

**Rodrigo Díaz Olguín**  
*Psicoterapeuta*

**Cipra**  
*Psicoterapia Constructivista*

## **Caracterización del problema terapéutico en una formulación constructivista de orientación narrativa**

### **I. Introducción**

El enfoque constructivista utilizado en la presente discusión tiene como antecedentes los clásicos trabajos de George Kelly (1955) y de O. J. Harvey (1961). Además de estos referentes directos, se incluyen nociones de las propuestas de Vittorio Guidano (1983, 1994, Guidano & Quiñones, 2001), Gabriele Chiari y Maria Laura Nuzzo (2009) y las contribuciones de Lisa Feldman Barrett (2015) a la comprensión de los procesos de construcción de significado.

Este enfoque incluye la utilización de la noción de «concepto» como unidad de conocimiento, que es definido como una acción de diferenciación o distinción relacional, en la que el sujeto observador y el objeto observado representan instancias interdependientes. Esto implica que ningún cambio, ya sea referido como ambiental, corporal, en otras personas o en las propias representaciones de sí mismo, posee un significado inherente, sino que debe comprenderse relacionamente construido a partir de todas esas instancias de referencia. En otras palabras, dada esta interdependencia, comprender el «significado relacional»<sup>1</sup> es central en el estudio de la experiencia definida como problema terapéutico, haciendo énfasis en la construcción subjetiva e interacciones simbólicas entre objetos referenciales como el cuerpo y sus cambios afectivos, las relaciones interpersonales significativas, el contexto, los cambios de autoconcepto y memoria biográfica, entre otros (Díaz Olguín, 2022).

Para realizar este estudio se propone una formulación de caso clínico que tiene como objetivo sistematizar las indagaciones descriptivas de los conceptos involucrados en el problema terapéutico. Esta formulación incluye una caracterización de los cambios observados en la aplicación de estos conceptos durante la construcción del problema terapéutico, una caracterización de la organización general de estos conceptos, el estudio de la construcción de amenazas y los procesos de clausura asociados, y la posibilidad de explicar el problema

---

<sup>1</sup> Un punto de vista muy similar se puede encontrar en el trabajo de Lisa Feldman Barrett

terapéutico en términos de dificultades de integración narrativa<sup>2</sup> en instancias autorreferenciales (Díaz Olguín, 2022).

La metodología en esta formulación de caso es de énfasis cualitativo, idiosincrásico, en el que se privilegian estrategias longitudinales de evaluación de procesos y estrategias de intervención focalizadas en la deconstrucción, construcción y reconstrucción del significado (Díaz Olguín, 2022).

En el presente trabajo se desarrollará un breve ejercicio de formulación de caso clínico realizado en el contexto de una supervisión de psicoterapia. Para tales efectos, en el siguiente apartado se expondrán tres nociones teóricas en la que se sostiene la caracterización del problema terapéutico en este marco constructivista de orientación narrativa:

- a. **Descripción de la organización conceptual.** Para describir la organización de los conceptos y sus cambios entre sesiones, se utilizarán los criterios de «demarcación» —cambios en la cantidad de diferenciaciones realizadas—, «valoración» —cambios en la disposición de centralidad o periferia de las aplicaciones conceptuales involucradas—, «control» —cambios de asignación de control subjetivo/objetivo respecto a las aplicaciones conceptuales— y «comprensión» —cambios en la articulación respecto a otros conceptos, el grado de apertura a la refutación, la simplicidad o directividad que puedan mostrar, y el grado de abstracción de los conceptos involucrados—.
- b. **Estudio de los procesos de clausura/estrés involucrados en el problema terapéutico.** Se estudiará cómo la persona construye la experiencia amenazante y se caracterizará la respuesta de clausura/estrés, tanto en términos de procesos específicos como la posible presentación de fases o cambios globales en el funcionamiento. Los procesos específicos son: la reiteración de aplicaciones conceptuales; el cierre a la refutación de conceptos y la búsqueda de confirmación conceptual; el aumento de concreción en los conceptos aplicados, la sensibilización, generalización y compensación conceptual; y los cambios en la propia autoimagen, alteridad y construcción de mundo.
- c. **Detenciones narrativas en instancias de referencia.** De naturaleza más deductiva que las caracterizaciones anteriores, se estudiará la hipótesis de que el problema terapéutico puede explicarse a través de una dificultad integrativa específica en una instancia de referencia. Este tipo de hipótesis puede ser de alta utilidad para el clínico, dado que permite comprender cambios en otras instancias —no la instancia detenida— y enfocar estratégicamente una dificultad integrativa específica

Luego, en el apartado III, se estudiará una viñeta clínica utilizando cada una de las nociones que provee el marco teórico.

---

<sup>2</sup> En esta perspectiva, el «carácter narrativo de la experiencia» alude a que la subjetividad y, por tanto, la construcción de significado ocurre en la integración de tres instancias referenciales: autoimagen (autoconcepto, historia personal, prospectiva personal, etcétera), alteridad (construcción subjetiva de los otros, sus motivos, intenciones, etcétera) y corporalidad/mundo (la referencia al propio cuerpo, presencia, temporalidad subjetiva, contexto, etcétera). Esta noción es distante de la concepción construccionista-social de narrativa (ver Díaz Olguín, 2007), incluyendo la totalidad de la experiencia (no solo el rango discursivo o reflexivo, sino la experiencia tácita, implícita o pre-reflexiva) y comprendiendo la integración narrativa como un proceso auto-referencial, ligado al sentido identitario

## II. Caracterización del problema terapéutico

En una formulación de caso constructivista de orientación narrativa se organiza la información arrojada por la descripción de los conceptos —relaciones sujeto/objeto/contexto actualizadas y específicas— constituyentes del problema terapéutico, registrando las variaciones respecto a criterios acordados entre el paciente y el terapeuta para su evaluación constante durante la terapia. En este enfoque se atiende a los cambios en la forma de aplicar, confirmar o refutar conceptos, de organizarlos referencialmente en categorías ontológicas y de integrar de forma narrativa el conocimiento entre esas categorías. En este tipo de formulación se registra el uso de hipótesis refutables en función de objetivos explícitos, estableciendo formatos de evaluación cualitativa y cuantitativa del proceso general.

A continuación se explicarán tres de las nociones básicas de caracterización del problema terapéutico utilizados en este enfoque (Díaz Olguín, 2022): organización conceptual, procesos de clausura/estrés y detenciones en la integración narrativa.

### a. Organización conceptual

Desde nuestra perspectiva un «concepto» es la unidad básica de significado. Implica una integración, primordialmente tácita, de las diferenciaciones simultáneas referidas a las instancias «autoimagen» —construcción subjetiva del propio sujeto—, «corporalidad/mundo» —construcción subjetiva del contexto, el mundo y sus objetos— y «alteridad» —que considera la construcción subjetiva de los otros, de la mente intencional de un otro distinta a la propia voluntad—. Desde esta perspectiva, un concepto es de primacía tácita, e involucra tanto una cualidad emotiva, como cognitiva o conativa. Los conceptos son acciones, implican un estado anticipatorio, una aplicación y una refutación o verificación, por lo que a menudo son definidos en esos términos, como «aplicación conceptual». Los conceptos son polares, su aplicación en un sentido supone inmediatamente la afirmación en el sentido contrario.

Para describir la manera en que los conceptos se organizan, en esta formulación clínica se utilizan cuatro criterios, acordados por el paciente y terapeuta, en los términos del lenguaje instalado en la relación de trabajo. Los cuatro criterios sugeridos son el de «demarcación» —el grado de diferenciación, delimitación o discriminación entre los conceptos—, «valoración» —la disposición, orientación o dinámica centro-periferia en la aplicación de los conceptos—, «control» —el grado de control-objeto y de control-sujeto experimentado en la aplicación de los conceptos— y «comprensión» —el grado de articulación, apertura, directividad y abstracción de los conceptos—.

Los criterios son utilizados para hacer una caracterización en proceso, en el curso experiencial, por tanto permiten registrar cambios en la observación. Cada criterio puede entenderse como una dimensión de dos polos, en donde el terapeuta y paciente pueden identificar cambios que ocurran durante cierto periodo de tiempo establecido. A continuación se explicarán brevemente cada uno de estos criterios.

## Demarcación

Es el criterio que alude a la diferenciación, delimitación o distinción entre un concepto y otro concepto (Harvey, Hunt y Schroder, 1961; Witkin, Goodenough y Oltman, 1979). Un curso de experiencia de alta demarcación aludiría entonces a una alta diferenciación conceptual, aplicaciones conceptuales distinguibles unas de otras. Lo opuesto apuntará a una experiencia «difusa», «mezclada», «ambigua» o «ausente», que muestra dificultad para referencias claras, discriminación de gradualidades distinguibles, etcétera. En términos de polos, los cambios observados hacia la disminución de diferenciaciones se denominan cambios de demarcación sub inclusivos o restrictivos, y los cambios observados hacia el aumento de diferenciaciones, cambios de demarcación sobreinclusiva o cambios agregativos.

Por supuesto, ninguno de los dos polos del criterio gnoseológico es patognomónico. Por ejemplo, una alta demarcación se puede encontrar en variadas construcciones psicopatológicas y en articulaciones normales, del mismo modo que una demarcación «difusa» o pérdida de diferenciaciones se puede presentar tanto en distintos cuadros psicopatológicos, como en el fenómeno normal de integración entre polos conceptuales e inducción emergente de conceptos más abstractos, nuevos y ambiguos, que a su vez promueve diferenciaciones al interior del concepto. También es importante recordar que los conceptos son integrados referencialmente, por tanto el registro de cambios de demarcación en la referencia a una instancia, puede aparejar al mismo tiempo con disminuciones en la demarcación referida a otra instancia. Por ejemplo, en una experiencia delirante, un paciente hizo cambios demarcatorios de tipo agregativo al imaginar -e incluso visualizar- que su esposa lo engañaba con otros familiares. Al mismo tiempo, en cambios graduales e inmediatamente anteriores al episodio delirante, el paciente disminuyó el número de diferenciaciones referidas a corporalidad/mundo, mostrándose enlentecido, reduciendo la variabilidad de movimientos, con rutinas constrictivas, y disminuyendo activamente la capacidad de diferenciación a través del uso de drogas. En este caso en particular, el terapeuta y el paciente registran los cambios de demarcación, tanto agregativos en alteridad, como sub-inclusivos en corporalidad/mundo.

## Valoración

Algunas aplicaciones conceptuales son organizadas como «periféricas» y otras como «centrales». El grado de centralidad apunta a que determinadas aplicaciones conceptuales representan parte de un núcleo importante sobre lo que la persona «fue, es y será», sobre aquellos objetos referidos a corporalidad y mundo subjetivo que representan constructivamente anclas o hitos importantes para el sentido de identidad, y sobre construcciones referidas a los otros significativos en la medida que formen parte importante del sentido de continuidad en alteridad. La noción de centralidad-periferia alude a esa disposición de los conceptos en términos de representar un núcleo identitario, por un lado, y por otro lado de ser conceptos fácilmente intercambiables y prescindibles. Esta disposición dinámica<sup>3</sup> no guarda relación con

---

<sup>3</sup> En una formulación dinámica y compleja, como se mencionará más adelante, en los cursos de construcción amenaza-estrés, los cambios de parámetros en el campo conceptual (sus límites externos) pueden conducir a cambios significativos en la dimensión centralidad-periferia. Tales cambios de direccionalidad pueden ser expresados de muchas maneras por el terapeuta y el paciente: en términos de atracciones-repulsiones, en términos de valencias negativas-positivas, en términos de acercamiento-evitación, o en términos de evaluación positiva y negativa.

una lógica placer - displacer ni evitación del dolor, debido a que es frecuente que conceptos de alta centralidad involucren sentimientos de sufrimiento, culpa, vergüenza u otras variadas experiencias desagradables. El registro del paciente y el terapeuta supondrá observar cambios hacia el desplazamiento periférico de conceptos que antes eran centrales y viceversa. Por ejemplo, un paciente que experimentaba sentimientos de desdén hacia su pareja, luego de sufrir un accidente en motocicleta realizó cambios ostensibles y comenzó a enamorarse nuevamente, pensando en ella con mayor frecuencia, haciendo planes, expresando afecto de varias maneras, etcétera. En otro paciente, al acercarse el día viernes, se registraron cambios en donde el consumo de drogas con amigos se volvió central y los conceptos relacionados con el cuidado de las relaciones familiares se volvieron periféricos.

### Control

Este criterio alude al control asignado en las aplicaciones conceptuales. La caracterización en términos de «control» debe cuidar no desatender la triple referencialidad simultánea en las instancias de corporalidad/mundo, autoimagen y alteridad, explorando en cambio la relación integrativa entre las tres. Por ejemplo, un paciente podría enfocar la referencia a corporalidad/mundo —“cuando fui al bar pensé que controlaría el consumo, mi intención era solo beber un trago e irme a casa”—, y al mismo tiempo, en la misma escena, junto al terapeuta pueden caracterizar los cambios en la asignación de control respecto a los constructos referidos a sí mismo —por ejemplo, su percepción de autoeficacia— y a los otros significativos incluidos implícita o explícitamente en esa escena —por ejemplo, las expectativas de revelación de la recaída a los familiares cercanos, o las expectativas de reacción por parte de los otros, etcétera— (Richards & Glasersfeld, 1979). En otras palabras, la exploración debe considerar tanto la asignación de control respecto a otros, el propio cuerpo o el mundo de los objetos, como la experiencia de control experimentada respecto a sí mismo en esas aplicaciones conceptuales.

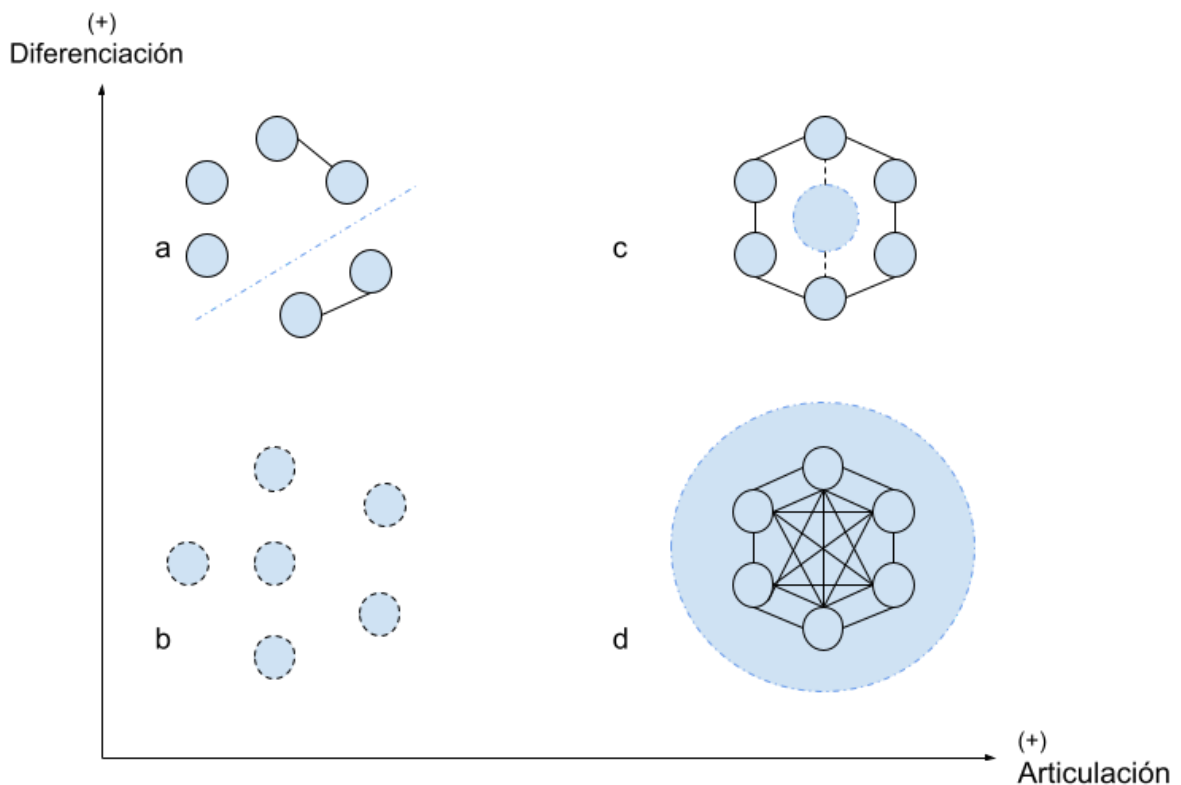
### Comprensión

Independiente si se trata de un pensamiento, sentimiento, conducta observable, etcétera, las personas hablamos de que alguien entendió o comprendió aludiendo a que esa persona realizó una aplicación conceptual *integrada de cierta manera* en su repertorio de conceptos. La incorporación de nuevos movimientos o esquemas motrices, de diferenciaciones y reconocimiento de patrones visuales, de tonalidades emotivas distintas, etcétera, lleva el rango de la definición de comprensión muy por lejos una noción cognitiva - racionalista. Caracterizar esa integración particular puede hacerse a través de distintas observaciones, registros o preguntas. Por ejemplo, ¿se relaciona esa aplicación conceptual con otras disponibles para la persona?, ¿se relaciona con conceptos más abstractos, como podrían ser temáticas de sentido personal?, ¿se sustenta en la integración de conceptos más concretos?, ¿está comprendiendo de forma que se abre a la refutación o se está cerrando a la refutación, simplemente negándose a un aumento comprensivo respecto a su experiencia?, ¿es comprensible para la propia persona la manera en que se organizan los conceptos?, ¿se experimentan de una forma sencilla o muy difícil?, ¿cuál es el grado de abstracción o concreción en que se ubica comprensivamente esa aplicación conceptual?, entre otras. Las caracterizaciones que se

pueden hacer con este criterio gnoseológico son cuatro: articulación-compartmentalización, apertura-cierre, directividad-mediatez, y abstracción-concreción.

### Articulación - compartmentalización

La caracterización «articulación-compartmentalización» puede expresarse en términos de la relación entre conceptos o grupos de conceptos. Una alta articulación de conceptos implica que se muestran relacionados —por ejemplo, covarían— con otros del mismo nivel de abstracción y se conjugan con otros conceptos más concretos y abstractos. Como hemos enfatizado, esto no se refiere a una relación cognitiva, racional, explícita o discursiva, sino que guarda relación con la forma de inserción de una aplicación conceptual en el conjunto más amplio de conceptos. Por ejemplo, si decido comer una manzana, esa decisión se podría sostener de forma articulada con conceptos más concretos —por ejemplo, el placer del sabor de la manzana, su textura, aplicaciones conceptuales que consideren la recreación de experiencias anteriores, etcétera—. Sin embargo, en el sentido opuesto, una alta compartmentalización implicaría que el comer la manzana se muestra «desconectado», como grupo de aplicaciones conceptuales, de otros conceptos. Entonces el comer la manzana sería guiado por la imagen social, por imaginarnos ser Adán o Eva, sin una intencionalidad propia reconocible o incluso sin la posibilidad de recrear la aplicación, como una «laguna mnémica» que es configurada por el relato de terceras personas, etcétera.



**Figura 01.** Formatos de diferenciación–articulación en la caracterización de conceptos: (a) compartmentalizada, (b) difusa, (c) modular y (d) global.  
Esquema adaptado de Díaz Olguín, 2022

### Apertura - clausura

La caracterización «apertura-clausura» puede expresarse como la medida en que los conceptos están abiertos a la refutación y a la posibilidad de alternativismo, de aplicaciones conceptuales alternativas. Un cierre conceptual es análogo a una *tautología* en el sentido de que es una construcción auto-verificadora y cerrada a la refutación, con «reglas de protección» específicas. Una de las vías de cierre conceptual más importantes en clínica es la de estrés/clausura, que en nuestro enfoque implica el estudio de los formatos de actividad en la construcción de una amenaza o estrés. Otros formatos de cierre conceptual, como doctrinas, enamoramientos, prejuicios, etcétera, no siempre son parte del foco terapéutico.

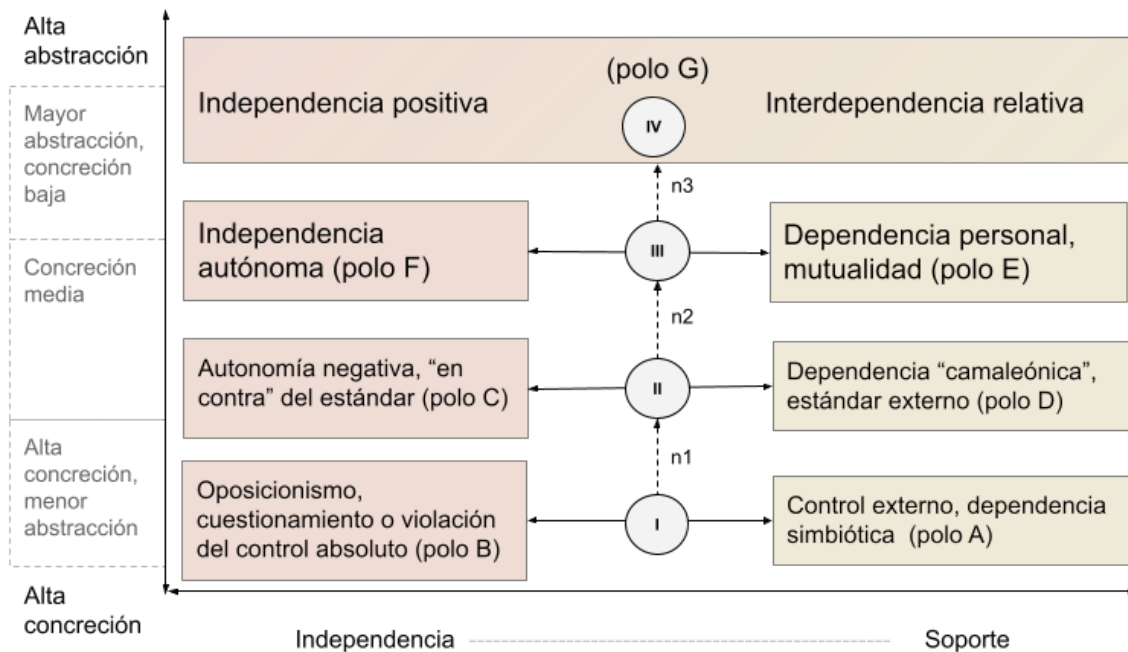
### Directividad - mediatez

La caracterización «directo-mediato» puede expresarse por la noción de *simplicidad operativa* del conjunto de conceptos, independiente de la cantidad y complejidad organizativa de los conceptos. En este sentido, una persona puede administrar una gran cantidad de conceptos distintos, con fluidez y directividad, orientándose rápidamente a objetivos precisos. En el otro extremo de la caracterización, una persona podría experimentar problemas para resolverse, la expresión se vuelve engorrosa, sus objetivos se muestran difusos o contradictorios, etcétera. La expresión mediata y poco operativa no necesariamente se restringe a porciones experienciales estrechas y específicas, sino puede englobar grupos amplios de conceptos; un ejemplo puede ser la estructuración de la experiencia adictiva, en que las dificultades de integración de polos conceptuales ha llevado a la persona a confrontar grupos amplios de conceptos contradictorios, con la dificultad inherente para dar sentido personal e interpersonal a esa experiencia.

### Abstracción - concreción

Por último, la dimensión de «abstracción-concreción» orienta la caracterización sobre cuáles conceptos son más abstractos que otros, con particular interés por definir el conjunto de conceptos más concretos presentados en el foco terapéutico. Aunque es un criterio que no refiere a parámetros externos, sino relativo al conjunto más general de conceptos aplicados por una persona en particular —al igual que los otros criterios de caracterización—, es posible esbozar que un concepto concreto probablemente implicará formas de experiencia simples y con pocas diferenciaciones, acciones inmediatas y a menudo relacionadas relacionadas con la actividad «sensomotriz». De acuerdo a esto, las anticipaciones y evaluaciones se mostrarán polarizadas y rápidas en situaciones nuevas, dependientes de guías o directrices de una autoridad, mostrando menor tolerancia a la ambigüedad (Harvey, 1965; Harvey, Reich & Wyer, 1968). Por el contrario, las aplicaciones de conceptos más abstractas podrían mostrar menor tendencia al absolutismo, menor tendencia a la consistencia cognitiva y menor arousal y cambio experiencial en la disonancia cognitiva. La habilidad para cambiar el encuadre y el foco relativo respecto a la propia experiencia, disminuir la estereotipia al enfrentar problemas complejos y desafiantes, lograr distinguir entre medios y fines, ponerse en situaciones imaginarias o hipotéticas que sean útiles para el afrontamiento de problemas, entre otras posibilidades, serían características esperables de la aplicación de conceptos más abstractos. Los psicólogos O.J. Harvey, David Ellis Hunt, y Harold Martin Schroder, propusieron en su clásico trabajo *Conceptual Systems and*

*Personality Organization*, cuatro etapas generales de concreción-abstracción, con tres transiciones entre niveles:



**Figura 02.** Etapas de abstracción conceptual propuestas por Harvey, Hunt y Schroder. Esquema adaptado por Díaz Olguín, 2022

**Etapa I.** En esta etapa, de alta concreción, las aplicaciones conceptuales son experimentadas con un control externo máximo, se depende de los otros en términos absolutos. La experiencia es de correspondencia con el control externo, no hay mayores diferenciaciones entre la regla y las metas. El comportamiento es inmediato, con una sumisión externa. La persona está orientada a establecer estructuras y evitar la ambigüedad. Las aplicaciones conceptuales referidas hacia la autoimagen, mundo/corporalidad y alteridad, son de baja articulación y se experimenta una alta sensibilidad con sus límites demarcatorios. Como todas las aplicaciones conceptuales o diferenciaciones son acciones de conocimiento polares, en esta etapa de abstracción se pueden caracterizar dos polos en términos de autonomía: en un polo tenemos un control externo absoluto, una dependencia unilateral respecto a la fuente de regulación interpersonal; en el otro polo las mismas diferenciaciones implican una oposición absoluta al control externo, el logro de la percepción de autonomía concreta a través de la oposición al control externo y —a través de ese proceso— un aumento del control interno.

**Etapa II.** La persona puede aplicar conceptos más abstractos, con mayor libertad de la dependencia simbiótica e inmediata, logra diferenciar entre control externo e interno, y puede manipular el criterio aplicado a su propio comportamiento a través de generar



diferentes sistemas de ordenamientos de conceptos más allá del marco de control externo directo. Las nuevas aplicaciones están orientadas tanto a cuestionar el control genérico —libertad «en contra de las reglas»—, como a mostrar una orientación de correspondencia «camaleónica» con esas regulaciones, construyendo un sentido de seguridad por coincidir o no con esas expectativas o estándares de grupos, instituciones, ideales, principios, etcétera.

**Etapa III.** Solo aquellas condiciones que simultáneamente generan diferenciaciones basadas en la oposición a las regulaciones externas y a la dependencia de las expectativas, conducen a la emergencia de conceptos más abstractos. En esta etapa III, la reorganización de las aplicaciones conceptuales puede aumentar la sensibilización a la causalidad interna y se logran considerar las intenciones de los otros con mayor relativización, por lo que la referencialidad no adquiere un tono tan subjetivo como en etapas más concretas. También se logra visualizar que cada quien tiene un punto de vista subjetivo y personal, y no se somete ni se resiste a ellos. Es posible, gradualmente, la aparición de relaciones mutuas. Los propios motivos y estándares absolutos disminuyen, ocurre menos preocupación por la ambigüedad. Dada la mayor abstracción, la persona puede comenzar a actuar «como si», aprendiendo de la relación con el medio ambiente e interpersonal para diferenciarse de las figuras de regulación temprana. En esta etapa, una detención —cierre en alguno de los polos conceptuales— podría implicar intensos sentimientos de soledad, abandono, culpa.

**Etapa IV.** Para que una persona experimente la autonomía como algo positivo y no en conflicto con la mutualidad, debe experimentar *ambos polos de la tercera etapa como positivos*, lo que lleva a la aparición de un sistema conceptual de cuarta etapa que involucra interdependencia de los estándares informativos. Esta interdependencia de las evaluaciones representa el nivel más abstracto de organización conceptual: la persona es capaz de diferenciaciones completas entre la referencia y el campo más amplio de posibilidades conceptuales, pero logra reordenar y sintetizar las aplicaciones conceptuales de forma que percibe interdependencia con ese campo. La mutualidad y la autonomía están integradas y no separadas, en una relación interdependiente positiva, informativa y abstracta. En esta etapa hay mayor resistencia al estrés, en la medida que las clausuras son menos probables. Hay mayor autoconciencia y mayor locus de control interno. Las fallas, pérdida de control, rechazo o aislamiento pueden ser utilizados como recursos y no representan formas rígidas de afrontar el estrés. A diferencia de los formatos más concretos anteriores, en los que la clausura/ estrés implicaba usar la misma solución fija incluso en diferentes situaciones cambiantes —estrategias de evitación, absolutismo, aplicaciones sobre compensadoras extremas, decisiones rápidas y categóricas o inamovilidad—, en esta etapa los formatos abstractos permiten explorar varias soluciones y relaciones de consecuencias informativas que son herramientas dependientes de las condiciones cambiantes. Emerge una visión o actitud firme que no se distorsiona por la baja diferenciación con la situación nueva.

## b. Clausura-estrés y fases

Una segunda forma de caracterización del problema terapéutico en la formulación de caso constructivista narrativo considera el estudio de la construcción de amenaza y la respuesta de clausura-estrés.

La noción de estrés denomina a una respuesta común —no específica— frente a una demanda. Hans Selye enfatizó esta definición, en la que la respuesta de estrés tiene un “significado diferente para diferentes personas en diferentes condiciones”, no obstante se pueden identificar las generalidades de la respuesta. En su libro *Stress in Health and Disease* (1976), Selye revisa algunas definiciones, entre las que se encuentra la utilizada por las ciencias del comportamiento: una respuesta a la percepción de amenaza, con la consiguiente ansiedad, incomodidad, tensión emocional y dificultad en el ajuste. Como menciona Richard Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) esta percepción de amenaza es comprensible en términos de interpretación individual, del significado psicológico que la persona asigne a una experiencia particular.

El énfasis en la importancia del significado subjetivo respecto a la «situación estresante» corresponde a una tradición extensa de autores en psicología<sup>4</sup>. La investigación actual sobre el estrés ya no está dirigida dicotómicamente a los estresores ambientales y a las disposiciones personales, sino que es considerado como un fenómeno complejo que ocurre y se desarrolla en el proceso interactivo persona-ambiente.

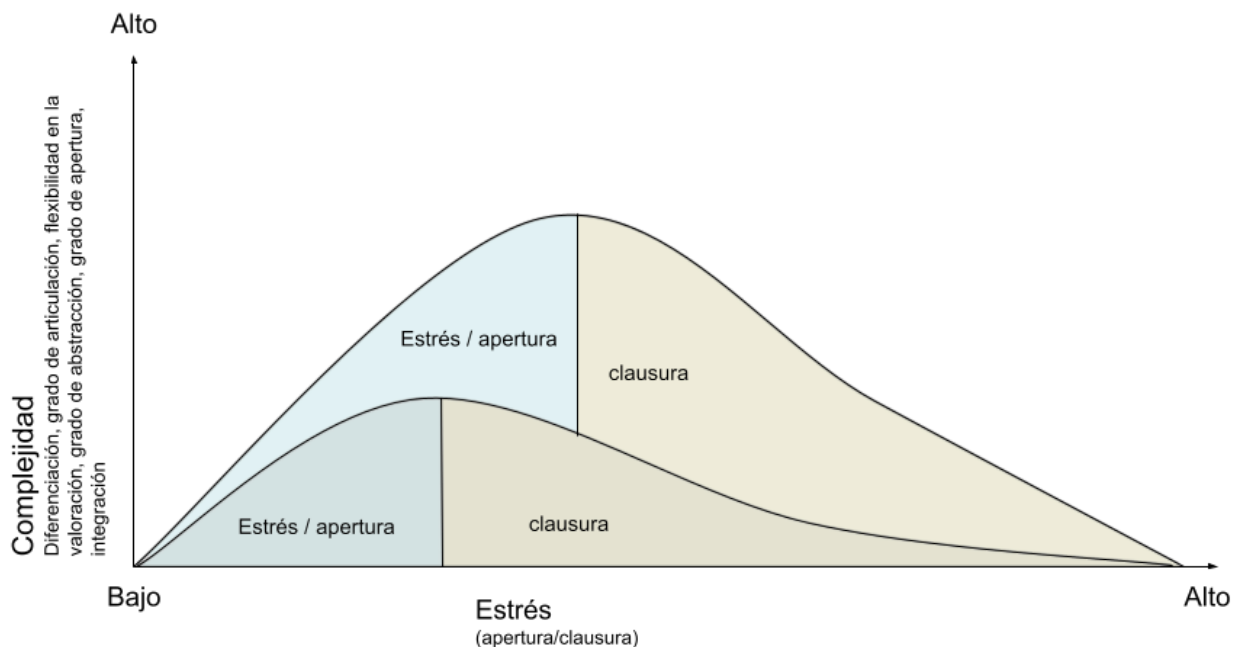


Figura 03. Diferencias esperadas en la apertura y clausura por estrés, dependiendo del nivel de complejidad conceptual

<sup>4</sup> Para algunos artículos y libros clásicos, ver Bowers, 1973; Endler & Magnusson, 1976; Rotter, 1975; Pervin & Lewis, 1978; Lazarus & Folkman, 1984; Harvey, Hunt, & Schroder, 1961; Schroder, Driver & Streufert, 1967; Laughlin, 2017

De forma similar a lo planteado en la hipótesis de Yerkes–Dodson, es posible plantear una hipotética relación entre la complejidad de las aplicaciones conceptuales y la forma de experimentar el estrés. En el esquema de arriba la complejidad conceptual es entendida en términos del grado de diferenciación y articulación conceptual, flexibilidad en los cambios de valoración, el grado de abstracción y el grado de apertura de los conceptos. En el mismo esquema, se grafica el formato aperturado de estrés<sup>5</sup>. Como todo organismo, la tendencia a conservar energía cuando no se es suficientemente desafiado permite considerar un nivel de estrés o desafío positivo, en el sentido que si la experiencia construida es relativamente simple o de muy baja complejidad, las personas pueden operar en un nivel menor que lo óptimo. De construir una experiencia desafiante, entonces la persona puede adquirir un formato de estrés con apertura, lo que impele nuevas aplicaciones conceptuales. No obstante, de mantenerse la experiencia desafiante y de ocurrir ciertas condiciones particulares como un alto nivel de centralidad de lo amenazado, dificultades de integración, alto nivel de concreción, etcétera, el estrés experimentado adquiere un formato de sufrimiento, cansancio, hastío y dolor. Dos aspectos de esta hipótesis son muy relevantes:

- Se espera que a mayor complejidad en las aplicaciones conceptuales, pueda observarse cierta tendencia a administrar mejor formas más complejas de experiencia desafiante. En otras palabras, a mayor complejidad mejor sería la tolerancia de la persona al momento de cursar una experiencia de estrés.
- En segundo lugar, de aumentar el estrés, se espera un detrimento importante, independiente del nivel de complejidad inicial, en las operaciones del sistema conceptual.

Ambos aspectos son importantes de considerar en la clínica. Por un lado, la promoción de alternativismo conceptual, esto es, la capacidad de aumentar gradualmente la abstracción en la entrada en fases<sup>6</sup>, parece ser central en la intervención. Y por otro lado, resalta el cuidado y atención que requieren los procesos de merma de operaciones cuando la experiencia de estrés es muy alta. Como veremos más adelante, en nuestro enfoque, este detrimento en las operaciones es denominado «integración simplificada» (Díaz Olguín, 2022).

### **La construcción de amenaza y el comportamiento de estrés**

En la comprensión del comportamiento de estrés es central estudiar las interpretaciones, creencias, expectativas, la historia de aprendizajes y otros elementos de la vivencia personal. Por ejemplo, Richard Lazarus (1984) sugería que las percepciones al inicio de la experiencia de estrés pueden ser ordenadas en términos de su valoración personal o subjetiva: percepciones irrelevantes, positivas, desafiantes, amenazantes y nocivas. Cuidando de no considerar estas categorías como aisladas las unas de las otras, y dejando de lado las percepciones irrelevantes y las positivas, los conceptos *desafiantes* implicarán intentos de aumentar el potencial de

---

<sup>5</sup> Como sugerimos en la página 7, la noción de "apertura" implica abrirse a la refutación, alternativismo constructivo, búsqueda de conceptos alternativos, creatividad, exploración, etcétera. Lo contrario define la noción de "clausura".

<sup>6</sup> Ver página 18

dominio y control, crecimiento personal o ganancia. Las otras formas de construcción —conceptos *amenazantes* y *nocivos*— implican algún tipo de anticipación de un peligro que pone en riesgo algo importante para la persona, o un riesgo o daño propiamente tal.

Desde nuestro enfoque constructivista, la construcción de la experiencia amenazante está especificada por los ordenamientos narrativos del individuo —la forma de la integración de las referencias a corporalidad/mundo, autoimagen y alteridad—. Un sentido identitario supone por definición aquello que puede atentar contra el sentido de coherencia que sostiene esa identidad. En otras palabras, al especificarse las reglas de «lo que se es», se especifican las formas y pautas que permiten el «dejar de ser». El lector podrá caracterizar entonces la naturaleza de la amenaza a través del grado de diferenciaciones, los cambios valorativos, las asignaciones de control y por la forma en que la experiencia es comprendida —apreciaciones cualitativas/descriptivas respecto a la articulación de los conceptos, su apertura, grado de directividad y nivel de abstracción—.

Por ejemplo, para un hombre con creencias homofóbicas puede resultar amenazante una posible orientación homosexual de su hijo en la medida que presente pocas diferenciaciones referidas al ámbito en cuestión, sea un ordenamiento de alta centralidad, experimente poco control asignado y en términos de comprensión no logre articular la orientación de su hijo con otros aspectos de la experiencia padre-hijo, sea parte de creencias con poca apertura y con tendencia a la evitación de la refutación, se expresen de forma poco clara e interfiriendo con la expresión de otros conceptos, o que represente un conjunto de conceptos de alta concreción o dispuestos de tal manera que favorezcan la clausura.

La experiencia de estrés puede relacionarse con la clausura a través de tres formas generales, no excluyentes: histéresis, carencia de diferenciaciones conceptuales y alta estructuración de las aplicaciones conceptuales. La primera alude a la «fatiga de material» o el conjunto acumulado de cambios epigenéticos, alteraciones del sueño o detrimentos fisiológicos, cambios negativos en los otros, pérdidas económicas, etcétera, que equivalen a un detrimento y una percepción gradual de mayor dificultad. La segunda forma alude a la ausencia de experticia o conceptos necesarios para la integración, debido a que la persona es muy joven, se ha evitado un aspecto importante de la refutación conceptual en el curso experiencial o la experiencia construida es muy novedosa. La tercera forma a que la construcción de amenaza y la tendencia a la clausura se relacionan por el alto grado de coherencia en las aplicaciones conceptuales disponibles, dificultando la integración debido a la *inadmisibilidad* de la experiencia amenazante, en términos de los grandes costos de reorganización conceptual que conlleva su integración. A través de estas tres vías la persona puede aumentar la tendencia a la clausura, que se define como la aplicación repetitiva de las mismas aplicaciones conceptuales, proceso en el que se pueden distinguir (Díaz Olguín, 2022):

Cierre a la refutación y búsqueda de confirmación de la amenaza.

En el comportamiento de estrés los organismos despliegan gradualmente una menor apertura respecto a posibles aplicaciones conceptuales alternativas, al mismo tiempo que se aplican conceptos confirmatorios

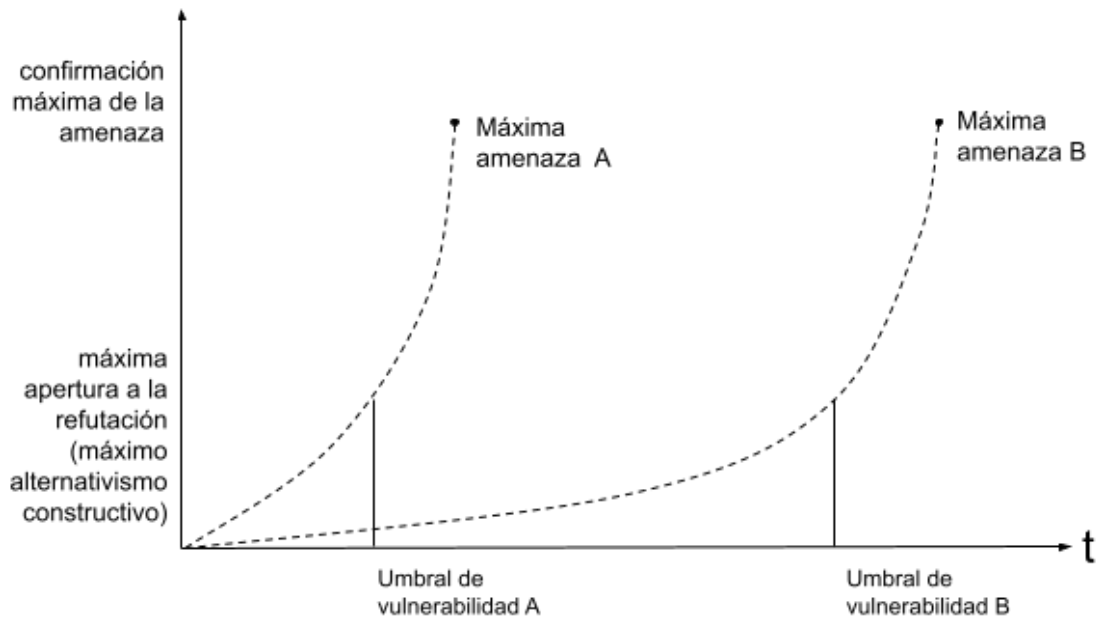


Figura 04. Umbrales de vulnerabilidad y confirmación de la amenaza

Como la amenaza representa un proceso de construcción de significado, su máxima refutación no alude al afrontamiento evitativo, negación o defensa respecto a un contenido amenazante *a priori*, preexistente y que posee un «significado inherente» como en otros enfoques comprensivos —por ejemplo el *Verleugnung* y *Verneinung* de la tradición freudiana—, sino guarda relación con la aplicación de conceptos alternativos respecto a la posibilidad de amenaza. Del mismo modo, la confirmación de la amenaza es un proceso constructivo y tampoco guarda relación con algún «significado inherente» en la experiencia referida como amenazante, sino con un proceso gradual de construcción de certeza y cierre a la posibilidad de alternativismo constructivo<sup>7</sup>. El tiempo requerido para cruzar desde aplicaciones conceptuales abiertas y refutables a una orientación de confirmación de la amenaza y cierre conceptual, puede ser considerado un indicador, entre otros, del umbral de vulnerabilidad al estrés respecto a la amenaza específica que se está construyendo.

<sup>7</sup> En este punto se puede recordar que las aplicaciones conceptuales en ningún caso se remiten a acciones solamente cognitivas (pensamiento), sino incluyen la integración de la actividad perceptiva en tanto diferenciación. En otras palabras, ejemplos de esta búsqueda de confirmación de la amenaza incluyen tanto la ansiedad imaginaria anticipatoria respecto a un supuesto despido laboral, con todos los cambios corporales, de contexto e interpersonales que involucra, como el aproximarse físicamente a una fuente de ruido extraña, de nuevo incluyendo los pensamientos, sentimientos y conductas asociadas.

### Clausura y reiteración.

La ventaja de un proceso de clausura es que se aseguran las reglas de viabilidad narrativa que hasta el momento se han sostenido. En apariencia la ejecución de aplicaciones conceptuales podría ser diversa, pero una evaluación cuidadosa puede descubrir que a medida que el estrés aumenta, el tipo, sentido y nivel de las aplicaciones conceptuales tiende a aumentar en similitud: la persona aplica reiteradamente los mismos conceptos o el mismo tipo de conceptos, esperando en vano resultados diferentes. Es importante notar que cada reiteración no ocurre desde el mismo punto experiencial, debido a que cada concepto aplicado modifica la aplicación siguiente. Esto puede tomar la vía favorable de orientar los recursos y energía hacia lo que representa una posible salida del proceso de clausura, persistiendo en las acciones o definiendo la línea base para hacer leves cambios, o bien puede “empeorar la situación” a través de generar un detrimento gradual en el comportamiento —si comparamos el comportamiento actual con el anterior—. Las vías de detrimento pueden incluir acciones como el uso de sustancias, alteraciones del sueño, aislamiento interpersonal, etcétera., acciones que muchas veces fueron afrontamientos útiles para la persona.

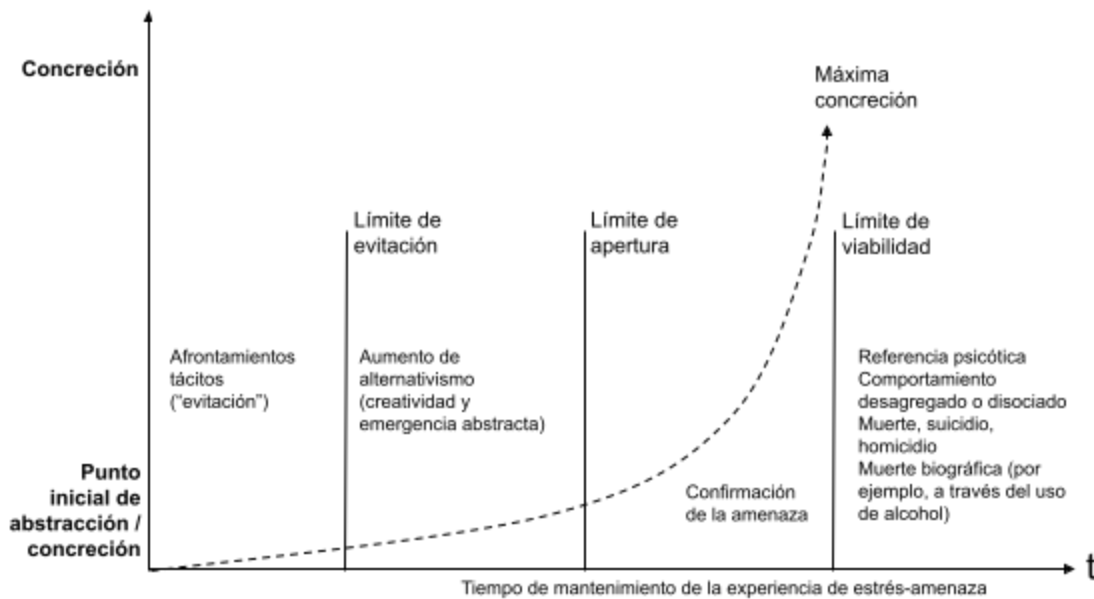
### Aumento de concreción.

En los organismos vivos simples y complejos, el estrés es un comportamiento innato, estereotipado y adaptativo que ha evolucionado al servicio de la restauración del punto de ajuste homeostático no estresado (Chu, Marwaha, Sanvictores et al., 2022). Ante una amenaza sostenida, este comportamiento rápido y estereotipado implica, en términos individuales o transgeneracionales-epigenéticos, cambios en la manera de dispersar la energía (Bienertová-Vašků, Zlámal, Nečasník, Konečný & Vasku, 2016). En otras palabras, el comportamiento de estrés puede entenderse como un aumento de entropía con respecto al patrón de dispersión de energía anterior. Desde este punto de vista, si las diferenciaciones más abstractas se consideran formas incrementadas de reducción de entropía y disipación energética<sup>8</sup>, la respuesta de estrés orienta evolutivamente a aplicaciones conceptuales cada vez más directas, concretas, de alta dispersión energética, con el propósito de mantener la viabilidad<sup>9</sup>. Es de esperar entonces que en la construcción de amenaza la respuesta de estrés-clausura involucre gradualmente aplicaciones conceptuales de mayor concreción. El límite máximo a este curso de procesos, primordialmente tácitos, puede ser definido en términos de viabilidad: muerte biográfica, muerte física o desagregación conceptual —desintegración, disociación y referencia psicótica—.

---

<sup>8</sup> A través de cambios estructurales, no una simple acumulación - liberación de energía. Revisar la noción de “entropía negativa” de Erwin Schrödinger o “neguentropía” (Schrödinger, 1944).

<sup>9</sup> Premisa que también sería válida para adecuaciones alostáticas.

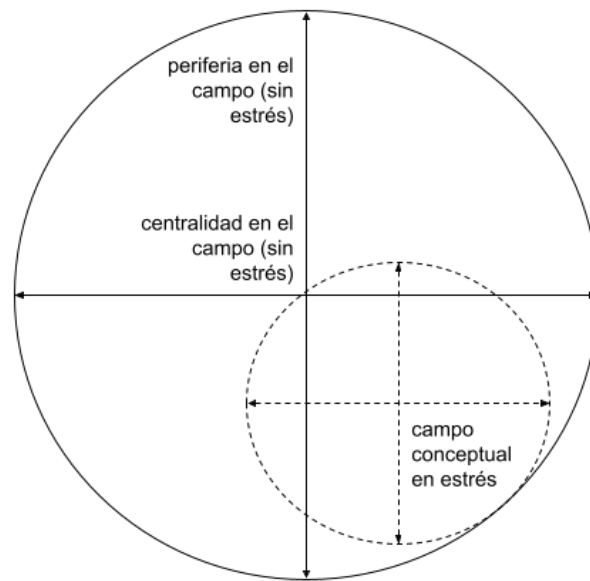


**Figura 05.** Estructuración de la evitación, apertura y límites de viabilidad, respecto a cambios en la abstracción-concreción, durante el curso de la experiencia de estrés

#### Cambios de valoración.

Se podría establecer que los procesos de construcción de amenaza y el curso de estrés están en directa correspondencia con aquellos conceptos o grupos de conceptos centrales para el sujeto, pero esa no es una aseveración precisa<sup>10</sup>. En un curso de construcción de estrés, y dado que el comportamiento de los organismos es dinámico, lo esperable es que sean los parámetros que definen el campo en términos de centralidad-periferia los que cambien en primera instancia. Sobre esta redefinición del campo de parámetros, los nuevos cambios valorativos deben ser estudiados. Esta noción es fundamental en psicoterapia, sustentando por un lado las acciones eficaces —por ejemplo, el enfoque “inter-sesión” en la clínica de adicciones— y por otro lado explicando en gran parte algunas dificultades de “acceso” que tienen los terapeutas y pacientes en sesión, fuera de un curso experiencial de estrés. Además, la falta de claridad de la relación entre un curso de estrés y cambios de valoración, podría fundamentar estigmas, culpas y juicios adversos desde los propios pacientes y profesionales tratantes. Nuestro enfoque sugiere que los cambios valorativos en estrés permiten definir grupos de aplicaciones conceptuales centrales en su máxima concreción, que probablemente —a pesar de su importancia— no logran una expresión articulada de mayor abstracción fuera del curso de estrés. Desde esta perspectiva, las formas psicopatológicas “encierran” posibilidades de desarrollo personal amplias y favorables para la persona, si es que llega a ser posible su despliegue más abstracto.

<sup>10</sup> Parte de esa confusión puede ocurrir al igualar los procesos de dolor con los de estrés, que si bien se pueden solapar, son distintos. Además, la confusión solo es posible en un sistema estático, no dinámico.



**Figura 06.** Cambios de valencia con respecto a cambios de campo más generales durante la experiencia de estrés

#### Sensibilización.

Durante el curso de construcción de amenaza y estrés, la persona probablemente aumentará la sensibilidad respecto a los conceptos clausurados. De esta manera, diferenciaciones pequeñas pueden ser referidas en la construcción de relevantes discrepancias. Este cambio convoca múltiples procesos, en la respuesta física-corporal, cambios atencionales y en la rumiación cognitiva, entre otros. Puede ser relevante, no solo desde un punto de vista estrictamente epistemológico sino además metodológico, considerar el aumento de sensibilización atendiendo a los cambios estructurales discretos de la experiencia, y no a los cambios supuestamente objetivos desde el punto de vista del paciente, que desde esa perspectiva podría incluir cambios continuos de intensidad —por ejemplo, “ya no soporto el ruido de las voces de mis familiares”—.

#### Generalización.

Otro cambio gnoseológico esperado en el curso de la experiencia de estrés es la aplicación de conceptos fuera del rango usual, comprometiendo otras aplicaciones —por ejemplo, un fracaso laboral puede aumentar la sensibilización a la construcción de fracaso en otras áreas de desenvolvimiento, como la sexual o romántica—. El primer efecto de la generalización es el aumento gradual del cierre en otras áreas. Cuanto más centrales son los conceptos amenazados, mayor es la generalización hacia áreas previamente periféricas. En este proceso, las aplicaciones más abstractas en otras áreas también pueden disminuir, al tiempo que menos aplicaciones en otras áreas del espacio vital son utilizadas. El segundo efecto guarda relación con la reorganización de estos clúster generalizados, que a menudo se realiza a través de aplicaciones



conceptuales difusas, poco diferenciadas, con asignaciones de control poco favorables en caso de que la experiencia de estrés se sostenga por mucho tiempo. Por ejemplo, el sentimiento de “que algo malo me va a pasar, todo me está saliendo mal”, puede mostrar ambos efectos y, de sostenerse durante demasiado tiempo, implicar comportamientos poco favorables. Desde este enfoque, no obstante no deberían ser considerados de forma aislada o como “factores causales” de una alteración del comportamiento, los procesos de generalización como la desesperanza, por ejemplo, deben ser considerados como parte de un curso de estrés.

#### Compensación.

Los cambios anteriores —cierre a la refutación, búsqueda de confirmación, reiteración, aumento de concreción, y los cambios de valoración, sensibilización y generalización— pueden emparejarse con una mayor probabilidad de realizar aplicaciones conceptuales compensatorias más extremas, inusuales para el estilo de comportamiento anterior al curso de estrés. Estas compensaciones son concretas, intentando compensar la experiencia por oposición directa en un mismo tipo de aplicaciones conceptuales. Por ejemplo, una persona que aumente la ingesta de alimentos dulces y calóricos luego de un día particularmente exigente en el trabajo, un académico que se experimenta con poco reconocimiento de pares y que sueña con escribir el “mejor libro del mundo”, un joven que experimenta como amenazante su deseo sexual y que intenta ser “puro de pensamiento y acción” luego de masturbarse, etcétera. En cursos de estrés acotados temporalmente, la compensación puede ser una estrategia muy útil, permitiendo efectivamente compensar desde el punto de vista subjetivo los cambios que ocurrieron durante el curso de estrés. No obstante, en algunos casos puede resultar contraproducente, en tanto comportamientos eufóricos o maníacos, uso de drogas, alteraciones del sueño, etcétera.

#### Alostasis.

Dada cierta complejidad, es esperable que el curso de estrés muestre *histéresis* y *anidamiento* o —para un término equivalente en el área de estudio del estrés— *carga alostática*<sup>11</sup>. Este concepto de carga alude a la cantidad y calidad de las adecuaciones en las aplicaciones conceptuales realizadas. Aunque los cambios en el curso de estrés pueden tomar varios sentidos, como el aumento de la propensión a la aplicación de ciertos conceptos y el consecuente cierre a través de cambios en la articulación<sup>12</sup>, o el aumento elevado de congruencia al interior de ese grupo de conceptos, la pérdida gradual de diferenciaciones debido a la clausura podría asociarse a un detrimento del funcionamiento global si es que el curso de estrés se mantiene. Hemos establecido que

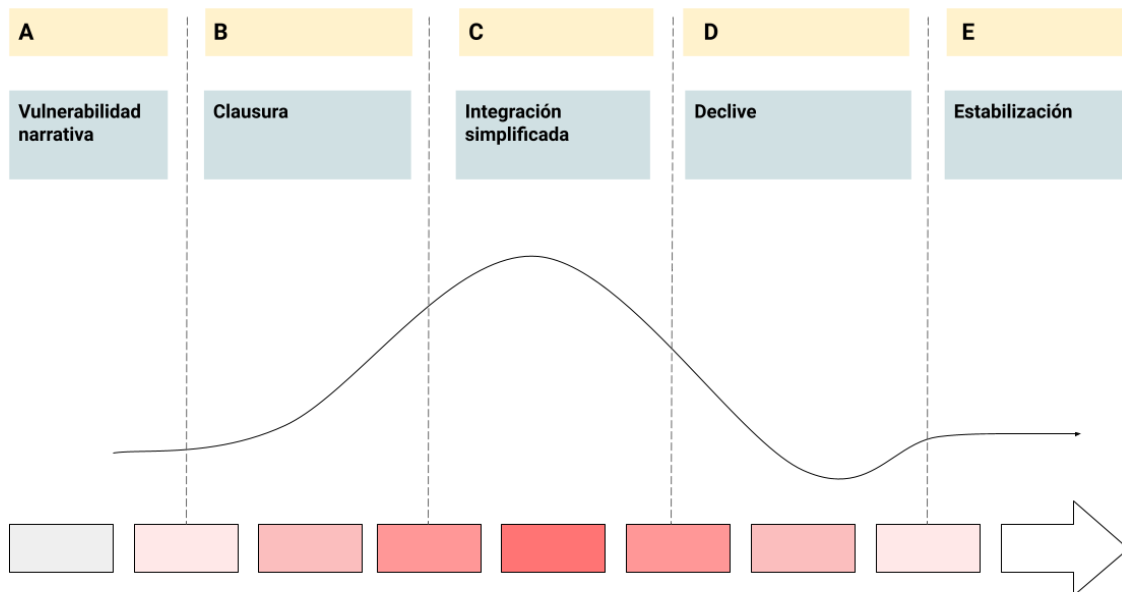
<sup>11</sup> Sterling y Eyer, 1988, acuñaron *alostasis* como el cambio que apunta a la variabilidad flexible para anticipar los requerimientos con mayor rapidez (Sterling, 1988, 2020). *Carga alostática*, acuñado por McEwen y Stellar, 1993, refiere al “desgaste” y otros cambios en el cuerpo y el entorno que se acumulan a partir del estrés repetido, con efectos a largo plazo (McEwen y Stellar, 1993; Sterling, 2020).

<sup>12</sup> Una discusión respecto a la *naturaleza* de la articulación, que no debe ser considerada una forma de asociacionismo, excede los límites de este trabajo. No obstante el lector podrá revisar la noción de Piaget de *unfolding* o despliegue, que en nuestros términos alude al proceso de diferenciar conceptos a través de la aplicación de diferenciaciones conceptuales previas, de una manera organizada.

una aplicación conceptual no solo alude a un pensamiento, sino a la actividad global de conocimiento, por lo que es esperable modificaciones alostáticas tanto psicológicas, como biológicas, contextuales e interpersonales. Desde nuestra perspectiva constructivista, estas disminuciones en la diferenciación conceptual —o reducción del «alternativismo constructivo»— referida a la construcción de corporalidad, mundo, autoimagen y alteridad, deben ser consideradas con acuciosidad en la formulación terapéutica. Por ejemplo, la persona puede —a través de cambios epigenéticos— mostrar gradualmente formas distintas en su construcción de corporalidad/mundo, o a través de frecuentes rumiaciones puede facilitar la construcción de una imagen de sí mismo negativizada, o puede promover cambios en la construcción de su alteridad con las probables alteraciones en el comportamiento de los otros cercanos, entre otras tantas posibilidades. Uno de los desafíos de una clínica de alta complejidad es considerar los fenómenos de adecuación en todos estos ámbitos, como una “carga de estrés” susceptible al cambio y a la intervención clínica.

### Estrés y comportamiento fásico

La construcción de clausura y amenaza usualmente adquiere una forma de cambio en un grupo significativo de procesos gnoseológicos, denominado en este enfoque *cambio de fase*. Es una caracterización común, no restrictiva, en las formulaciones de caso en clínica de alta complejidad —por ejemplo, adicciones, experiencia suicida, etcétera—, en la que el problema terapéutico que llega a tratarse generalmente no se presenta de forma lineal y progresiva, ya que implicaría la aniquilación —biográfica o biológica— de la persona en poco tiempo.



**Figura 07.** Caracterización de momentos distintivos en el cambio tónico - fásico

La noción «tónico-fásico» apunta al cambio ostensible, comprendido en un curso de estrés, en la organización de las aplicaciones conceptuales involucradas en el problema terapéutico<sup>13</sup> (Díaz Olguín, 2022). Esta caracterización puede realizarse luego de que el paciente y el terapeuta realizan observaciones en conjunto, respecto al foco de trabajo psicoterapéutico, en períodos discretos de tiempo.

El aspecto tónico considera la organización del comportamiento previo a la fase —el *momento A* en el esquema de arriba—, y en esa relación es un comportamiento más estable, generalmente fuera del foco terapéutico, al menos en los momentos iniciales del trabajo. Respecto al comportamiento tónico resulta importante registrar quién es la persona fuera del foco terapéutico, cuáles son sus intereses, aficiones, etcétera, aspectos dispuestos históricamente, con probables despliegues temáticos e identitarios. En contraste, la caracterización fásica considera períodos acotados de tiempo, es una descripción de los cambios involucrados en la construcción de estrés-amenaza más agudo. En el esquema de arriba se pueden distinguir además un *momento B* —de clausura progresiva, un *momento C* —de contacto o integración simplificada— y los *momentos D y E* —de declive, estabilización y gradual apertura—, discriminación que favorece un registro procesual de las experiencias tratadas, aumentando la capacidad de predicción por parte del paciente y promoviendo la aplicación de conceptos con mayor asignación de control, entre otras ventajas metodológicas.

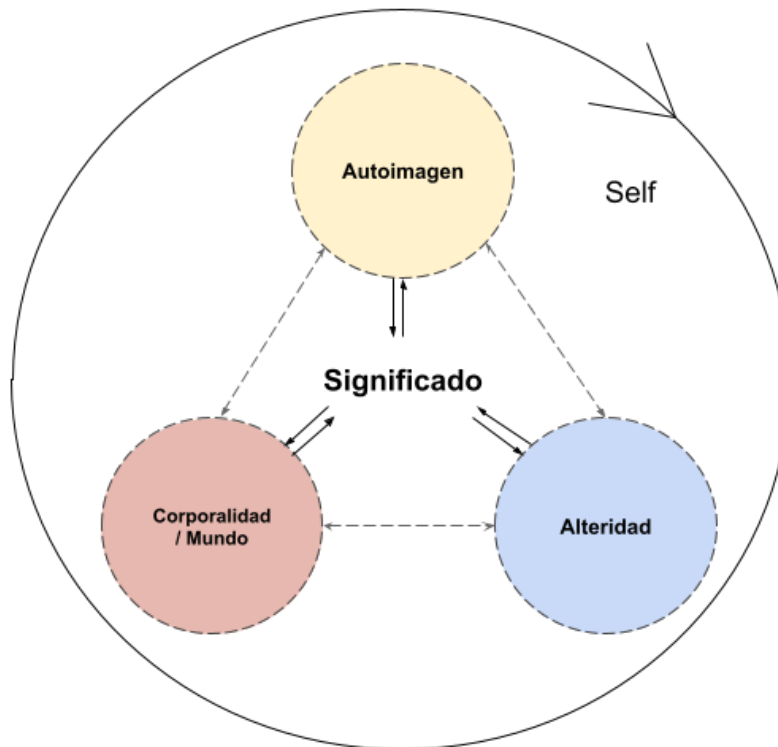
Dependiendo del momento de la fase en que se encuentre el paciente, éste puede adoptar puntos de vista subjetivos muy distintos respecto a su propia experiencia, con las mayores dificultades de reintegración narrativa en los momentos D y E —experimentados como incongruencia dolorosa, culpa, vacío, etcétera—. Esto sugiere que el equipo terapeuta-paciente deberá centrar la investigación de los momentos B de cada fase, dado que presenta mejores posibilidades de registro, mayor posibilidad de atender a comportamientos que favorezcan la integridad del paciente, mejor posibilidad de recuerdo debido a que la diferencia experiencial relativa no ha sido demasiada, un posible aumento de controlabilidad como resultado de la atención en precipitadores en la construcción de clausura, etcétera. Por supuesto, la discrepancia de autoconcepto en las fases D y E, y el posible aumento del riesgo suicida, siempre debe ser atendida, aunque la percepción de estrés, tanto por el paciente como por su entorno, sea menor.

### c. Detenciones narrativas en la integración entre instancias referenciales

Desde una perspectiva gnoseológica, se definen y acuerdan criterios para caracterizar el problema psicológico a estudiar junto con el paciente —criterios de demarcación, valencia, control y comprensión—. Entonces, es posible realizar un **análisis ontológico** sobre el problema psicoterapéutico; este análisis ontológico —sobre las "cosas" u "objetos" y sus relaciones de significado— se realiza en una perspectiva narrativa. En este enfoque el término *narrativo* alude a los ordenamientos referenciales en la aplicación de conceptos, tanto en sus formas tácitas como explícitas o conscientes, y no a la noción de narrativa como discurso explícito, speech o relato. Esta noción se sostiene en la tesis de que el significado puede ser

<sup>13</sup> Es una noción similar a la más genérica planteada por Beck (1996) con su teoría de los modos, aunque con ostensibles diferencias..

mejor estudiado a través de la manera en que la persona lo integra simultáneamente —desde un punto de vista identitario, auto-referencialmente— a través de arreglos entre tres instancias o clases referenciales: alteridad, autoimagen y corporalidad/mundo.



**Figura 08.** Instancias de referencia en el estudio de la integración narrativa (Díaz Olguín, 2022)

Esta formulación difiere de otros enfoques constructivistas principalmente en dos puntos. El primero consiste en el énfasis de la determinación ontológica bidireccional en la construcción de significado. La noción de «concepto» es transaccional, en el sentido de ser definido como una diferenciación en la relación sujeto–objeto, por lo tanto la referencia ontológica no solo define la demarcación de objetos, sino al mismo tiempo la experiencia de sujeto. El segundo aspecto consiste en que no es un modelo que proponga una visión del significado como sistema interpretativo de un acontecer independiente de las aplicaciones conceptuales realizadas por la persona. En este enfoque, de corte constructivista radical, la discrepancia no es una característica inherente del entorno, de la interacción o del ambiente, respecto a la cual el individuo deba orientar esfuerzos de asimilación para mantener el sentido identitario, sino está determinada por el tipo específico de anticipaciones —aplicaciones conceptuales— ejecutadas.

## Instancias de referencia

La definición de las tres categorías de referencia se basa principalmente en la restricción que supone la atribución de *intencionalidad* en la construcción de significado, lo que convierte cada categoría de referencia ontológica en irreductible respecto a la otra. De esta manera, las referencias en la construcción de autoimagen no incluyen la configuración de una intencionalidad distinta a la propia, como sí las referencias a la instancia de alteridad; por otro lado, la ausencia de intencionalidad caracterizará las instancias de corporalidad/mundo. Las combinaciones particulares entre estas instancias y la noción de «referencia cruzada» (Díaz Olguín, 2016) pueden ser heurísticos útiles en la comprensión psicopatológica. A continuación una breve descripción de cada instancia:

### Alteridad.

La instancia de referencia de *alteridad* se construye y reconstruye constantemente en la estabilización de las referencias respecto a los seres humanos u otros entes involucrados en la nutrición, protección, expresiones de amor y valoración, generación de placer y conductas de reproducción. Esta instancia considera las distinciones o acciones experienciales que son referidas hacia un otro subjetivo al cual se le atribuyen estados mentales, personalidad e intenciones distintas a las propias. Por supuesto, dado el desarrollo evolutivo del sujeto y la cultura en que se desarrolla, la multiplicidad de referentes de alteridad excede por mucho a un otro como individuo, refiriéndose como alteridad personas, entidades espirituales, objetos físicos a los que se les atribuye intencionalidad, grupos de personas que son construidos con una sola intencionalidad, entre tantas otras posibilidades. Algunos aspectos biológicos y evolutivos de los humanos —alta altricialidad, protección y sustento grupal, reproducción sexual, etcétera— podrían explicar la centralidad de esta instancia. En nuestro enfoque, es la primera instancia que se considera en las actividades de deconstrucción.

### Corporalidad/mundo.

Desde nuestra perspectiva narrativa, la persona está situada no solo como un objeto que deambula y actúa en un mundo de otros objetos, sino que construye en su actividad lo que percibe como mundo, experimentando un espacio y tiempo emergentes respecto a sus propias operaciones de conocimiento. La referencia de corporalidad, al igual que las otras instancias, puede considerar discrepancias determinadas por el tipo de anticipaciones conceptuales realizadas, que adolecen de significado inherente. En su integración con otras instancias en las que el significado ocurre. Por ejemplo, el significado construido por una inyección de cafeína en un experimento ciego puede variar desde una crisis de pánico, “ver” irritabilidad y experimentar rabia respecto a un sujeto cercano, o construir deseo sexual y atracción interpersonal hacia una persona que es parte del experimento, entre otras posibilidades de significado, dependiendo de las variaciones del dispositivo experimental. En todos los casos, el mundo como tal, en su significado desplegado, ocurre en el proceso del compromiso interactivo con él, con específicas anticipaciones e implicaciones de los conceptos aplicados.

### Autoimagen.

La instancia o categoría denominada autoimagen agrupa las referencias que configuran «lo que yo soy», la organización fenomenológica de la experiencia referida a la imagen de sí mismo, (Abramowitz y cols, 1984; Offer y cols, 1988). Las referencias en esta instancia pueden incluir tanto la imagen corporal, la pareja, el automóvil y otros objetos materiales, supuestos atributos de carácter, oficios o desempeños ocupacionales, eventos, etc. Dos nociones son diferentes a la noción más comúnmente utilizada. En primer lugar, la instancia de autoimagen incluye diferenciaciones conceptuales no – reflexivas o también denominadas tácitas (Gawronski y Payne, 2010; Greenwald, y Banaji, 1995; Musholt, 2015). Segundo, se cuida la comprensión procesual por sobre la de estados o estructuras, entendiendo esta instancia de referencia como un proceso de curso intencional, respecto al cual las supuestas estructuras o imágenes de estado son artefactos de observación.

### Detenciones en instancias y arreglos cruzados.

La noción de «detención» alude a que en la exploración procesual del problema terapéutico tanto el paciente como el terapeuta pueden observar que la referencia en una instancia se muestra dificultosa, sin variaciones, con una imposibilidad ostensible para realizar aplicaciones conceptuales alternativas. Esto puede explicarse por falta de experticia y posibilidades de desenvolvimiento —por ejemplo, niños y jóvenes que han debido mostrar una autonomía acelerada, por motivos de subsistencia o alguna forma de parentalización, en desmedro de las exploraciones comunes a la etapa evolutiva—, por entrenamientos que volvieron amenazantes polos integrativos en sistemas conceptuales específicos —por ejemplo, negativización o censura de conceptos relacionados con la sexualidad en ciertas familias—, sobresimplificación de las referencias a una instancia —por ejemplo, por rutinas muy constreñidas o el uso de drogas—, y por inadmisibilidad —por ejemplo, una alta coherencia en las referencias ya existentes en una instancia, con poca posibilidad de innovación o admisión de conceptos que sean discrepantes—.

El terapeuta puede considerar en su evaluación la caracterización de arreglos narrativos especiales o «formatos de referencia cruzada», observados en conjunto con el paciente. Estos arreglos cruzados son formas de desfocalizar las discrepancias con el menor costo posible para la persona, y pueden representar a menudo problemas en el diseño de la psicoterapia si se abordan soslayando su carácter compensatorio.

	<b>Discrepancia articulada, es referida a</b>	<b>No se logra articular en la instancia de</b>	<b>Se articula de manera diferida con cambios en la referencia en</b>
<b>A</b>	Alteridad	Corporalidad	Autoimagen
<b>B</b>	Alteridad	Autoimagen	Corporalidad
<b>C</b>	Corporalidad	Autoimagen	Alteridad
<b>D</b>	Corporalidad	Alteridad	Autoimagen
<b>E</b>	Autoimagen	Alteridad	Corporalidad
<b>F</b>	Autoimagen	Corporalidad	Alteridad

**Figura 09.** Formatos generales de referencia cruzada

Por ejemplo, una persona podría experimentar sufrimiento por percibir que otras personas quieren dañarle o están coludidas para tal efecto —articulación diferida de alteridad—. El terapeuta y el paciente pueden evaluar en la deconstrucción si esas referencias en alteridad covarían con dificultades de integración respecto a las instancias de autoimagen o corporalidad/mundo —por ejemplo, frustraciones en el “desempeño” sexual en el matrimonio, en cuyo caso podría ser el caso C o F de la tabla de arriba, dependiendo de la forma de otorgar significado a la situación—.

### III. Formulación de caso clínico

Para ejemplificar la formulación de caso clínico se revisará a continuación una viñeta clínica confeccionada con segmentos de dos historias clínicas similares<sup>14</sup>. Además de los consentimientos explícitos por parte de los pacientes y terapeutas, por motivos de responsabilidad social y ética profesional se ha cambiado información relevante, de manera que ninguno de los antecedentes expuestos permite la identificación de alguna persona en particular. Además, en el entendido de que este es un texto orientado a la discusión entre terapeutas, se sugiere su utilización con discreción.

#### Panorama general

En la viñeta la paciente recibió el nombre ficticio de Carolina. La terapeuta que trabajó con ella supervisó el proceso desde la primera sesión, alertada por el equipo de trabajo respecto a que la paciente se mostró muy agresiva durante una hospitalización breve previa al inicio de la psicoterapia. No obstante el comportamiento previo con otros tratantes, durante el curso del proceso ella y Carolina fueron generando una relación de trabajo cariñosa y respetuosa.

En la primera sesión la terapeuta indagó con Carolina sobre las expectativas que tenía sobre la relación terapéutica —no sobre los resultados del proceso psicoterapéutico, sino sobre la relación de trabajo entre ellas—. Carolina explicó que tenía la fantasía de que la profesional estuviese involucrada con un “alto nivel de energía”, lo que según la terapeuta permitió reestructurar expectativas y así cuidar la alianza. Debido a que trabajaron en un contexto hospitalario, la disposición de consentimientos y expectativas de todos los intervinientes quedó por escrito.

En retrospectiva, al comentar el proceso general la terapeuta menciona que uno de los aspectos difíciles fue que en las primeras sesiones la observó más estable de lo que se registraba en su historia clínica. Esto ocurrió principalmente debido a que, pocos días antes de la primera sesión, Carolina terminó su relación de pareja, sintiéndose muy aliviada ya que las relaciones románticas eran un área problemática para ella. De acuerdo a la terapeuta, los dos “intentos de relación de pareja”<sup>15</sup> anteriores —relaciones que duraron menos de dos meses cada una— se asociaron con aumentos de inestabilidad y “crisis” frecuentes. Entonces esta ruptura, que ocurrió entre la hospitalización y el inicio de la psicoterapia, tuvo la ventaja de generar un contexto más estable de trabajo, pero la desventaja de evitar desplegar precisamente las aplicaciones conceptuales más amenazantes para Carolina y poder revisarlas

---

<sup>14</sup> Antes de exponer los casos que componen la viñeta, en el año 2020 las terapeutas recibieron autorización explícita y por escrito para utilizar estos antecedentes y publicarlos. Además de que las terapeutas cuidaron de no entregar datos que permitieran la identificación, en esta transcripción se ha cambiado información específica, a fin de asegurar completamente el resguardo del sentido de confidencialidad, respeto y cuidados éticos en psicoterapia. En términos de responsabilidad social, se espera que la lectura sea utilizada con discreción y buscando los objetivos de discutir profesionalmente respecto a estrategias de ayuda en este tipo de clínica. Si de alguna manera el lector siente que requiere apoyo terapéutico debido a que se ha identificado con alguna experiencia o sentimiento similar a los relatados, existe una amplia red de ayuda y soporte en cada país, a la que puede consultar buscando en internet o a través de contactar al sistema de salud más próximo, entre otras fuentes.

<sup>15</sup> En palabras de Carolina



en sesión de forma más directa. Lo que hicieron al respecto fue relacionar los momentos incómodos presentes abordados en terapia con las dificultades que registraron en estos “intentos de relación de pareja” anteriores.

Para enmarcar una visión general del caso clínico, luego de la tercera sesión las notas de la terapeuta en su documentación de supervisión incluían las siguientes observaciones:

- Carolina se presiona a entablar relaciones sentimentales motivada por corresponder con supuestas expectativas de otras personas, con imaginerías concretas –críticas y adversas– sobre cómo la vería el resto sin pareja, o cómo se vería frente a otros con cierto tipo de pareja. Desea entonces, mediante establecer una relación de pareja, cumplir con la imagen que ella supone el resto espera, no utiliza muchos criterios de dependencia o mutualidad interpersonal efectiva. Debido a esta situación, después del quiebre no hay procesos de aprendizaje significativos.
- Carolina muestra una aumentada sensibilidad –se construyen en términos de clausura y amenaza– hacia conceptos concretos en la referencia de autoimagen. Por ejemplo, vestimenta y peso específicos, coincidencia de su apariencia con estándares y modelos concretos, calificaciones académicas, etcétera.
- Presenta ciertas dificultades para construir estados mentales diversos y relativos en su referencia a la alteridad/pareja. Por ejemplo, si su ex-pareja Sebastián miraba a una mujer en la calle, construía la imagen de que el deseo sexual de Sebastián hacia ella se había perdido absolutamente, había dejado de desearla, en una supuesta confirmación de un estado global de rechazo/aprobación en el otro significativo.
- Otras referencias concretas a la alteridad significativa: cuando está en una habitación sola, siente que el resto no existe. Si no es vista por otros, esos otros no existen. Experimenta su belleza si es vista y si las otras personas reaccionan con comportamientos concretos, y en ausencia de estos indicadores las construcciones de corporalidad o se realizan a través de movimientos intensos, como el ejercicio, o se vuelven difusas, inexistentes.
- Establece anticipaciones muy concretas respecto a los roles involucrados en las relaciones de pareja. “Decreta”<sup>16</sup> el comportamiento del otro, a través de “contratos” o acuerdos concretos sobre comportamientos relacionales que podrían ser espontáneos y sin estructura explícita –por ejemplo, desarrollar una amistad con alguien—.
- Comportamientos sobre-compensadores de autonomía: Carolina tiende a representar o actuar una excesiva independencia, sobresalir respecto a indicadores de autonomía, presumir comportamientos autónomos, etcétera.

La terapeuta notó que bajo estrés, algunas de estas aplicaciones se mostraban en sus formatos más concretos, con una experiencia de alta angustia, lo que Carolina denominaba una “conducta *psycho*”, aludiendo a segmentos limitados de comportamiento análogo a la psicopatía: imaginaciones de cómo manipular, amenazar, obtener resultados deseados a costa de la integridad o malestar del otro involucrado. De acuerdo a la terapeuta, Carolina logró

---

<sup>16</sup> “Decretar” se puede definir aproximadamente como afirmar con plena conciencia aquello que una persona quiere para su vida y de esa forma “atraerlo”. Es una creencia y sugerencia común en cursos de coaching o en sistemas de creencias cercanos al pensamiento mágico.

avanzar mucho en la forma de experimentar el estrés, particularmente debido a la gran cantidad de recursos cognitivos y creativos de la paciente. Un ejemplo de esto consiste en que, aproximadamente a los seis meses de psicoterapia, Carolina le muestra a la terapeuta que ha intentando anticiparse a las situaciones estresantes haciendo historias y cuentos sobre situaciones de pareja, basándose en sus historias, las de sus amigas y algunas imaginadas. La terapeuta había notado que a través de la anticipación ella podría desarrollar aplicaciones conceptuales más abstractas, pero Carolina lo llevó a un nivel muy creativo y sofisticado.

Hacia el año de psicoterapia, dado el grado de bienestar y cumplimiento de los objetivos definidos en conjunto, Carolina y la terapeuta comenzaron a distanciar las reuniones, en un modo de “seguimiento”. Cerca de los dos años después de la primera sesión, Carolina solicita tomar excepcionalmente cuatro sesiones<sup>17</sup>: había iniciado una relación de pareja, esta vez con muchos más criterios de mutualidad, pero comenzó a experimentar intensos temores al momento de tener relaciones sexuales, evitándolas. Bromeando al respecto —“me estoy perdiendo, con este físico que tengo”—, solicita retomar el apoyo. En ese periodo, Carolina observó con claridad que carece de modelos de mutualidad que no sean “terroríficos”, que sus padres “no sirvieron como modelos positivos”. Esta vez la terapeuta le dio una sugerencia directa, respecto a conversar de esto con su pareja y buscar en conjunto modelos de mutualidad, y hablar con otras parejas que sirvieran de modelos para ver formas diversas de relacionarse con mayor intimidad. Carolina plantea que después de esas acciones, la vida sexual entre ellos comenzó sin mayores problemas. Después de ese periodo, se ha comunicado esporádicamente con la terapeuta, a través de correos electrónicos, expresando un buen nivel de bienestar subjetivo.

Para analizar la formulación de caso clínico utilizada por la terapeuta y el supervisor, se utilizarán parte de las transcripciones de audio de las dos primeras sesiones y se organizará la discusión respecto al siguiente esquema, adaptado de Díaz Olguín (2020):

---

<sup>17</sup> Carolina solicita y especifica el número, considerando que bastarían para resolver la problemática.

## ESQUEMA DE FORMULACIÓN DE CASO CLÍNICO CONSTRUCTIVISTA DE ORIENTACIÓN NARRATIVA

### 1. Antecedentes generales y descripción del paciente.

Se define un perfil de quién es la persona que viene a consultar, se incluyen datos como edad, personas cercanas actuales, escolaridad o trabajo, actividades recreativas, cómo describe el paciente su ambiente familiar y relacional actual, etc. No se centra en el déficit o problema, sino además apunta al estilo de vida de la persona, recursos, orientaciones vitales, pasatiempos, nivel de trabajo y demandas de tiempo, espiritualidad, preocupaciones, etc. Además se incluye:

- a. Relación del problema terapéutico con la evidencia disponible, “estado del arte” y terapias válidas.
- b. La consideración de factores y mecanismos de riesgo posiblemente implicados
- c. Una prospectiva de situaciones de potencial gravedad y riesgo a la integridad

### 2. Motivo de consulta y demanda terapéutica

Las motivaciones para solicitar ayuda y la construcción de demandas son procesos dinámicos y constantes, que se registran en tanto permiten definir roles, encuadre, etc.

### 3. Estudio descriptivo del problema psicoterapéutico

En un estudio principalmente descriptivo, de énfasis idiosincrásico, cualitativo, diacrónico y constante durante el proceso terapéutico, ambos participantes atienden a los cambios en las aplicaciones conceptuales componentes del problema terapéutico. A través de dos formatos de evaluación (gnoseológica y ontológica), se persigue una caracterización de tres aspectos:

- a. Organización conceptual. Una caracterización que utiliza los criterios de demarcación, valoración, control y comprensión (articulación-compartmentalización, apertura - cierre, directo - mediato, abstracción - concreción)
- b. Clausura-estrés y fases. Una caracterización de la construcción de amenaza y la respuesta de clausura-estrés, que permite (tanto a paciente como terapeuta) entender los comportamientos tónico-fásicos del problema terapéutico
- c. Detenciones en instancias narrativas. Una caracterización de la organización de referencia ontológica del problema terapéutico, estableciendo los arreglos en instancias que dificulten la integración de conceptos involucrados en el foco.

### 4. Relación psicoterapéutica y alianza

Se registran las características de la relación, sus recursos y posibles quiebres, las representaciones que ambos construyen respecto al otro y a la relación, los estilos de vinculación, etc.

### 5. Hipótesis psicoterapéuticas

A partir de los puntos anteriores (desde los antecedentes generales, relación con la clínica más general y el “estado del arte” en el problema terapéutico, la evaluación diacrónica gnoseológica y de integración ontológica, hasta las características de la relación terapéutica) se confeccionan las hipótesis terapéuticas, que deben ser claras, operacionales y comprobables por ambos

### 6. Objetivos de trabajo

Registrar los objetivos construidos junto al paciente y comunicarlos de forma explícita permite organizar la formulación general, mantener la alianza con el paciente y evaluar de manera clara la efectividad de la intervención.

### 7. Estrategias generales

Se registra la estrategia general orientada de acuerdo al nivel de concreción y de articulación de los aspectos más centrales del problema terapéutico. Se define si la estrategia considerará la promoción de apertura en un sistema de constructos altamente cerrado, o la integración de subsistemas de constructos de distinto nivel de abstracción. También se define el estilo o rol que el terapeuta adoptará en términos de control percibido por el paciente, para “anclarse” al estilo del paciente y fomentar cambios graduales y cómodos para el paciente (estrategias de “matching” o “tailoring”).

### 8. Evaluación válida de resultados

Se sugiere en la formulación el diseño de una evaluación cualitativa (por ejemplo, estadios de cambio, coherencia y flexibilidad en el ordenamiento narrativo) y cuantitativa (por ejemplo, comparación de registros, uso de escalas válidas y sensibles al cambio terapéutico), además de una revisión crítica y constructiva del proceso completo

## 1. Antecedentes

Carolina tiene 23 años, estudiante de medicina. De acuerdo a la terapeuta, es una joven bien parecida, vestida a la moda, de lindas facciones y un “físico llamativo, bien cuidado”. En sesión se comporta de forma adecuada la mayor parte del tiempo, a excepción de algunos comentarios que pueden resultar denostativos, aunque ella no los parece notar. Es elocuente y enérgica en la forma de hablar y comunicarse.

Carolina menciona un historial con crisis de angustia, especialmente durante la noche, antes de dormir. Las experimenta, de acuerdo a su relato, una o dos veces por mes, hace 16 años, desde que entró a primero básico. Menciona que cuando se apaga la luz y hay demasiado silencio, comienza a experimentarse “vacía”, como si fuera “desapareciendo” o “deshaciéndose” en esos momentos. De acuerdo a la terapeuta, fue un historial psicopatológico soslayado por su familia y subtratado.

Respecto a otras áreas, menciona que en la enseñanza básica, logró formar un grupo de amigas y sentirse protegida por ellas. Carolina menciona que los estudios nunca han representado un problema,

*“Siempre tuve excelentes notas, muy buen rendimiento, lejos por sobre el resto de mis compañeros, incluso en la carrera [medicina]... mis problemas han ido por otro lado, por el lado emocional. En la carrera me va excelente y estudio poco, tengo una muy buena memoria, aunque la verdad nunca me he sentido muy inteligente, es raro, ¿no?, quizá será porque conozco de forma clara mis fortalezas y debilidades... no estoy segura”.*

Ha experimentado un par de veces pseudoalucinaciones. Una vez a los 14 años, luego de una fuerte discusión con su madre. Y la segunda luego de una discusión con su última pareja.

Su madre es una mujer de 64 años a quien Carolina describe como “*muy abnegada, católica de esas antiguas, muy correcta además*”<sup>18</sup>. Sus padres están separados, él tiene 75 años, es un arquitecto conocido en el país. Carolina lo describe como “*un tipo seco [hábil en su desempeño], debe ser la persona más inteligente que conozco, siempre anda viajando, ahora le acaban de dar un premio en Nueva York*”. Menciona que sus padres se separaron cuando ella iba en quinto básico:

*“Fue difícil, o sea, antes era triste, aún me acuerdo de las peleas de mis papás y yo ahí tratando de hacerme invisible para no aumentar la tensión. Me acuerdo que imaginaba que era una actriz o [una] extraterrestre y así fingía que todo estaba bien mientras peleaban. Después se puso más difícil, cuando ya se separaron, tenía que hacerme cargo de mi mamá, se deprimió mucho ella. A veces la encontraba tirada en la cama, yo*

---

<sup>18</sup> Luego de una atención de urgencia, la madre de Carolina consiguió, a través de contactos personales y gestiones poco usuales, la continuidad de tratamiento ambulatorio en el sistema hospitalario de salud pública, aunque por razones administrativas no le correspondía —en Chile la atención pública de salud está orientada a personas de distinto nivel económico—. No obstante, no participó del proceso terapéutico, excusándose las dos veces que fue citada para recabar antecedentes generales.

*me cocinaba, fue una época bien heavy [difícil]. Era bien loco todo, creo que lo más extraño era que aunque se separaron, tenían la costumbre de almorzar siempre los fines de semana. Era como una actuación magistral, yo veía a mi mamá toda la semana llorando y el domingo se vestía y se maquillaba como si nada hubiese pasado y esperábamos al papá para almorzar, bien creepy [extraño y terrorífico]. Creo que eso provocó los problemas con la comida que tuve después. Incluso ahora, todavía me pasa eso, todavía siento el estómago rancio cuando pienso en eso ”*

Carolina asiste a la primera entrevista luego de un intento de suicidio con cortes en una de las muñecas. Según ella, su intención nunca fue matarse, pero “*estaba muy confundida*”. Esto fue tres semanas antes de la primera entrevista, tuvo una discusión con Sebastián (21 años, estudiante de psicología, con quien llevaba un mes y medio de relación):

*“La verdad no sé cómo llegamos a esos niveles en la discusión, fue heavy [difícil]. Voy a ser honesta aquí, es decir, esta historia se la he contado a otras personas, pero le he cambiado algunos detalles para quedar un poco mejor yo, no sé si me entiende, como que maquillé un poco las cosas. Pero aquí... Voy a tratar de centrarme en los hechos. Es que no voy a quedar muy bien parada en la historia. En fin. Estábamos con el Seba discutiendo algo muy trivial, fue una tontería, antes de eso estábamos bien. Habíamos comido sushi y dieron una propaganda de Suicide Squad en la televisión, y yo pensé que él... la verdad me imaginé... No sé, fue rápido, pensé que le gustó la actriz, la Margot Robbie... y me puse celosa. Pero creo que él andaba con tanto sueño que ni siquiera se dio cuenta de ella. El punto es que me enojé, le dije que para qué me mentía, que no se puede tener una relación así con mentiras tan chicas, y que se fuera. Y él fue súper frío, así que se paró y se fue. Entonces lo seguí al jardín y le empecé a gritar que cómo me hacía eso, que no se lo iba a permitir, que eso era maltrato. Entonces mi vecino y un amigo de él [del vecino] vinieron y se le fueron encima, porque pensaron que me había hecho algo malo... es decir, algo malo como un maltrato físico, no sé. Yo ahí me desesperé, me dio susto, y le dije a mi vecino que no, que saliera de ahí... mi vecino es un tipo grande, juega rugby en la universidad, me dio susto que le hiciera algo. Entonces todo giró... y Sebastián... bueno, ahí... ahí, la verdad es que no dijo nada, pero me miró como si yo fuera una ‘mina cuática’ [una expresión despectiva, que alude a una mujer loca, escandalosa], me dio una mirada de decepción. Eso fue lo que más me dolió. Se fue, pero súper frío, no reaccionó, indiferente. Lo llamé al teléfono, pero lo tenía apagado. Después no me acuerdo mucho de lo que pasó. Solo sé que otras veces me metía en la tina para calmarme, sin el agua, solo me metía en la tina seca y me acurrucaba sola... Me gustaba esta idea de estar en una cajita, como los gatos. Y me carga mi dormitorio, así que me metí en la tina, pero esta vez se me ocurrió romper una afeitadora, le saqué la hoja y me corté la piel bajo el agua. Recuerdo que me preocupé de lavar la hoja primero, porque no quería infectarme, no creo que mi intención haya sido tan suicida como mi mamá pensó”.*

Su madre la encontró en la tina, estaba sin consciencia, alcoholizada. Había vaciado una botella de 750 ml de vodka, probablemente no la bebió completa y botó alguna cantidad en la tina, pero debió haber ingerido gran parte por los indicadores registrados en urgencias.

En el servicio de psiquiatría estuvo hospitalizada durante cinco días. De acuerdo a algunos funcionarios, emitió comentarios críticos respecto al trabajo y labor del equipo. Comenzó con un esquema farmacológico al que adhiere de forma irregular, a cargo de un psiquiatra que la deriva a psicoterapia con una interconsulta que menciona “paciente poco colaboradora, con un severo trastorno de personalidad a la base”.

### Primera entrevista

Luego de recabar todos estos antecedentes generales, la terapeuta utiliza el resto de la sesión para preguntarle cuál ha sido el último momento incómodo o desagradable que ha experimentado antes de la sesión. Carolina menciona una situación del día anterior a la entrevista.

- Terapeuta: Mi intención es que revisemos primero estos momentos incómodos, los más actuales, los que tengamos más presentes. Mi idea es que si los revisamos con calma, quizá podamos ver cuáles son los temas más sensibles o los hábitos que más incomodidad generan, ¿te parece?
- Carolina: *Claro, obvio. Ayer domingo... recuerdo que llegué al mausoleo... así le digo yo a mi casa, me carga demasiado ese lugar, bueno, llegué como a las tres de la tarde. Había ido al gimnasio. Estuve cuatro horas allá, me relaja montones*
- Terapeuta: ¿Cuatro horas haciendo ejercicio?
- Carolina: *Sí, es que me relaja harto. Además, me veo bien. Sirve para pasar el tiempo, tiene varias ventajas. Tengo esto de que a veces parezco un maniquí, una estatua, y apenas puedo caminar. Otras veces me siento hiperquinética, necesito saltar, moverme. Entonces el ejercicio me ayuda.*
- Terapeuta: ¿Y llegaste de buen ánimo a la casa?
- Carolina: *La verdad es que yo nunca llego a casa de buen ánimo. Lo que quiero decir es que no me gusta la casa en sí, es como de viejos. Es una casa preciosa, grande, en un barrio bien cuico [barrio acomodado, de buena situación económica]. No sé, no me siento parte de esa casa, por eso le digo ‘el mausoleo’. Como que todos están muertos ahí, de hecho mi mamá tiene esto de pedirle a sus amigas, cuando van a Europa, que le traigan de regalo estas figuritas, como de cerámica... es atroz, son horribles, es como estar rodeada de estatuas. Me dan ganas de romperlas todas*
- Terapeuta: Entiendo. Ayer llegaste entonces... ¿y cuál fue el momento incómodo?
- Carolina: *Había dejado el teléfono celular en la casa, a propósito. La verdad es que sufro con el famoso teléfono. No quería estar pendiente de él, me agota. Así que lo dejé en la casa y me fui al gimnasio del club. Creo que el peor momento fue justo antes de tomarlo. Mi peor pensamiento era que no iba a encontrar ningún mensaje y cuando lo revisé fue como ‘¡mierda, tenía razón!’, no tenía ni un mensaje... creo que vi mi última publicación en Instagram... me da vergüenza un poco contar esto... y es que tiré el teléfono lejos. Creo que se desarmó, pero no se rompió. Como que rebotó contra una lámpara o algo así. Me dio risa, pero después me empecé a sentir fría, igual que esas*

*figuras de mierda de mi mamá. Creo que estuve media congelada... entre el dormitorio y el living... no sé cuánto rato. Desde que era niña que no me pasaban estas cosas. Estaba parqueada [de parking, estacionada, detenida]. Después decidí sacudirme esa sensación, tomar a mi perrita y salir a caminar*

- Terapeuta: ¿Me podrías mencionar qué fue lo que te molestó específicamente?
- Carolina: *Podría inventar algo ahora. Pero no me malentienda, no es que no quiera responder la pregunta, el psiquiatra se quedó con esa impresión, pero era medio tonto él. Lo que pasa es que son vacíos que siempre trato de llenar, muchas veces hago cosas y después tengo que inventarles una intención. Mi atención a veces se pone dispersa, no siempre, pero a veces no estoy conectada con la situación. Entonces esas veces las cosas que hago son más rápidas que mis intenciones... no se si me entiende. Estas cosas que hago no son tan pensadas, no tienen ese fondo que otras cosas que hago sí tienen. En palabras simples, se me arranca la moto a veces no más [expresión que alude a perder el control de uno mismo]. Entonces supongo, me imagino... que en esa situación quería... es decir, tenía la expectativa antes de llegar a casa, de tener mensajes y poder entretenerme un poco. Suena narciso, ¿no?, pero no es tanto. Es solo que dependo un poco de eso, de verme... de ser vista. No siempre, a veces, me pongo bien 'contexto dependiente'... el Seba me decía eso, pero finalmente no sirvió mucho que me entendiera en esas cosas, porque tampoco me hacía sentir bien en ese punto, no me sentía vista por él. Así que terminamos*
- Terapeuta: No sabía que habías terminado con Sebastián
- Carolina: *Sí, lo hicimos en buenos términos. El miércoles le di una carta que hice mientras estaba hospitalizada*
- Terapeuta: ¿Una carta?
- Carolina: *Sí, mientras estaba hospitalizada le escribí una carta, en donde decía que lo quería, pero que necesitaba su compromiso de que se olvidara de la discusión que tuvimos y también de la hospitalización, que no habláramos de eso. Entonces nos juntamos el miércoles, caminamos un rato... le pasé la carta, él la leyó... pero justo ahí me di cuenta de que le estaba haciendo daño. Así que me puse a llorar y conversamos. Me dio un poco de pena, es un buen tipo, pero yo... no se, creo que es mejor darnos un tiempo. Estoy segura que en un par de meses volveremos a estar juntos.*
- Terapeuta: Hace unos segundos dijiste que no te veía o no te sentías vista por él, ¿a qué te refieres con eso?
- Carolina: *¡no se!... jaja... no, si lo sé. El miércoles fue él quien me pidió que nos juntáramos a conversar. Con ese tono típico de las películas. Yo creo que se molestó, porque lo llamé como veinte veces en la mañana. No me respondía el teléfono, entonces pensé que le había pasado algo y me angustié, pero me dijo que se había quedado tarde estudiando y tuvo un certamen temprano en la mañana. Ahí me dijo que nos juntáramos a conversar... y yo me volví un poco loca, pero no se lo demostré a nadie. No me gusta que me vean así, entonces cuando lo puedo controlar, lo hago sola, en mi casa. Estuve todo el día pensando en estrategias para manipularlo, llamé al psiquiatra para que me diera un certificado online, esa era una posibilidad... decirle que tenía un problema transitorio y mostrarle el papel, pero el certificado que me mandó tenía esta cosa de la personalidad, no me gustó. Creo que estuve hartó tiempo ideando*

*una forma de amenazarlo, que me iba a matar o algo así si me dejaba. Pero unas amigas justo antes de salir me contactaron por mensaje, les conté un poco, y me sugirieron ser más transparente. La verdad es que cuando iba a juntarme con él iba con otra onda [con otra intención], pero lo vi y me dio lástima. No sé por qué. Me dio pena.*

- Terapeuta: *¿Y cómo estás ahora?*
- Carolina: *Bien, bien. O sea, más tranquila. Pero creo que necesito cambiar algunas cosas, pero no sé cómo. Las psicólogas y psiquiatras la verdad es que no sirven de mucho, nada personal, pero necesito hacer un cambio. Así que estoy con la mejor disposición... quiero ver si puedo sacar alguna idea, o algo. No se si hablando pueda cambiar, se también que los fármacos no harán nada, porque lo estudié. Entonces, tengo baja la esperanza*
- Terapeuta: *Perfecto, te iba a preguntar sobre eso. ¿Qué es lo mínimo que esperamos lograr?*
- Carolina: *¿Lo mínimo?*
- Terapeuta: *Imagínalo así, el primer cambio, incipiente, pequeño, ¿que esperarías observar si las cosas van bien?*
- Carolina: *Me gustaría tener un freno. Algo que en situaciones críticas me hiciera pensar un poco, bajar la velocidad en esos momentos.*
- Terapeuta: *Ya Carolina. Entonces vamos a empezar a trabajar. Pero necesito que durante las dos primeras sesiones me sigas dando información actual, como lo hiciste hoy. Entonces, nos veremos en unos días más, pero mientras tú vas a poner atención a la situación o a las dos situaciones más incómodas que ocurran estos días, trata de recordar dónde estabas, y sobre todo cómo te sentías antes de que ocurrieran estas situaciones, ¿te parece?*

En la primera sesión la terapeuta ya logra obtener cierta información, tentativa, respecto la organización conceptual —por ejemplo, los cambios de demarcación en determinados contextos, los cambios de valoración en los que algunos conceptos se vuelven centrales, el grado de control asignado y experimentado, y el nivel de articulación, apertura, directividad y concreción de los conceptos involucrados—, los principales procesos de clausura - estrés, y las dificultades de integración narrativa que permiten comenzar a caracterizar el problema psicoterapéutico. Luego de la segunda sesión, la formulación clínica de la terapeuta se comienza a definir y básicamente mantiene su estructura el resto del proceso psicoterapéutico.



## Segunda entrevista

A la segunda sesión Carolina llega de muy buen humor. Plantea que le gustaría alcanzar algunos objetivos a futuro, particularmente “*ser menos hiriente y menos psycho*”<sup>19</sup> cuando me estreso”. Menciona que le pasó algo gracioso en la semana, que quería comentar:

- Carolina: *Fue una semana rara, nunca había tenido una semana tan pacífica. Sé que es una pausa en mi tormenta. Pero en fin. Me pasó algo súper chistoso el otro día con usted.*
- Terapeuta: ¿Conmigo?
- Carolina: *Sí, el viernes. Me pasó que estaba parqueada [del inglés parking, estacionada, detenida] en la casa, y empecé a psicopatear al Seba [buscar información de él en redes sociales]. Pero ahí pensé en que era súper probable que después me sintiera mal con cualquier cosa que viera, porque me imaginé que si me encontraba con una foto de él paseando a su perro, incluso ahí me iba a sentir mal, porque me pasaría el rollo [imaginar cosas] de ‘ah, no está triste y se anda mostrando que está feliz de terminar conmigo’. Pero después pensé que si me sentía mal por eso, sería la única cosa incómoda de esta semana, tendría que contársela a usted, y que lata... la única cosa incómoda y sería por una tontería como esa... así que cerré rápido el computador, me fui a fumar un cigarro al patio, me vino a saludar la Pía, y nos fuimos a dar una vuelta escuchando música*
- Terapeuta: ¿La Pía es...?
- Carolina: *Mi perrita, es tan linda ella, como que siente cuando uno está rara y se pone a hacer cosas tiernas.*
- Terapeuta: Entonces, si entiendo bien, lograste detener una secuencia de acciones que te harían sentir muy mal, ¿qué piensas sobre eso?
- Carolina: *Que estoy más grande (ríe), deme de alta, estoy lista...*

Después de la segunda sesión la terapeuta presentó al supervisor una formulación bastante definida. En primer lugar, la terapeuta realizó un perfil de quién es la persona que viene a consultar. Es una mujer joven, de 23 años, estudiante de medicina. Tiene un grupo de tres amigas cercanas, con quienes comenta algunos de sus problemas, pero en general se cuida de no hacerlo para “proteger su imagen” frente a ellas. Gusta de hacer actividad física en un gimnasio, eso la calma y relaja, actividad que además tiene como consecuencia que mantiene su cuerpo de una forma en que le agrada. Sus padres, divorciados, tienen altos recursos económicos. Su padre se ha orientado al logro profesional, su madre se orientó a actividades sociales, como participar en actividades de beneficencia a través de una fundación de la que su familia es parte. En general, Carolina se experimenta sola, prefiere mantenerse en actividades que ocupen su atención. Tiene un estilo de creencias mágico, gusta de temas relacionados con la “influencia de los astros” y la “energía de los cristales”, creencias que logran coexistir con su formación académica en medicina. El ambiente familiar actual lo define como muy estable, no

---

<sup>19</sup> Manipuladora e insensible con los sentimientos ajenos, de acuerdo a una aclaración posterior del término que la terapeuta le pide a Carolina

hay conflictos, tienen reuniones familiares con cierta frecuencia que ella disfruta, aunque mantiene la impresión de que el clima de convivencia es “un poco falso, un poco de actuación”. De acuerdo a la terapeuta —que antes de su formación constructivista fue entrenada en DBT—, algunos componentes del enfoque conductual dialéctico permiten caracterizar de forma general el caso clínico: Carolina se experimenta atrapada en polaridades, que expresa constantemente, y muestra dificultades para conseguir una síntesis a partir de ellas. De alguna manera, las rutinas de ejercicio y estudio extenuantes podrían estar sirviendo como formas rudimentarias de controlar la atención, y fuera de estas rutinas podría experimentarse ahogada o abrumada por sus propios pensamientos o malestar. También muestra dificultades para conseguir objetivos interpersonales sin transgredir el propio respeto o la integridad de otras personas, en situaciones puntuales.

Además, Carolina muestra cierta dificultad para tolerar el malestar, realizando acciones que tienden a aumentarlo. La terapeuta considera que algunas de estas acciones pueden desembocar en comportamientos de alta gravedad en términos de atentar contra la propia integridad. Consciente de que las autolesiones e intentos suicidas aumentan la probabilidad de muerte por suicidio, la terapeuta considera que es importante intervenir oportunamente para promover una reducción del riesgo suicida futuro.

## 2. Motivo de consulta

La intención personal de Carolina por consultar fue construyéndose gradualmente. Renuente al comienzo, las primeras declaraciones de un motivo de consulta propio consistieron en “*me gustaría tener un freno. Algo que en situaciones críticas me hiciera pensar un poco, bajar la velocidad en esos momentos*”. Considerando los antecedentes expuestos en las dos primeras sesiones, se puede hipotetizar que esta motivación está en parte orientada a la preservación de la imagen consciente de sí misma en determinados escenarios interpersonales —en la forma de “quiero ser más regulada para ser mejor vista por otros”, en palabras de la terapeuta—. Para la terapeuta, ese primer norte motivacional, aunque relativamente volátil, dio pie para la construcción por parte de Carolina de metas personales más articuladas.

## 3. Caracterización del problema terapéutico

Una primera caracterización del problema terapéutico se puede resumir en tres elementos: (a) caracterizar la organización de las aplicaciones conceptuales, (b) estudiar el problema terapéutico en términos del fenómeno de clausura por estrés y (c) caracterizar el problema terapéutico en términos de posibles detenciones o dificultades de integración en instancias narrativas específicas.

### a. Organización conceptual

En el problema terapéutico explorado por Carolina y su terapeuta destacan cambios de demarcación importantes. En la ausencia de un público u observadores concretos, se experimenta vacía y difusa. Estos cambios también ocurren respecto a variaciones de la construcción del contexto físico, con particular atención a los adornos de cerámica de su madre, el tamaño de su habitación —que para ella es “demasiado amplia”—, o el sentimiento de cobijo que experimenta con la constricción física percibida en la tina.

También hay cambios significativos para ella en la construcción de los estados mentales de Sebastián. Se construye rápidamente la percepción de que él ya no siente deseo por ella, y luego ella misma no se siente deseable. Relacionado con esto, aparecen dificultades para construir a su pareja como presente, cuando éste no responde una comunicación telefónica, experimentando angustia por imaginérsela de muerte respecto a él. Otros cambios demarcatorios en el relato de Carolina son registrados por la terapeuta, pero fueron considerados menos relevantes en la estrategia terapéutica.

En términos de valoración, la caracterización inicial de la terapeuta apuntó a un cambio importante respecto a si Carolina estaba dentro o fuera de una relación de pareja. Al estar en la relación de pareja, temáticas antes periféricas se volvieron centrales: el aspecto físico, la comparación de este con otras mujeres en términos de competencia por la atención, el rol de los celos y el malestar, entre otros. Este cambio valorativo, de aumento de centralidad de conceptos que antes eran periféricos, se aparejaba con una constante “sensación de estar rindiendo prueba” —en palabras de Carolina— al comenzar una relación de pareja.

Al mismo tiempo, ocurre una pérdida gradual del control subjetivo en las acciones orientadas a la relación de pareja. El comportamiento se vuelve errático también en términos objetivos: se comienza a perder articulación de control y agencia en la relación entre expectativas de acción y el resultado de los eventos. Un buen ejemplo es la situación en que Carolina decide escribir una carta para Sebastián, intentando controlar su memoria o la memoria interpersonal de la hospitalización, que termina en una reunión con un desenlace no planificado por ella, aunque sí ejecutado por ella en último momento.

Respecto al criterio de comprensión utilizado para caracterizar las aplicaciones conceptuales implicadas en el problema terapéutico, la terapeuta registró:

- Articulación - compartimentalización: algunos elementos se muestran compartimentalizados, particularmente los relacionados con discusiones de pareja. Quizá guarde relación con la baja articulación de experiencias similares en su desarrollo, al no poder articular el comportamiento de su madre y su padre durante sus propias conflictivas de pareja. En la historia de Carolina, los dos episodios de pseudoalucinaciones ocurrieron en el contexto de discusiones con parejas incipientes
- Apertura - cierre: los cierres conceptuales más agudos ocurren en conceptos similares, observarse a sí misma sola u observada por otros como abandonada, siendo vista por su pareja como alguien “fallada”<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Este fue una caracterización importante en el proceso terapéutico. Carolina menciona hacia la 6a sesión que su impresión respecto a su madre era que fue “desechada” por su padre por ser “fallada”, aunque esa falla y su naturaleza eran imprecisas (“no lo se bien, es algo muy extraño. Ahora que lo pienso, no tiene fundamento. Siempre sentí que era ella, por su depresión, aunque claro, su depresión vino después que ellos se separaron y que mi abuela murió. Entonces no sé por qué mantuve esa explicación todos estos años. Imagino que cuando uno es niña se explica mal las cosas, de forma demasiado simple...”)

- Directo - mediato: en un alto sentido de mediatez, el problema terapéutico se oculta conscientemente detrás de una fachada de hiper adecuación, de mostrarse como una pareja muy eficaz, competente y complaciente desde el primer día de relación. Los funcionamientos que son percibidos como inadecuados y psicopatológicos por Carolina, son ocultados, procurando mostrar al resto lo opuesto, una persona con un “alto desarrollo espiritual”, “compasiva”, “alegre y feliz en todo momento”.
- Abstracción - concreción: atendiendo particularmente al nivel de concreción, se registran dos tipos de sistemas concretos. Uno relacionado con la dependencia concreta a la correspondencia de estándares externos —por ejemplo, construir la aprobación general en redes sociales como una figura de regulación, o responder a la configuración de los espacios físicos de manera que éstos se imponen sobre ella, entre otros ejemplos—. El otro sistema, menos articulado, aparece en los intentos de aplicación de estos mismos conceptos a la relación de pareja, no alcanzando los requerimientos de abstracción suficientes como para organizar las complejidades emergentes en la relación. Para el primer sistema, es posible hipotetizar un conflicto de transición entre Etapa I y II, mostrando Carolina aplicaciones amenazantes tanto en conceptos de Etapa I como en Etapa II. Probablemente en su historia de vida, experimentó fuertes presiones para adecuarse a las reglas —Etapa II— y al mismo tiempo pocas oportunidades para explorar las posibilidades de control propio y autónomo —Etapa I—, las que incluso pudieron ser vista como amenazantes dada la depresión de su mamá y el tenso estado de la situación familiar. Los intentos del segundo sistema conceptual para poder funcionar en una relación romántica viable se muestran sin éxito, dado que se requieren mejores diferenciaciones respecto a los estados mentales del otro, poder caracterizar mejor las intenciones de pareja —diferenciaciones que se logran a través de la apertura de conceptos de Etapa II—, tener claras distinciones atribucionales yo-otro y yo-mundo para poder comunicarse mejor —diferenciaciones que se logran a través de la apertura de conceptos de Etapa I—, etcétera.

#### b. Clausura-estrés y fases

Carolina muestra clausuras en la aplicación de dos polos conceptuales extremos.

El grupo más concreto guarda relación con la autonomía en una Etapa I, discriminaciones respecto a las propias intenciones, estados mentales, deseos o pensamientos que se articulan con agencia en determinados contextos. Muestra dificultades con propósitos básicos, desligarse de la dependencia al contexto o modificar el contexto al interior de esa relación de dependencia.

El extremo más abstracto guarda relación con la adecuación normativa, conceptos de Etapa II, que se muestran amenazantes. Se ven como imperativos el estar en pareja, cumplir con los estándares externos sociales o interpersonales.

Ambos extremos parecen parcialmente cerrados. En situaciones de estrés, Carolina comienza con intentos de aplicar de forma reiterada conceptos —más concretos de lo esperado para su desarrollo global, como escribir cartas para “borrar” eventos de la memoria o discursos de pareja—, al tiempo de aumentar la sensibilización —el tema de pareja se muestra sensibilizado— y aplicar conceptos de forma compensatoria cada vez más extrema. En la experiencia de estrés, se observa una menor apertura a aplicaciones alternativas, comenzando a aparecer un formato de experiencia suicida que debe ser intervenido.

Dado que Carolina muestra en su problema terapéutico la tendencia al cierre en conceptos de distinto nivel de abstracción, es posible explicar el carácter fásico del foco terapéutico. Se observa que la mayor cantidad de cierres ocurren entre intentos de hiper adecuación —Etapa II— y respuestas de vacío —Etapa I—. En momentos excepcionales, los intentos de realizar aplicaciones conceptuales de Etapa III, relacionados con mutualidad y dependencia sentimental, involucran conceptos extremos, caracterizados por una hiper dependencia y la obligación de “soltar” y “no dañar” al otro involucrado.

De acuerdo a esa formulación, la terapeuta preparó el encuadre terapéutico para promover el desarrollo de diferenciaciones conceptuales orientadas a la independencia y autonomía, primero en aspectos concretos. Le pidió a Carolina hacer un par de arreglos en el ornato del box de atención, pidiéndole que trajera un elemento decorativo que la representara a ella misma. La tarea, que Carolina realizó con sentimientos ambivalentes, sirvió en la primera etapa de la psicoterapia como metáfora para guiar otras exploraciones.

### c. Detenciones en instancias narrativas y problemas de integración

En el estudio del problema terapéutico, tanto Carolina como su terapeuta observaron que algunas referencias conceptuales se mostraban comparativamente detenidas —Carolina les denominó “mis discapacidades”, en un tono de humor negro—. Presentaba, en los momentos de mayor clausura, dificultades para referir conceptos a una alteridad presente, constante o existente:

*“Es parecido a una película de terror, no recuerdo el nombre, pero lo que veo en mi mente, si trato de enfocarlo, son rostros borrosos. No los entiendo, la verdad... [se refiere a sus padres] nunca los entendí. Es como haberse encontrado con un guión, un libreto de una obra de teatro en la calle, y uno comienza a actuar eso, pero sin entender mucho la obra ni los otros personajes, ¿me entiende?, es demasiado heavy [difícil], es como... como si ellos hubiesen... no pensando en tener una hija, sino un adorno, algo... [audio incomprensible]... no estoy segura, quizá para ellos lo era, yo creo que no, si yo hubiera nacido o no, igual se hubieran separado, como que daba lo mismo. A mi no me daba lo mismo, mi mamá sí me importaba, es decir, yo sentía que si no me movía, si no hacía algo, ella se moría... entonces... entonces... bueno, fue una época difícil ”*

*“[con relación a las llamadas telefónicas a Sebastián] no es siempre, es a veces. Otras veces no me pasaba, por ejemplo yo iba al gimnasio y podían pasar horas que él no me llamara o no me respondiera un mensaje, y no me “pasaba películas” [no me imaginaba*

*cosas]. Pero en algunos momentos, no se... me pongo histérica (sic), es una sensación fuerte, súper intensa, de que algo malo pasó, de que la otra persona no existe"*

En las primeras actividades de deconstrucción Carolina menciona que estos sentimientos los experimentaba desde niña, particularmente cuando iba a abrir la puerta del dormitorio de su madre, por las mañanas.

*"Era como el gato de Schrödinger, pero en versión película de terror. No sabía si... es heavy decirlo, primera vez que lo digo así, suena rudo... pero no sabía si la iba a encontrar viva o muerta. De hecho, es fácil decirlo ahora. Me refiero a la angustia que sentía en esa época... me revolvió el estómago. Tengo fotos en que estoy muy, muy delgada, casi anoréxica (sic), y tenía que ver con eso, no con algo de imagen o que me sintiera gorda. Simplemente era por angustia, el miedo era súper intenso. Yo creo que en un tiempo, cuando era niña, se me caía el pelo y lo disimulé, tengo recuerdos de eso".*

*"Ahora me lo imagino como una "caja". Me quedé pensando lo de la sesión pasada. Me di cuenta que es como una caja, que si me tenso un poco, vuelve a abrirse la misma caja. Ahí el resto desaparece. Pero me llama la atención, porque me ha pasado incluso con sufrimientos que no son mentales. Un par de veces, recuerdo que me llegó el periodo [menstrual] súper fuerte, y me pasó lo mismo. Es inevitable que el resto se desaparezca en mi mente, y me angustio mucho".*

A diferencia de otras personas en que las diferenciaciones en corporalidad impulsan un comportamiento desinhibido cuando no se integran conceptos referenciados a Alteridad, en Carolina la primera consecuencia es una detención física, una inhibición alta, percibida por ella como "parálisis":

*"Cuando era chica tenía esta pesadilla o sueño, muy angustiante, me desesperaba. Yo era niña, pero en el sueño me imaginaba más chica aún. Y el sueño era muy atmosférico, yo llegaba a una cancha de fútbol. Todo estaba pobremente iluminado, como si fuera una hora luego del atardecer. La suficiente luz para ver algunos metros delante de mí, pero más allá mucha oscuridad. Y el sueño era ese. Tenía la sensación de que me quedaba con miedo, paralizada, sin moverme... no tenía a nadie a quien pedir ayuda, me sentía sola, no con pena, no con tristeza, sino con miedo de moverme, de hacer algo. Si hacía algo, si me movía, algo muy malo podía pasar, algo podía salir de las sombras, no sé... era todo una sensación. Ah!, y un sonido de fondo constante. O una sensación parecida a un sonido. Algo así. Yo lo llamaba 'el molino', porque me imaginaba que era el sonido de una gran piedra, una gigante, moviéndose lentamente sobre otra".*

Para Carolina también fue interesante verbalizar la dificultad de imaginar estados o variaciones en las intenciones o estados mentales de las otras personas. Con humor, lo que ella llamó "discapacidades", la imposibilidad de imaginar estados internos en las otras personas que fuesen diferentes de los propios —especialmente aquellos que fueran voluntarias y evocaran algún tipo de "sentimiento ostensible" para ella—, en ciertas situaciones de estrés específicas, fue un hallazgo importante. Lo asumió como

parte de un objetivo propio, en términos de indagar y atender a los procesos simbólicos de otras personas en los momentos de mayor estrés.

Desde el punto de vista de la terapeuta y de Carolina, los principales cambios en las aplicaciones conceptuales referidas en corporalidad y autoimagen comenzaban primero por dificultades en la referencia a alteridad<sup>21</sup>. Por ejemplo, cambios referenciales como “ser una mujer no deseable” ocurrían para hacer corresponder las referencias a autoimagen a conceptos referidos hacia alteridad en primer lugar.

De acuerdo a la terapeuta, en las sesiones iniciales no observaron otra dificultad de integración más llamativa, para ambas, que las dificultades en la referencia a la alteridad. Como la integración es un proceso identitario auto-referencial, las deconstrucciones rápidamente remitieron a los ordenamientos conceptuales que Carolina organizó en su historia con su madre, cargada de escenas de alta emotividad para ella, que representaron presiones muy altas para su etapa de desarrollo.

En un segundo momento del proceso psicoterapéutico, Carolina y su terapeuta observaron dificultades de referencia en la instancia de corporalidad/mundo. De manera muy interesante, la terapeuta observó en sesión estas dificultades de Carolina, en la forma de comentarios ligeramente denostativos, no obstante fueron conversadas explícitamente y de forma consciente luego de varios meses de terapia. Estas dificultades consistían en carencias de diferenciaciones conceptuales en términos de “gustos propios, intereses personales y no socialmente deseables”. Notaron que era necesario, en situaciones específicas, permitirse la diferenciación de gustos, predilecciones, motivos más personales y “egoístas”, en palabras de Carolina.

#### 4. Relación terapéutica y alianza

La notificación anticipada de un posible estilo denostativo en las comunicaciones de Carolina con sus terapeutas durante la hospitalización, fue contrastada por la terapeuta:

*“[mi encuentro fue] con una chica dulce, pero honesta. Eso puede ser visto como agresivo, pero yo no la entendí así, sino que desde su punto de vista puede expresar lo que siente que funciona o no, porque no registra que eso puede caer mal o bien. Es cuidadosa en la interacción, pero no desde la empatía personal, de imaginarse al otro con sus características personales, diferenciales, sino que desde lo formal, es una chica educada, elegante para hablar y comportarse. Al hablar con ella unos minutos uno entiende que le faltan claves para construir de cierta manera la alteridad. Sin yo ser despectiva, es como hablar con mi hermana menor, tiene ese estilo, más novata en algunas cosas”.*

La terapeuta plantea que la relación terapéutica se enmarcó en un encuadre estructurado, concreto, al inicio de la psicoterapia:

*“no sentí que ella generara un sentido de dependencia, de preguntar cosas... de pedir asesoría, no. Otros pacientes hacen eso, rápidamente una siente que desarrollan un sentido de*

---

<sup>21</sup> Esto es una “detención narrativa” en la alteridad: un grupo de referencias que parece estar detenido, detenido, inmóvil, mal articulado. Los arreglos referenciales posibles, referencias cruzadas, estarían en las referencias a corporalidad y la autoimagen (ver página 21).

*dependencia inicial, pero ella no. Yo la consideré una falsa autonomía, una expresión de autonomía acelerada. Me imagino que eso guarda relación con la adaptación a las circunstancias de su infancia, que fueron muy adversas para ella. Entonces el encuadre no fue como el que una hace con un paciente que muestra un sentido de autonomía alto, sino que fue estructurado. Tareas concretas, ejercicios muy concretos, directivos, resultados concretos”.*

La terapeuta menciona además que no registró ningún tipo de comportamiento coercitivo durante la psicoterapia:

*“A menos que por 'coercitivo' llamemos oposicionismo, explícito o tácito, no. Eso requiere de mayores diferenciaciones referidas en alteridad. Sus fantasías de venganzas psicópatas, como les llamaba ella, eran bastante infantiles y no incluían una construcción perceptiva del sufrimiento efectivo del otro, sino que eran más parecidas a caricaturas, dibujos animados”.*

Respecto a sus sentimientos en la psicoterapia, la terapeuta menciona recordar sus impresiones en las primeras entrevistas:

*“Lo primero que sentí fue extraño, porque por fuera Carolina se ve una chica alta, regia, con una vida que para muchos podría ser envidiable. Pero sin conocer su historia también te genera esa sensación de que algo falta, de que hay una carencia importante. No es tristeza, sino que... yo le llamaría falta de confianza, en el caso de ella tiene que ver... bueno, así me lo imaginé yo, con eso, con confianza, con... es como si en un hogar de niños una de las niñas es hiper correcta, desde el miedo, desde un miedo profundo”.*

La imaginería de la terapeuta, explorada en supervisión, aludía a una imagen infantil que experimenta el abandono o falta de soporte familiar con intensos sentimientos de miedo, pero no conceptualizada como pérdida del objeto querido, una pérdida de una relación afectiva preexistente, sino una angustia más sustentada en la amenaza por la supervivencia física.

## 5. Hipótesis psicoterapéuticas

Las hipótesis al comienzo de la psicoterapia consideraron el problema psicoterapéutico sustentado en dificultades para construir una alteridad consistente, válida, y abierta a la refutabilidad. Respecto al problema terapéutico, hipotéticamente Carolina carece de los conceptos y arreglos referenciales para construir las intenciones y otros estados mentales en la alteridad significativa —enfaticando que esto es de una forma muy específica en ciertas áreas dentro de la instancia de referencia y no una dificultad global—. Esta dificultad apunta a experiencias de alta emotividad, decisiones de pareja que se alejen de estándares simplificados o ideales románticos —tanto en la historia de sus padres como en sus propias experiencias románticas actuales—. La convivencia con su madre durante la ruptura matrimonial supuso un gran desafío para Carolina, impulsando un comportamiento autónomo acelerado, cumpliendo funciones por sobre la etapa evolutiva, otorgándole a su comportamiento global un alto grado de efectividad práctica y resolución, pero con un marcado matiz de “actuación impostada”, fingida, con poca naturalidad.



La reciprocidad exige una mayor diferenciación tanto de uno mismo como del mundo y de los demás. Y por otro lado, los arreglos referenciales cruzados de Caroline desfocalizan el sufrimiento y la carencia, aunque le agregan falta de modulación a la experiencia. Lejos de esa necesidad de cumplir con roles y funciones esperadas por otros, en donde se experimentaba vista y reconocida, los propios gustos, predilecciones e intereses —diferenciaciones que requieren de una exploración en un ambiente interpersonal construido como confiable y comfortable— no ocurrían, no existían como aplicaciones posibles de referir. Una alta dependencia contextual puede explicarse por esta hipótesis.

## 6. Objetivos de trabajo

Los primeros objetivos construidos y acordados entre la terapeuta y Carolina consistieron en crear diferenciaciones —aplicaciones conceptuales— orientadas a discriminar gustos, predilecciones y definir y caracterizar “estados mentales” en los otros significativos durante momentos de malestar de ellos, pero no de ella. En palabras de Carolina:

*“Quiero poder sentir que hay otros ahí afuera, me quiero sentir más tranquila con eso”; “me gustaría poder aguantar mejor cuando discuto con alguien cercano. Me desespero, lo siento como algo muy angustiante, me voy al extremo. Sería bueno entender realmente que las otras personas requieren su tiempo, que las discusiones necesitan su tiempo. Eso lo entiendo, pero no lo logro sentir”.*

Los principales requisitos de la definición de objetivos fue destinarlos a cambios fuera de fase. Para ello, en primer lugar la caracterización de “estados mentales” de los otros significativos se orientó a situaciones específicas, que no incluyeran a Carolina en el conflicto. Además se incluyeron actividades de imaginación y entrenamiento para el logro de este objetivo. El otro requisito al momento de trabajar para el logro de estos objetivos, fue que las nuevas diferenciaciones conceptuales a entrenar fueran abiertas —posibles de verificar o refutar—.

Con condiciones relacionales favorables en terapia, Carolina logró construir conceptos que le permitieron articular, por ejemplo, la percepción de que sus padres “se quieren al mismo tiempo que se mienten”, construcción que hasta antes de la psicoterapia provocaba intensos sentimientos de angustia al no poder integrar ambas percepciones.

## 7. Estrategias generales

La principal estrategia fue la de *autoobservación*. Se seleccionaron periodos de tiempo específicos para seleccionar las principales discrepancias actuales y luego se trataron algunos de los elementos referenciales de manera deconstructiva<sup>22</sup>.

Para esto se requirió del logro de una actitud de «colocación lateral», en donde ambas pudiesen tratar la experiencia enfocada con la posibilidad de cambios de puntos de vista. Los principales esfuerzos estuvieron orientados a realizar diferenciaciones gradualmente más abstractas respecto a los posibles estados mentales de la alteridad significativa.

---

<sup>22</sup> Por razones de espacio, la definición y ejemplificación de las actividades de *deconstrucción* no fue expuesto en este trabajo.

Luego se sugirieron actividades de «construcción». Para esto se crearon condiciones favorables de exploración y aplicaciones conceptuales, en donde la discrepancia con las propias expectativas de aplicación no fue castigado o considerado un “error”, sino que se alentó a reincorporar las discrepancias como información útil sobre sí misma, su forma de construir contexto y alteridad. Considerando la sensibilización de Carolina respecto a la correspondencia con estándares externos, la terapeuta cuidó de considerar el “error” como información útil, deseable, aceptable, comenzando en la primera sesión en donde ella le pidió a Carolina hacer una modificación decorativa en el box de atención<sup>23</sup>. Esa invitación lúdica, con los sentimientos que Carolina construyó durante el ejercicio, fueron utilizados en varias ocasiones para enriquecer y orientar el afrontamiento de situaciones más complejas.

## 8. Evaluación

La primera conversación formal de evaluación la tuvieron a los 4 meses de psicoterapia. Carolina se experimentaba mucho mejor, en términos de bienestar subjetivo general, pero la terapeuta quería revisar si Carolina percibía estar alcanzando sus objetivos. Juntas observaron que estaban avanzando, y en palabras de la terapeuta esto se explicaba por una disminución ostensible de la vulnerabilidad que se sostenía en la hipótesis terapéutica. En esa sesión de evaluación, acordaron “tareas de prueba” respecto a situaciones pasadas y futuras, para poder evaluar las nuevas construcciones. Carolina presentó respuestas más abiertas, abstractas, particularmente en la referencia a la alteridad. Entre el cuarto y sexto mes de psicoterapia, el foco comenzó a cambiar hacia la exploración de discriminaciones personales más precisas referidas en la instancia de corporalidad/mundo<sup>24</sup>.

La terapeuta de Carolina utilizó dos escalas, en el contexto de atenciones ambulatorias en un hospital: OQ 45.2 y BSL-23. La primera fue aplicada en cinco ocasiones —cada 3-4 sesiones, hasta el sexto mes de psicoterapia, momento en que se comenzaron a espaciar las aplicaciones, debido a la mejoría clínica—, registrando en general cambios clínicos favorables. La segunda escala solo fue aplicada en dos ocasiones, al inicio del proceso y al octavo mes de tratamiento.

Hacia el año desde la primera entrevista, las sesiones ya se habían comenzado a espaciar, realizándose una vez al mes aproximadamente. Hacia el año cuatro meses, se suspendieron, manteniendo contacto esporádico a través de correo electrónico. Hacia el año y 8 meses, Carolina solicita cuatro sesiones, para tratar un tema. En esta solicitud, Carolina expresa dificultades para tener relaciones sexuales con su nueva pareja. Menciona que ha sido una relación distinta, más “tranquila” pero al mismo tiempo más íntima. Comenta que sus fantasías respecto a la actividad sexual entre ellos incluía estándares generales de “cómo tener sexo” y “cómo ser eficaz como amante”, lo que la llevó a reconocer estas fantasías como aquellas

---

<sup>23</sup> Es del tipo de tarea respecto a la cual cualquier resultado puede ser útil para generar heurísticos de exploración. No tienen una “respuesta correcta”, incluso si la persona no la realiza, los sentimientos o imaginaciones aplicadas en la evitación de la tarea pueden ser muy útiles.

<sup>24</sup> De acuerdo a la opinión de la terapeuta, ambos avances iban de alguna manera aparejados. Mejores discriminaciones referidas a Alteridad permitían luego “tener espacio” (en palabras de la terapeuta) para explorar nuevas discriminaciones en corporalidad/mundo. También mencionó un proceso en la dirección opuesta: por ejemplo, comprender y articular propias satisfacciones y frustraciones, permitieron incluir esos procesos en la referencia en alteridad.

construcciones que trataban en sesión, por lo que decidió solicitar ayuda. En tres sesiones, menos de los presupuestado, Carolina y la terapeuta lograron reformular lo ocurrido como “un regreso a un patrón conocido cuando el terreno es nuevo” y animarse a realizar diferenciaciones en conjunto con su pareja y otras personas —diferenciaciones más específicas, situadas y abstractas respecto al deseo sexual y la confianza implícita en el aumento de intimidad afectiva—.

## IV. Referencias

1. Abramowitz, R., Petersen, A., & Schulenberg, J. (1984). Changes in self-image during adolescence. En Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K., (Eds.), *Patterns of adolescent self-image* (pp. 19-28). Jossey-Bass
2. Beck AT (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. En *Frontiers of Cognitive Therapy*, Salkovskis, P. ed., pp. 1–25. Guilford
3. Bienertová-Vašků J, Zlámal F, Nečesánek I, Konečný D, Vasku A. Calculating Stress: From Entropy to a Thermodynamic Concept of Health and Disease. *PLoS One*. 2016 Jan 15;11(1):e0146667. doi: 10.1371/journal.pone.0146667.
4. Bowers, K.S. Situationism in psychology: an analysis and a critique. *Psychological Review*, 1973, 80, 307–336.
5. Chiari, G. & Nuzzo, M. (2009). *Constructivist Psychotherapy: A Narrative Hermeneutic Approach*. Routledge.
6. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, et al. Physiology, Stress Reaction. [Updated 2021 Sep 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
7. Díaz Olguín, R. (2022). *Experiencia suicida: comprensión narrativa constructivista*. Ril Editores.
8. Díaz Olguín, R. (2016). *Deconstrucción, construcción y reconstrucción: integración entre instancias de referencia*. Recuperado de : <https://cipra.cl/documentos/DeconstruccionConstruccionReconstruccion-IntegracionClasesdeReferencia-RodrigoDiazOlguin.pdf>
9. Díaz Olguín, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. Recuperado de: <https://cipra.cl/documentos/NarrativaPsicoterapiaConstructivistaConstruccionista-DiazOlguin.pdf>
10. Endler, N. S., & Magnusson, D. (1976). Toward an interactional psychology of personality. *Psychological Bulletin*, 83(5), 956–974. doi:10.1037/0033-2909.83.5.956
11. Feldman Barrett, L. & Russell J.A., editores (2015). *The Psychological Construction of Emotion*. Guilford.
12. Gawronski, B. & Payne, B.K. (Eds.). (2010). *Handbook of Implicit Social Cognition. Measurement, Theory and Applications*. New York: Guilford Press.
13. Greenwald, A., & Banaji, M. Implicit Social Cognition: Attitudes, Self-Esteem, and Stereotypes. *Psychological Review*. 1995, Vol. 102, No. 1,4-27
14. Guidano, V. F. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia postracionalista*. Paidós.
15. Guidano, V. F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford.
16. Guidano, V. F. & Quiñones, A. T. (2001). *El modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica*. Desclée de Brouwer.
17. Harvey, O.J., Hunt, D. E. & Schroder, H. M. (1961). *Conceptual systems and personality organization*. Wiley.
18. Harvey, O.J. (1963). Authoritarianism and conceptual functioning in varied conditions. *Journal of Personality*, 31(4), 462–470. doi:10.1111/j.1467-6494.1963.tb01312.x
19. Harvey, O.J. (1964). Some Cognitive Determinants of Influenceability. *Sociometry*, 27(2), 208. doi:10.2307/2785717
20. Harvey, O.J. (1965). Some situational and cognitive determinants of dissonance resolution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(4), 349–355. doi:10.1037/h0021873
21. Harvey, O.J., Reich, J. W., & Wyer, R. S. (1968). Effects of attitude direction, attitude intensity, and structure of beliefs upon differentiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10(4), 472–478. doi:10.1037/h0026813

22. Harvey, O.J. (Ed.) (1966). *Experience, Structure & Adaptability*. Springer
23. Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Vol. I, II. Norton..
24. Laughlin, C. D. (2017). Conceptual Systems Theory: A Neglected Perspective for the Anthropology of Consciousness. *Anthropology of Consciousness*, 28(1), 31–68. doi:10.1111/anoc.12065
25. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
26. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med*. 1993 Sep 27;153(18):2093-101.
27. Musholt, K. (2015). *Thinking about Oneself From Nonconceptual Content to the Concept of a Self*. Massachusetts: MIT Press
28. Offer, D., Ostrov, E., Howard, K., & Atkinson, R. (1988) *The Teenage World: Adolescents' Self-Image in Ten Countries*. New York: Springer
29. Pervin, L. A., & Lewis, M. (Eds.). (1978). *Perspectives in interactional psychology*. Plenum.
30. Richards, J. & Glaserfeld, E. (1979) The control of perception and the construction of reality. *Dialectica* 33 (1): 37–58
31. Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(1), 56–67. doi:10.1037/h0076301
32. Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Butterworth
33. Schroder, H.M., Driver, M.J., & Streufert, S. (1967). *Human Information Processing*. Holt, Rinehart and Winston.
34. Schrödinger, E. (1944) (ed 1992). *What is life?: the physical aspect of the living cell, with Mind and matter & Autobiographical sketches*. Cambridge University Press
35. Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. En S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629–639). Wiley
36. Sterling, P. (2020). *What Is Health?: Allostasis and the Evolution of Human Design*. The MIT Press. doi: 10.7551/mitpress/11472.001.0001
37. Witkin, H.A., Goodenough, D.R. & Oltman, P.K. (1979). Psychological differentiation: current status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (7), 1127-1145.

#### Nota del autor

Rodrigo Díaz Olguín. Psicólogo, entrenado en psicoterapia postracionalista GIP Barcelona. Diplomado en Tratamiento y Rehabilitación de adicciones para Población General, U de Chile. Psicólogo clínico Unidad de Psiquiatría Hospital Las Higueras, encargado del subprograma Trastornos de la Personalidad. Docente universitario. Autor del libro "[Experiencia suicida: comprensión narrativa constructivista](#)", Ril Editores, 2022. Comentarios o consultas sobre este trabajo, escribir a [ps.rodrigodiazolguin@gmail.com](mailto:ps.rodrigodiazolguin@gmail.com)



Editado por Cipra, Círculo de Psicoterapia Constructivista.  
Concepción. Chile.

Correo electrónico [cipra.psicologia@gmail.com](mailto:cipra.psicologia@gmail.com)

Sitio web <http://www.cipra.cl>

Octubre de 2022