

# PERTURBACIÓN ESTRATÉGICA GRADUAL: FORMATO DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO (RMPS)

Álvaro T. Quiñones Bergeret

Grupo Internacional de Investigación en Psicoterapia (GIP)

Profesor de Psicoterapia Cognitiva, Universidad del Desarrollo, Chile.

*The following investigation is based on clinical cases analysis, clinical experience and qualitative research in successful psychotherapy processes. The psychological distress reconstruction format is presented (RMPS). This format is useful to orientate the therapist to elucidate the coherence of a dysfunctional meaning and design a systematic intervention strategy.*

*Key words: Self, strategically disturb, narrative identity, scheme, cognitive organization.*

---

## INTRODUCCIÓN

Los seres humanos construyen en el ciclo vital una teoría de sí y del mundo a partir de las interacciones sociales en un contexto emocional y cognitivo que se expresa en un creciente y complejo sentido de identidad narrativo (metanarración). El constructo sí mismo como proceso de creciente conocimiento nos ayuda a entender a los seres humanos como teorías de su ambiente (Hayek, 1952, 1969) que nos informa de un aumento de información existencial en el ciclo vital. Información que se organiza en diferentes organizaciones de significado que indican caminos evolutivos posibles de coherencia de conocimiento (Quiñones, 2008, Guidano, 1991).

Entender el constructo sí mismo como proceso dialéctico (sentir/narrar/afrentar) en la generación de narraciones que confluyen en una metanarración con grados de coherencia, es útil para aproximarnos a cómo generar el cambio en psicoterapia. La comprensión en psicoterapia implica observar en los cuadros clínicos dinámicas de significado psicológico que reflejan este proceso dialéctico que mantiene el malestar psicológico. En dicha lógica clínica, entendemos la psicopatología como una constelación de variables: predisposiciones genéticas,

tipo de información y calidad de la coherencia de información (cognitiva, somática y emocional), matrices de esquemas interpersonales problemáticos, integración de diferentes formatos narrativos (prenarrativo, protonarrativo, narraciones), procesos de mentalización deficitarios y afrontamientos que no producen bienestar psicológico y son ineficaces en resolver problemas (Quiñones, 2008; Dimaggio y Semerari, 2003; Young y cols, 2003; Plomin, et al., 2001; Guidano, 1999, 1991; Bruner & Kalmar, 1998; Bruner, 1986; Damasio, 1999, 1994; Safran & Segal, 1991, Nelson, & Narens, 1990; Stern, 1985).

## **PERTURBACIÓN ESTRATÉGICA**

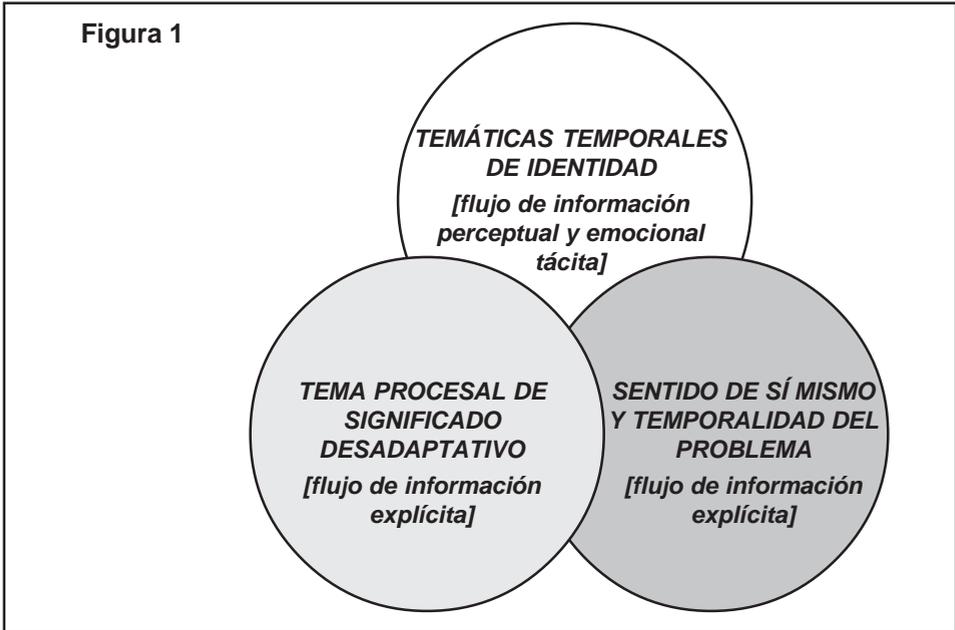
La autoobservación de la propia experiencia didácticamente puede ser de dos tipos: reflexiva o conductual. El tipo *reflexivo* está basado en la rememoración, por parte del paciente, de episodios de malestar psicológico guiado por el terapeuta. El segundo tipo es denominado *conductual* y está basado en tareas de ejecución de comportamientos exploratorios, que implican malestar y que el paciente observa en base a registros estándar o siguiendo indicaciones precisas del terapeuta.

La estrategia terapéutica basada en la autoobservación busca la comprensión de la dinámica de la coherencia de significado regulado deficitariamente. La regulación deficitaria se aprecia en la calidad de la coherencia del *sentir-narrar-afrontar* en el momento que el paciente presenta el problema clínico. Implica investigar en conjunto con el paciente "el qué" (tipo de información seleccionada) y "el cómo" (organización de la información) construye su verdad narrativa consciente para la acción. En tal lógica psicoterapéutica, las perturbaciones estratégicas buscan generar nueva información de calidad óptima para ser incorporada en la verdad narrativa.

La comprensión gradual por parte del terapeuta de la dinámica del desequilibrio clínico se focaliza en las características de la información involucrada en la sintomatología en el aquí y ahora y en el cómo esta información se genera y se organiza en una coherencia temporal del significado del paciente. A nivel terapéutico podemos aproximarnos al significado personal tácito/explicito desde el punto de vista teórico de las *temáticas temporales de identidad que se desarrollan en el ciclo vital*. Dichas temáticas son esquemas perceptuales/emocionales tácitos que se desarrollan en la interacción, que guían el procesamiento de información y que se expresan parcialmente en la verdad narrativa a través de conocimiento personal en la forma de los siguientes dos dominios: *Tema procesal de significado desadaptativo y sentido de sí mismo y temporalidad del problema* (véase Figura 1).

Ahora bien, con una mayor precisión podemos sostener que la perturbación estratégica significa guiar la autoobservación del propio paciente sobre sus propios flujos de información (contenidos cognitivos, contenidos emocionales), los procesos de mentalización involucrados en la construcción del significado narrativo y la retroalimentación perceptual de los tipos de afrontamientos vitales realizados. El

**Figura 1**



terapeuta debe llevar adelante la perturbación estratégica en un contexto de comprensión del significado del paciente a través de técnicas (Ej: moviola, focussing, conciencia plena, etcétera) en función de los objetivos terapéuticos acordados para facilitar la inserción de secuencia de información en base a experiencias correctivas interpersonales cargadas de información afectiva, cognitiva y producto del afrontamiento. Junto con lo anterior, debe facilitar la conciencia por parte del paciente de los procesos de mentalización deficitarios y/o ausentes utilizados en la construcción del significado disfuncional (Dimaggio & Semerari, 2003). Por tanto, el objetivo de las perturbaciones estratégicas es generar conocimiento de los flujos de información personal para regular la dialéctica de contenidos de conciencia y procesos de mentalización involucrados en el significado personal. En tal sentido, perturbaciones estratégicas exitosas implican lograr narraciones alternativas de bienestar psicológico que contienen un aumento de información (emocional y cognitiva) con una calidad mejor en la coherencia de la verdad narrativa que facilitan un estilo de afrontamiento que produzca solución de problemas y percepción de eficacia.

Una posibilidad de perturbar estratégicamente en psicoterapia puede ser realizado en dos fases según la investigación cualitativa en procesos terapéuticos exitosos (Quiñones, 2007, 2008, 2009). En primer lugar, ayudar al cliente a identificar en los propios flujos de información los dominios de primer y segundo orden del formato de reconstrucción de malestar psicológico

(véase más adelante descripción del formato RMPS). Y en segundo lugar, ayudar a secuencializar gradualmente la «experiencia informacional que se empieza ha decodificar» de manera de generar asimilación y acomodación de la nueva información vivencial en la representación narrativa.

## DESCRIPCIÓN DEL FORMATO DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO

*El formato de reconstrucción de malestar psicológico* (RMPS revisado, 2009) surge de investigación cualitativa de transcripciones de procesos completos de psicoterapia exitosos y no exitosos. Formato que surge del microanálisis de secuencias de momentos de malestar temático observados en análisis de la conversación terapéutica usando el programa Atlas.Ti (Quiñones, 2007, 2008, 2009). El RMPS revisado presenta 11 dominios que están jerárquizados en: dominios de primer orden y dominios de segundo orden.

Los dominios de primer orden son: “*tema procesal de significado desadaptativo*” y “*sentido de sí mismo y temporalidad del problema*”. Ambos dominios principales ayudan a guiar al terapeuta en la reconstrucción de significado problemático que el paciente presenta y, a su vez, nos indica *temáticas temporales de identidad* que operan a nivel tácito/explicito y se expresan como tendencias de procesamiento de información que toman forma en temas. Por otra parte, los dominios de segundo orden están presentes según diferencias individuales de procesamiento de la información en la verdad narrativa que cada sujeto construye de manera personal (Véase Tabla 1: definición de los dominios del RMPS).

Tabla 1: **Definición de los dominios del RMPS**

### I. Dominios de primer orden:

**I.1 TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):** son problemas vivenciales que nos “informan del dolor psicológico reflejo de una matriz de esquemas y procesos de mentalización involucrados” que toman forma en una verdad narrativa. Tiene dos componentes:

**TEMA:** alude a los contenidos involucrados en el malestar psicológico. ¿Cuáles son los principales contenidos en el aquí y ahora que comunica el paciente? Cuando no hay indicadores en vigilia del problema vivencial, es útil utilizar los sueños como “entrada” al patrón de significado disfuncional. Los sueños se pueden entender en términos temáticos. Por ejemplo: ¿Cómo le agradaría que terminará el sueño? ¿Cómo no le gustaría que terminara el sueño?, etcétera.

**PROCESOS:** Alude a procesos de mentalización. Es de destacar que los procesos de mentalización se corrigen fundamentalmente en la relación terapéutica que debe ser sentida y valorada como segura por el paciente. Ello se facilita en un contexto terapéutico emocional/cognitivo de sintonía con el paciente estableciendo obje-

tivos terapéuticos de común acuerdo y tareas acordadas entre sesiones respetando la motivación y coherencia del significado del paciente.

¿Qué procesos de mentalización están involucrados en el tema? ¿La capacidad de identificar estados mentales y la de razonar sobre ellos está presente?

¿Reconoce los estados mentales en los demás? ¿Regulación, descentramiento y monitorización qué calidad presentan? ¿Comprende los estados mentales ajenos? ¿Qué piensa de sus propios pensamientos y emociones? ¿Describe adecuadamente lo que piensa, siente o imagina en las situaciones que describe?

**I.2 SENTIDO DE SÍ MISMO Y TEMPORALIDAD DEL PROBLEMA (SA):** observar en el paciente: cómo impacta el reconocimiento del problema en su identidad, cómo impacta la percepción temporal del problema, y cómo impactan las atribuciones temporales del problema: ¿Hay una cronología adecuada de los hechos en el relato? ¿Cómo le afecta el reconocimiento del problema en su sentido de sí mismo? ¿Cómo varía la intensidad del malestar en función de la atribución temporal del problema (o problemas) en el presente, pasado y futuro? ¿Hay alteración de la percepción de la temporalidad subjetiva? ¿Qué momentos presentes entran en la conciencia?

## **II. Dominios de segundo orden:**

**II.1 PROCESOS NARRATIVOS CONVERSACIONALES (conv):** Identificar diálogos semánticos internos conscientes. Evaluar si hay secuencia y una estructura narrativa (inicio, desarrollo y sentido de resolución).

**II.2 DOMINIO AFECTIVO (da):** emociones desagradables (mantienen o aumentan el malestar), afectos disociados, intensidad de las emociones reconocidas, emociones encontradas (valencias opuestas, ej: orgullo-vergüenza), estados y cambios de humor problemáticos, sentimientos dolorosos recurrentes. ¿Hay presencia de emociones positivas? ¿Reconoce emociones positivas involucradas en el patrón disfuncional?

**II.3 DOMINIO COGNITIVO (dc):** pensamientos automáticos, pensamientos que no ayuden a resolver problemas, valores aplicados a resolución de problemas, propósitos y metas implicados, "deberías" implicados. ¿Cómo explica la persona su problema? ¿Las explicaciones que menciona tienen jerarquía? ¿Su modelo causal ha variado en el tiempo que ha durado su malestar? ¿Hay grados de comprensión de la mente ajena en los momentos de malestar?

**II.4 DOMINIO IMAGINATIVO (di):** imágenes o secuencia de imágenes. Evaluar si hay secuencia en el procesamiento pictórico (ejemplo: fantasías) que conduzcan a la resolución de problemas. Evaluar si hay diálogos imaginados con personas no presentes por ejemplo.

**II.5 EXPECTATIVA Y RETROALIMENTACIÓN (e/r):** evaluar cómo funciona la capacidad de retroalimentación del paciente: ¿Corrige a tiempo lo que considera errores o discrepancias? ¿Sus hipótesis personales son ajustadas? ¿Aprende en función de la intensidad del malestar?

**II.6 AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA PERCIBIDO (af):** ¿Qué hace la persona cuándo siente y valora su malestar? ¿Utiliza afrontamiento centrado en el problema o la emoción? ¿Percibe que usa el tipo de afrontamiento para disminuir y/o hacer desaparecer el malestar? ¿Qué tipo de respuesta desadaptativas perpetúan el malestar?

**II.7 SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at):** valorar sensaciones desagradables y/o extrañas y calidad de atribuciones (locus de control). ¿Cómo representa las sensaciones? ¿Cómo es la coherencia entre sensaciones somáticas y significado narrativo? ¿Cómo explica lo vivenciado? (ej: ¿Qué dice de mí el dolor de estómago? ¿Con qué aspecto el dolor de estómago se relaciona con mis decisiones en las últimas semanas?).

**II.8 AGENCIA (ag):** valorar nivel de percepción de conducción de la propia vida en momentos de disforia.

**II.9 AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s):** valorar la percepción del estado de salud (Ejemplo: dieta, ejercicio, calidad del dormir, calidad de descanso, presencia o ausencia de meditación. Uso de drogas legales y/o ilegales). ¿Se observa un estilo de vida no adaptativo?

En relación a la codificación cualitativa de información en cada dominio hay cuatro distinciones que se aplican en función del perfil:

- a) El signo “(+)”: indica que los dominios de primer orden son adaptativos.
- b) El signo “(<)”: indica que el dominio está siendo procesado inadecuadamente.
- c) El signo “(>)”: indica que el dominio está siendo procesado adecuadamente.
- a) El signo “(-)”: indica ausencia del dominio en el procesamiento de la información.

A continuación se ejemplifican dos maneras de utilizar el RMPS:

1ª.- RMPS aplicado en dos momentos diferentes del proceso psicoterapéutico (línea base y alta) a un paciente con significado personal de tipo ansioso:

a) Línea base: dominios de primer orden: T/P (< descentramiento), SA (<). Hay una secuencia de seis dominios de segundo orden en el comienzo de la psicoterapia que son los siguientes: di (<), dc (<), da (<), af (<), aut/s (>), ag (<). Dominios ausentes: e/r (-); conv (-); s/at (-).

b) Alta: la alta del paciente muestra una secuencia de dominios que termina con un total de siete dominios de segundo orden en el procesamiento de información autorreferencial. Se ha agregado un dominio de segundo orden al procesamiento de información conciente en la verdad narrativa (s/at). Los signos positivos (+) en “T/P” y “SA” nos indican procesamiento adecuado de los dominios de primer orden. En los dominios de segundo orden se observa aumento de la calidad de procesamiento de los dominios con signo “(>)”. El RMPS del paciente al finalizar el proceso terapéutico se observa de la siguiente manera: T/P (Descentramiento +), SA (+), di (>), dc (>), da (>), af (>), aut/s (>), s/at (>), ag (>).

2ª.- RMPS utilizado como resumen de varios momentos de disforia. Muestra los dominios involucrados en un patrón de impulsividad y desregulación emocional en distintos momentos de disforia de un paciente que presenta una Bipolaridad tipo I. Ejemplo:

### **DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:**

T/P (<) TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO:

T: "Me paso buscando placer. Nunca estoy satisfecha del todo...".

P: Déficit de regulación de estados emocionales y déficit de descentramiento. Destaca la incapacidad de prescindir del pensamiento egocéntrico.

SA (<) SENTIDO DE SÍ MISMO Y TEMPORALIDAD DE PROBLEMA:

"Arriba de la ola". "Desde que me acuerdo he sido así"

### **DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:**

conv (<) PROCESOS NARRATIVOS CONVERSACIONALES: "Soy la mejor en lo que me propongo".

da (<) DOMINIO AFECTIVO: Se observa rabia intensa, ansiedad intensa, orgullo intenso.

ag (<) AGENCIA: "No dirijo suficiente mi vida, me veo dependiente de los que me gustan y me atraen.

dc (<) DOMINIO COGNITIVO: "Tengo que dominar a los demás y no ser frágil".

e/r (<) EXPECTATIVA Y RETROALIMENTACIÓN: "Quiero sentirme bien siempre que hago actividades". No visualiza consecuencias de los excesos.

s/at (<) SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN: Se observa fragilidad y pérdida de fuerza en episodio depresivo. Mucha energía y fuerza en episodio maniaco). Sin atribución.

aut/s (<) AUTOCUIDADO Y SALUD: Se observa abuso de alcohol e insomnio frecuente.

af (-) AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA PERCIBIDO: Se observa afrontamiento desorganizado.

di (-) DOMINIO IMAGINATIVO: No se observa.

El RMPS revisado es útil para el terapeuta ya que orienta la observación y facilita generar hipótesis sobre el "mapa de dominios" que usa un paciente para construir su verdad narrativa y ejecutar un tipo de afrontamiento en el momento presente. Asimismo, ayuda al terapeuta a detectar en las "secuencias de dominios de información" implicadas en el malestar psicológico del paciente: qué información reconoce; qué información omite; qué información distorsiona.

### **RECAPITULACIÓN**

En sentido general hacer psicoterapia es un permanente proceso de reconstrucción de momentos vividos no suficientemente decodificados en una verdad narrativa. Tales momentos tienen la característica de estar cargados de información afectiva, información cognitiva, y de información surgida de la retroalimentación perceptual del afrontamiento ejecutado.

Guiar y poner la atención del paciente en los dominios involucrados en los "momentos de malestar psicológico" es una manera de potenciar una nueva rearticulación de significado saludable. Por todo ello, el formato de reconstrucción

de malestar psicológico (RMPS) es útil como mapa conceptual para ser utilizado por el terapeuta para perturbar estratégicamente a través de diferentes técnicas.

---

*La presente investigación está fundamentada en análisis de casos clínicos, experiencia clínica e investigación cualitativa en procesos de psicoterapia exitosos. Se presenta el formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS). Este formato es útil para orientar al terapeuta a dilucidar la coherencia de un significado disfuncional y diseñar una estrategia de intervención sistemática.*

Palabras clave: *Si mismo, perturbación estratégica, identidad narrativa, organización cognitiva*

## Referencias bibliográficas

- BRUNER, J. y KALMAR, D. (1998). Narrative and metanarrative in the construction of Self. In M. Ferrari, R. Sternberg (Eds.), *Self-awareness* (pp. 308-331). New York: Guilford Press.
- BRUNER, J. (1986). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa, 1988.
- DAMASIO, A. (1999). *Feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. San Diego: Harcourt.
- DAMASIO, A. (1994). *El error de Descartes*. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1996.
- DIMAGGIO, G. y SEMERARI, A. (a cura di) (2003). *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Editori Gius Laterza & Figli Spa.
- GUIDANO, V.F. (1999). Psicoterapia: Aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva postracionalista. *Revista de Psicoterapia*, 37, 95-105.
- GUIDANO, V. F. (1991). Affective change events in a cognitive therapy system approach. En J. Safran & L. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change* (pp. 50-82). New York: Guilford Press.
- HAYEK, F. (1969). The primacy of the abstract. In A. Koestler & J. Smythies (Eds.), *Beyond reductionism*. New York: Mc Millan.
- HAYEK, F. (1952). *The sensory order*. Chicago: University of Chicago Press.
- NELSON, T. y NARENS, L. (1990). Metamemory: A theoretical framework and new findings. En G.H. Bower (Ed.), *The Psychology of learning and motivation*, vol.26 (pp.125-141). New York: Academic Press.
- PLOMIN, R., DEFRIES, J., MCCLEARN, G., & MCGUFFIN, P. (2001). *Genética de la conducta*. Editorial Ariel: Barcelona, 2002.
- QUIÑONES, A.T. (2009). Revisión del formato de reconstrucción de malestar psicológico (RMPS). Documento de investigación no publicado.
- QUIÑONES, A. T. (2008). Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (1), 37-47.
- QUIÑONES, A.T. (2007). *Perturbación estratégica: utilización del RMPS en psicoterapia*. VIII Congreso Chileno de Psicoterapia (Society for Psychotherapy Research). *Convergencias y singularidades en psicoterapia*. Reñaca, Viña del Mar, 9,10, 11 y 12 de agosto del 2007.
- SAFRAN, J. Y SEGAL, Z. (1991). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós, 1994.
- STERN, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- YOUNG, J.E., KLOSKO, J.S. y WHEISHAAR, M.E. (2003). *Schema Therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.