

**Rodrigo Díaz Olguín**  
*Psicoterapeuta*

**Cipra**  
*Psicoterapia Constructivista*

## **Deconstrucción, construcción y reconstrucción: integración entre instancias de referencia**

Un método de investigación psicoterapéutica de los déficits de integración

The psychotherapeutic method that will be presented below is framed in a constructivist perspective, based in a phenomenological – hermeneutical methodology. In this approach, the idiosyncratic study of specific psychological processes, the establishment of operational psychotherapeutic hypotheses and the development of efficient strategies to help people to manage their own experience it is emphasized.

For some more distinctive aspects with other constructivist models, we have the type of phenomenological description, the use of gnoseological criterias (which we call "construction dimensions": Demarcation, Valence, Understanding and Control), a perceptions reference's theory along with the reference classes (Corporeality, Self-image and Alterity), and the role of integration between these classes as a strategic guide for the clinical formulation and psychotherapeutic intervention.

The method includes a high emphasis of psychotherapeutic investigation into identity discontinuity processes, as discussed in the next section.

Our method proposed three ways to proceed: deconstruction, construction and reconstruction. In the Deconstruction instance, through a phenomenological attitude, the therapist explores the basic perceptions constituents of the psychological problem, those perceptions challenging, exceptional or discrepant regarding the identity system. Then the method invites the therapist to an analysis moment, where exploration includes the use of "construction dimensions" heuristics (Demarcation, Valence, Understanding and Control), and its main reference formats (Corporeality, Self-image and Alterity) and the integration sense or integration deficit that explaining the psychological problem. Towards the end of Deconstruction, the therapist's aim will be propose a self-knowledge strategy that considers this explanation, including the personal sense of integration and activities that tends to relieve suffering.

In this strategic framework - designed around the concept of integration between reference classes - during the second instance of method (Construction) the therapist and patient agrees on the construction of perceptions that may be critical to the psychological change. These new perceptions, at the same time that maintaining personal integration sense, will significantly alter the construction of other constants perceptions.

This alteration of other perceptions, and their integration and articulation, is what we call Reconstruction. It phase implies a much more active process by the patient, however it is strategically directed by the therapist: a perceptual process that requires less cooperation by the therapist, however may initiate new instances of Deconstruction. Reconstruction is the process of articulating the new perceptions with the broader sense of personal identity. The understanding of self and others takes a thematic shape, modulated, more thoughtful, and more comprehensive.

## I. Introducción

El método de evaluación e intervención que se presentará a continuación está enmarcado en una perspectiva constructivista, enfatizando de manera particular la construcción activa por parte del individuo de sus propias percepciones, significado y sentido. En este marco, la metodología que se describirá incluye aspectos que son comunes a otras propuestas de la misma línea, orientándose al estudio idiosincrásico de procesos psicológicos específicos, delineando hipótesis psicoterapéuticas operativas, e intentando desarrollar estrategias destinadas a aliviar un sufrimiento psicológico comprendido de manera ligada a la organización del conocimiento, a la forma en que las personas administran la propia experiencia (Guidano, 1994, 1995; Mahoney, 2003; Arciero, 2009). En este y otros enfoques constructivistas se otorga un rol central, al momento de conceptualizar la articulación e integración de la experiencia, el concepto de *significado personal* (Guidano, 1994); la comprensión del problema psicológico desde un estudio de procesos psicológicos involucrados en la integración, continuidad y coherencia identitaria; el énfasis en el rol que desempeñan los procesos emocionales en la comprensión del problema psicológico; y el espíritu general orientado a promover en el paciente la administración más flexible e integrada de su propia experiencia (Guidano, 1987, 1990, 1994).

Los enfoques constructivistas destacan la comprensión de la experiencia personal en el contexto de las relaciones interpersonales significativas (Mahoney, 2003). De manera similar, en este artículo se planteará que la *alteridad* es central en el estudio del problema psicológico, aunque en vez de entender la alteridad en una relación de correspondencia a las características o acciones objetivas del otro, o en un estudio estructural de tipos de vinculación, se marcará el acento en la percepción, en la experiencia subjetiva del otro, mayormente actualizada sin la presencia física de este.

Respecto de algunos aspectos más distintivos con otros modelos constructivistas, se puede observar el tipo de método de exploración - descripción fenomenológica a utilizar<sup>1</sup> (Gallagher, 2006; 2012), la utilización de heurísticos (que llamamos “dimensiones de construcción”: demarcación, valoración, comprensión y control), la teoría de referencia de las percepciones junto con las clases de referencia (corporalidad, autoimagen y alteridad), y el papel de la integración entre estas clases como guía estratégica para la formulación e intervención clínica.

Además de estos conceptos, resultarán distintivos dos temas relacionados directamente con el quehacer terapéutico y que se pueden introducir brevemente.

El primer tema consiste en un énfasis de la investigación psicoterapéutica puesto en los procesos de discontinuidad. Este énfasis adquiere a su vez dos matices. Uno que apunta a la atención a la discrepancia, la experiencia de sí mismo *arrojado*, a la deconstrucción y

---

<sup>1</sup> La propuesta de Giampiero Arciero es uno de los más claros acercamientos entre una fenomenología hermenéutica y los lineamientos generales para una psicoterapia post - racionalista. Revisar entre otros, “Estudio y diálogos sobre la identidad personal” (2006), y “Tras las huellas del sí mismo” (2008).

reconstrucción de aspectos experienciales que atentan contra el canon identitario más particular. El otro matiz apunta a lo que denominamos “funcionamiento en fase” y que alude a modos de funcionamiento de dominio emocional que aparecen de forma discreta y que deben ser un objeto de trabajo en la terapia aunque solo operen en lugares o contextos muy específicos, pero que terminan siendo relevantes por su participación en el problema psicológico. El clínico deberá evaluar los parámetros de fase (disparadores de activación y desactivación) y las oscilaciones de aquellos procesos psicológicos de interés psicoterapéutico, para poder explorarlos y deconstruirlos. Pensamos que en una clínica de alta complejidad, que considere el trabajo con categorías diagnósticas como el de trastorno de la personalidad o problemas como adicciones, conducta suicida o experiencia psicótica, este último matiz es muy importante.

El segundo tema guarda relación con el método psicoterapéutico. En este modelo se proponen tres formas de proceder del terapeuta durante la intervención: deconstrucción, construcción y reconstrucción.

En la *deconstrucción* primero se intenta, a través de una actitud fenomenológica de investigación, explorar las percepciones básicas constituyentes del problema psicológico, aquellas percepciones que son desafiantes, excepcionales o discrepantes en relación con el sistema identitario. Luego el método invita al terapeuta a un momento de análisis, en donde la exploración incluye la valoración de las percepciones en dimensiones de construcción (demarkación, valoración, comprensión y control), sus principales formatos de referencia (alteridad, corporalidad, autoimagen) y el sentido de integración que disponen estas percepciones explicando el problema psicológico. Hacia el final de la deconstrucción, el objetivo del terapeuta será proponer una estrategia de autoconocimiento que considere esta explicación, además del sentido personal de integración, y que tienda a aliviar el sufrimiento.

En este marco estratégico diseñado en torno al concepto de integración entre clases de referencia, durante la segunda instancia del método (*construcción*) el terapeuta y el paciente acuerdan la construcción de percepciones que puedan ser críticas para el cambio psicológico, percepciones que, al mismo tiempo que mantienen el sentido personal de integración, alterarán eventualmente y de manera significativa la construcción de otras percepciones constantes.

Esta alteración de otras percepciones, su integración y articulación, es en lo que consiste la *reconstrucción*. Implica una serie de procesos en un rol más activo por parte del paciente, no obstante es dirigido estratégicamente por el terapeuta: es un proceso perceptivo que requiere menos colaboración por parte del terapeuta, y que además puede dar inicio a nuevas instancias de deconstrucción. La reconstrucción es el proceso de articular las nuevas percepciones con el sentido de continuidad más amplio de la persona. Se espera que a través de estas instancias, la comprensión de sí mismo y de otros tome gradualmente un relieve temático, con más distancia experiencial, más reflexivo, amplio y modulado.

## **II. Hacia el concepto de integración entre clases de referencia**

Esta forma de trabajo está organizada en torno al concepto de integración, y para esto se propone un método de comprensión e intervención que dibuja la manera específica en que los déficits de integración se presentan por razones de coherencia identitaria. El presente formato entonces intenta entregar las nociones básicas de una estrategia heurística y debatible que consideramos útil en cierto tipo de clínica. Para esta presentación, primero se desarrollarán brevemente las nociones de acción de percepción, niveles de conocimiento y conciencia, procesos de continuidad y de discontinuidad, dimensiones de construcción, y clases de referencia. Después de eso, revisaremos algunos tópicos sobre evaluación y las principales características del método de intervención.

### *Acciones de percepción*

La percepción es el resultado de una actividad del organismo que lo define como ser vivo: generar un sentido de orden, de reducción o lentificación entrópica, respecto a un entorno de múltiples posibilidades (Hayek, 1952; Steel, 2002; Edelman y Tononi, 2000; Damasio, 1999; Popper y Eccles, 1977). Evidentemente ningún organismo participa conscientemente en cada distinción que realiza, sino que su actividad constante hace emerger formas de percepción específica. El tipo de luz que vemos, la constancia cromática de los objetos que miramos, los colores que imaginamos, los sentimientos que podemos traer a la mano, son percepciones que pueden comprenderse incluyendo los procesos del funcionamiento del propio observador. La decisión de incluir o no nociones tendientes al cierre operacional de un sistema de conocimiento, considerarlo auto-referencial, quizá no es necesaria o relevante respecto a otros contextos de investigación, pero consideramos que en cierta clínica psicoterapéutica la aplicación práctica de una teoría del conocimiento compleja puede ser útil.

La noción de percepción como acción conlleva otro aspecto, que es entender la percepción como un proceso dinámico, nunca “detenido” o estático: hay diferencias entre los “sentimientos depresivos” de un día y de otro, diferencias que nos abren puertas de intervención potencialmente relevantes. De ahí otra razón para alejarnos de la noción más tradicional de percepción y “representación” como una huella mnémica - sensorial, una especie de dibujo estático que refleja las impresiones de una realidad dada sobre los sentidos, debido a que puede llevar a la imaginación de que las percepciones del paciente son invariantes estructurales, limitantes si se quiere ver así, condicionando al terapeuta a diseñar estrategias redundantes y poco desafiantes. Las percepciones

ocurren, cambian, fluyen con demarcaciones y valoraciones en constante cambio. La deconstrucción, construcción y reconstrucción de las dinámicas discontinuidad - continuidad que veremos más adelante se anclan en oscilaciones significativas de esos procesos, pero no en “objetos mentales estáticos” o “estructuras mentales”. Entonces la psicoterapia, enfocada en la forma en que el paciente construye continuidad a partir de percepciones discontinuas, se convierte en re - creación, una acción creativa, generativa, lejos de un imaginario psíquico - arqueológico.

Hay datos que apuntan a que nuestras imágenes mentales respecto al entorno habrían sido seleccionadas evolutivamente para no referir en términos de correspondencia con una realidad dada<sup>2</sup>. Junto con el resto de las percepciones, el concepto de representación que utilizaremos en esta propuesta no es la de un reflejo respecto a un objeto que perturba los sentidos y determina las cualidades fenoménicas de la percepción, sino un proceso de construcción y reconstrucción, formulaciones y reformulaciones constantes. Esto es similar a la noción de conocimiento corpóreo y situado que deviene de la crítica que hace Merleau-Ponty (1945) al concepto de representación.

Un niño que patea la pelota hacia el arco no es consciente (reflexivo) respecto a toda la configuración de conocimiento motriz involucrada. Sin embargo, en su actuación opera una articulación de la percepción del campo, una extensión de lo corpóreo en donde el niño es el campo de fútbol, el arco, la pelota y la distancia<sup>3</sup>. La percepción construida es comprensible en ese contexto, incluirá aspectos emocionales, históricos, etc. y variará de forma personal dependiendo de todas esas acciones de percepción.

El concepto de “acciones de percepción”, enmarcado en un entendimiento amplio del concepto de conocimiento, alude a toda la amplia gama de distinciones disponible. Por ejemplo, la percepción de “cielo” implica a la corporalidad, imbricada en su bienestar, salud, enfermedad, en lo inalcanzable de sus límites físicos por parte de nuestros brazos y piernas, a la autoimagen en el final de una historia de encierros o en la búsqueda de refugio, en el estar por “sobre” nosotros y no “bajo” nosotros, y en la alteridad de ser arrojados a un cielo de desprotección o agradecidos por estar anclados a la tierra y no salir despedidos a ese océano solitario sin fondo (ver Gallagher, 2012). El “cielo” entonces adquiere sentido por la actividad de la propia persona, en una particular integración de referencias de corporalidad, autoimagen y alteridad.

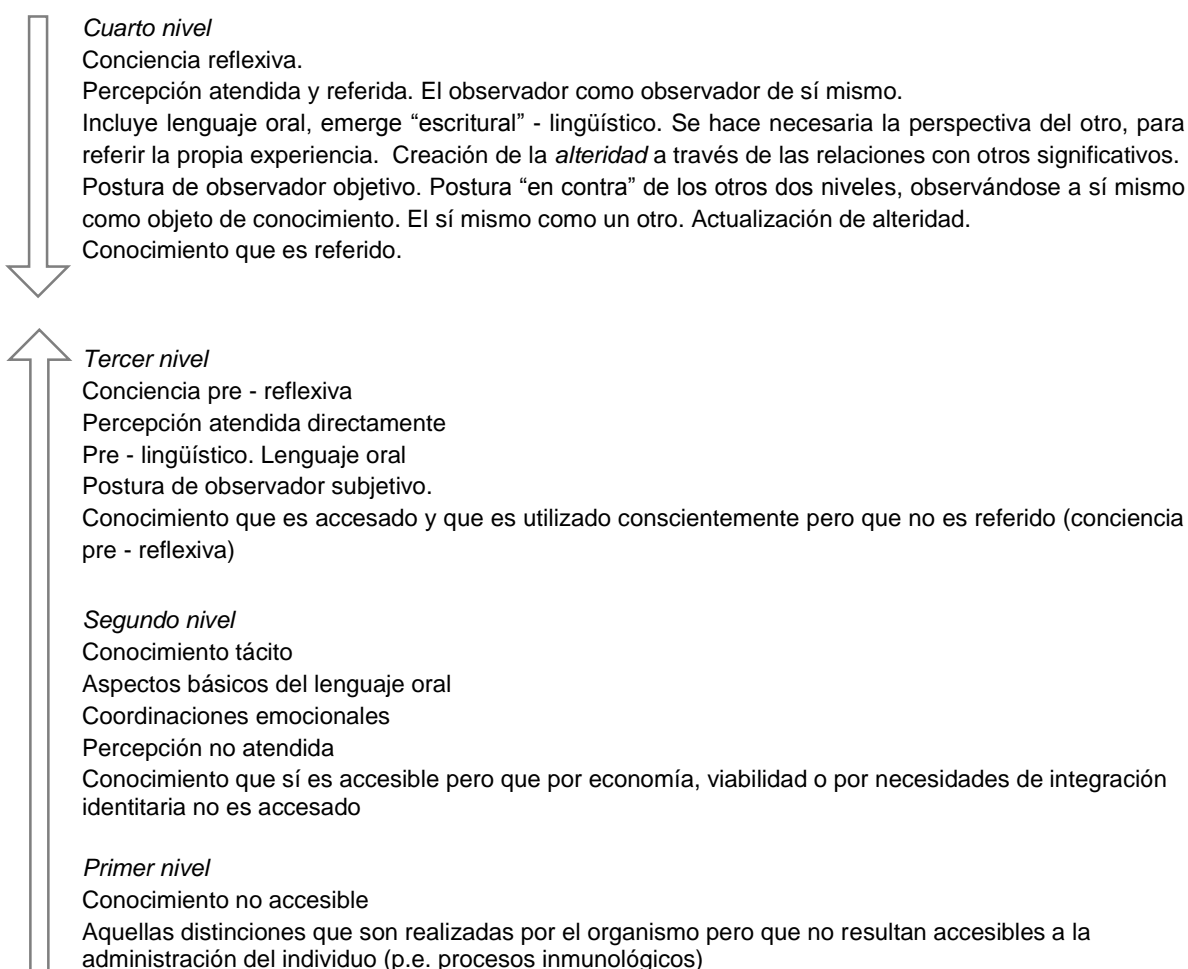
---

<sup>2</sup> Ver el trabajo de Donald D. Hoffman

<sup>3</sup> Revisar *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*, de Varela, Thompson, y Rosch.

## Niveles de conocimiento y conciencia

Entendiendo el conocimiento como introducción de orden, la conciencia sólo representa la medida en que una parte muy pequeña de ese conocimiento es atendido y referido. En la presente propuesta consideraremos la conciencia *pre - reflexiva* y *reflexiva*, como partes de ciertos niveles de la experiencia. La distinción seguiría un esquema como el que sigue:



En donde los niveles más básicos incluyen una gran cantidad de distinciones, con una baja capacidad de ser accesado por referencia de sí mismo u otros. En estos niveles, el conocimiento es completamente autoreferente al organismo. En el convivir junto a otros

seres significativos, que desafíen, limiten o permitan acciones orgánicas básicas, ocurrirán niveles superiores de ordenamiento, hetero – referentes: utilizamos como conocimiento la referencia del otro, un alteridad que representará un sistema organizacional en sí misma de las propias percepciones. Anclados a estos niveles superiores es que lo particularmente humano ocurre, un mundo subjetivo y hetero – referente.

Todas las posibles implicancias prácticas que estas distinciones conllevan no serán abordadas a cabalidad en este apunte, no obstante el lector puede deducirlas y relacionarlas fácilmente con las etapas del proceso de intervención esbozado al final de este documento.

### Continuidad - discontinuidad

La distinción continuidad - discontinuidad alude en términos de teoría de la identidad a la dinámica de dos aspectos. Por un lado, los procesos de continuidad, el aspecto *Ídem* que Ricoeur utiliza para realizar una relación narrativa de la experiencia<sup>4</sup>, apuntan a un sentido de mismidad o sameness, a lo mismo, a la misma clase, una percepción particular configurada respecto a un esquema mantenido y orgánico, un tema, una historia. Por otro lado, los procesos de discontinuidad, el aspecto *Ipse* de la identidad (Ricoeur, 1996), apuntan al quehacer cotidiano, al ser puesto en lo imprevisible, un sentido de selfhood que es comprensible en un “ser arrojado” (*Geworfenheit*)<sup>5</sup>. En nuestra propuesta enfatizamos el estudio de los procesos de discontinuidad en la investigación psicoterapéutica, la atención a la percepción de “quiebre” identitario por sobre la continuidad, el “ser arrojado al mundo”, la identidad desafiada por lo imprevisible, la ruptura: el foco está puesto en la reconstrucción de aquellos aspectos de la identidad que son arrojados, no configurados, excepcionales, discrepantes y distintos. En términos de los modelos de narrativa constructivista, es en la instancia de juego entre los procesos de continuidad y discontinuidad en donde intenta operar la reconstrucción, apuntando al diseño de intervenciones que favorezcan la modulación en situaciones o momentos experienciales que distan del funcionamiento más típico o presentado en sesión. El clínico deberá evaluar los parámetros (disparadores de activación y desactivación) y las oscilaciones de aquellos procesos psicológicos de interés psicoterapéutico.

Un desafío para el clínico será considerar que el “ser - paciente” que está interactuando en la consulta, puede distar demasiado del “ser - problemático”<sup>6</sup>. Esta consideración es

<sup>4</sup> Ver el libro de Henry Venema: *Identifying Selfhood: Imagination, Narrative, and Hermeneutics in the Thought of Paul Ricoeur*

<sup>5</sup> Revisar la noción de *estar-en-el-mundo* del Dasein, en *Ser y Tiempo*, de Martin Heidegger, 1927 (trad Rivera, 1997).

<sup>6</sup> Ipseidad, en términos de psicopatología fenomenológica. Ver el capítulo de Thomas Fuchs “Phenomenology and Psychopathology”, en Schmicking, D. y Gallagher, S (Eds.)(2010). *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*. Springer, New York.

fundamental en el diseño de intervenciones en psicoterapia de alta complejidad: el paciente puede entrar en un modo de funcionamiento, en un “funcionamiento en fase”, sus parámetros mostrar oscilaciones de funcionamiento que pueden hacer difícil las generalizaciones de lo que ocurra en sesión, considerando la particular vinculación que se da en ese escenario. La estrategia debe incluir maneras de reconstruir las entradas en estos modos de arraigo emocional, observar con detención los parámetros y criterios de entrada, los puntos críticos o moduladores que ocurren dentro del funcionamiento en fase, y las instancias de regulación.

### Dimensiones de construcción (criterios gnoseológicos)

En la exploración descriptiva - fenomenológica que supone un primer encuentro terapéutico, las acciones de percepción pueden ser luego estudiadas en múltiples dimensiones. Sin embargo, para ofrecer propuesta de trabajo psicoterapéutico concisa se eligieron cuatro dimensiones bastante asequibles: demarcación, valoración, comprensión y control. En otras palabras, la emergencia de acciones de percepción puede ser estudiada y dimensionada por un observador participante como es el terapeuta, que también estará involucrado en la construcción de percepción de su paciente, y que tendrá en mente la configuración de estas acciones para atender a ciertos aspectos integrativos críticos.

La propuesta plantea el estudio de la integración entre clases de referencia: corporalidad, autoimagen y alteridad. En la construcción de conocimiento, las dificultades o discrepancias de interés clínico pueden ser estudiadas como dificultades de integración entre estas tres clases de referencia.

No está de más aclarar que los ejemplos de indagaciones expuestos a continuación, debido a la transcripción de diálogos terapéuticos, podrían deslizar la idea equivocada de que intentamos delinear una metodología con énfasis cognitivo en una teoría de *referencia semántica*. El análisis de demarcación, valoración, comprensión y control corresponden a una evaluación conjunta con el paciente de su percepción (tanto a un nivel reflexivo como pre - reflexivo y/o tácito), y esto implica considerar la experiencia integrada en sus distintas manifestaciones, más allá de distinciones como “emocionalidad”, “cognición”, “comportamiento”, etc. Esto es fácil de reconocer si se recuerda la noción de que la experiencia referida en forma consciente, reflexiva, representa una sola una discreta parte de la experiencia del ser.

Esta aclaración es particularmente relevante al momento de implementar la metodología propuesta más adelante. Tanto en términos de la ética de la propuesta, que incluye un acercamiento fenomenológico descriptivo, como en términos prácticos, ya que no obstante se sugiere una intención de exploración fenomenológica, las indagaciones nunca son neutras en términos de demarcación, valoración, control y comprensión. Por lo tanto,



estas indagaciones deben ser establecidas con cuidado y rápidamente ligadas con el sentido estratégico de la psicoterapia.

Para estudiar los formatos de integración, primero explicaremos los heurísticos que se utilizarán en la segunda instancia de la deconstrucción:

**Demarcación.** Consiste en definir los límites de percepción. Las actividades de demarcación que realiza el paciente pueden ser exploradas con indagaciones del tipo “¿lo que experimenta tiene que ver con usted o con un otro?”, “¿tu representación actual está en función de tu experiencia o la de otros?”, “¿dónde empieza tu corporalidad?”, “¿en qué momento empezaste a recordar a tu madre?”, etc. En esta dimensión de construcción, una demarcación sub - inclusiva corresponde a una restricción del repertorio usual de acciones de percepción, dejando al resto de las acciones anuladas, no vistas, o vistas tangencialmente desde afuera, rozando el campo de referencia. En el otro extremo de esta dimensión, la demarcación sobre - inclusiva incorpora o genera mayores constructos que los que usualmente ocurren en las acciones de percepción, lo que implica una serie de procesos agregativos en los que participa la imaginación, el “recuerdo”, creaciones mentales de escenas particulares, “tiros de cámara” inusuales, comportamientos físicos inusuales y no referidos, etc. La temporalidad de las acciones de percepción o extensión temporal es un tipo de demarcación particularmente relevante que podemos registrar al momento de explorar fenomenológicamente la experiencia: “¿estás siendo arrojado a un futuro catastrófico inminente?”; “respecto a este sentido de destino del que hablas, cuando lo experimentas, ¿incorporas ‘recuerdos’ muy antiguos?”, “¿mientras te despedías de tu madre pensabas en su futura muerte?”, “cuándo piensas en eso, ¿me puedes describir si lo visualizas en velocidad normal o si te detienes en una parte de la imagen?” etc. Sin duda, la observación del terapeuta y su paciente respecto a aspectos de demarcación más allá de la referencia consciente, es crucial para la estrategia psicoterapéutica.

**Valoración.** Es una dimensión de *valencia*, de aproximación - distanciamiento, que establece una dirección global, y que está arraigada en la cualidad de los sentimientos y emociones que están a la base de la experiencia de sí mismo. Acciones de percepción referidas a la autoimagen, corporalidad o alteridad, pueden evaluarse en tanto una valoración de aproximación - distanciamiento. Consiste en una cualidad de las percepciones, que junto con la dimensión de *activación* (arousal) construyen el aspecto emocional o valorativo de la experiencia humana (Barrett, 2006). La valoración incluye los formatos subjetivos que puedan orientarse en términos de aproximación o distanciamiento, siendo estos formatos comportamientos mucho más complejos y contextuales que la “declaración” discursiva de un estado emocional (Rusell, 1989; Barrett, 1998; Barrett, 2006).

La investigación intentará definir cuidadosamente qué es lo valorado o alejado, qué gradualidades ocurren en esta dimensión, cómo la aprobación - distanciamiento en la construcción guarda relación con la integración entre las instancias de conciencia y cómo sirven para el mantenimiento identitario del sentido personal. El objetivo de la utilización de este heurístico es establecer una noción de *movimiento y distancia* entre lo percibido, como construcción, y el sentido de sí mismo: qué es lo alejado - acercado, y qué relación tiene con la integración más global.

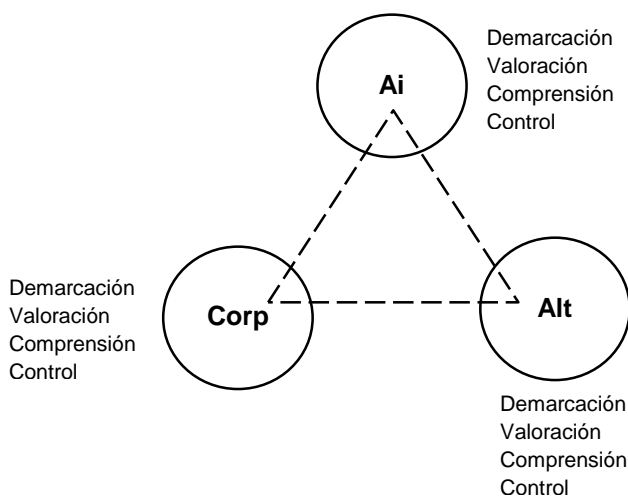
**Comprensión.** Consiste en el aspecto interpretativo de las acciones de percepción, construcciones de sentido en las distinciones experienciales, no remitiendo solamente a la referencia consciente o discursiva (Cely, 2014). En los primeros niveles de conocimiento (ver página 6) esta dimensión puede observarse de manera no reflexiva y tácita: la forma de moverse, de actuar pre - reflexivo, de sentirse en relación a la alteridad, etc., implican ya formatos de conocimiento organizado que disponen como recurso un aspecto de las acciones de percepción luego referidas a la corporalidad, autoimagen o alteridad.

La dimensión de comprensión es inherente a percepciones en todos los niveles de experiencia. Respecto a la dimensión de comprensión, la percepción y la acción son indistinguibles (Smith, 2005). Tanto la comprensión en acciones de percepción orientada a las relaciones con "objetos", como la construcción de la intención propia y de otros, son basadas en niveles primarios de experiencia, para finalmente poder sustentar a un nivel reflexivo una percepción articulada de las acciones de sí mismo y de otros (Meltzoff, 1995; Smith, 2005; Barresi y Moore, 1996; Barresi, Moore y Martin, 2013; Musholt, 2012).

Aunque guarda estrecha relación con las otras dimensiones de percepción, la consideraremos de manera aislada por cuanto la independencia de la demarcación, valoración y sentido de control/predicción, puede conllevar importancia clínica. Se argumenta más adelante cómo a través de esta dimensión de comprensión, se hace posible sustentar el grado de articulación de la propia experiencia en curso, particularmente aquella con alta carga emocional: "¿qué nos dice sobre ti lo que sentiste?", "¿cuál fue la intención del otro cuando actuó así?", "¿qué aspectos de tu percepción utilizas para construir esa hipótesis de lo que yo estoy sintiendo?", "cuando hablaste con tu esposa tenías esta postura particularmente encorvada, ¿cuál es la intención de esta postura?" etc.

**Control.** Esta dimensión en la construcción de percepciones alude a la actuación efectiva respecto a la propia percepción, un sentido de dirección, predicción y - por sobre todo - manipulación de las propias percepciones (Skinner, 1996). Al igual que las anteriores dimensiones, es una acción que primordialmente implica funciones motrices, un actuar en el mundo, un resultado en las operaciones que realizamos en nuestro mundo de percepciones (Richards y Glasersfeld, 1979). La investigación deberá evaluar, a través de

reformulaciones internas progresivas, qué criterios de control perceptivo son los que se esperan alcanzar, si existen posibles problemas de feedback positivo en las funciones de control, o si existen conflictos entre sistemas de control de percepción (Skinner, 1996; Pacherie, 2007; Kircher y David, 2003).



### Instancias de referencia

Por un lado, la mayoría de las acciones involucradas en la percepción son implícitas o constituyen un actuar en el mundo cuya base es pre - reflexiva, actuamos como “sujetos”, apropiados en el tiempo presente de nuestra experiencia sin requerir introspección (Wilson y Foglia, 2016). Por otro lado, la observación de las propias acciones de percepción, implica una experiencia de sí mismo referida como “objeto”, en donde la experiencia es articulada en

*referencia a* otro tipo de construcción. Como mencionamos anteriormente, si consideramos que niveles más básicos y con grandes cantidades de conocimiento son afectados y re-estructurados perceptivamente por distinciones realizadas en niveles superiores y simples en términos de organización de conocimiento, el papel de la conciencia y la forma en que se refieren las percepciones empieza a cobrar sentido psicoterapéutico.

Entonces, considerando la percepción como el resultado de la propia actividad del organismo conocedor, y entendiendo que el reflejo de estas percepciones, una relación de objeto con la propia percepción, es lo que llamaremos conciencia, en un estudio fenomenológico orientado a la psicoterapia distinguiremos tres clases distintas de conciencia basándonos en el tipo de referencia que suponen. Estas clases se pueden expresar gráficamente a través de las siguientes frases que ejemplifican formas generales de referencia: “yo soy esto” (autoimagen), “me siento de tal manera” (corporalidad), “ellos son de este modo” (alteridad). Como veremos más adelante, el concepto de integración resulta útil en el momento en que el terapeuta nota que la referencia hacia una de esas clases implica necesariamente una definición de las otras clases de acciones de

conciencia. Es esa integración la que el terapeuta deberá tener en mente al momento de reconstruir.

#### (a) Autoimagen

Las referencias de clase “autoimagen” no ocurren siempre, aunque una proyección temporal del sentido de autoimagen estaría a la base del sentido de continuidad identitario, una proyección tanto retrospectiva como prospectiva (Moore y Barresi, 2013). Surge como una referencia que constantemente varía en tanto demarcación, control, valoración y comprensión, y que permiten construir “lo que soy”, “yo soy esto” - “yo no soy esto”. Dentro de nuestra propuesta, para el clínico puede ser particularmente útil observar como en la situación específica de deconstrucción las referencias de autoimagen pueden emerger y resultar posiblemente muy distintas a las que usualmente el sujeto percibe como lo cotidiano y usual. Es este foco en una emergencia *ipse* lo que el terapeuta deberá perseguir en su estudio.

En una **demarcación sobre - inclusiva** la referencia implica llevar a cabo distinciones por sobre la percepción corporal y la percepción de alteridad, excluyendo usualmente a alguna de estas otras dos clases de acciones en la articulación. Pueden observarse una alta productividad perceptiva o la tendencia a proyectar la imagen de sí mismo de manera elaborada y “creativa” en escenarios futuros o históricos. El *timing* narrativo también puede observarse acelerado, en términos de incluir una gran cantidad de imágenes en pocos instantes.

*“... puedo ser alguien que perdió su familia y su trabajo por el alcohol, pero la verdad es que soy mucho más persona que cualquiera que ande por la calle, yo sé lo que valgo, el resto sólo es gente que quiere aparentar, que trabaja como ganado, que está sometido por el sistema... yo voy a demostrar que soy mucho más que el resto...”*  
[MH]

*“... creo que fui construido para sufrir, soy de otra especie... he pensado toda la semana en decirle a mi pareja que me deje, que no lo intente más, que está perdiendo el tiempo, porque aunque ella me quiera tanto, yo estoy hecho para sufrir, y en el intertanto, hacer sufrir...”* [R]

*“... siempre he pensado que tengo un destino grande, cuando era niño pensaba que era una especie de mesías, un elegido o algo así. Es la misma sensación, que varias formas, de héroe, de ser especial. Así*

*que tuve la certeza de algo de realidad había detrás de eso, se entiende, no?... “ [FerC]*

En una **demarcación sub - inclusiva** la percepción incluirá un sentido de autorepresentación disminuido, en donde la propia presencia subjetiva, las acciones de percepción referidas a la autoimagen, aparecen alteradas, sometidas o anuladas respecto a percepciones de otras clases de referencia.

*“... me dijo que quería terminar conmigo, luego de 28 años de matrimonio. Me senté en el comedor, mirando la ventana. Creo que mi hija me encontró en la tarde, no sé cuánto tiempo pasó ¿cuatro horas?. No sé, yo estuve ahí, solo respirando.” [PV]*

*“... yo no quería salir, estaba muy cansado, quería decirle, pero mi señora se me adelantó y me invitó a salir, la acompañé caminando durante casi dos horas, cargando las bolsas, la verdad no sé por qué, solo seguí sus indicaciones. Quizá quería que ella se diera cuenta de que yo estaba cansado, no sé, o solo es mi estilo, de ser buena gente. Finalmente le dije que no quería estar donde estábamos, pero ya estábamos llegando a casa...” [DC]*

*“Entonces me quedé con él todo el fin de semana, y me vino esta sensación angustiante, como de desvanecerme. ¿Dónde parto yo y dónde termina él?, si hasta mi cuerpo ha cambiado en sus manos. No me reconozco a veces, ni siquiera en el espejo” [JB]*

En una dimensión de aproximación - rechazo, una **valoración positiva** implica la construcción de una auto representación que aproxima, una autoimagen que de alguna manera implique la percepción de ser querible o aceptado, por sí mismo, por otros.

*“...creo que me tienen miedo, y por eso me respetan... en este mundo hay que mostrarse así, fuerte, o sino a uno lo pasan a llevar...” [MN]*

*“...me guardé la pena... obvio que me dolió, pero decidí no mostrarme triste, pese a todo, pero prefiero eso a que mis hijos se lleven una mala imagen de su padre y que me vean a mi como una mujer triste. No, siempre me guardo lo que siento para proteger a mis hijos. Eso es lo que cualquier madre decente haría, no?” [EF]*

De manera opuesta, la construcción puede ser en términos de una **valoración negativa**, en donde la construcción consciente de sí mismo está marcada cualitativamente por un ser rechazable, que no se “quiere ver o mirar”, sin aprobación efectiva, que no integra de manera aceptable o “querible” aspectos de la corporalidad o de la alteridad<sup>7</sup>.

*“... odio ser así, no lo soporto... me paré y me fui, aún me siento avergonzada de haber dudado... no lo he llamado en días...” [EF]*

*“... nadie me va a querer así, por eso rompí el espejo. No porque me ve fea, no es el punto. Nadie me va a querer así de loca, inmadura. Me cargo, no me gusto... me imagino que voy a terminar sola en un departamento con cuatro gatos y que ellos estarán ahí porque no tienen otra opción...” [CF]*

En la dimensión de comprensión, un **sentido interpretativo** en las acciones de percepción que refieren a la autoimagen, concurren tanto acciones físicas y estético - motrices, como hipótesis respecto a la propia *intención*. Emergen sentimientos de predicción, que modulan otras clases de referencia.

*“... no hay muchas otras opciones respecto a lo que soy. Con mi historia, no quedaba otra opción. Le dije que no, que no quería salir con ella. Y me fui caminando solo. De noche. No es hacerme la víctima, no quiero que me saquen de lo que conozco, es un ambiente más protegido, conocido, sé lo que soy y a dónde voy...” [RI]*

En el otro extremo de la dimensión, un **sentido caótico** o incoherente implica una baja noción de las propias intenciones, propósitos y coherencia. Desde los aspectos estéticos hasta un sentido de coherencia en la representación consciente abstracta de sí mismo, en un sentido caótico la borrosidad, inconsistencias, visiones de sí mismo como “loco” o “enfermo” serán la característica común en las acciones de conciencia. Probablemente el clínico observará como la modulación de otros aspectos conjugados en un sentido caótico de sí mismo se hace difícil para el paciente.

---

<sup>7</sup> Los procesos de discontinuidad del sentido de sí mismo pueden ocurrir en situaciones de valoración positiva, una experiencia subjetiva positiva de autoimagen. Nos parece necesaria esta aclaración por cuanto no se debe presuponer que el sentido de continuidad está siempre ligado a una autoimagen de valoración positiva de sí, ni que la estrategia de integración debería perseguir una valoración positiva per se: como veremos más adelante, la metodología invita a una evaluación de la integración *entre* instancias de referencia.

*“... ¿la verdad?, me doy susto... no sé por qué lo hice, llegué y me subí a su auto, imagínese!, creo que tuve suerte o... no sé... quizá le di lástima, ni yo misma me entiendo...” [PA]*

*“... el problema es que esa tarde me puse a gritar y a llorar sola en la casa. Grité hasta que me dolió la garganta. No cerré las cortinas. Me quedé llorando en el sillón, mientras veía anochecer. La verdad me sentí loca, y me lancé en la locura... sin necesidad de aparentar. Al día siguiente me sentí avergonzada, creo que me estoy volviendo loca...” [CF]*

Un **sentido de control** implica que la autoimagen incorpora la percepción efectiva de la reducción de ciertas percepciones. El “yo soy” arrojado en la construcción es capaz de controlar, enfrentar, manipular las acciones de conciencia. La conformación de la demarcación, valoración y comprensión son construidas bajo la experiencia de que es posible modificar los resultados experienciales, a partir de la manipulación de ciertos elementos, con parámetros que permiten predecir los resultados. Un sentido de control implica esquemas motrices, emocionales, expectativas, etc. orientados a la reducción efectiva de ciertas percepciones respecto al “yo soy”.

*“... sí... cuando quemé esas cartas me dolió, pero lo entiendo, me ha ocurrido otras veces. Es como sacarse una espina, duele al principio, pero después viene una sensación de alivio. Creo que fue sano para mí, necesitaba perdonarme. Ahora puedo mirar de frente...” [EF]*

*“... me cargó todo ese ambiente de ostentación tan falso, tan lleno de deudas, no solo monetarias, es como si debieran a la existencia misma. Así que tomé un vaso de agua y me puse a recorrer los jardines, necesitaba ese sentimiento de libertad y simpleza. Pasé de sentirme un adorno más, a ser un tipo libre...” [RL]*

Un sentido de **falta de control** implica que ese “yo soy” está siendo construido bajo fundamentos frágiles, que sus límites y cualidades una vez arrojados en la conciencia, pueden ser fácilmente desarmados o cambiados.

*“... tengo miedo a volverme loca... veo un cuchillo y sufro, quizá lo tome y mate a mi marido...me da miedo que algo así se me escape de las manos...” [AF]*

*“... estábamos cocinando y le devolví el cuchillo. Claro, él pensó que yo tenía un dejo de machismo, y la verdad?, mejor que piense eso. La*

*verdad es que no confío en mí, ando con miedo de que se me crucen los cables y haga algo de lo que me arrepienta toda la vida. Por eso me voy de la universidad a la casa, casi corriendo. No quiero darme oportunidad, ninguna... ” [CF]*

## (b) Corporalidad

Las acciones de percepción que son referidas a la corporalidad involucran percepciones corporales (físicas, emocionales o cognitivas). La referencia puede incluir percepciones tan diversas como pensamientos de naturaleza intrusiva con los que el “yo” debe lidiar, lenguaje corporal, activaciones de carácter emocional o fisiológico, la apreciación de la relación entre el “yo” y un “contexto” (“me sentí empujado por la situación”, “era todo un auditorio en silencio, me sentí abrumado, empecé a sudar, me dio mucho miedo”, etc.) entre otras tantas posibilidades perceptivas. Para el terapeuta usualmente implica observar una referencia externa, contextual, como si las activaciones hablaran de un mundo distinto al del propio dominio de acciones de percepción del propio paciente, una “externalización” o referencia fuera del dominio de acción (“y ahí me vino ese sentimiento...”) o incluso fuera del dominio de propiedad de la percepción (Asay y cols. 2016).

En la **demarcación sub - inclusiva**, aspectos de interés clínico dejan fuera de la conciencia aquellas percepciones de corporalidad, la “carne” (en palabras de Merleau-Ponty) se deja afuera, no se considera, el contacto intrincado y noumenal de la carne con el otro, ese ser situado, no ocurre en términos de percepción o aparece pocas veces. En ocasiones, se realiza conciencia utilizando los aspectos más concretos de la activación emocional o percepciones físicas gruesas y poco articuladas. En este polo de demarcación, las acciones de percepción parecen restringidas, inhibidas, y pueden ser observadas por el terapeuta como si fueran construidas como amenazantes tanto para el resguardo de la integridad de la autoimagen como la construcción del sentido de alteridad.

*“... es tan atractiva... cuando la veo todo lo que puedo sentir es que me sudan las manos... y eso... mal... ” [RL]*

*“... se supone que tengo rabia, pero ni idea. Me ven más rápido, que estoy como inquieto. Solo sé que me pasa cuando mi señora se va de viaje y cuando vuelve... ” [AC]*

En un polo de **demarcación sobre - inclusiva** las acciones de percepción incluyen una gran cantidad de elementos, se muestran agregativas. Acciones de



percepción agregativas comunes en esta dimensión pueden ser tan variadas como el aumento o disminución del volumen muscular, utilización de ropas o prendas particularmente significativas, alteración del sueño o utilización de drogas, generación de emociones a través de ciertos rituales, música o colores, distorsión de los límites y forma del cuerpo o funciones corporales, entre muchas otras acciones de percepción, algunas más sutiles, otras más concretas.

*... cada vez que vengo a sesión me siento inquieta, me gusta estirarme, y claro.. reconozco que esto se ve de una forma burda como coquetería, pero no lo siento así... aunque es raro, usualmente no uso ropa tan ajustada... [CF]*

*...mi paciente dejó de comer y bajó hasta los 34 kilos esos tres meses, cuando la hospitalizamos. Se negaba a comparar su cuerpo o algunos miembros de su cuerpo, con los parámetros que yo estimaba normales. No obstante su figura se hacía pequeña y limitada en términos físicos, ocupaba cada vez más espacio en su mente y en la mente de sus padres, como si fuera una larva obsesiva. De hecho, mostró cierta mejoría al trabajar con ella con técnicas de descentramiento, como hago con mis pacientes obsesivos... [Terapeuta "Juan" respecto a paciente anoréxica, que llamaremos MB]*

En nuestro enfoque, las acciones de percepción construidas con una **valoración positiva** consideran una dirección de proximidad relacional, de cercanía. Referidas a la corporalidad, implican construcciones subjetivamente placenteras que nos acercan a otras personas, y por las cuales otras personas pueden sentir atracción o la misma persona siente placer o interés.

*"... me encanta verme en el espejo, posar de forma sexy o provocativa, ¿me entiendes?. Casi me siento lesbiana, me coqueteo a mi misma... me encanta mirar mi boca, reírme con chistes o bromas coquetas que yo misma me invento... " [SC]*

*"... en el barrio me decían El Clint... es que caminaba como un actor de cine, de películas de vaqueros, creo que eso lo tengo de mi padre, un caminar dominante, abdomen tenso, zancadas amplias... como si la calle fuera mía... a veces ni me doy cuenta, y estoy caminando como en una película..." [LD]*

Desde una **valoración negativa** las acciones de percepción construyen representaciones de distanciamiento de la propia corporalidad, las distinciones que refieran a ella son desagradables, no interesantes, no se "quieren ver". La

persona considera que los aspectos que están en su conciencia deben ocultarse, o se asume que representan distancia interpersonal o rechazo subjetivo desde la imagen de sí mismo.

*“... comemos hartos... bueno, me gusta comer... pero la verdad también es una excusa... así nos sentimos repletos y medios somnolientos y evitamos tener sexo... bueno, yo evito tener sexo, no porque no me guste, sino que yo no me gusto... mi cuerpo, lo siento muy poco atractivo...” [EF]*

Un **sentido interpretativo** implica comprender y predecir acciones de percepción referidas a la corporalidad. Desde una base motriz, situada, la corporalidad emerge en un sentido de familiaridad, comprensible y predecible.

*“... sí... cambié la voz, por un tono más grave y... quizá coqueto, no sé, pero mi señora lo notó... según ella, me senté distinto, como con más señorío... como el tipo de Games of Thrones. No sé, yo no era tan consciente de mi cuerpo antes de conocerla a ella... ahora no puedo alegar inocencia...” [RL]*

Un **sentido caótico** de ordenamiento, confuso, implica una corporalidad no anticipada a las activaciones, sorprendida, desorganizada. Probablemente las acciones físicas, las emociones y pensamientos vendrán agolpados y serán percibidos como “entrando, desde fuera” en términos de conciencia.

*“... mi peor enemigo es el miedo, lo veo en cada esquina, en cada sombra... es como los amantes que piensan a cada momento en sus amores, yo temo que el miedo venga y me invalide...” [EF]*

*“... ojalá me den una pastilla y se me pase esta depresión... a nadie le regalo esta enfermedad, tengo un tío que la padeció, quizá es por la genética de la familia de mi madre...” [RG]*

La construcción en un **sentido de control** implica acciones que supongan un control efectivo de la percepción. De acuerdo a nuestra propuesta, esto no implica un control somático objetivo, sino un control perceptivo, subjetivo. Usualmente, un control perceptivo eficaz implica un sentido de regulación que termina en el eco de la autoimagen o de la alteridad.

*“... tenía miedo, pero no quería pedirle un abrazo o algo así... entonces solo me senté a su lado, y lo escuchaba murmurar mientras estudiaba para su examen... con eso me bastaba...” [AC]*

*“... cuando quiero dejar de comer, me apreto el cinturón, eso me da la impresión de que estoy más lleno de lo que estoy... o al menos me acuerdo de que debo dejar de comer tanto...” [RI]*

Acciones de percepción con referencia a la corporalidad que sean construidas en una dimensión de **falta de control** implican usualmente en la clínica acciones de feedback positivo, que finalmente aumentan o dispersan los resultados esperados al momento de intentar controlar la percepción.

*“... intento relajarme fumando hierba, pero me pone más nerviosa... intento subirme el ánimo escuchando música, pero me da más pena... trato de sentirme menos sola y salgo a algún pub, pero me siento más sola...” [AC]*

### (c) Alteridad

Implica acciones de percepción asociadas a una confrontación del yo en la convivencia con otras personas: "mi vida voluntaria y racional se sabe, pues mezclada con otro poder que le impide realizarse y le da siempre el aire de un esbozo" (1999:358). La alteridad emerge multiforme o individual, con límites o difusa, aprobatoria o rechazante, para definir las formas, valoración y comprensión de la corporalidad y representación de sí mismo. La alteridad comienza con acciones motrices de percepción, en donde la corporalidad del otro emerge como el material más básico para la construcción: rostro, tamaño, aromas, son construidos para hacer constantes impresiones y sentimientos que dominan el espacio interpersonal.

La **demarcación sobre - inclusiva** se corresponde con una construcción agregativa, de límites amplios. Estos límites pueden ser construidos como testigos sociales o incluso pueden sobrepasar el propio sentido de privacidad, experimentando como observados los pensamientos, sentimientos y conductas privadas. Dependiendo de la valoración, la alteridad se puede construir de manera amenazante, en donde el otro se evita, no ocurre la confrontación directamente, el comportamiento es inhibido, se escapa, se evita al otro.

*“... me siento obligada, asfixiada... él actúa como si ya fuésemos pareja, y nos estamos recién conociendo. Sus expectativas las vivo como si fueran una obligación, como si me lanzaran un lazo y me tirara...” [EF]*

*“... sentía que los policías me seguían, por eso caminaba rápido... a veces iba a comprar pan corriendo, trataba de esconderme de los supuestos policías escondiéndome, usando un sombrero o un gorro”*  
[FerC]

*“... me parece que suena como una canción de Arjona, pero la verdad es que a veces no sé si me enamoré de él, o de la idea de él... y me da un poco de susto, porque la idealización que tengo de él como hombre es magnífica...”* [CF]

La **demarcación sub - inclusiva** corresponde con una experiencia de ausencia o aislamiento. El otro no está, no interrumpe, no confronta, por lo tanto el comportamiento es desinhibido. En la demarcación sub - inclusiva las acciones de conciencia simplifican la actividad del otro, las intenciones son simples.

*“... ella es una buena persona, no creo lo contrario, pero no logro verla. Cuando estoy con ella me siento solo. Ayer me atrasé en el trabajo y no le avisé, ni siquiera me acordé de ella...”* [RC]

*“... y qué tanto le pone!, mi viejo es un huevón mal parido, yo solo me tomé unas birras, y claro, llegué medio entonado, pero le pone mucho, como si él no se acordara de que cuando joven igual hueveó...”* [CC]

En una dimensión de aproximación - rechazo, una **valoración negativa** respecto a la alteridad implica una construcción que se quiere evitar, de la que la persona intenta evadirse. Pueden observarse sentimientos negativos en la referencia, de vergüenza, pudor, temor, etc al tomar contacto con lo evitado

*“.. siento que me miran el cuerpo, los pechos... me siento como si me estuvieran reprobando, ¿por ser gorda?, ¿por vestirme así?...”* [EF]

Una **valoración positiva** implica una visión de la alteridad amorosa, en donde el sí mismo es reconocido, acercado, aproximado (no obstante en la observación de cambios del problema psicológico, pudiesen ocurrir constructos desagradables, doloros, etc, que son aproximados a la “pantalla fenomenológica”)

*“... tengo muchas ganas de juntarme con mis compañeras de colegio, he pensado toda la semana en cuánto nos vamos a reír...”* [DV]

Una construcción en un **sentido interpretativo** de la alteridad, considera referencias que incluyen intenciones claras, propósitos. Para esto una demarcación más restrictiva de la autoimagen permite que en la alteridad

aparezca un otro intencional, desafiante, propositivo, con voluntad propia, que es comprendido e interpretado como algo distinto al “yo soy”.

*“... y me pidió que nos juntáramos, obvio él siente algo por mí, o sea, le gusto... me da un poco de susto eso sí, porque siento que debo definirme, y claro que me gusta también... pero no se si tanto...” [DP]*

La construcción de un **sentido caótico**, confuso o desordenado respecto a la alteridad probablemente contiene ignorancia, nociones simplificadoras de las intenciones de los otros o visiones de desórdenes globales mentales o del comportamiento.

*... mi mamá está loca, es imbécil... no sabe lo que dice, todo lo que hace no tiene sentido, lo único que quiero es entrar a la escuela de carabineros, para irme de la casa... [RS]*

Por último, un **sentido de control** en las percepciones que refieren a la alteridad incluyen la experiencia de poder lograr modificaciones en las percepciones que genera la relación entre la persona y su sentido de alteridad.

*...ahora me di cuenta que si quiero sentir aprecio por parte de mis hijas, conversamos... es más difícil de explicar, pero en el trato que tienen conmigo se nota que me quieren.. con eso estoy bien... [MG]*

Por el contrario, en la misma dimensión, un **sentido de pérdida de control** probablemente incluye sentimientos de frustración, temor o desesperanza respecto a la reciprocidad con otros, en la medida que los cambios esperados en las percepciones generadas en la relación de la persona y su conciencia de alteridad no se logran, son lentos o contraproducentes considerando los criterios de logro esperados.

*...antes era diferente, les gritaba para que me hicieran caso, que lavaran la maldita taza... obvio, nunca me hacían caso como yo quería, y si lo hacían, yo pensaba que no lo hacían porque me aprecian, sino que exclusivamente porque yo se los exigí, y entonces sentía que esas acciones no valían como expresiones de afecto, incluso me sentía peor.. me sentía menos queridas por parte de ellas... no sé si me lo imaginaba o no, pero me sentía mal, se sentía mal... [MG]*

*...perdí un sentido de protección... me refiero, a abandono, de alguna manera. Yo sé que si incluso nos separamos, vamos a estar cuidándonos, somos de ese estilo, pero me dio miedo el ser dejada si*

*algo malo me pasaba, perder esa sensación de cuidado, de que alguien está ahí como una defensa, de manera exclusiva para mí...  
[AF]*

### III. Evaluación

El problema de la demarcación.

Uno de las primeras dimensiones a evaluar es la demarcación. El ámbito o dominio de referencia reflexiva, qué es lo que el paciente reconoce como experiencia problema, cómo lo delimita, debe ser evaluado para entender las otras dimensiones de evaluación.

Los principales problemas a encontrar en clínica probablemente tendrán que ver con la organización de las propias percepciones referidas a la corporalidad. ¿Cómo jerarquiza estas percepciones?, ¿el paciente distingue percepciones relevantes de las irrelevantes para él?, ¿la articulación consciente de la experiencia da cuenta suficiente de sus variaciones, efectos a largo plazo, o deja afuera demasiados aspectos como para fomentar comprensión de sí mismos y ser visto amorosamente por otras personas?

Otro ámbito importante en términos de demarcación es el logro de una cierta calidad en el auto - reconocimiento, el logro del reconocimiento de la propia imagen en los espejos físicos y los sociales - simbólicos. La clínica probablemente proveerá de un discurso inicial en donde las demarcaciones respecto al auto - reconocimiento serán bajas, con límites cambiantes, múltiples puntos de vista, con baja constancia y muy variables respecto a los cambios de roles, contextos, otras activaciones, etc.

La última gran categoría de problemáticas en términos de demarcación consistirá probablemente en la construcción de una alteridad invasiva, en donde el self aparece *transparente o automática*<sup>8</sup> o con dimensiones experienciales *desinhibidas*.

El problema del control

Desde un punto de vista psicopatológico, en la clínica se observará como algunas dimensiones de construcción pueden configurar problemas de control de las propias acciones de percepción. Encontraremos problemas contruidos con (a) expectativas particulares respecto a la percepción (la falta de anticipación o la anticipación catastrófica, triunfalista o facilista), (b) formas de manipulación incongruentes o incluso contradictorias con la percepción esperada y (c) problemas de feedback respecto a los dos primeros puntos y los resultados perceptivos obtenidos.

En términos generales, la clínica observará problemas para organizar las percepciones asociadas a la corporalidad, a menudo observándose parámetros desestructurados en términos de activación (discordancia rechazo - proximidad, activación - sensibilidad, etc.). Tanto terapeuta como paciente deberán centrarse en la definición cada vez más específica de cuáles son las percepciones a controlar, a qué clase refieren y qué están

---

<sup>8</sup> Resulta muy útil revisar el trabajo de Giovanni Stanghellini, psiquiatra italiano autor de *Disembodied spirits and deanimated bodies: the psychopathology of common sense*. Oxford: Oxford University Press; 2004

integrando<sup>9</sup>, considerando que usualmente lo “controlado” alude a una forma consciente de manejo de percepciones tácitas.

### El problema de la comprensión

Las referencias hacia la corporalidad, alteridad y autoimagen implican una forma moldeada a través de la reflexión, del reflejo. Esa cualidad de la experiencia animal compleja, que implica una contra referencia, un reflejo de la experiencia en un otro, cobra bastante importancia en el proceso psicoterapéutico. Para que se lleve a cabo es necesaria la consideración del otro como aceptable de acuerdo a los propios criterios de alteridad. Esto supone un desafío importante en clínica de alta complejidad, porque conlleva la idea que el terapeuta debe lograr una relación en donde las dimensiones de control, comprensión, valoración y demarcación *puedan ser reflejadas* en una primera instancia, para luego ser reconstruidas.

Es este reflejo en el otro el medio para construir comprensión. Por lo general, en las problemáticas clínicas distinguiremos dificultades relacionadas con la lentitud en la formulación comprensiva de la experiencia, y estas fórmulas comprensivas no logran ser operativas: lo que ocurre en el campo de percepción no se entiende, la explicación no da cuenta de lo que el paciente experimenta y no encuentra asidero en la dimensión de control de la misma construcción.

Muchas veces la fórmula comprensiva intenta subordinar aspectos de la experiencia, en vez de considerarlos a un mismo nivel y en su importancia justa. Otras veces, las explicaciones son analíticas, cuando se requiere una comprensión integrativa o agregativa. O representan distancia respecto al mundo de la experiencia más concreta del paciente, resultando poco empáticas, abstractas y no situacionales, desdibujando la experiencia más concreta al no incluir percepciones motrices, gestuales, las gamas de sonidos.

La dimensión de incomprensión de la experiencia problemática a menudo representará, en cierto sentido, una guía para el desarrollo personal, en la medida que involucra una tensión entre los formatos de comprensión más tradicionales, historicistas y temáticos, por un lado, y la emergencia desafiante de experiencias novedosas que atentan contra estos cánones y sus pautas cronológicas, causales y temáticas que permiten su inserción en las interacciones interpersonales significativas.

### El problema de la valoración

La problemática clínica usualmente considerará formas explícitas y tácitas de percepciones de rechazo, falta de consideración, ignorancia, abandono y menosprecio. La historia de desequilibrio emocional plasmada en la problemática clínica probablemente

---

<sup>9</sup> Lo que incluye por supuesto las percepciones del terapeuta.



incluirá como inicio del balance la construcción de una percepción de pérdida de valoración.

En otras ocasiones la problemática clínica incluirá, luego de esa percepción de posible amenaza del cariño, formatos de evitación del rechazo o un mantenimiento angustioso de la aprobación de otros. También puede ser frecuente encontrar en la problemática psicoterapéutica formatos de desprecio y rechazo a aspectos de la propia corporalidad, como la sexualidad, experiencias emocionalmente cargadas de rabia o miedo, o incluso características físicas concretas.

El principal desafío en este sentido es la construcción por parte del terapeuta de una representación positiva, valorada, “querible” del paciente y que sea - al mismo tiempo - aceptada por el paciente no obstante las intensas oscilaciones de sus activaciones.

Esta imagen positiva servirá como un organizador al momento de la reconstrucción de la experiencia del paciente.

El desafío entonces es lograr que el paciente perciba el reflejo de una imagen aceptable respecto a algún aspecto de la gama de experiencias advertidas en la problemática psicoterapéutica.

Este reflejo mentalizador por parte del terapeuta deberá ser orientado a aspectos concretos y específicos de la experiencia, y al mismo tiempo validado por ambos, para luego poder reconocer aquellos que deberán ser cambiados en el curso de la psicoterapia.

En otras palabras, implica una definición específica de qué es lo que se debe mantener, querer o cuidar, para luego organizar en torno a esto los posibles cambios.

#### La referencia a una clase distinta

Además de proveer un marco más acucioso de valoración del caso clínico en términos fenomenológicos, la definición del problema psicológico según las dimensiones de construcción propuestas permite considerar probables dificultades de integración identitaria de la experiencia. La noción de referencia hacia clases opuestas para satisfacer la función de integración puede ser de utilidad en este sentido: la persona puede realizar una articulación de referencia hacia una clase diferente al dominio perceptivo, con el objetivo de hacer coherente una experiencia evitando la utilización de un extenso despliegue de esfuerzos o demasiados cambios de puntos de vista sobre el sentido de sí mismo.

De esta manera, a modo de ejemplo, podemos construir percepciones en la alteridad para hacer coherente una experiencia particular de arraigo en la corporalidad, construir recuerdos dolorosos para hacer coherente una experiencia de soledad actual o construir fantasías de muerte del ser querido para hacer coherente los propios sentimientos angustiantes de pérdida de control, límites o libertad, entre tantas posibilidades.

Si tomamos estos varios ejemplos clínicos y los formulamos a modo de diagrama, con fines didácticos, tenemos:

- a. Una experiencia del dominio de percepciones referidas a la Corporalidad, que no logre integración con las percepciones referidas a Autoimagen pueden ser integradas al cambiar la demarcación en Alteridad.

*He sido sobreprotegido desde niño. Ya tengo 25 años, pero recién ahora mis padres me dejan hacer cosas solo. Es un poco vergonzoso, claro, ya estoy grande para eso. El problema es que ahora tengo un pánico inmenso a que me asalten, a veces siento que todos son posibles asaltantes. Usted va a pensar que estoy loco, pero incluso si veo a alguien que se vea normal, pienso que puede ser un terrorista que tiene una bomba o algo así. Esto está llegando a un nivel demasiado serio, no puedo ir a lugares con gente [FL]*

- b. Una experiencia del dominio de percepciones referidas a la Corporalidad que no logre integración con las percepciones referidas a Alteridad, pueden ser integradas al cambiar la demarcación en Autoimagen.

*Tenía tanta pena y rabia, y nadie con quien hablar... que me puse a estudiar. Pensaba que si lograba pasar ese examen y ser "seco" en mi rubro se iban a dar cuenta de lo que hicieron al abandonarme así [RI]*

*Esto es un poco vergonzoso. Cuando yo era chico me dejaban harto tiempo solo. Llegaba de la casa y tenía que esperar a que mis padres llegaran del trabajo, estaba solo unas tres horas, sin electricidad ni comida, porque ellos la daban cuando llegaban y traían la comida de la cena. Me acuerdo que tenía esta fantasía, en donde me ponía a cantar frente a un espejo y me creía una estrella de rock... yo iba a ser alguien así, como una estrella de rock o un pastor, no sé... iba a ser querido y admirado por cientos. Supongo que era la manera de pasar el tiempo... [RI]*

- c. Una experiencia del dominio de percepciones referidas a la Alteridad, que no logre integración con las percepciones referidas a Corporalidad, pueden ser integradas al cambiar la demarcación en Autoimagen.

*Justo en el aniversario de la muerte de mi papá, me empecé a sentir estúpida, como si yo hiciera todo mal. Me dio pena ser tan tonta y rabia ser tan estúpida, así que me empecé a golpear los muslos, no quería que mi mamá se diera cuenta, en los muslos no se nota. Me pegué harto, lloré, y me pegué un par de cachetadas, por imbécil [KtGz]*

- d. Una experiencia del dominio de percepciones referidas a la Alteridad, que no logre integración con las percepciones referidas a Autoimagen pueden ser integradas al cambiar la demarcación en Corporalidad.

*Ah, mi otro hijo. Está más grande y le dio por salir a fiestas. Una no sabe qué hacer con tanto peligro, ¿no?, ¿ha visto noticias?. Y más encima que les digo que no me haga quedarme despierta hasta tan tarde, mire que yo tengo tantas enfermedades que no puedo pasar malos ratos. Yo sufro, me hace mal. Cada vez que mi hijo llega, será porque estaba muy nerviosa y cuando llega él me tranquilizo, me viene una tos muy fuerte, de esas como neumonía. Y más encima después me cuesta quedarme dormida porque me empieza a doler la garganta [GP]*

*Cuando ella se iba de viaje, yo comía harto, el demonio de la gula aparecía, jaja. Y no, no es por la pena o porque la extrañe, es decir, igual la extraño, pero no era por eso. Eso es de tontos. Yo creo que comía porque simplemente podía, porque tenía el tiempo, no sé. Lo único que sé es que en dos semanas podía subir fácil unos tres kilos. Quizá era por sexo, aunque cuando ella se iba yo me masturbaba más, sentía más deseo, no sé, aunque la verdad es como si forzara un poco las cosas, me ponía a ver porno para calentarme aunque no tuviera ganas... como forzando un poco las cosas [RI]*

- e. Una experiencia del dominio de percepciones referidas a la Autoimagen, que no logre integración con las percepciones referidas a Corporalidad pueden ser integradas al cambiar la demarcación en Alteridad.

*Yo me sorprendí un poco de calificar. Siempre he pensado que soy más inteligente de lo que soy realmente, pero me sorprendió. Cuando me preguntaste cuándo me sentí peor este año, fue ese día, el día en que supe que quedé en la universidad. Algo muy extraño me pasó ahí. Después de ver mi nota e inscribirme estaba muy nervioso. Caminaba a mi casa y alguien empezó a correr detrás mío, gritándome. Yo me asusté y no lo tomé en cuenta, pero no me quería hacer nada, solo devolverme unos papeles que se me habían caído en la esquina. Le di las gracias, giré y de pronto empecé a sentir que todo el mundo me miraba, la gente, las personas que iban en los autos. Llegué muy angustiado a la casa, con la sensación de que hice algo malo al inscribirme en la universidad, pensaba esto: que al inscribirme transgredí mi destino, que debía ser un albañil como mi padre, y que los Señores del Destino se habían percatado de esto. Yo había despertado anticuerpos en esta realidad, y estos anticuerpos estaban decidiendo si atacarme o no. Estaba siendo observado [FerC]*

- f. Una experiencia del dominio de percepciones referidas a la Autoimagen, que no logre integración con las percepciones referidas a Alteridad pueden ser integradas

al cambiar la demarcación en Corporalidad. Como en las otras formulaciones, los ejemplos clínicos pueden ser muy variados, desde una conducta vigorética (al tiempo que limitada en integración social), hasta el uso de drogas para intervenir la percepción de decepción y falta de confianza hacia sí mismo, construidas en la alteridad.

*Me puse a comer proteínas, un pollo al día y dos tarros de jurel, son lo mejor. Ahora estoy haciendo cuatro horas de ejercicios. Yo sé que suena extremo, pero usted me entiende, ¿no?, no voy a conseguir una mujer que valga la pena si no me veo muy bien, musculoso. Ahora mi objetivo es ganar masa muscular (PS).*

*Yo soy mejor de lo que el resto ve. Yo soy de verdad, yo valgo. Si tomo tanto alcohol, es problema mío, porque nadie me entiende, ¿ves?. Yo soy real, soy más real que muchas personas que conozco. Yo valgo, más que todos esos políticos inmundos que no sirven para nada [JP]*

#### **IV. Método de intervención**

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

##### **Deconstrucción**

Las propuestas terapéuticas que incluyen en sus fundamentos las premisas de la investigación fenomenológica - hermenéutica tienden a sostener un sentido ético de respeto por lo personal y único de la experiencia del otro. En esa misma línea, nuestra propuesta considera una ética básica al plantear la evaluación y la intervención en función de parámetros internos (integración, coherencia y articulación), sin la necesidad de plantear la organización como un heurístico, en una primera instancia. Un enfoque nomotético al estudiar clínica, y un enfoque idiosincrásico al momento de hacer psicoterapia, implica considerar la propia historia de la persona como un heurístico de utilidad en la reconstrucción.

Esta mirada post - cognitivista, la deconstrucción<sup>10</sup> consiste en un ejercicio formal que intenta hacer posible varias lecturas o puntos de vista en el espacio experiencial. La deconstrucción es una forma de elaboración de la crisis, una re - articulación que parece luego de que las estructuras básicas se remecen. No tiene como objetivo la destrucción o descomposición por sí misma, sino intenta hacer a un lado la forma de ordenamiento canónica y temática en donde se configura la lógica del problema psicológico. Las tensiones y conflictos no sólo se muestran, sino que se potencian en toda la forma experiencial.

El proceso de deconstrucción implica coordinar una observación conjunta, al lado del paciente. Evidentemente la formalidad de un modelo estructurado para facilitar el entrenamiento en psicoterapia marca una distancia importante respecto a ese "estar presente" con el paciente. En el proceso de deconstrucción, es necesario que el terapeuta adopte una postura clara fenomenológicamente hablando, lo que no significa en absoluto intentar parecer neutral, sino que significa reconocer las propias reglas de

---

<sup>10</sup> El término "deconstrucción" que utilizamos para esta instancia de la metodología, hace alusión tanto a la noción de "destruktion" (usado por Heidegger en *Ser y Tiempo* y que sugiere una destrucción ontológica), como a la noción de deconstrucción instalada por Jacques Derrida en sus libros "La escritura y la diferencia" (*L'écriture et la différence*) y "De la gramatología" (*De la grammatologie*), ambos publicados en francés en 1967. Derrida introduce la deconstrucción como una operación crítica contra el estructuralismo, la autoridad del sujeto, el logocentrismo, y las relaciones significante - significado.

construcción de percepciones para poder distinguir las que componen el problema psicológico. Y más importante aún, significa poder acceder a una observación mutua de la experiencia sin los parámetros más típicos de la “experiencia hecha tema”, una observación de las percepciones prístinas. Por esta razón, la actitud terapéutica de *ambos*, tanto paciente como terapeuta, está orientada a la deconstrucción, al abrirse a lo novedoso e intentar que aparezca en la conciencia mutua.

En la deconstrucción, acceder a una observación mutua fuera de la tematización que representa el problema psicológico, poner entre paréntesis el canon que involucra, implica ser lo suficientemente significativo para el otro como para que una percepción de nivel tácito pueda ser aceptada y reconsiderada a un nivel referencial.

#### (a) Exploración

La exploración deconstructiva enfatiza el estudio psicoterapéutico de los procesos de discontinuidad, percepciones que pueden ser consideradas un “quiebre” o desafío a los estilos de referencia que son estables, continuos e identitarios (mismidad). Se intenta, a través de una actitud de estudio fenomenológico, observar en las percepciones básicas constituyentes del problema psicológico, aquellas percepciones que son discrepantes. La exploración deconstructiva intenta, sin cuestionar la experiencia del paciente, dudar respecto a su constitución canónica e intentar explorar cada percepción como única, como un evento irrepetible.

Sofía comenzó a trabajar con su paciente, que llamaremos RI, quien tiene 30 años y fue derivado a psicoterapia luego de dos intentos de suicidio (ingesta de alcohol y varios fármacos).

En la primera sesión, la terapeuta y el paciente acuerdan observar y registrar las “activaciones más intensas” que ocurriesen en la semana, antes de la segunda sesión.

RI llega a la segunda sesión molesto, por cierta descoordinación con su terapeuta debido a que, al parecer, registró mal su número de teléfono y no se pudo contactar con ella durante la semana, ya que había sentido deseos de suicidarse. Sofía enfoca la situación que originó el malestar: RI había pensado hace tiempo que, utilizando una parte de cierto dinero que habían ahorrado, le compraría un anillo a su señora, el que era relativamente caro. Su señora lo escuchó y lo encontró “tonto”, “porque con ese dinero podrían hacer algo más productivo, como pagar las primeras cuotas de un automóvil”. RI intentó convencerla, pero al cabo de pocos minutos se enfadó mucho, ve que su señora se empieza a afectar y piensa “no quiero hacerle

más daño, es una buena mujer”. Después de esto, sale de la casa a dar una vuelta, para intentar calmarse. No obstante, mientras caminaba pensaba en lo tonto que había sido, que intentó hacer algo bien y que de nuevo le resultaba muy mal. Pensó que esta no era un estilo de vida sostenible, particularmente para su señora, ya no quería ser una carga. Pensó en varias de las peleas que habían tenido estos 8 años de relación, que si él la quería tanto, “no debería hacerla sentir mal, que ella estaría mejor sin él”. RI plantea que en ese momento trató de llamar a Sofía, para “despedirme de ella, ya que estaba decidido a matarme, y ella había sido gentil, no quería que se sintiera culpable por las acciones que iba a tomar”. Sin embargo, al intentar llamarla se da cuenta que le faltaba un número en el discado, y lo primero que pensó fue que su terapeuta se equivocó, o en su defecto, no se preocupó por corroborar si el número estaba bien escrito. Sintió rabia, decidió volver a la casa. No comió la cena que su señora había dejado en la cocina y se fue a dormir solo en otra habitación.

La terapeuta lleva la conversación al momento previo a la discusión, y comienzan a explorar qué es lo que RI tenía en mente. RI menciona que tenía en mente “algo fantástico, y ahora usted va a pensar que estoy loco... pero tenía muy presente su rostro, con un vestido blanco, como de novia, en un casamiento, se ve feliz, radiante, como con adornos blancos en el pelo, sonriéndome...”

- *¿te la imaginas a la misma altura que tú?* - Sofía le preguntó esto debido a que le llamó la atención algunos gestos que hizo cuando relataba la escena

- *No, qué curioso, no sé por qué pero me la imaginé más alta, como casi 20 centímetros. Es decir, no sé si más alta, yo la veo desde abajo...*

- *Entonces vas caminando a tu casa, pensando en esta imagen*

- *Sí, pero es tonto. Yo sé que esa es una imagen falsa, es como verla a ella ilusionada o enamorada conmigo, pero siempre he sentido que yo la quiero más a ella que a mi*

- *Espera, ya iremos a eso. Vuelve a estos sentimientos, ¿los experimentabas en ese entonces o son respecto a una apreciación que haces ahora?*

- *¿Lo de que es tonto que me imagine eso?, ahora.*

- *Ya, pero enfócate en ese momento, me interesa que rearmemos ese momento en particular*

- *No, en ese momento yo pensé... pero es que va a pensar que estoy loco*

- *No te preocupes, me interesa que conversemos de lo que te ocurre*

- *Ok, ok... a ver, en ese momento... yo tenía esta fantasía, extraña, pero la llevaba en mente*

- *¿Algo más en mente?*

- *No. Me acabo de dar cuenta que ni siquiera en la fantasía había más, me refiero que no estaba viendo a un sacerdote, ni a la gente de la supuesta boda, solo tenía en mi mente la imagen de ella, yo mirándola como si estuviese de rodillas, pero no estoy seguro, solo ella..*

- *Y llegaste a la casa...*
- *Sí, muy callado. Ella me ofreció comida, pero no acepté...*
- *Sofía interrumpe - ¿Eso es usual?*
- *¿Qué cosa?*
- *Que no aceptes la comida de ella.*
- *(ríe) No, no... lo primero que hago es atacar la cocina, ella siempre tiene cosas ricas, cocina muy bien*
- *¿Me puedes contar cómo fue tu conducta al entrar en la casa?*
- *Como si hubiese hecho algo malo. Es decir, no me vi... no tenemos un espejo de cuerpo entero, pero recuerdo que estaba más encorvado, serio. Mi señora me preguntó si me había pasado algo malo (RI hace una pausa de unos segundos)*
- *¿Y qué le dijiste?*
- *Que venía pensando en... que había pensado destinar un millón para comprar el anillo que ella quería*
- *¿Con qué tono de voz lo dijiste?. ¿Lo puedes replicar aquí?*
- *Como si hubiera hecho algo malo, algo así (RI repite la frase, con un tono quizá más infantil, como si fuera un "niño amurrado", con una velocidad más rápida que el resto del discurso).*
- *¿Y qué ocurrió después?*
- *No sé, yo solo escuché sus dos primeras frases, escuché la palabra "tonto", y el resto no lo escuché...*
- *Cuéntame qué experimentabas*
- *Pena*
- *RI hace una pausa larga, de 8 segundos, Sofía interrumpe: ¿puedes ubicarla en tu cuerpo?.*
- RI señala el cuello y el pecho, pero mantiene silencio.*
- *Ok. Si yo te preguntara más adelante en la terapia por ese sentimiento, ¿lo podrías recordar?*
- *Sí.*
- *¿Qué ocurrió después?*
- *Pensé en irme, dar una vuelta*
- *¿Para qué?*
- *Pensaba que para no hacerle daño, pero...*
- *Pero...*
- *Ahora siento que era para que no me viera llorar, o algo así. No sé, si me veía llorar la idea sería cierta...*
- *¿Qué idea?*
- *La idea de que ella no me quiere, al menos no me quiere como yo quiero que me quiera...*
- *¿Y esa idea?*
- *La pensé recién, porque me di cuenta que todo esto pasó porque yo venía con una fantasía...*



- *¿Hagamos algo?, vamos a esas conclusiones después. Ahora concentrémonos en explorar la historia..*
- *Es que para mí ahora es muy claro que no tenía rabia. A pesar de eso, lo que pensé en ese momento es que no quería hacerla sufrir a ella, porque la veía ofuscada. Reconozco que lo que sentía era pena. No rabia.*
- *Ok, no hay problema. Después lo vamos a ir entendiendo mejor. ¿Y qué pasó después?*
- *Salí a dar una vuelta, cerca. Hay una plaza de juegos, de niños. Me senté en una banca y me sentí idiota, siempre embarrándola. Ella me esperaba con arroz y pescado, para comer, mi comida favorita. Y yo la embarro. Lo echo todo a perder. Vi unos niños jugando, y pensé que eran inocentes. Y que mi señora era inocente, y no era justo que viviera esto. Empecé a pensar en matarme...*
- *¿Cómo lo imaginaste?*
- *No, no alcancé. Me vino la idea a la mente y pensé primero en llamarla usted, para avisarle que no era su responsabilidad. Yo sé que usted lo sabe nos hemos visto solo una sesión, bueno, dos con la de hoy.. pero igual quería avisarle para que no se lo tomara en términos personales.*
- *Yo soy para ti una persona que se siente mal por lo que otros hacen?*
- *No, yo siento que mis emociones pueden traer malestar al resto. Solo quería "limpiar el terreno" antes de hacerlo*
- *Te entiendo. ¿Y qué pasó?*
- *Llamé, pero no me resultó. Me faltaba un número, creo que yo lo anoté mal, o algo así. Me dio rabia...*
- *¿Tus emociones cambiaron?*
- *Sí, esta vez lo sentí aquí (señala su frente, el entrecejo), es distinto. No es de esa rabia de golpear, yo no haría eso. Pero lo sentí en la frente. Sentí que yo no era muy importante, al menos como para haber corroborado el número la primera sesión.*
- *Entonces en el boceto que te empiezas a hacer de mí, yo tengo un nivel de compromiso...*
- *Menor que el mío - interrumpe*
- *Ok, lo entiendo perfectamente. ¿Tú lo entiendes?*
- *Lo estoy viendo, pero no lo entiendo. Me imagino que yo invierto más que los otros en mí.*
- *¿Por qué me aclaras que no era "de golpear"?*
- *Ah... jaja, no, no... es solo para que no se asuste. Me dio rabia, pero jamás haría eso, no soy de esas personas.*
- *Cuando experimentabas esa rabia, ¿cómo te imaginabas la escena en sesión?*
- *La verdad, me imaginaba diciéndole, con un tono firme, pero tranquilo, que usted debía mostrar más compromiso en lo que hace*
- *¿Te lo imaginabas así, como estamos ahora?*
- *No, yo de pie y usted sentada detrás de ese escritorio*

- Y esa imaginación, ¿cómo seguía?
- Solo ahí, nada más. Contuve ese sentimiento, como de molestia
- ¿Y qué ocurrió después, en la tarde del viernes?
- Que me dio rabia... ah, sí, y me fui a la casa. No probé la cena, estaba molesto. Me dio más rabia aún, porque perdí una cena deliciosa. Me acosté en otra habitación, solo. Mi señora me dio el espacio, no me preguntó nada. Ahí me quedé dormido.

En la deconstrucción el terapeuta logra acceder al nivel de conocimiento tácito a través de la apertura que juntos han logrado en una relación de colaboración. El desafío de esta etapa es distinguir las percepciones de su referencia canónica. De manera comprensible, el paciente hará una referencia estable de sus percepciones, configurando lo que él observa como “problema psicológico”. El terapeuta intentará anclar la observación en esa interfase de referencia, invitando al paciente a abandonar momentáneamente el canon, idealmente evitando él mismo utilizar esquemas de referencia que entorpezcan la reconstrucción. Por esta razón, el entrenamiento terapéutico incluye una estrategia de exploración continua que considere cada activación del paciente como *evento único*, al menos en esta primera instancia del quehacer terapéutico.

#### (b) Análisis

El análisis en la deconstrucción es un segundo momento que consiste en la valoración de las percepciones en dimensiones de construcción (demarcación, valoración, comprensión y control), sus principales formatos de referencia (alteridad, corporalidad, autoimagen) y el sentido de articulación que disponen estas percepciones configurando el problema psicológico. Sin esta etapa, que permite establecer hipótesis de trabajo, las acciones siguientes no lograrían perseguir un sentido estratégico. El desafío del terapeuta será proponer una estrategia de autoconocimiento que considere el sentido personal de articulación, pero que tienda a aliviar el sufrimiento.

Sofía registró algunas breves anotaciones en su análisis. Primero, definió los límites y principales parámetros de un funcionamiento modal o *en fase*:

- Estado previo: expectativa de aceptación, de “éxtasis amoroso”, previo a la llegada a casa
- Una entrada modal o fásica: la percepción de que efectivamente es menos querido o considerado tonto

- Cambios en el modo o fase: una activación de “pena” o retroceso y una activación de “rabia” o acción
- Salida de fase: a través de la inhibición corporal, no comer, dormir, usar fármacos.

En segundo lugar, Sofía registró:

- Autoimagen.
  - En el estado previo al funcionamiento modal, sostiene una autoimagen positiva, fantástica, de ser quien logre generar un “éxtasis amoroso” en su pareja. El “yo la quiero más” aparece aceptable, o se hace valorable en la fantasía. Al parecer hay una baja comprensión sobre esta construcción, y el paciente no parece consciente de que lo hace, según él está fuera de su ámbito de control. En términos de control, hay acciones de control (quizá pre - reflexivas o tácitas inclusive), pero parecen directamente contra - operativa, si uno considerara la intención más consciente, ya que al parecer se sientan las bases necesarias para construir de manera eficiente una experiencia de rechazo. La demarcación es agregativa, se genera una fantasía, una “vida paralela” antes de la confrontación.
  - En la entrada en fase ocurre una fuerte oscilación de su autoimagen, una percepción agregativa de “soy tonto” o “soy poco querido”, que rápidamente deriva en “soy molesto y desechable”. El grado de control consciente baja, el paciente empieza a producir agregativamente imágenes que intensifican la experiencia de ser poco valioso, de ser un estorbo. La comprensión se vuelve tautológica, excluyendo además el punto de vista del otro.
  - Hacia la salida de la fase, la autoimagen se hace positiva en términos de valoración, principalmente a través de la negativización de la alteridad significativa (que en esta ocasión fui yo misma, su terapeuta).
- Corporalidad
  - Las percepciones que logramos observar fueron de tipo pre - reflexivo en su momento, una demarcación sustractiva (que cambió sensiblemente en la deconstrucción). La corporalidad es puesta por debajo del horizonte perceptivo en sus fantasías previas a la fase. Observamos con el paciente una actualización de “hice algo malo”, rechazo, culpa, mostrarse encorvado.

Una baja demarcación entre dos activaciones distintas y en general una baja demarcación, el cuerpo parece tener reglas propias distintas al discurso. La activación de rabia sin embargo implica una corporalidad distinta, la demarcación lleva al cuerpo por sobre el horizonte perceptivo. Tácitamente aparece una valoración del “cuerpo bajo control” y cierto rechazo a la pérdida del propio control, una corporalidad emocionada. La tendencia al control es inhibitoria. Según mi apreciación, hay una muy baja comprensión de las propias intenciones y dirección emocional.

- Alteridad.
  - Antes de la entrada en fase, RI construye una imagen de su señora como “una novia feliz, enamorada”. Yo lo llamo un “éxtasis amoroso”, es una imagen agregativa, detenida en el tiempo, como una escena en cámara lenta, con poca información, casi una fotografía, estática (lo que contrasta con el dinamismo con que movilizó imágenes cuando pensó en el suicidio). Es, en cierto sentido, una imagen muy alejada de las percepciones más cotidianas con su pareja. Al parecer, aunque ella es muy cariñosa, él construye una representación de ella por sobre su cariño, que ya percibe como superior al de ella.
  - En la entrada en fase, esta imagen se desdibuja, la demarcación se vuelve sustractiva. El paciente está solo, confrontado consigo mismo en un debate agresivo. La alteridad que aparece ahí no tiene forma, es un sí mismo contra un sí mismo invisible, pero altamente punitivo, denostativo. En la objetivización de sí mismo, esta alteridad lo vuelve desechable, despreciable.
  - Hacia la salida de fase, la alteridad se vuelve más definida, la demarcación es más clara. Hay una negativización de la terapeuta, me ve como poco involucrada. Es interesante para mí ver como eso parece regularlo, hay un esbozo de comprensión, yo fui poco meticulosa al no revisar bien que él registrara mi número telefónico.

## Construcción

Consiste en construir percepciones. Desde la presente propuesta, las actividades a realizar en psicoterapia pueden ser muy amplias y diversas, incluyendo el trabajo con aspectos conductuales, emocionales o cognitivos de la experiencia. Entonces, la modalidad de trabajo no es exclusivamente discursiva, por el contrario, si el objetivo es guiar la construcción de percepciones, con el fin de colaborar con la integración y

articulación de la experiencia problema, la situación psicoterapéutica debe ser amplia, desafiante y activa. Como se explicó anteriormente, la evaluación tiene como desafío definir cuáles son las reglas que explican el problema psicológico en términos de integración (cuáles son las reglas específicas que explican el tipo de articulación respecto al problema psicológico). La intervención tiene el desafío de, respetando las principales reglas, colaborar con la construcción de percepciones que ayuden al paciente a integrar y articular su propia experiencia. Así, algunas acciones elementales que el psicoterapeuta puede realizar son:

- Actividades que impliquen cambios de demarcación. Esto considera tanto actividades de incorporación, sumar, crear, como de exclusión en la demarcación, “sacar” elementos de la conciencia. La psicoterapia en clínica de alta complejidad debe considerar tanto estrategias de simplificación de las percepciones, como incorporación de elementos en las demarcaciones, incluyendo construcciones de percepción que no eran referidas, que antes estaban “fuera” de las funciones de conciencia.

*Hice la tarea que me pidió. Después que me vino la crisis de pánico, me acerqué a ella y le pedí un abrazo. Y no lo pude evitar, me puse a llorar, como nunca, me dolía la cara, el cuello. El miedo que siempre acompaña mis crisis ahora dio paso a la pena y después a la vergüenza. De eso quiero hablar ahora: sé que con mi señora ese llanto tiene sentido, ella y yo lo sabemos, pero no lo tengo tan claro, solo sé que estoy un poco más triste... (HCi)*

- Cambios en la valoración. La psicoterapia puede implicar cambios respecto al querer, amar, aceptar o vincularse, o cambios relacionados con el rechazar, perder, alejar, odiar.

*No fue fácil. Fui al patio y conversé con él, bueno, con su recuerdo. Creo que estaba enojada porque se fue. Yo sé que él no tuvo responsabilidad en su accidente, obvio. Pero todos estos meses no le hablaba, estaba enojada. Y no hablarle me daba más pena. No me malinterprete, aún estoy con mucha pena y angustia... pero creo que lo estoy perdonando, por dejarme acá sin él (GP)*

- Cambios en el sentido de agencia y control efectivo de las propias percepciones, así como cambios asociados a construir la percepción de “soltar” ciertas percepciones.

*Trataba de sentirme reconocida por mis hijos. Ahora que me doy cuenta de esto es raro, no lo encuentro muy lógico. Me refiero que conscientemente no quería que me aplaudieran por lavar la loza, cocinarles o hacerle la cama, no soy de ese tipo de persona que espera que le reconozcan, pero la verdad es que me di cuenta de que esperaba algo, no sé, como un gesto de cariño. Por otro lado, me di cuenta que si ellos fueran más ordenados y limpios yo lo tomaría como un gesto de cariño o respeto hacia mí. Claro está que peleando con ellos porque no hacen las cosas, atenta contra lo que en el fondo deseo, que es sentirme más querida. No se cómo estuve tantos años haciendo algo que iba en contra de lo que necesito [Hco]*

- Mejoras o inhibición de las estrategias en la comprensión de la mente de sí mismo y otros.

*Ana sale de su tercera sesión de psicoterapia. Como yo soy conocido de su hijo, y ya nos habíamos visto, la saludé con afecto y la acompañé a la salida. Menciona que después de la primera sesión con su psicoterapeuta, las crisis de pánico han remitido. “¿Qué ocurrió?, pregunté”. Ella me dice que el terapeuta la escuchó con calma, y que no se sorprendió de sus relatos, y que mientras se los relataba, ella misma se escuchaba y sonaba “normal”: “Llegué a mi casa y pensé que quizá no estaba loca, que era mi marido y mi hija quienes no me entendían... me dio vuelta el mundo, es decir, nada cambió, pero ahora veía todo distinto.”. Le pregunté si su terapeuta sabía que las crisis de pánico no ocurrían, y me dijo que no, que en la segunda sesión me siguió preguntando por los problemas de comunicación con mi marido. Creo que ya no es necesario tener crisis de pánico... [SR]*

Estas acciones pueden representar una amplia gama de estrategias de construcción de percepciones, orientadas a modificar la relación de referencia. Pueden incluir acciones como actuaciones, el uso de dibujos, escritura de guiones, creación de símbolos y ritos, y un largo etcétera que incluye prácticamente cualquier acción que permita la construcción de percepciones dentro de la estrategia terapéutica y el marco ético de la psicoterapia.

Retomando el trabajo con el caso RI y su terapeuta, tenemos:

Luego de algunas sesiones, ya tenían el objetivo conjunto de investigar una forma de funcionar que a ambos les interesaba. Pensando en las conductas suicidas anteriores y en el riesgo suicida actual, Sofía se enfocó en una estrategia que modulara las entradas en fase y que persiguieran un estándar integrativo.

Las primeras y más dirigidas actividades de construcción fueron dos: RI debía enfocar, mientras iba en el autobús a casa, cualquier “creación” o fantasía de una alteridad en “éxtasis romántico” y en ese preciso momento, dirigir la atención a *los cambios corporales, de postura, vas a poner atención a tu cuerpo, pero también a su contexto, dónde estás y cómo te sientes en el lugar que estás*. La segunda indicación de construcción, en otra sesión, fue también orientada a una actividad “en terreno”: en el momento en que RI comience a percibir el sentimiento que él había situado en el cuello y en el pecho, debía poner su palma en el pecho de su señora, intentando sentir los latidos cardíacos de ella. Sofía había hipotetizado una dificultad de integración entre clases de referencia (ver apartado Evaluación, p.23), que mostraban en el momento más agudo del funcionamiento en fase, una baja comprensión, control y demarcación subinclusiva en corporalidad; respecto a las referencias de autoimagen una demarcación sobreinclusiva y de valoración negativa; y en relación con las referencias de “alteridad”, una demarcación subinclusiva, pero tácitamente la percepción de una alteridad punitiva y rechazante, de una valoración intensamente negativa. Sofía entendía un posible *sentido* en esta forma de integración, y el desafío sería llevar a la reflexión, a la referencia consciente, las percepciones precisas que aumenten la integración al mismo tiempo que respeten el sentido. Ya en las primeras sesiones, fue posible observar que este sentido también era observado por RI, no obstante su articulación era baja, no comprendido, visto como algo incontrolable e incluso como algo desagradable.

De acuerdo al relato de RI, la primera tarea llevó su atención principalmente a su postura. Observó cómo al mismo tiempo que creaba a su pareja con imágenes de aprobación o satisfacción amorosa, él tomaba una postura encorvada, *“como la de un niño, cuando se siente no querido, rechazado”*, y también observó que estas fantasías y postura físicas ocurrían cuando estaba solo en algún lugar, no acompañado por alguien conocido o significativo, pero rodeado de gente desconocida, *viendo gente alegre, gente que no conozco y que las veo en pareja, es decir, veo parejas, matrimonios en la calle y me siento más solo, aunque no estoy solo, usted entiende, no?*. Para RI estas impresiones fueron novedosas, aunque no tanto como las percepciones generadas con la segunda tarea (que evitó realizar durante dos sesiones). Llegó una tarde a casa, luego de viajar casi una hora en autobús, con la percepción de soledad, de su corporalidad abatida y de las fantasías amorosas en su conciencia. Su señora estaba

acostada, medio dormida, él se recostó a su lado, puso su mano en el pecho de ella, y le dijo “quiero pelear contigo”

- ¿Le dijiste que querías pelear?
- *Sí, no era que quería discutir algo, no tenía nada en mente, pero estaba cansado, no me dio para pensar en algo que la provocara, solo fui a lo que quería en el fondo, que se enojara conmigo*
- Y le dijiste que se enojara contigo, pero esta vez tu no generas un motivo
- *No, no tenía nada. Fue solo “enójate conmigo”, sin ninguna razón*
- ¿Y cómo reaccionó ella?
- *En ese momento fue horrible, me dijo “pero mi niño”, no me dijo como otras veces “amor”, sino que me dijo “mi niño”. Yo esperaba que me retara y me sale con eso. Me desarmó. Sentía su corazón ahí, la sentía más suave que otras veces, tibia. Quizá porque estaba durmiendo, no sé. No tiene mucha lógica, pero le dije “perdóname por no ser suficiente para ti”.. no sé de dónde saqué eso, solo hablé de lo que sentía. Ella me acercó hacia su lado y yo exploté en llanto. Eso. Exploté. Un desastre de llanto. Lloré, como si fuera un niño de verdad, todo lleno de lágrimas. Y ella era más tierna, y cada vez que ella era más tierna yo más lloraba. Creo que estuve como una hora así, hasta que me preguntó que si quería cenar, pero lo dijo con un tono como quien le habla a un niño que tiene pena, y yo le respondí en el mismo tono, me refiero a que le respondí como un niño chico y nos dio risa. Es la primera vez que pasa eso entre los dos, fue una sensación rara, como que ella me ayudó a rearmarme, me sentí perdonado, apoyado en algo firme. No hablamos de lo que pasó, ya van diez días, pero me he sentido muy distinto.*

## Reconstrucción

Por último, siguiendo los lineamientos planteados hasta ahora, llevamos a cabo la instancia de *Reconstrucción*. La reconstrucción tiene el nodo crítico puesto en procesos de conciencia, la relación entre el cuarto nivel de conocimiento y los niveles anteriores. Considera ciertas características básicas:

- a. Al igual que las instancias anteriores, un modo terapéutico estratégico: persigue un propósito definido para el cual intencionalmente se disponen recursos.



- b. Es estéticamente motivado, en el sentido de que es parte de un proceso (*deconstrucción - construcción*) que intenta respetar los modos de coherencia organizativo presentados por el paciente, basados en el sentido que él mismo identifica como propio, cambiando solo los elementos mínimos necesarios para el óptimo cambio psicoterapéutico.
- c. Está orientado hacia la integración y articulación más flexible de las percepciones, basándose en la hipótesis terapéutica de que el problema psicológico se sustenta en problemas de integración, hipótesis que es elaborada por el terapeuta de manera absolutamente idiosincrásica
- d. Sugiere un aumento de recursos disponibles en el paciente.

Durante las siguientes tres sesiones, Sofía y RI observaron las implicancias de esta última escena. La usaron como un heurístico, un esquema de investigación que a juicio de Sofía permitiría aumentar la integración respetando el sentido identitario. RI generó la percepción de que sentir que defraudaba era parte de sus más intensos episodios de tristeza, pero también sostenía sus mejores esfuerzos y empresas. De acuerdo a lo que conversaron en esas sesiones, RI sintió que ya no era necesario provocar a su señora para experimentar estos sentimientos, y que como seguían siendo importantes para él, había pensado en mantenerlos a través de otras cosas, como estudiar algo difícil o desarrollar algún desafío laboral.

En las siguientes sesiones, Sofía y RI registraron un gradual pero ostensible cambio subjetivo y objetivo. RI se experimentaba menos ansioso, disminuyó gradualmente el consumo de alcohol (después de un par de meses inició una abstinencia que mantiene hasta la actualidad), y disminuyó la intensidad de sus activaciones de pena y rabia.

Hacia la sesión 14, RI menciona que de alguna manera una parte de él que siempre había estado presente tomó un cauce más claro. Según Sofía, RI desarrolló una comprensión sobre su propia historia, a través de la utilización de los heurísticos creados en terapia, entendiendo que en algún momento de su infancia y temprana adolescencia estos formatos de integración eran consistentes y viables en torno a una relación con una madre que era muy punitiva, nunca se mostraba orgullosa, que “siempre vio como obligada en su rol de madre”. Por su parte, RI comenta que estos sentimientos de su historia temprana los había guardado de manera “egoísta”, por temor a ser abandonado de manera real por su señora y que ahora, particularmente en las últimas sesiones, mostrarse egoísta “de verdad” con su señora ha sido más fácil, liberador y “sano”, tanto para él como para su pareja, porque tienen una relación de mayor confianza. Ahora es ligeramente menos complaciente, según él, lo que acarrea otro tipo de conflictos. De acuerdo a lo que plantea RI, la diferencia es que ahora ha aprendido a recuperar mucho mejor la experiencia de ser querido por su pareja y por sí mismo.

El resumen de algunos de los casos clínicos revisados puede servir para ejemplificar los procesos anteriormente descritos. A continuación presentados dos resúmenes. El caso de AF y de FerC.

AF es una paciente de 30 años, casada hace 2 años. Derivada de psiquiatra, con el diagnóstico de “conversión física por hipocondría”. Plantea que experimenta crisis de pánico hace un año y medio, luego que descubriera accidentalmente que su marido estaba siendo infiel (él intentó enviar un correo a su amante, pero por equivocación se lo envió a ella). De acuerdo a su relato, desde entonces experimenta “miedo al miedo”, el que “viene en oleadas, me afecta el cuerpo. me viene este miedo y no se qué hacer, me siento en el sillón y espero a que todo pase, pero no sé lo que es...”. Además plantea que está percibiendo el temor a perder el control de sí misma: “... tengo miedo a volverme loca... veo un cuchillo y sufro, quizá lo tome y mate a mi marido...me da miedo que algo así se me escape de las manos...”

La transcripción de algunas instancias de deconstrucción, en las primeras sesiones, sigue así:

- *He guardado todos los cuchillos de mi casa. Bueno, se lo pedí a la señora que me ayuda con el aseo, así yo no me despierto en la noche y los encuentro.*
- *¿Cuándo te imaginaste eso?*
- *Hace un par de días, bueno lo he pensado hace bastante tiempo*
- *¿Cómo lo piensas?*
- *Que me va a venir algo y voy a tomar los cuchillos y le voy a hacer daño a mi marido*
- *Claro, pero ¿cómo ocurre en tu mente eso?. Dime qué imágenes surgen.*
- *No sé, me imagino... me veo en la cocina*
- *¿Te ves?, ¿desde afuera?*
- *No, es como si viera mi mano, en la mesa de la cocina, tomando el cuchillo y al mismo tiempo viera a mi marido durmiendo, de noche, oscuro*
- *¿Qué más ves?*
- *Nada más, ahí siento miedo.*
- *Y tu...*
- *Yo desaparezco, no estoy. Es como si algo que voy a hacer no está en mi control. Me volví loca. Quizá me despierte un día con sangre en mis manos*
- *Enfócate tú, en esa escena, intenta ver tu rostro al tomar el cuchillo*
- *Mmmm.. .me veo grande, seria, molesta*

- Logras mantener la emoción ahora?, ok. Acerca esa imagen de ti misma a tu marido dormido.
- *Lo veo más chico, como si fuera una guagüita* (sic: bebé)
- ¿Una guagua?
- *Sí, es estúpido, pero lo veo durmiendo, envuelto en la ropa de cama, indefenso.*
- Qué te parece eso?
- *Me hace sentir decepcionada, pero no entiendo bien por qué*

Las instancias de deconstrucción y construcción consideraron también la observación de su tendencia a externalizar su experiencia problemática de manera 'psicopatológica', como si lo que le ocurre fuese una enfermedad física o mental rara, incurable, o incontrolable. Ella observó que esta era una manera más fácil de lidiar con lo que sentía, y que además no tenía muy claro sus sentimientos por varias percepciones que ella intentaba evitar, truncar o cambiar.

- *Siento que me voy a volver loca*
- ¿Como si fueras a salir corriendo de tu casa en pijama y gritando?
- *Jajaja, no, no. Como que me voy a “desbordar”, “deshacer”. Llevamos dos sesiones, ¿se me irá a pasar esto?. Es agotador.*
- Enfoca esta experiencia, cuando me dices esto. Enfoca tus sentimientos, ¿puedes hacerlo?
- *Sí...*
- Ahora quiero que imagines a tu marido cerca tuyo...
- *Ah, no, lo empujo* - interrumpe - *no lo quiero cerca.*
- Ok, ¿qué pasa después en tu mente?
- *Es ridículo. Imagino que se cae, como un maniquí, y se rompe en pedazos chicos, como si fuera de vidrio*
- No quieres quebrarlo
- (asiente) *No quiero quebrarlo. Pero si pienso eso me da pena, no entiendo.*

AF mostraba una baja comprensión respecto a sus fantasías de que su marido se había vuelto, subjetivamente hablando, frágil. Hacia el final de la segunda sesión, ella y su terapeuta pensaban en la suposición de que esto representaba una “expresión de la pérdida”. AF volvió la sesión siguiente con dudas al respecto. Planteó su terapeuta que sí experimentó eso después de que supo de la infidelidad de su marido, pero que habían otras cosas que sintió.

- *Esa noche, cuando leí el correo electrónico, no le dije nada. Me dormí. Tuve pesadillas. Raras. Recuerdo que esa noche soñé*

*con zombies, yo escapaba y llegaba a mi casa, le gritaba a mi marido pero él estaba distinto, flaco, débil. Me dio la impresión de que no me iba a poder defender...*

- Pero hasta ahí todo seguía normal, es decir, él no sabía que tu sabías
- *Sí, pero yo creo que sentía que la cosa estaba débil, que venía algo inestable más adelante. Me anticipé. Posiblemente perdí un sentido de protección, como dijo usted la semana pasada... me refiero, a abandono, de alguna manera. Yo se que si incluso nos separamos, vamos a estar cuidándonos, somos de ese estilo, pero me dio miedo el ser dejada si algo malo me pasaba, perder esa sensación de cuidado, de que alguien está ahí como una defensa, de manera exclusiva para mí...*
- Eso tiene relación con la percepción de fragilidad, de ver a tu marido frágil, ¿no?
- *Claro, pero al día siguiente me sentí distinto. No lo entiendo. Me sentí un poco abandonada, pero lo curioso es que después 'no siempre' me sentía triste, recuerdo que los días siguientes también me sentí alegre. La mayor parte del tiempo.*
- ¿Alegre?
- *No vaya a pensar mal de mí, pero saber que él es humano, que comete errores, y que la relación no es tan estable... es horrible lo que voy a decir, pero tiene algo bueno, y es que no es tan aburrido, ya no es incondicional sino que tendremos que cuidarla, hacer cosas, preocuparnos de cosas*
- ¿Cuidar la relación?
- *Me refiero a que me imaginé que algo novedoso podría pasar, y que eso no estaría tan mal. Suena horrible.*
- A ver, concentrémonos en una escena. Me dijiste la primera sesión que habías sentido un miedo intenso, pero no logro ver en qué momento, ¿te refieres a las pesadillas que tuviste ese día?
- *No, no. Durante unos tres o cuatro días me sentí bien, alegre, esperando a que algo distinto pasara, que él me dijera algo, no sé.. pero no pasó nunca. Me acuerdo que estaba en la panadería, y un vecino que ubico me saludó. Un simple saludo, una sonrisa. Le respondí y me empecé a sentir mal, como ahogada, no, como que me faltaba el aire... fue una sensación extraña*
- Puedes enfocar esa escena. ¿Quién es este vecino?
- *Es un neurólogo, que vive a un par de casas de la de nosotros. Es un tipo alto, buenmozo, muy amable. Es mayor sí, debe tener unos 48 o 50 años.*
- ¿Sentiste atracción?

- *No. Ahí sentí miedo. No tengo ninguna evidencia, ningún hecho real, nada que indique lo que sentí después de esto... pero me vino esta sensación de que si mi marido lo hizo, yo ahora puedo hacerlo, yo ser infiel, es como una 'luz verde'. Quiero explicar esto, porque suena raro: antes era imposible que yo me fijara en alguien, lo sacaba de mi mente de inmediato, ni siquiera ocurría en mi mente que me pudiese gustar, pero ahora ese freno no lo siento, como que me puedo dejar llevar... es tonto, no?. El vecino no me gusta.. bueno, no tanto (risas), pero el freno no estaba. Eso, es la sensación de como (sic) subirse a un auto sin frenos*
- *Tuviste esta impresión, de que ahora no había una razón externa a ti que te impidiera involucrarte con otro hombre*
- *Sí, y no me gustó tampoco. Por eso lo que conversamos el otro día me hizo un poco de sentido, pero no mucho. Como que la mayor parte de misma apunta a que lo quiero y quiero seguir con él.*
- *Claro, revisaremos de nuevo eso, pero cuéntame ¿en qué momento enfrentaste a tu marido?.*
- *Al día siguiente, en la noche. Era un viernes, me acuerdo. Tomé ese miedo o ansiedad que sentía como un motor y le dije lo que había hecho, el mensaje que había llegado, que me mandó él.*
- *¿Estabas molesta?*
- *Sí*
- *Pero cómo logras estar molesta después de tanto tiempo, me refiero a que me contaste que lo que sentías era incluso alegría unos días antes.*
- *Sí, es que me preparé antes de que llegara. Como que preparé mi molestia. Revisé varias veces el correo antes que él llegara del trabajo, lo leí de nuevo. Creo que casi me provoqué la molestia...*
- *Cómo es esto de preparar la molestia?*
- *Esto es lo último y es complicado. Incluso me he demorado en contárselo, porque no lo entiendo y me da vergüenza. Me di cuenta en el momento, y ahora relatando de nuevo las situaciones me vuelve a ocurrir. Me pasaba antes también con él, con sus ex pololas, estamos hablando de muchos años atrás.*
- *¿Qué cosa?*
- *Ocurre que cuando me llegó el correo, el domingo, me empecé a sentir curiosa... me frustré cuando no vi fotografías, y volví a leer el texto, esta vez imaginándome la situación, y bueno, me pasaron cosas, me excité.*
- *¿Tú querías ver fotografías?*
- *Sí, de ella. Quizá de él. No sé. Estoy loca, ¿no?*

- Y no habían fotografías.
- No
- ¿Qué hiciste entonces?
- *Es que retomé el correo el viernes. Lo revisé varias veces, quería memorizarlo. Cuando lo encaré quería que me contara detalles, pero al mismo tiempo fingí estar molesta. Es decir, intenté que me contara detalles, pero no quería mostrarle o insinuarle que la idea me gustó.*
- ¿Te gustó en qué sentido?
- *Físico*
- ¿Te excitó?
- *Sí. Pero... a ver, la idea no me gusta, no quiero que esté con otra mujer, pero mi cuerpo reacciona distinto, parte de mí. Es lo más complicado de todo, ¿qué tipo de mujer soy?, nunca antes había estado tan motivada sexualmente con él, basta que me imagine la situación y me afecta*

En este momento, luego de sesión, el terapeuta se dedicó a revisar las últimas reuniones y registró lo siguiente:

- Autoimagen: una demarcación agregativa caracterizada por imágenes en donde ella pérdida de control de sus conductas (pero no de la percepción de daño y de consecuencias negativas asociadas, ya que perdería el control, pero al mismo tiempo percibe temor de hacer daño, causar daño), negativización en el sentido de no gustarse de esta manera, una perspectiva de baja comprensión sobre lo que le ocurre (independiente del nivel de conocimiento al que haga referencia).
- Corporalidad: las percepciones pueden relacionarse con aspectos de temor, alegría y alivio, excitación sexual y decepción. Estas percepciones se muestran contingentes con otras oscilaciones de alteridad y autoimagen, pero Af las refiere de manera subinclusiva, con baja comprensión. Se observa un bajo sentido de control sobre las percepciones referidas a corporalidad, enfocada ella en regular los aspectos físicos y concretos de las percepciones referidas a corporalidad.
- Alteridad: los cambios percibidos en la alteridad, particularmente su marido, pueden caracterizarse en una alternancia entre una imagen de debilidad, en donde el reconocimiento del error, las disculpas, y otras conductas tiernas y amorosas, son vistas de forma desagradable. La estabilidad en términos de protección, no obstante cierta oscilación muy breve, es construida como algo que se mantendrá en el tiempo. La demarcación en las percepciones es subinclusivo, y se caracterizan por una baja comprensión de la experiencia de su marido, una baja comprensión de sus intenciones, llamando la atención sobre un bajo sentido de control respecto a las percepciones referidas a él.

Para el terapeuta fue evidente de que la situación del descubrimiento de la infidelidad, con todas las percepciones involucradas, representó un desafío para los formatos históricos del sentido de sí mismo anclado en una forma particular de alteridad. Agrupando temáticamente las percepciones observadas por ambos en las primeras sesiones, el terapeuta definió cuatro contenidos:

Desprotección - miedo al abandono. En su historia de pareja, al parecer ha construido una percepción de protección y cuidado por parte de su pareja. Ha sido uno de los aspectos fundamentales en su experiencia de relación, construyéndola tanto en el recuerdo como en la proyección futura.

Novedad - excitación. Al parecer, la constancia fue asociada a la percepción de protección y cuidado, lo cotidiano y regular. La situación ipse que es objeto de desbalance muestra que esta regularidad y constancia al interior de la relación de pareja puede haber representado cierta insatisfacción no referida, o quizá en su momento fue fácil de demarcar de manera subinclusiva. La valoración que AF hace de estas percepciones parece ser oscilante: en ciertos momentos aparece como cómodo y protector. En otros momentos, la percepción es de aburrimiento y hastío.

- “Luz verde” - control externo. Esta percepción se basa en una experiencia de reciprocidad, una especie de contrato tácito en donde “si el otro no lo hace, yo no lo hago”. La percepción tácita tiene que ver con uno de los criterios de establecimiento de la relación de pareja: un tipo de valoración del otro en términos de mostrar y mostrarse sin errores<sup>11</sup>.
- Sexualidad - dominación. En la exploración de la escena de descubrimiento y las que vinieron, las percepciones de AF parecen articular una percepción de pérdida respecto a la imagen de alteridad con la que ella se vinculó en una primera instancia. Contra las reglas explicativas que tenía en ese momento, AAF no logra dar cuenta de las activaciones de excitación sexual que experimentó al descubrir la infidelidad de su marido.

En la siguiente sesión, el terapeuta mostró a AF estas agrupaciones de contenidos (heurísticos a los que ella graciosamente les llamó “cajas”). Le explicó que serían temáticas que podrían ser útiles de investigar, y que representaban formulaciones hipotéticas, por lo que estarían muy atentos a cambiarlas. Considerando la particular forma de integración en las percepciones de AF, que demarcaba subinclusivamente percepciones referidas a corporalidad y alteridad, la estrategia del terapeuta consistió en proponerle a AF comenzar con la indagación utilizando la última agrupación de contenidos, relacionada con la sexualidad, para estudiar alguna relación de referencia con la manera en que se sentía decepcionada de su marido.

---

<sup>11</sup> Más adelante en la terapia, AF comentó que con su pareja estaban más “relajados” en este sentido, que la relación había “vuelto a un descanso” y “no un estar dando prueba de etiqueta y buena conducta”

Durante las siguientes sesiones, las conversaciones y ejercicios de deconstrucción comenzaron a relacionarse con un cambio clínico observable por ambos. Las actividades de construcción incluyeron entre otras actividades, ejercicios de imaginación en donde prolongaba ciertas imagerías catastróficas, incorporando algunos temas e imágenes conversadas en sesión. En la quinta sesión AF señaló que ahora la situación parece “*acotada al menos, eso lo hace más manejable*”. También resultó novedoso para AF que al enfocar la conciencia sobre los ‘elementos nuevos’ que la complicaban, no le parecían tan nuevos:

- *Lo he pensado, y no es tan extraño. Por ejemplo, esto de la excitación, en el fondo era lo que me gustaba de él en un principio, esto de la dominancia. En el correo que leí y en los relatos que me contó, lo que más me gustó era que él la usaba a ella, la trataba como objeto sexual.*
- *Como si no le importara mucho*
- *No, no... ese es precisamente el punto. Me cuesta explicar la sensación que tengo al respecto. Es como verlo seguro, más intenso.*
- *¿Y sientes que tiene que ver con el aprecio que él siente hacia ella?*
- *Es que eso es complicado. Yo le creo que para él ella es solo eso, un calentón. Me mostró las conversaciones, es pesado con ella incluso. Pero no me malentienda, no la estoy devaluando a ella, es una chica bastante atractiva. Lo que me gustó fue la actitud de él, que era lo que me gustó de él en un principio, esta imagen de chico malo, algo arrogante, una imagen como la de House<sup>12</sup>*
- *Entonces percibes interés y protección de él, pero...*
- *Necesito que esté por sobre mí*
- *Que te dirija, que te busque, que tome decisiones. Como House?*
- *Pero más sexual... (ríe) bueno, usted es hombre, quizá no me entienda completamente en esto, pero a las mujeres nos gusta un poco eso, aunque no lo reconozcamos...*

De acuerdo a AF, esta imagen que le gustaba fue difícil de mantener una vez empezando la relación de pareja, porque “él se puso amoroso”. AF relata que durante los últimos años, la vida sexual de ellos era muy pobre, que tenían relaciones una vez al mes o una vez cada dos meses. Hasta la reconstrucción, se experimentaba algo culpable de esta situación, porque

<sup>12</sup> El personaje de un programa de televisión de la época. Un médico arrogante, inteligente y proclive a pasar por alto las reglas.



no se sentía motivada como al inicio de la relación, pero después de la reconstrucción: *siento que [todo esto] es un tema de pareja, ahora me gusta mucho más él, como al principio, volvimos a tener sexo y volvimos a discutir!, al menos ahora somos una pareja normal*

Las sesiones siguientes incluyeron noticias de que AF y su marido siguieron discutiendo, hasta que cierto día en que él reaccionó molesto, y mucho más taxativo: *“me ‘puso en orden’, me dijo que no iba a seguir pidiendo disculpas por algo que en realidad le gustó y que necesitaba, lo del sexo, que me amaba pero que yo estaba obligada a tomar dos opciones, o me alineaba con la relación o terminábamos”*. AF relata que en cosa de segundos se sintió muy tranquila y contenta, que aunque esos sentimientos no se los expresó, los entendió muy bien. Le gustó el tono que su marido utilizó, lejos de mostrarse *un débil amoroso, pidiendo disculpas, se puso los pantalones. Fui, le serví once en la cama como cuando recién salíamos, como una señal de que estaba de acuerdo*. Plantea que esa noche se quedó dormida profundamente y que desde entonces ha estado muy tranquila.

AF ha mostrado un cambio clínico sostenido en el tiempo. Se han realizado algunos controles de seguimiento cada vez más distantes. Con propósitos de investigación, fue contactada dos años después del alta terapéutica, para pedir autorización en la publicación de su caso. Durante estos trámites, y luego de relatar novedades importantes entre las que se incluyen cambios de trabajo y el futuro nacimiento de su primer hijo, menciona: *“Lo principal es que me entiendo. Es curioso, no hay nada ‘nuevo’, todo lo que sé ahora son cosas que antes sabía, pero que estaban sombrías, ahora me veo de manera más clara, me gusto”... “Claro, no es lo que socialmente se espera, pero eso es superficial, ¿sabe?, todas las declaraciones o páginas o testimonios sobre como uno debe funcionar, esas lecciones de cómo uno debe funcionar en la relación de pareja, son superficiales cuando uno mira más de cerca. En definitiva, me miré y me di cuenta de que me gusta como soy”*

El caso de FerC corresponde a una intervención más larga en el tiempo, aproximadamente un año y diez meses de psicoterapia. Los primeros seis meses incluyeron una frecuencia semanal de sesiones. En los dos primeros meses, FerC asistió tres veces además con familiares, para conversar y responder dudas y aclarar temas relativos al encuadre de intervención. FerC es un paciente de 28 años que fue derivado por un médico psiquiatra, con el diagnóstico Trastorno Delirante, de tipo Paranoide. Aunque el psiquiatra había descartado el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, este diagnóstico había sido realizado en Colombia por otro facultativo mientras el paciente estuvo allá. FerC se niega a usar los fármacos prescritos por el médico, quien luego de varios meses lo deriva a psicoterapeuta, con el objetivo de mejorar la adherencia

farmacológica y reducir algunos aspectos que, desde un modelo de vulnerabilidad, podrían estar afectando.

Llega a sesión acompañado de su madre y su hermana, que lo esperan afuera de la oficina, y no solicitan mayor información. Al parecer, FerC había aceptado asistir en la medida de que lo dejaran ingresar solo, respetando su privacidad. Si bien para el terapeuta FerC resulta levemente extraño en términos de contacto, los primeros diálogos son amenos y alegres. Es él quien comienza planteando lo que lo trae a sesión.

FerC plantea que se siente observado en cada momento. Refiere que siente angustia, y que esa angustia “va y viene como un fantasma”. Dice que él siente que existen unos “Señores del Destino”, que son trans - temporales y telepáticos, cuyo deber es cuidar que el destino se cumpla. Por alguna razón que no logra explicar, él mismo es una excepción al resto de las personas, en el sentido de que siempre está en riesgo de alterar su destino y el de los otros. Por lo tanto, los Señores del Destino viajan y ocupan algunos cuerpos de personas que lo rodean, para observarlo. Estas ideas aparecen aparejadas de alta angustia.

En esta primera sesión, el terapeuta logra empáticamente recibirlo. El terapeuta llevó la conversación hacia otros temas, evitando sutilmente hablar de “lo problemático” en ese primer encuentro: su intención era tener una idea de quién era su paciente, sobre todo en términos identitarios, antes de enfocarse en deconstruir la experiencia más discontinua y la referida psicóticamente.

Durante las primeras sesiones el terapeuta es claro en que su foco no será desmentir o rebatir la experiencia del paciente, sino que le gustaría conversar respecto a posibles fluctuaciones de intensidad de la angustia, detectarlas y registrar las percepciones asociadas (desde el ambiente físico hasta las imágenes mentales que construye en esos momentos).

Rápidamente - al cabo de cuatro sesiones - el paciente y su terapeuta observan un patrón en las percepciones relacionadas con la angustia, que parecen estar asociadas a momentos en donde FerC se siente evaluado, “expuesto” en términos de competencia e inteligencia, por otros significativos. Se acordó entonces una tarea de construcción: iban a “testear” el patrón, con cuidado de no exagerar la intensidad del estrés, considerando que implicaba manejar percepciones desagradables. Ya que FerC había entrado hace dos semanas a la universidad, decidió ofrecerse para exponer en público la revisión de un par de apuntes. Según él, al salir se sintió bien, pero algo “energizado”, y después de unos 40 minutos comenzó a sentir que lo observaban, con menos intensidad que otras veces, pero era perceptible. Para FerC ese fue un momento crítico, según su visión quizá el más importante de la terapia: construyó la percepción irrefutable de que lo que experimentaba tenía que ver con él, con su dominio perceptivo, y no con algo externo al sí

mismo. En sesión, luego de este ejercicio, plantea que no entiende la razón exacta<sup>13</sup>, pero que sabe que lo que experimenta tiene que ver con su propio funcionamiento.

Las sesiones siguientes registraron gradualmente menos intensidad de las activaciones perceptivas, al tiempo que la experiencia referida de manera psicótica no apareció como tal.

En las sesiones siguientes se observó cómo las percepciones referidas a autoimagen (que era de valoración positiva, con una demarcación agregativa, y que no tenía anclaje integrativo en las percepciones referidas a corporalidad y alteridad) guardaban relación con una autoimagen *“irreal que me grabaron cuando era niño”*. Poco a poco, FerC fue relacionando la vinculación de su madre con esta *“autoimagen irreal”*, pero no con él. Así FerC fue comprendiendo y anticipando intensos sentimientos depresivos sobre los cuales nunca había tenido explicación.

Además, FerC, de manera gradual fue observando que su rendimiento académico siempre fue menor al esperado por él mismo y por otros significativos, y que la percepción de ser *“especial, una especie de elegido casi mesiánico”* tenía el sentido de sostener lo que en algún momento de su historia fueron los criterios mínimos para ser querido y aceptado por su familia, *aunque fuese una ficción*.

Al pasar las sesiones, FerC se ocupó más de su corporalidad, y la visión de ser evaluado por otros y de ser querido solo si cumplía con algunos aspectos de esa evaluación fue haciéndose más flexible.

El paciente lleva más de 5 años sin experiencias psicóticas.

---

<sup>13</sup> Una de las observaciones más frecuentes que el paciente hacía en las primeras instancias de deconstrucción era afirmar constantemente que él no era una persona que se preocupara por la opinión de otros. Esta afirmación era correcta, desde una demarcación subinclusiva de la experiencia en todas las clases de referencia. Sin embargo, consistentemente la discrepancia con una alteridad punitiva, o las dificultades de integración entre una autoimagen de *“yo soy muy inteligente y especial”* y una corporalidad discordante, devenían en una angustia intensa.

## V. Referencias

- Arciero, G. y Bondolfi, G. (2009) *Selfhood, Identity and Personality Styles*. Oxford: Willey Blackwell.
- Arciero, G. (2008) *Tras las huellas del sí mismo*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Arciero, G. (2006) *Estudio y diálogos sobre la identidad personal: reflexiones sobre la experiencia humana*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Asai, T., Kanayama, N., Imaizumi, S., Koyama, S. y Kaganoi, S. Development of Embodied Sense of Self Scale (ESSS) (2016): *Exploring Everyday Experiences Induced by Anomalous Self-Representation*. *Front Psychol.* 5;7:1005.
- Barresi, J. y Moore, C. (1996). *Understanding self and other*. *Behavioral and Brain Sciences*, 19, 142-149
- Barresi, J.; Moore, C. y Martin, R. *Conceiving of Self and Others as Persons: Evolution and Development*. En Martin y Bickhard (2013), *The Psychology of Personhood: Philosophical, Historical, Social-Developmental, and Narrative Perspectives* (127-146). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Barrett, L. (1998). *Discrete emotions or dimensions. The role of valence focus and arousal focus*. *Cognition and Emotion*, 12, 579–599
- Barrett, L. (2006) *Valence is a basic building block of emotional life*. *Journal of Research in Personality* 40; 35–55
- Cely, F. (2014) *Intersubjetividad: entre explicación y comprensión*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*;43(1):52-57
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens*. New York: Harcourt Brace.
- Derrida, J. (1986). *De la gramatología*. Ciudad de México: Siglo XXI
- Derrida, J. (1989). *La escritura y la diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- Edelman, G. y Tononi, G. (2000). *Consciousness. How matter becomes imagination*. New York: Penguin.
- Gallagher, S. (2012). *On the possibility of naturalizing phenomenology*. En Zahavi, D. *Oxford Handbook of Contemporary Phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallagher, S., y Brosted Sorensen. J. (2006) *Experimenting with phenomenology*. *Consciousness and Cognition*. 15; 119–134
- Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. Nueva York: Guilford Press.
- Guidano, V. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad. La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicoterapia* (Madrid)

- 
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia post-racionalista*. Barcelona: Paidós
  - Guidano, V. F. (1995). A constructivist outline of human knowing processes. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies* (pp. 89-102). New York: Springer
  - Hayek, F. (1952). *The sensory order*. London: Routledge.
  - Heidegger, M. (1997) *Ser y Tiempo* (trad. Jorge Eduardo Rivera). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
  - Kircher, T. y David, A. (2003). *The self in neuroscience and psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
  - Mahoney, M. (2003). *Constructive Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
  - Meltzoff, A. (1995). *Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children*. *Developmental Psychology*. 31 (5): 838-850
  - Merleau-Ponty, M. (1945) (Ed 2012). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.
  - Moore, C. y Barresi, J. (2013) *Imagination and the Self*. En Taylor, M. (Ed.), *The Oxford Handbook of the Development of Imagination* (288-302). Oxford: Oxford University Press
  - Musholt, K. (2012) Self-consciousness and intersubjectivity. *Grazer philosophische studien*; 84; 75-101
  - Pacherie, E. (2007) *The Sense of Control and the Sense of Agency*. *Psyche*. 13, 1.
  - Popper, K. y Eccles, J. (1977). *The self and its brain*. London: Springer
  - Richards, J. y Glaserfeld, E. (1979) *The control of perception and the construction of reality*. *Dialectica* 33 (1): 37–58
  - Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como un otro*. México: Siglo XXI
  - Russell, J. (1989). *Measures of emotion*. En Plutchik, R., y Kellerman, H. (Eds.) *Emotion: Theory, research, and experience* (Vol. 4, pp. 83 - 111). Toronto: Academic.
  - Schmicking, D. y Gallagher, S (Eds.)(2010). *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*. Springer, New York.
  - Skinner, E. (1996). A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 71. No. 3. 549-570
  - Smith, L. (2005). *Cognition as a dynamic system: Principles from embodiment*. *Developmental Review*. 25 (3-4): 278–298
  - Steele, G.R. Hayek's Sensory Order. *Theory & Psychology - Lancaster University*. Vol. 12(3) 2002.

- Varela, F., Thompson, E. y Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge: MIT Press.
- Venema, H. (2000) *Identifying Selfhood: Imagination, Narrative, and Hermeneutics in the Thought of Paul Ricoeur*. New York: University Press.
- Wilson, R. y Foglia, L. (2016) *Embodied Cognition*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy.

**Nota del autor**

Rodrigo Díaz Olguín. Psicólogo entrenado en el modelo cognitivo constructivista de Vittorio Guidano. Actualmente trabaja en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Higuera de Talcahuano, Chile, además del ejercicio privado de la psicoterapia y docencia universitaria en psicología clínica.

Comentarios acerca de este artículo diríjlos al correo electrónico: [rodrigodiazolquin@gmail.com](mailto:rodrigodiazolquin@gmail.com)

Los casos clínicos descritos están autorizados expresamente para su publicación en este documento. Se han tomado las precauciones para impedir la identificación de los pacientes.



Editado por Cipra, Círculo de Psicoterapia Post – Racionalista.

Concepción. Chile. Teléfono +56 – 41 – 2466054

<http://www.cipra.cl>