Esto significa regresar al momento presente, que necesariamente es más pleno y complejo que cualquier formulación de la experiencia, lo cual no hace más que enfatizar la trascendencia de la mirada en segunda persona en términos intersubjetivos. El efecto de adscribirse al círculo hermenéutico implica la capacidad de mantenerse prudente y humilde ante la tarea imposible de comprender a cabalidad a otra persona.

La postura para sortear el efecto espiral del círculo hermenéutico es la atención plena pues puede ser de utilidad para llevar a cabo la tarea de equilibrar la asunción de los presupuestos con la apertura al momento presente, propio de la segunda persona relacional. El ejercicio de atención plena permite reconocer y aceptar las inevitables superposiciones de los constructos diagnósticos en cualquier esfuerzo de comprensión, para así tener la oportunidad de atender el

momento presente y por lo tanto, conectarse con la otra persona, para que así el terapeuta se vea desafiado y confundido por la experiencia en toda su complejidad del individuo que permanece ante él. En ausencia de esta apertura, cualquier movimiento comprensivo puede acabar reduciendo la totalidad del paciente a una serie de lecturas diagnósticas con las cuales se está más familiarizado, y en consecuencia, otorga sentimientos de mayor seguridad.

Aunque la atención plena no facilite la comprensión en un sentido concreto, si proporciona una puerta de entrada al interjuego entre la autoreflexión y la presencia en segunda persona relacional. Apelando a Safran una escucha reflexiva implica escuchar cobrando *consciencia de los filtros conceptuales* que aparecen en el esfuerzo por entender. Estas mismas creencias el terapeuta las puede concebir como nubes pasajeras, que se aceptan sin enjuiciar y se deja que desaparezcan, para tener así una visión más amplia de sí mismos y del paciente frente al que se encuentran y regresar continuamente al momento presente (en Hick y Bien, 2010). La capacidad de dar cuenta del surgir de aquellas presupuestos teóricos, en forma de *grillas de lecturas diagnósticas preestablecidas* (a querer encerrar al paciente y su vivencia), da la posibilidad de soltarlas, desidentificarse y tenerlas sólo como referencias teóricas flexibles, es decir, referencias solamente, no la realidad del otro.

La segunda reflexión sería percibir las distintas miradas como *expresión de un continuo, en una suerte de tejido continuo y flexible de intercambio*, más que una entidad separada y aislada (Varela, 1999). Las mencionadas miradas articuladas requieren de una perspectiva global y compleja que dé lugar a un tránsito flexible o a una intermediación entre las distintas miradas sin generar la sensación de herejía por abandonar alguna de ellas, temporalmente en desmedro de otras. (Opazo, 2001). Varela sobre este punto estima que sería inútil abordar de manera aislada las distintas miradas, la actitud necesaria más bien sería armonizarlas. La perspectiva integral requiere por tanto de establecer de modo explícito las restricciones mutuas, así como las influencias recíprocas.

Tal como indica Morin (2007) a menudo el encuentro con contradicciones da cuenta del encuentro con una capa profunda de la realidad, en la cual puntos de vista antagonistas (como lo pueden ser la tercera y primera mirada) no necesariamente son mutuamente excluyentes, sino más bien complementarios, sin que sea posible o incluso deseable resolver o eliminar sus diferencias. Es necesario sostener las contradicciones aparentes que aparecen en el discurrir práctico y negociar dichas paradojas.

Tenemos que entender la *complejidad como un tejido* (complexus: lo que está tejido en conjunto) de constituyentes diversos inseparablemente asociados (Morin, 2007). En el contexto de mirar el fenómeno psicopatológico desde el paradigma de la complejidad, es que se puede concebir estas distintas miradas en un continuo o tejido que configuran el fenómeno psicopatológico, y que presentan las características inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, la ambigüedad y la incertidumbre. Un pensamiento complejo debe afrontar lo entramado, la solidaridad de sus miradas entre sí e incluso sus contradicciones. En este contexto se plantea una continuidad "*plástica y entramada*" de las tres posiciones primera, segunda, y tercera persona, lo cual también es congruente con una epistemología de la complejidad, más que en su distinción en polos rígidos opuestos (Varela, 1999).

Las distintas perspectivas o posicionamientos clínicos no son fáciles de separar (son parte de una continuidad plástica y entramada), puesto que igualmente todos abrazan una modalidad relacional, su criterio diferencial es la distancia, es decir, cuan relativamente lejano o cerca esté el terapeuta de la experiencia del paciente. El aspecto unificador es que se refieren a la misma experiencia vivida, vista desde distintos ángulos, ya sea para verla desde fuera (tercera), para aspirar a verla desde dentro (primera) o verla juntos (segunda). Sin embargo asumiendo siempre de que la experiencia del paciente va a resultar desbordante respecto de las posiciones que tome el terapeuta.

La relevancia teórica y práctica de la *experiencia vivida irreductible*, es el hilo conductor que atraviesa en menor a mayor medida (gradación) cada

posicionamiento terapéutico ya sea de la experiencia propia del terapeuta, de la subjetividad del paciente, y el *nosotros* encarnado en la experiencia intersubjetiva de la relación terapéutica.

Al considerar este continuo como reticulado, entramado y plástico se propone un continuo con extremos radicales unidos a su vez por un camino intermedio expresado en dos acepciones de la mirada en segunda persona. En un polo es posible situar a la mirada en tercera persona reflejada en el uso del manual de clasificación diagnóstica del DSM (que se vale a su vez de la Psicopatología Descriptiva) que entraña un carácter impersonal de la experiencia del otro, por lo tanto, una subjetividad que se torna objetivable, es decir, un “él” o “eso”.

En el otro extremo se presenta a la mirada en primera persona que trasunta en considerar y “*aspirar*” a captar la experiencia del otro desde su horizonte de significados, lo que se traduce en un “*quién*”. En un lugar intermedio se propone una concepción dual de la mirada en segunda persona. Una primera acepción hace referencia a la mirada “*tú objeto mental*” como mirada contigua a la perspectiva en tercera persona y que implica considerar la experiencia del otro netamente en base al constructo diagnóstico, es decir, la *utilización* de la preconcepción diagnóstica que contiene una función anticipadora y por lo tanto, sitúa a la figura del terapeuta como dotando de subjetividad la experiencia del paciente, pero desde su marco conceptual. Por último, se propone una concepción de la segunda persona consignada como “*tú relacional o intersubjetivo*”, que colinda con la mirada en primera persona y que implica estar movidos por una implicación en la relación con el paciente, para así disponer de información diagnóstica relacional de primera fuente, como lo es la *contratransferencia visceral*.

Estas maneras de concebir la alteridad denotan distintas metodologías de acercamiento hacia el fenómeno psicopatológico, asociadas a su vez con distintos constructos, con sus respectivas bondades y limitaciones, pero también con sus influencias recíprocas.

En este continuo reticulado, se plantea que las distintas miradas están en interacción mutua, es decir, lo que se propone es que las distintas actitudes metodológicas de acercamiento hacia el fenómeno psicopatológico están inextricablemente relacionadas las unas con las otras. Lo que se plantea, es que modalidades de acercamiento psicopatológico, tradicionalmente en conflicto por su procedencia teórica y epistemológica, pueden dialogar por intermedio de la teoría clínica. De ahí que sea esta interrelación la que haya configurado el medio de este trabajo para concientizar el uso de los constructos diagnósticos.

La asunción del paradigma de la complejidad como insumo teórico para el modelo Constructivista Cognitivo puede imponer un sello dinámico, que permite integrar aquellas discrepancias más en beneficio de la complejidad, que de la verdad. Como lo ha señalado Thomas Kuhn (2000), una teoría sustituye a la antigua teoría y, eventualmente, integra a la antigua teoría, provincializándola y relativizándola. Cuestión que se puede extrapolar al plano de los acercamientos para comprender la psicopatología, en el sentido de elaborar teorías cada vez más abarcativas y exhaustivas que sean capaces de explicar lo ya explicado, pero además explicar la novedad.

Asumir el paradigma de la complejidad implica recuperar la incertidumbre, la incapacidad de lograr la certeza, de formular una ley, de concebir un orden absoluto. Tal manera de concebir la complejidad, significa dejar de verla como una receta para conocer lo inesperado. Implica asumir una actitud marcada por el escepticismo, que promueve la prudencia, el estar atentos para evitar dejarse llevar por la mecánica aparente o superficial de los determinismos. El pensamiento de carácter complejo resulta bastante congruente con las posturas gadameriana y jaspersiana, en el sentido de no rechazar la claridad y el orden, pero al mismo tiempo saberse insuficientes. Morin afirma *“continuamos pensando como si nada inesperado debiera suceder nunca”* (2007, pág. 117). Para evitar dicha actitud, es necesario sacudir esa pereza, dando paso al pensamiento complejo.

Más que una solución al pensamiento simplificante que también se hace presente en el campo de la psicopatología, la utilidad de adscribirse al pensamiento complejo es entregar una señal, un recordatorio, que refresque la memoria: *“no olvides que la realidad es cambiante, no olvides que lo nuevo puede surgir y, de todos modos, va a surgir.”* (Morin, 2007, pág. 118). En este contexto la complejidad es más considerada como un desafío, que una respuesta. Aquí Morin, se desmarca de lo que considera la antinomia entre la simplicidad absoluta y la complejidad perfecta, y opta por una idea de la complejidad que incluye la imperfección, y que a su vez esta incorpora la incertidumbre y el reconocimiento de lo irreducible.

Una actitud más moderada, por ejemplo, en el uso del DSM o de la Psicopatología Descriptiva implica la consciencia de la mirada reductiva del fenómeno psicopatológico, es decir, *la reducción que es consciente de que es reducción*, y no la reducción arrogante que cree ser poseedora de la verdad simple, por detrás de la complejidad del fenómeno psicopatológico. Tal como enfatiza Morin, *“la simplificación es necesaria, pero debe ser relativizada”* (2007, pág. 143). La complejidad tal como ha sido expuesta no resulta entonces una receta, sino una invitación a la convivencia de las distintas miradas de acercamiento psicopatológico o una pluralidad de metodologías respetuosas unas con otras.

Utilizar las distintas lecturas de acercamiento implica verlas como referencias flexibles, donde se puede promover el tránsito expedito entre las distintas miradas, pero con plena consciencia de esa circulación, de manera, que no discorra en forma clandestina y que eso tenga repercusiones iatrogénicas para el paciente. *“Hace falta quizá defender la diversidad de los dominios fenoménicos a los que se refieren las diversas disciplinas y custodiar el libre juego para gobiernos transitorios dentro de la interdisciplinaridad”* (Arciero, 2009, pág. 72). Hace falta una ontología que considere como referente la experiencia humana; a dicha experiencia se puede acceder por intermedio de distintas vías y diferentes saberes.

Enunciar distintos posicionamientos terapéuticos como expresión de un continuo y no excluyentes, puede permitir en la praxis clínica distinguir en su uso, una utilización desde la reacción, automaticidad o desde una revisión reflexiva que precisamente ubica en su centro temático la *subjetividad del otro*.

Sin importar cuan lejos esté el terapeuta desde su posicionamiento terapéutico de la subjetividad del paciente, como lo es la tercera persona, este en todo momento debe permanecer fiel a su como foco temático: la experiencia vivida del paciente. Ya sea para apuntar hacia la remisión sintomática si resulta necesario en un paciente altamente atribulado, lo cual implica cierta revalorización de las técnicas operativas al interior del modelo o para intentar acercar esa experiencia impersonal a través de una verdadera exploración fenomenológica hacia la subjetividad en primera persona.

Ir hacia la fenomenología de las expresiones sintomáticas equivale a centrarse en la experiencia vivida. Involucra de parte del terapeuta explorar conocimientos acerca de la experiencia en sus propios términos distintivamente subjetivos o personales *“como es **su** manera de vivir la depresión”*, evitando conceptos representacionistas y reificadores que objetivizan al otro. Cierta giro fenomenológico al estar centrado en tercera persona podría significar al explorar la manifestación de los síntomas acercarse en primer lugar a la experiencia tal como esta es vivenciada por el paciente sin encajarla con rapidez en esquemas preformados *“es angustia”*.

Cuando se está bloqueada la mirada en segunda persona en la acepción de sujeto relacional o en primera persona y lo que inunda al terapeuta es la incertidumbre acerca de lo que ocurre en la experiencia del paciente, se propone el tránsito flexible a la segunda persona (asociada a la noción de OSP), pero para desplegarse en una actitud tentativa y exploratoria, cual *hipótesis ontológica*, y sugerir propositivamente al paciente alguna experiencia, de manera que se vaya ajustando conjuntamente con él aquello que va vivenciando u ocurriendo en su

experiencia. Es decir, se puede apelar a la brújula diagnóstica para que el terapeuta se oriente, para poder retornar posteriormente a la experiencia del paciente.

Desde las miradas en tercera y segunda persona (objeto mental) aparece el riesgo de cosificación adoptando dos formas. Una es cuando se concibe al paciente en términos de clasificación diagnóstica y se le percibe por ejemplo, netamente como expresión sintomatológica, desapareciéndose inmediatamente como individuo único y singular. Otra forma de cosificación se produce cuando se establece una hipótesis, pero esta pierde su carácter de mapa movable, como puede ser el caso de anticipar cierta configuración relacional, pero de tal manera que toda experiencia discrepante con dicha anticipación, encuentra explicación en el estilo de funcionamiento, de manera tautológica, con lo cual se confirma la propia teoría y lo que es más llamativo, que la misma respuesta esperada puede ser generada por el terapeuta (profecía autocumplida).

La concientización de los constructos diagnósticos debe permitir modular o manejar las tendencias terceristas en el proceso terapéutico que se pueden advertir en las instancias tanto de supervisión, formación, como del quehacer terapéutico mismo.

Cuando el terapeuta se instala en la mirada de segunda persona, consignando las OSP como hipótesis ontológicas en un espacio de supervisión, lo que se quiere prevenir es el uso de esta misma noción al modo de objeto mental. Esto se puede ver reflejado en que una vez finalizada la instancia de supervisión se puedan trazar o esbozar distintas organizaciones de significado que sirvan de brújula emocional para poder acercarse a la comprensión de la experiencia del paciente, para así comprobar dichos significados al momento de *"implicarse"* con el mismo. Dicha actitud metodológica no hace más que ampliar la noción de diagnóstico, en el sentido de que este no resulta exclusivo de la primera parte de la terapia, muy por el contrario, es un proceso que se extiende a lo largo de todo el proceso terapéutico, lo cual entraña un carácter totalmente móvil y dinámico.

Una instancia en la que aparece cierta tendencia tercerista es en el proceso de formación terapéutica. Cuando se escucha que este paciente presenta ciertos elementos Obsesivos o Dapicos por dar un ejemplo, y que esa apreciación varía de sesión a sesión porque aparecen otros aspectos, inmediatamente se piensa “*bueno este paciente es Dápico, Fóbico o Depresivo*”, lo cual no hace más que evidenciar la ansiedad por aclarar o sosegar la propia incertidumbre de estar recién relacionándose con un paciente, como también la visión esencialista que puede coger al terapeuta, por lo cual el diagnóstico cumple una función eminentemente “*ansiolítica*” para el terapeuta en formación. En esta apreciación se puede perder de vista precisamente que el diagnóstico es móvil, y por lo tanto lo natural es que se vaya modificando en la medida que se descubren nuevos elementos.

También aparece el riesgo de que en ocasiones también se asuman objetivos terapéuticos, aunque coherentes desde el modelo Constructivista Cognitivo de manera tercerista, por cuanto aparecen más desde la agenda del terapeuta (y sus nociones diagnósticas) que de la experiencia del propio paciente. De la misma forma la perspectiva en primera persona se puede ver afectada, ya sea cuando se cae en la imposición de la agenda terapéutica por sobre las necesidades particulares de cada paciente y su respectiva sintomatología, por cuanto el terapeuta la asume como la vía regia para el acceso del otro y cuando este cree eliminar su propia subjetividad al momento de comprender a su paciente, todo lo cual revela igualmente apuntalamientos objetivistas (Safran, 2005).

Con esto no se quiere decir, que el terapeuta en una actitud camaleónica, asuma las expectativas del paciente de modo pasivo, sino que en una actitud dialógica consensue los objetivos terapéuticos. Tal como plantea Safran (2005), la utilización del propio enfoque de modo idealizado e inflexible puede hacer perder de vista la significación que el paciente le otorga a las intervenciones o tareas en un momento determinado. Cuando se instalan objetivos terapéuticos de esta manera se corre el riesgo de asumir una postura tercerista “*yo sé lo que es mejor para el paciente*”. Tal como señala este mismo autor los objetivos terapéuticos del terapeuta pueden oscurecer su visión y simultáneamente impedirle relacionarse plenamente con la

experiencia del paciente. Por lo mismo, resulta necesario aceptar al paciente con sus propios recursos y limitaciones, para de esa manera calibrar las intervenciones y determinar la posición más adecuada para ayudarlo. Siempre en consideración de quién es el paciente. Esto puede redundar con que en ocasiones el abordaje con algunos pacientes requiera de focalizarse en el nivel sintomático, para posteriormente implicarse en tareas de autoexploración (Safran, 2005).

Es necesario tomar consciencia de cómo la incertidumbre propia de cualquier relación terapéutica puede generar la tendencia terapéutica de refugiarse en la oscilación entre las miradas en tercera y segunda persona (objeto mental) con lo cual el otro se aleja desde la *ilusión de separación* haciéndose más o menos *objetivable*. La propuesta en esta investigación es que el tránsito a estas miradas (que son parte o expresión de un continuo y por lo tanto, no excluyentes) tiene que ser *reflexivo* y *estratégico*, más que fruto de la inseguridad a lo que ocurre o puede ocurrir en el espacio terapéutico, lo cual claramente denota solo el alivio de la angustia del terapeuta. Por lo tanto, es necesario que el terapeuta en una actitud de disciplina de autoobservación realice un diagnóstico diferencial interno (mirarse en primera persona) para determinar si el uso de su hermenéutica diagnóstica obedece a tratarla como una *brújula* o un *refugio*.

En ocasiones es el propio paciente quien en un acto explícito señala cuando el terapeuta está procediendo desde las preconcepciones diagnósticas, alejándose por tanto de su experiencia. Ejemplo de lo anterior, es cuando se utiliza la intervención de confrontación para tratar que el paciente tenga mayor comprensión de la experiencia del otro significativo “¿No has pensado que es probable que tú madre sea una madre desesperada?” (Yáñez, 2005, pág., 154).

La finalidad es que el paciente capte la interioridad del otro para que de esa manera, se descentre de algún comentario vivido como perturbador. Lo que ocurre es que dicha intervención en ocasiones resulta utilizada en momentos en que el paciente no quiere entender al otro, sino que quiere ser comprendido. De modo que cuando el terapeuta deja de sintonizar con esa demanda, busca aliviar al paciente desde comprender al otro, pero se genera el efecto de dejar de resonar con la

experiencia del propio paciente. En ese momento se utiliza la preconcepción diagnóstica en términos de refugio y no como brújula. De todas maneras, resulta interesante analizar este mismo proceso en el sentido de una Formulación relacional, es decir, indagar que marcador interpersonal del paciente, arrastra a esta reactividad de buscar la técnica para dar alivio inmediato. Entonces lo que se propone es la observación atenta del terapeuta acerca de su experiencia para modular el vértigo en mirar al paciente como OSP, subsumiendo una historia personal a temas ideoafectivos impersonales.

Así como los pacientes resultan explícitos cuando se pierde la sintonía con ellos, es que también realizan *invitaciones* al terapeuta a situarse en tercera persona. Surgen expresiones como “*Ud. es el profesional, dígame cual es mi diagnóstico*”, “*dígame que tengo*” lo cual resulta muy tentador para el narcisismo terapéutico (aparte del riesgo iatrogénico de perpetuar en el mismo paciente una mirada esencialista acerca de su diagnóstico). Cuando se opera a esa demanda de manera funcional y reactiva, se hace aparentemente para aliviar al paciente, pero profundamente para resarcir las necesidades de reconocimiento, lo cual claramente constituye un acting terapéutico, pues el acto de acudir a la tercera persona no resulta estratégico ni reflexivo, ya que solo obedece a encontrar refugio en lo conocido, o para autoglorificarse en el rol de terapeutas. Es lo que ocurre cuando los terapeutas actúan para proteger su propia autoestima o satisfacer sus propias necesidades de reconocimiento. La actitud para tener un encuentro genuino con otro, vale decir, una relación *yo-tú*, se promueve en la medida que el terapeuta hace uso de sus propios sentimientos para ponerlos al servicio del paciente. Entonces en lugar de suprimir aspectos de sí mismo considerados amenazantes, el terapeuta se mantiene abierto a que aparezcan sin esfuerzo de neutralizarlos, de esa manera se promueve una presencia plena donde no se excluye ningún aspecto de su persona (Safran, 1994).

La reflexividad sobre las nociones diagnósticas pueden liberar al terapeuta en el sentido de que al tener consciencia de ellas deje de asimilar la propia comprensión del paciente a lo que ya se sabe de él o lo que dicen los constructos teóricos, de

manera que permanezca abierto a las nuevas posibilidades de comprensión que puedan surgir (Safran, 2005). La *comprensión real* se genera en la medida que el terapeuta desafía sus propias lecturas a través de la conversación genuina con el paciente. Es importante señalar que la consciencia de las lecturas diagnósticas no implica su eliminación sino que simplemente una mirada autoreflexiva en el momento mismo en que ocurren. Ese gesto de atención plena hacia el juicio diagnóstico puede liberar al terapeuta acercándose a una atención más directa hacia la experiencia del paciente. Esto quiere decir que se acepten conscientemente las lecturas diagnósticas como lo que realmente son, en vez de luchar contra ellas.

Para finalizar las conclusiones se quiere mostrar conformidad con aportar a que la psicoterapia y en especial una de sus fases, como lo es el diagnóstico dentro del Constructivismo Cognitivo asuma cierta reflexión sobre sus miradas y nociones diagnósticas psicopatológicas con sus distintas bondades y limitaciones para acceder a la experiencia de quién padece, lo cual significa tomar consciencia de cómo cada mirada necesita de las otras “*solo para acercarse*” a la experiencia de otro, como también la de adquirir ciertos grados de humildad terapéutica en el encuentro con quién sufre.

En conclusión las tres posiciones (primera, segunda: sujeto relacional, objeto mental, tercera) se estructuran insertas en una red, es decir, es la actitud consciente que el terapeuta despliegue la que determina la pertinencia a una u otra posición, en el entendido de gradaciones sobre un continuo reticulado, por tanto, la intención no es oponer o excluir las distintas miradas, sino generar relaciones entre las diferentes aproximaciones psicopatológicas.

Ser terapeuta Constructivista Cognitivo con la concientización de los alcances de las hermenéuticas diagnósticas, puede resultar tremendamente complejo en el sentido de tener que soportar o sostener la incertidumbre de un encuentro único, pero al mismo tiempo otorga un gesto de mayor humanidad, inocencia y apertura, lo cual le puede a los terapeutas hacer más presentes e *implicados* para el encuentro terapéutico. Puede conllevar un profundo interés y vuelco completo con

la experiencia del otro, lo que permite un encuentro directo con el otro, en un “nosotros” que incluye el yo terapeuta y tú paciente, y no el mero registro de ciertos patrones según las preconcepciones diagnósticas.

La sensibilidad hermenéutica resulta plenamente coherente con un énfasis constructivista sobre la importancia de la incertidumbre y la impredecibilidad, donde la *comprensión no puede ser anticipada*. Es necesario que el terapeuta soporte cierta “*incertidumbre basal*” (Sassenfeld, 2012). El terapeuta tiene que ser capaz de tratar sus nociones o preconcepciones teóricas que lo apuntalaron en cierta comprensión como *hipótesis*. Tiene que mantener cierta incertidumbre como para poder cuestionarse la validez de tales preconcepciones.

Es necesario asumir que no existe perspectiva o posicionamiento terapéutico que puede captar la multitud de demandas que llevan a cabo los pacientes para el alivio del sufrimiento. Precisamente porque se considera a *quién* es la persona con su singularidad o porque la preocupación máxima es concebir al paciente siempre en su unicidad, es que se debe reflexionar desde que posición será más adecuado abordarlo. Esto implica que cualquiera sea la perspectiva desde la que se aborde al paciente, no se renuncie a su singularidad aunque sea percibido incluso desde posicionamiento objetivistas. No resulta antitético puesto que igual se puede preguntar por su experiencia y la narración que hace de ella, si él se ha apropiado y “*si no hay otras posibilidades de tocarle más que con la biología o técnicas cognitivos conductuales*” (Arciero, pág. 32, 2009).

En base a lo postulado, se puede afirmar entonces que el examen crítico de las preconcepciones diagnósticas significa asumir que estas no resultan exhaustivas de la unicidad y singularidad del otro, sin embargo, estas mismas preconcepciones del terapeuta no deben ser desechadas en nombre de un ideal metódico, parecido al ideal de científicidad que apela a la presunta objetividad, más bien, deben ser puestas en cuestión en todo momento en su aplicación. No se trata de eliminar las preconcepciones diagnósticas, sino de elevarlas al nivel consciente. Y hacerlas conscientes, usando una metáfora hermenéutica, es someterlas a la prueba del texto, hacer de manera que puedan ser puestas en cuestión por el texto

y revisadas constantemente a partir de aquella experiencia que proviene del paciente. Explicitar los constructos puede permitir tomar consciencia de que la experiencia del otro, puede estar cuestionándolos y claramente sobrepasándolos, pues se parte de la asunción de que solo se posee un conocimiento parcial acerca del otro.

Este trabajo ha pretendido a través del desarrollo de la consciencia metodológica de los constructos diagnósticos, refrescar o recordar que no se tiene un acceso privilegiado hacia la realidad y por ende, hacia la experiencia sufriente de los otros.

La implicancia de esta investigación no ha consistido en que los terapeutas Constructivistas Cognitivos se abstengan de utilizar las ideas teóricas acerca de la psicopatología, para ir ordenando los datos clínicos, sino que los terapeutas reconozcan en un ejercicio autorreflexivo de sus nociones, el impacto de estas sobre el alcance de su comprensión. Por lo mismo es que el haber enfatizado la mirada en segunda persona relacional, como convalidadora de la tercera o la mediadora entre ambas, y la perspectiva en primera persona, igualmente se constituyen en construcciones teóricas al servicio de la comprensión psicopatológica, por lo tanto no escapan a su condición de marco conceptual insuficiente, limitado y falible acerca de la experiencia del otro. La comprensión psicopatológica debe aspirar a desafiarse constantemente, debe permitir ponerse en riesgo, reconocer la posibilidad de estar equivocada y por lo tanto, como terapeutas de estar abiertos a la sorpresa y lo imprevisto.

La conceptualización de distintas perspectivas de posicionamiento terapéutico en el uso de los constructos diagnósticos aclara alternativas a las que se puede recurrir en un momento clínico determinado y, además, contribuye a comprender en cómo se visualizan aspectos diferentes según la posición asumida por el terapeuta. Si bien el presente trabajo mediante la consciencia metodológica ha querido prevenir la reificación de la experiencia del paciente, la reflexión que se ha instalado no cuestiona los constructos mismos, sino el uso reflexivo que se le da a estos.

Apelando a terminología congruente con el modelo, se podría decir, que se ha pretendido simbolizar lo que ya ocurría a nivel tácito al interior del Constructivismo Cognitivo, puesto que en la instancia de supervisiones clínicas, así como en el proceder terapéutico, se apreciaba una circulación flexible por los diferentes ángulos de posicionamiento terapéutico que por distintas razones no se había tematizado, de manera que el ejercicio de concientizar los constructos diagnósticos ha permitido una mayor apropiación de ese discurrir en la Identidad Narrativa del modelo.

El Constructivismo Cognitivo debe en todo momento monitorear el uso de sus nociones diagnósticas en el proceso terapéutico, puesto que no está exento de posicionamientos objetivistas que sustancializan o reifican la experiencia de quién sufre. La conciencia metodológica o autoreflexividad promueve la actitud de *ir soltando el entender* que en ocasiones obnubila el acceso de quién es el otro que sufre.

Finalmente se quiere exponer cierta inquietud a propósito de la propuesta realizada en la mirada en segunda persona. Frente a la asunción de considerar las OSP como Hipótesis Ontológicas por considerar insumo gadameriano (imposibilidad de ideas preconcebidas para comprender) un propio ejercicio de autoreflexión, abre el siguiente debate.

Mantener las OSP, incluso como Hipótesis Ontológicas ¿puede obedecer a la angustia cartesiana de quedarse sin nada? Si es desmantelable el constructo de OSP como lo propone el actual posracionalismo, ¿es posible la cohabitación entre estos dos modelos terapéuticos para la formación clínica?

Puesto que se ha buscado generar un estado de alerta en el uso de las nociones diagnósticas, se considera que este trabajo puede servir como material para terapeutas en proceso de formación, (quienes muchas veces están ávidos de adquirir certezas en el trabajo terapéutico) como también de estímulo para seguir indagando las diversas maneras de desarrollar o entrenar la autoreflexividad.

Es así como la siguiente discusión puede dar pie a ciertas interrogantes o futuras líneas de investigación:

¿Cuál es el papel del supervisor como aparato psíquico auxiliar en la monitorización del uso de las nociones por parte del terapeuta supervisado? ¿El supervisor está exento de sus grilletes de lectura al supervisar?

¿Cuáles son los aspectos de la *propia subjetividad* del terapeuta que pueden interferir la exploración de ciertas áreas de la experiencia del paciente?

¿Cómo conciliar *presiones externas* de políticas públicas de salud mental, con un interés en la subjetividad del otro, para evitar intervenciones iatrogénicas?

Este se ha constituido en el primer paso en el sentido de haber tematizado la importancia de la autoreflexividad de las nociones diagnósticas, el segundo podría ser, como favorecer la integración de diversas modalidades para cultivar habilidades metacognitivas.

X. BIBLIOGRAFÍA

Acevedo, J. (2010). *Hermenéutica del Sí. Identidad Narrativa & Constructivismo en Psicología*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica. Mención Psicoterapia Constructivista Sistémica Estratégica. Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile.

Arciero, G. (2005). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal. Reflexiones sobre la experiencia humana*. Buenos Aires. Argentina. Amorrortu Editores.

Arciero, G. (2009). *La psicología y psicoterapia pos-racionalista: El futuro y el pasado*. www.ipra.it

Arciero, G. (2009). *Tras las huellas de Si Mismo*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

Aronsohn, S. (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. [Versión electrónica]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista.

Berrios, G. (2011). *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Polemos.

Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La Psicopatología Descriptiva desde el siglo XIX*. México. Fondo de Cultura Económica.

Bleichmar, H. (2005). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina, Editorial Paidós.

Cabrera, E.; Trujillo, S. (2009). *Mueren los –ismos, vuelve la persona*. Entrevista a Giampiero Arciero. www.ipra.it

Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

Climent, M. (2003). *Para leer a Jaspers. Invitación a la Psicopatología General*. Santiago. Editorial Universitaria.

Cosacov E. (2007). Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología. Argentina. Editorial Brujas.

Depraz N, Mauriac F. (2006). Secondes personnes. Une anthropologie de la relation. Evolution. Psychiatrique, 7.1 [versión electrónica] ScienceDirect, 667-683.

Duarte, J. (2012). Aportes desde la intersubjetividad y la Identidad Narrativa para la psicoterapia Constructivista Cognitiva. La terapia como un marco la construcción y deconstrucción de historias. Tesis para optar al grado de Magíster en psicología mención clínica adultos. Universidad de Chile.

Ferrater Mora, J. (1994). Diccionario de filosofía. (ed.2004). España, Editorial Ariel S.A.

Gadamer, H. G. (1960). Verdad y Método (ed. 2007). Salamanca, España. Ediciones Sígueme.

Gallese, V. (2011). Nostridad, Simulación Corporeizada y Psicoanálisis: Respuesta a los comentarios. [Versión electrónica] Clínica e investigación Relacional, 5 (1), 118-124.

Ghaemi, N. (2008). Psiquiatría: Conceptos. Santiago, Chile. Editorial Mediterráneo.

Grondin, J. (2003). Introducción a Gadamer. Barcelona, España. Herder Editorial.

Grondin, J. (2008). ¿Qué es la Hermenéutica?. Barcelona, España. Herder Editorial.

Guidano, V. (1987). Complexity of the self. New York, Editorial Guilford Press.

Guidano, V. (1994). El sí mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

Guidano, V. Liotti, G. (2006). Procesos cognitivos y Desordenes Emocionales. Santiago de Chile. Editorial Cuatro Vientos.

Hick, S. Bien, T. (2010). Mindfulness y psicoterapia. Barcelona, España. Editorial Kairós.

Iacoboni, M. (2010). Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros. Buenos Aires, Argentina. Katz Editores.

Krause, M. (2005). Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad. Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Kuhn, T. (2000). La estructura de las revoluciones científicas. México. Fondo de cultura Económica.

Leiva, V. (1999). Técnicas cognitivas. Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs. Santiago, Chile, Ediciones Lom.

Lolas, F.; Martin-Jacod, E.; Vidal, G. (2005). Sistemas Diagnósticos en Psiquiatría: Una guía comparativa. Santiago, Chile. Editorial Mediterráneo.

Luque, R. Villagrán, J. (2000). Psicopatología descriptiva: Nuevas Tendencias. Madrid, España, Editorial Trotta.

Mahoney, M. (2005). Psicoterapia Constructiva. Una guía práctica. Barcelona, España. Ediciones Paidós Ibérica.

McCullough, J. (2003). Tratamiento para la depresión crónica. Sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual. México. Editorial El Manual Moderno.

Miró, M. (2000). El problema del otro en el posracionalismo. Revista de Psicoterapia, Vol. XI. N°41

Miró, M. (2005). La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. [Versión electrónica] editada por G.I.P. (www33.brinkster.com/gipsicoterapia).

Miró, M. (2012). Mindfulness en la práctica clínica. Bilbao, España, Editorial Desclée de Brouwer.

Molledo, A. (2004). Más allá de la nosografía: la explicación cognitivo procesal sistémica del síntoma. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, Vol. 3 No 1. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile.

Morín, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España, Gedisa editorial.

Nardi, B. (2001). *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano.

Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, Vol. 3 No 1. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile.

Olivos, P. (1999). Algunas condiciones para la atención psicológica en el caps. *Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs*. Santiago, Chile, Ediciones Lom.

Opazo, R. (1992). *Integración en psicoterapia*. Santiago, Chile, Ediciones CECIDEP.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Delimitación clínica*. Santiago, Chile, Ediciones ICPSI.

Orange, D. (2010). La teoría de los sistemas intersubjetivos: el viaje de falibalista. [Versión electrónica] editada por *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 6; 3: 328-337.

Orange, D. (2012). *Pensar la práctica clínica. Recursos filosóficos para el psicoanálisis contemporáneo y las psicoterapias humanistas*. Santiago, Chile. Editorial Cuatro Vientos.

Quiñones, A. Zagmutt, A. (1996). Salud mental y significado. *Revista Terapia Psicológica*, Año XIII. Volumen VI (1) N°25.

Quiñones, A. (2001). *El modelo cognitivo posracionalista*. Bilbao, España, Editorial Desclée de Brouwer.

- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid, España. Siglo XXI Editores.
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona, España. Ediciones Paidós Ibérica.
- Rodríguez, B. y Fernández, A. (2012). *Terapia Narrativa basada en la Atención Plena para la Depresión*. Bilbao, España, Editorial Desclée de Brouwer.
- Safran, J. y Muran, J. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao, España, Editorial Desclée de Brouwer.
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España, Editorial Paidós.
- Safran, J. (2009). Mindfulness y escenificación en psicoanálisis. *Revista Chilena de Psicoanálisis*. Volumen 26 (1):28-39.
- Sánchez, R. (1999). Una propuesta de lectura del concepto de transferencia desde la teoría cognitivo constructivista. *Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs*. Santiago, Chile, Ediciones Lom.
- Sassenfeld, A. (2012). *Principios Clínicos de la Psicoterapia Relacional*. Santiago, Chile. Ediciones SODEPSI.
- Sassenfeld, A. (2008). Reflexiones sobre el sistema de neuronas espejo y algunas de sus implicancias psicoterapéuticas. [Versión electrónica] editada por *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Volumen 4, N° 2.
- Siegel, D. (2012). *Mindfulness y psicoterapia. Técnicas prácticas de atención plena para psicoterapeutas*. Buenos Aires, Argentina, Paidós.
- Siegel, D. (2010). *Cerebro y Mindfulness. La reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar*. Barcelona, España.
- Spinelli, F.; Ocampo, E.; Minacore A.; Castillo, J.; De Rosa, H. (2000). *Pánico y fobias: un abordaje desde la perspectiva Cognitiva Posracionalista*. [Versión electrónica] editada por Centro Vittorio Guidano.

- Varela, F. (1999). El fenómeno de la vida. Santiago, Chile, Editorial Dolmen.
- Vattimo, G. (2006). Introducción a Heidegger. Barcelona, España, Gedisa editorial.
- Vergara, P. Gaete, P. (1999). Diagnóstico y cambio en la teoría cognitiva-posracionalista. Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs. Santiago, Chile, Ediciones Lom.
- Yáñez, J. (2005). Constructivismo Cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Santiago, Chile.
- Zagmutt, A. (2000). Los trastornos de la alimentación: Un enfoque constructivista posracionalista. Revista de Psicología de la Academia Castalia. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile. Ediciones Lom.
- Zagmutt, A. (2010). Vínculos afectivos, mentes conectadas. Estilos de personalidad y crisis desde el nacimiento hasta la edad adulta. Santiago, Chile, Ugbar Editores.
- Zagmutt, A. (2012). La Segunda Ola Posracionalista. Conferencia dictada en el IX Congreso de la Asociación Latino-Americana de Psicoterapias Cognitivas. ALAPCO 2012, Rio de Janeiro (www.posracionalismo.cl).