

## “Los trastornos de la Alimentación”

Autor: Augusto Zagmutt, Mateo Ferrer Farji

Publicado en el libro “Psicoterapias Cognitiva e Constructivista. Novas Fronteiras da Prática Clínica”. Capitulo 14, pagina 167. Editores: Cristiano Nabuco de Abreu y Miria Roso. Artmed. Porto Alegre. 2003.

### I.- PSICOPATOLOGÍA: el "estado del arte"

El programa metodológico que predomina en los enfoques clínicos y psicopatológicos tradicionales más importantes no parece dar cuenta suficientemente de la complejidad de la experiencia humana. Esta actitud se revela en la tendencia a reducir la complejidad y particularidad de cada cuadro clínico a una descripción del resultado del proceso que dio lugar al trastorno, eludiendo centrarse en la etiología del cuadro clínico. Esto como si las conductas, emociones, imágenes, procesos de pensamiento, etc., vistos como anormales invadieran desde afuera a la persona, definida a priori como una entidad pasiva ante la enfermedad, transformándola de sana en enferma. Una metodología clínica así, esencialmente atórica y descriptiva se cierra en si misma como un sistema de archivos en que se puede conocer solo lo que ya se conoce y descubrir lo que ya se ha descubierto.

Esto se contradice con lo que es un criterio para considerar a una disciplina como científica. Es decir, cumplir con el criterio de desarrollar modelos explicativos falsificables, unitarios y exhaustivos (7).

Consecuentemente parece ser una tarea central para el desarrollo de nuestra disciplina cambiar desde la óptica actual a una perspectiva que permita generar una metodología que sea capaz de explicar como la persona que sufre un trastorno mental emocional o conductual ha llegado a experimentar ese sufrimiento y como es que está atrapado en él. En otras palabras una metodología clínica que sea orientada a los procesos (8).

### 2.- La opción Constructivista Posracionalista.

Desde el Conductismo al Posracionalismo.

Los intentos más recientes, y a mi parecer mas fundamentados, para formalizar una teoría comprensiva de la experiencia psicopatológica podemos encontrarlos en los enfoques constructivistas.

Las terapias constructivistas emergen con la llamada tercera revolución cognitiva (15) en los inicios de los 80. Es una época de profundos cambios en la que algunos autores dividen la terapia cognitiva en dos campos diferentes: Las basadas en modelos asociacionistas centrados en las estructuras de superficie y las que adoptan un enfoque constructivista centrado en las estructuras profundas.

En lo más esencial, el Constructivismo se diferencia de los modelos tradicionales de Procesamiento de la Información en tres aspectos fundamentales:

-El conocimiento es activo y proactivo. El conocer no se iguala a un corresponder a una realidad externa pasivamente copiada.

-La primacía de lo abstracto en el saber y el sentir. Es decir que los aspectos tácitos y apriorísticos del conocimiento constriñen, sin especificar, el contenido de nuestra experiencia consciente.

-El conocimiento es autoorganizado, vale decir que la construcción de una realidad personal es, por una parte interdependiente con el mundo externo y por la otra subordinada a la mantención de la continuidad del organismo.

El programa metodológico Posracionalista, se fundamenta en estos desarrollos cognitivos constructivistas, principalmente las llamadas Tercera y Cuarta Revoluciones Cognitivas (12, 15, 16), que incorporan en sus últimos desarrollos los aspectos narrativos y hermenéuticos de la experiencia humana.

Con la emergencia de la metateoría constructivista podemos empezar a ver al conocimiento humano como una particular emergencia evolutiva en la que el sujeto, como ente epistémico ordena y reordena su vivencia con el propósito fundamental de mantener su continuidad vital en un sentido de familiaridad experiencial (22). Dentro de los enfoques constructivistas podemos ver al enfoque Posracionalista como un Enfoque Constructivista Circular Simétrico (23) el que se diferencia de los otros enfoques por considerar que en la experiencia humana son igualmente importantes los procesamientos emotivos y los procesamientos conceptuales en la construcción del conocimiento humano, en una danza dialéctica sin fin en que uno restringe al otro recíprocamente.

El punto de vista Posracionalista sostiene que el conocimiento no es algo que ocurre como una pasiva reproducción de una realidad externa previamente ordenada, sino que es el resultado de la acción del sujeto epistémico de ordenar y reorganizar su vivencia de modo de mantener su propia continuidad vital (22). En otras palabras, la finalidad del conocimiento no es el alcanzar una verdad objetiva, como ha sido el principio tácito sostenido por los enfoques terapéuticos racionalistas. El conocimiento, desde este punto de vista tiene como finalidad mantener el sentido de unidad experiencial y narrativa del individuo ante los desafíos de un medio cambiante y perturbador.

Por lo tanto el conocimiento pasa a ser algo que dice más del organismo que conoce que de aquello conocido de tal modo que el observador, al observar, pasa a ser parte de lo que conoce. Así, todo proceso de conocimiento, lejos de ser neutral siempre es auto referencial.

Si aceptamos este aserto, entonces podemos sostener que todo punto de vista es válido en sí mismo, ya que surge de las distinciones particulares en el lenguaje que este observador hace de su experiencia sobre una realidad que, desde este enfoque, es una red de procesos simultáneos e irreducibles a distintos niveles (18). Así mismo, estas distinciones son hechas de acuerdo al propio determinismo estructural del sujeto, en un mundo en que se es perturbado, pero nunca instruido.

En este sentido la persona es un sistema cerrado a la información, no instruible y para el que toda lógica personal pasa a ser una lógica auto referencial (8, 10,11) en la que la verdad del individuo ya no es más vista como la representación objetiva de un mundo externo y pasa a ser vista como la viabilidad del conocimiento personal que permite sostener la continuidad y coherencia experiencia, lo que constituye la única vía de supervivencia de un sistema vivo.

Entender al conocimiento humano como un sistema que busca su viabilidad y no la validez del conocimiento nos aleja de la pretensión de legitimar la búsqueda de una verdad a la que referir un trastorno emocional. Entonces, dentro de este paradigma vemos el trastorno emocional como la particular modalidad de reacción del organismo a los desafíos existenciales que no puede integrar. Entonces el terapeuta posracionalista está más interesado en referir la sintomatología a las reglas profundas internas de funcionamiento del sistema de conocimiento como las responsables de la aparición de los eventos de superficie y no a la aparente irracionalidad del paciente (7).

### 3.- LAS ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL

El hombre como un sistema epistémico autoorganizado.

La noción de un mundo y de uno mismo surge desde la praxis del vivir (19) y sus aspectos invariantes están dados por los esquemas emotivos adquiridos en el fluir de la dinámica y la mantención de los lazos primarios del proceso vincular más elemental: el proceso de predecir las oscilaciones entre proximidad y alejamiento de la figura de referencia. Es en ese proceso que puede emerger un modo de ordenar el mundo y un modo de ordenar un uno mismo equivalente a organizar las tonalidades emotivas básicas de una manera particular; organizar el miedo, la rabia, la pérdida, el desamparo, etc. (11).

El modo específico de organizar de una manera idiosincrásica y apriorística las experiencias emotivas que surgen en el interjuego aproximación evitación en referencia al cuidador es lo que Guidano define como una organización de significado personal (11):

Vivir en un mundo intersubjetivo implica que todo conocimiento de uno mismo es inseparable de la capacidad de simular la conciencia del otro. Los padres tienen la importancia de ser quienes pueden por un lado facilitar la exploración y el reconocimiento de estados emotivos en el niño y por el otro quienes pueden ignorar o redefinir estos sentimientos (1). Por otro lado, en un mundo intersubjetivo, percibir una imagen aceptable de uno mismo ante los demás es la única viabilidad de un organismo cuyo mundo real no es el mundo físico, sino que el mundo intersubjetivo (3).

Según la calidad de la predicción de la disponibilidad de los padres ante sus necesidades, podemos ver dos tipos posibles de enfrentamiento a los desafíos para el niño. O bien guiarse predominantemente por patrones externos, cuando la predictibilidad del cuidado paterno es baja o bien guiarse predominantemente por patrones internos cuando la predictibilidad es alta. Los sujetos que se guían por patrones internos tienden a privilegiar la individualidad y los externamente guiados tienden a privilegiar la conexión con los otros

para operar con la realidad (1). Las personas con un patrón de significado personal de desordenes alimenticios son predominantemente orientados a guiarse por lo externo, como consecuencia de una parentalidad ambigua y oscilante que desfavorece la discriminación de los estados emotivos y dificultando una diferenciación clara entre si mismo y los padres. La consistencia del sentido de si mismo en estos niños se funda entonces en una coordinación momento a momento con la figura de referencia escogida.

La organización de significado personal entonces podemos entenderla como un sistema de ordenamiento de la experiencia inmediata en un proceso idiosincrásico de ordenar, agrupar y combinar las diferentes tonalidades emotivas básicas que se entrelazan con el sistema explicativo haciendo consistente esta experiencia con una imagen explícita positiva de si mismo de modo de dar coherencia al sistema total y permitir su viabilidad.

Así, la organización de significado personal pasa a ser una forma de conocimiento proactivo, un feedforward, que les da a las personas un modo de sentirse en el mundo y apereibir cualquier situación desafiante, lo que constituye un modo de restricción del conocimiento.

La búsqueda humana por el significado la entendemos como una comprensión proactiva y apriorística de la realidad a partir de las emociones significativas relevantes en los vínculos tempranos de apego. Así la persona va a construir un significado personal coherente durante todo su ciclo vital el que va a cursar en un permanente esfuerzo por producir un mundo coherente con este significado emotivo, en un proceso continuo de construcción de un auto reconocimiento explícito positivo.

De este modo, una OSP es una llave explicativa de cómo es procesada la experiencia, de cómo son los procesos de conocimiento en el ser humano, y de ninguna manera una nueva nosología que solamente ponga nuevas etiquetas a viejos fenómenos.

Es importante hacer la distinción entre etiquetar y clasificar (6). Etiquetar implica solamente un nombre que se le coloca a algo, sin la intención de ordenarlo, solamente de identificarla; clasificar, por lo contrario, obedece a una intención ordenadora.

Guidano propone ordenar la enorme diversidad de las expresiones de superficie de la experiencia humana, ya sea normal o patológica, en cuatro modalidades invariantes de funcionamiento profundo. Estas son generadas a partir de las relaciones vinculares tempranas y se estabilizan de manera definitiva en la adolescencia, al culminar el desarrollo del pensamiento abstracto. Estas modalidades permiten explicar todas las variaciones de superficie de la conducta humana, a la luz de la cualidad experiencial que subyace a toda expresión psicopatológica (17). De acuerdo a esto, la OSP Depresiva se construye alrededor de estrategias de evitación de las experiencias de desamparo e incontrolabilidad del mundo vividas ante la percepción de la pérdida. La OSP Fóbica construye un significado personal a través de estrategias evitatorias de toda percepción de sentimientos de constricción y desprotección. La OSP de Desordenes Alimenticios Psicógenos (DAP) lo hará respecto a sentirse desconfirmado o invadido, evitando los sentimientos de ineficacia personal y vacío.

Finalmente en la OSP Obsesiva se despliegan estrategias evitatorias de toda experiencia emotiva que pueda gatillar sentimientos de ambivalencia e incontrolabilidad.

#### 4.- LA PSICOPATOLOGÍA COMO UNA CUALIDAD DE LA AUTOCONCIENCIA:

Elementos básicos para configurar una psicopatología explicativa.

El proceso que lleva a construir una conciencia superior o auto conciencia, es propio de la especie humana (25). Los seres humanos nacemos con el potencial para conocer no solo el mundo externo, sino paralelamente el mundo interno, lo que da lugar a la conciencia reflexiva la que es una condición para la emergencia de la autoconciencia. La autoconciencia se estructura además en un marco narrativo el que es inseparable de lo que llamamos identidad personal. La particularidad más importante para comprender el fenómeno de la auto conciencia y que hace del hombre un ser único en la historia de la vida en la tierra, es la de vivir de una manera experiencialmente escindida, en la que el conocimiento específicamente humano surge de una relación dialéctica entre dos modalidades diferentes de conocer: por un lado, un nivel de procesamiento emotivo-tácito, el que compartimos con el resto de los seres vivos y que nos da momento a momento un modo tácito a priori, de sentirnos en el mundo, y, por el otro, un nivel de procesamiento explícito de esta misma experiencia en curso, operación que se reformula en una coherencia narrativa que estabiliza y da continuidad a la experiencia. Esta particularidad del desarrollo evolutivo de la especie humana, el doble procesamiento de la información nos permite mantener un sentido de continuidad experiencial a pesar de la discontinuidad e impredecibilidad de las perturbaciones externas, manteniendo así al sujeto independiente del momento a momento y construyendo así un sentido de identidad personal que tiende a mantenerse coherente en el tiempo. A esto se refería bellamente Guidano cuando señalaba que es el modo en que los humanos transformamos el azar en destino.

Es preciso aquí enfatizar que la autoconciencia humana es siempre una conciencia de los otros y surge en el lenguaje y la historia de interacciones con los otros. En consecuencia en los humanos no puede existir una mente privada (9). Consecuentemente la experiencia humana se caracteriza por que el individuo experimenta una separación ontológica entre dos sentidos de si mismo, por un lado como un sujeto que acta y siente y por el otro como un objeto que avala y relata. Esta condición humana convierte a la experiencia del hombre en una experiencia siempre narrativa (6).

Ambos niveles de conocimiento operan en una dinámica sistémica en la que uno restringe al otro (24) en un proceso sin fin que genera una tensión esencial que es la matriz de lo que podemos llamar con propiedad experiencia humana. Esta tensión esencial da lugar a que el humano tenga una epigénesis que se caracteriza por crisis y reorganizaciones (particularmente a partir de la adolescencia) y no por un desarrollo lineal que conduzca a un ideal madurativo. El desarrollo humano, en este modelo, es visto como una progresión ortogenética, en la que la persona alcanza un orden a través de las fluctuaciones (13) en un proceso en espiral que lo va haciendo cada vez más complejo internamente. Cada vez que se alcanza un punto de equilibrio, nuevas discrepancias presionan a reordenar la experiencia en curso en un proceso sin fin en que el equilibrio alcanzado convive con el nacimiento de un nuevo proceso de desequilibrio.

Toda modalidad de conocimiento personal esta estructurada alrededor de evitar experimentar ciertas emociones desafiantes que pongan en riesgo el vínculo con quien lo cuida en lo que Hayeck denomina el principio de lo abstracto (14) que someramente dicho entiende al ser humano como un sistema primariamente emotivo y comandado por reglas tacitas de funcionamiento que privilegian la evitación del dolor antes que la búsqueda del placer. Esta modalidad de funcionamiento organiza toda la experiencia individual de una manera tal que tendemos a ser ciegos a como operamos tácitamente en cada modalidad personal de organización del conocimiento.

El proceso ortogenético de desarrollo de la trama narrativa humana no es ni normal ni patológico en sí. Ante cualquier experiencia desafiante el sistema tiene dos opciones: predominantemente ser capaz de integrar esta experiencia desafiante y hacer un salto progresivo en su complejidad, integrando y autorregulando la experiencia tácita discrepante al poder operar con ella al nivel explícito, o bien predominantemente no ser capaz de integrar esta experiencia y hacer un salto regresivo, donde la experiencia discrepante es referida a lo externo lo que es la condición para la psicopatología.

Las perturbaciones que desafían al sistema son un evento de estrés dependiendo de la apercepción tácita vivida por el sujeto. Si las estrategias utilizadas permiten la regulación de los estados internos (5) la operación efectuada por el sistema deriva en un salto progresivo. Si no es así, tenemos un salto regresivo mediado por los procesos de autoengaño ya sean, o bien de exclusión tanto como de distracción de los eventos amenazantes. Es esta la dinámica básica de la aparición de la psicopatología.

La activación emocional no reconocida y que queda fuera de la trama narrativa personal (5, 6) siendo vivida sin poder comprenderla es lo que entendemos como síntoma clínico (21). El síntoma entonces es la expresión de la modalidad con la que el sistema hace la coherencia que le restablece el sentido de continuidad experiencial ante los procesos de interferencia de la autoconciencia.

Cuando la coherencia del sistema se ve amenazada, entonces reduce la discrepancia entre la experiencia en curso y la trama narrativa estructurada, operando sistemas de autoengaño, ya sea excluyendo aquella información que pueda activar emociones que está fuera del rango de control o reconocimiento o desarrollando actividades distractivas que aplanen el efecto disruptivo de los gatillamientos emotivos que no pudieron ser eludidos. Ambos procesos interfieren con las habilidades de autoconciencia estructurándose entonces el aspecto nuclear de la psicopatología que consiste en la externalización de la experiencia perturbadora en curso.

La crisis surge cuando la presión de las vivencias no reconocidas sobrepasa la barrera de estos mecanismos de mantención de la coherencia y desafían directamente el mundo explícito construido en la trama narrativa, amenazado el sentido de continuidad vital, dado que el no reconocimiento de uno mismo implica el riesgo de desintegración.

La trama narrativa pierde su capacidad para regular la afectividad (5) disparándose esta de una manera global e indiferenciada, produciendo una intensa turbulencia emotiva. Cuando

la rigidez del procesamiento es extrema, el sujeto queda adherido al momento, viviendo la experiencia discrepante como algo absoluto e inescapable, completamente extraño e incomprensible, con la consecuente percepción de sí de extrema vulnerabilidad. El sujeto vive ese momento una experiencia de objetividad casi absoluta. Lo que se experimenta es la realidad misma. Ningún otro punto de vista es admisible.

La auto imagen consciente, que rige nuestro modo de reconocernos momento a momento se genera en el proceso sin fin de delimitar un perfil del "me" reconocido a partir del "I" percibido en la inmediatez.

En conclusión y de acuerdo a Guidano la experiencia humana es el resultado irreductible de la síntesis dialéctica de los procesos de conocimiento tácito, inmediato, por un lado, y los explícitos mediatos dados por el lenguaje, por el otro.

Si nos ponemos desde el punto de vista de ver al hombre como un sistema epistémico autoorganizado (18) parece ser posible una comprensión diferente de la experiencia psicopatológica. Es posible entender la psicopatología como una modalidad de mantención de la coherencia del sistema y de su sentido de unicidad y continuidad histórica ante desafíos o perturbaciones que superan sus capacidades normales de procesamiento.

Por ejemplo, veamos el caso de Jorge una persona particularmente sensible a evitar las experiencias de pérdida, a través de evitar el vinculamiento íntimo, estrategia que fue adaptativa para una historia de interacciones con la madre en que el rechazo y la falta de afecto fue alta y consistentemente predecible. Jorge creció en un mundo en el que excluye tácitamente toda percepción de acceso a un vínculo significativo. A pesar de esto, se enamoró y de este modo ahora sí quedó expuesto a un evento de pérdida. Cuando esta, inevitablemente le ocurrió, la experiencia fue vivida de una manera extremadamente turbulenta e inmanejable. Esto es explicable ya que la experiencia de pérdida nunca antes pudo ser elaborada. En el proceso de psicoterapia pudo hacer distinciones de matices diferentes dentro de esta turbulencia total e indiferenciada y entonces fue capaz de dar un salto adelante en integrar la experiencia de pérdida como un rango emotivo reconocible y compartible con el resto de los humanos, y no como su personal destino de inevitable soledad. Para un paciente con similares características, pero a quien hacer estas distinciones no le hubiera sido posible, habrá ocurrido un retroceso a un estado emotivo evitativo aun más rígido y concreto, en el que los procesos de autoengaño para eludir experimentar la pérdida habrán dejado afuera, aun más regidamente, todo reconocimiento de experiencias de vinculamiento afectivo que amenazaran gatillar sentimientos de pérdida o bien utilizando modalidades de control de las experiencias dolorosas que inevitablemente ocurran, usando por ejemplo drogas o alcohol a niveles autodestructivos, pero eficaces para suprimir la experiencia vedada.

La calidad y estructura de los síntomas que presente un paciente van a depender de la modalidad de organización de la experiencia para cada organización de significado personal y de la modalidad de procesamiento de los contenidos del conocimiento distinguidos en cada organización de significado personal.

Los contenidos elaborados por cada una de estas organizaciones pueden ser elaborados de manera normal, neurótica y psíquica, dependiendo de la calidad de la modalidad de procesamiento del conocimiento. Es decir, la flexibilidad o rigidez de los puntos de vista, lo concreto o abstracto del procesamiento y el grado de integración (10, 11, 13).

La nosología racionalista, que sostiene una epistemología descriptiva, considera a la normalidad, la neurosis y la psicosis como contenidos de la realidad normales, neuróticos o psíquicos. En otras palabras esta focalizada en las reglas semánticas del conocimiento.

La nosología Posracionalista se centra en el procesamiento de los mismos contenidos, entendiendo que los mismos contenidos de conocimiento se encuentran en la misma persona, y en la misma organización, ya sea en un procesamiento normal, neurótico o psíquico. Vale decir aquí se privilegia el foco en las reglas sintéticas del conocimiento.

Por ejemplo, en el caso de la experiencia de celos como parte de la dotación emotiva propia de los humanos.

En el caso de un nivel de procesamiento Normal los celos son vividos como algo que ocurre como un modo particular de sentir ante la posibilidad de que la pareja experimente algún interés en otra persona. Este contenido puede ser entonces integrado como algo que le ocurre a los seres humanos, y la emoción concurrente vivida de manera más distanciada, más abstracta. Además esta experiencia es considerada desde varios puntos de vista lo que hace a la persona más flexible y finalmente puede generar en la persona puntos de vistas más novedosos sobre la complejidad de la vida afectiva humana y otros temas por el estilo que convierten a la experiencia de celos en una potencial generatividad.

En el caso de un Procesamiento Neurótico hay menor abstracción y la persona puede quedar adherida a la emoción gatillada quedando activado por mucho tiempo. Además puede considerar lo que ocurre como algo personal sin poder tomar otros puntos de vista más distanciados del momento de sufrimiento lo cual es un aspecto de falta de flexibilidad y finalmente esta severamente limitado para conectar la experiencia en curso a otras experiencias anteriores y de este modo impidiendo una mayor generatividad y por lo tanto limitando su capacidad de actuar estratégicamente.

Cuando la persona vive la experiencia de celos con un extremo concretísimo y falta de flexibilidad y además esta incapacitado para reconocer sus procesos mentales básicos como propios hablamos de un Procesamiento Psíquico. Es el caso del Delirio Celotípico Paranoídeo.

## 5. - LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS PSICÓGENOS (DAP)

El tema central común para todos los trastornos clínicos comprendidos en lo que Guidano llama Organización de Significado Personal de Desordenes Alimenticios (Osp. DAP), con diferentes perfiles de superficie, es la presencia de un sentido de sí mismo muy borroso e indefinido que surge de la ambigüedad de los vínculos tempranos y que se puede estabilizar solamente estableciendo una relación sobreinvolucrada y no diferenciada con una figura de referencia absoluta generando un significado personal alrededor de un sentido indefinido de



inefectividad personal, oscilando entre la necesidad de confirmación de los significativos y el temor a ser invadido o desconfirmado por estos mismos.

Esta condición desafiante exige de las personas que la experimentan estrategias específicas para cumplir con la regla interna de nunca experimentar esta sensación, y reordenar la experiencia en curso en un sentido positivo.

El aspecto central para comprender los desbalances de la OSP DAP es la excesiva vulnerabilidad a los juicios externos y la estructura de las diversas estrategias tácitamente utilizadas para manejar las perturbaciones emotivas gatilladas en los desbalances en el control de los juicios externos que amenazan el sentido de si mismo establecido.

Los eventos críticos gatilladores de los desbalances clínicos en los DAP son de dos fuentes: O bien experiencias de decepción de la figura de referencia o bien la aparición de situaciones de exposición social que rompan el equilibrio entre la necesidad absoluta de aprobación externa y el miedo de ser invadido o desconfirmado por los otros significativos.

El rango de trastornos clínicos que pueden explicarse por esta modalidad común de organización de la experiencia es extremadamente vasto, a diferencia de las otras tres OSP. El nombre OSP de Trastornos Alimenticios Psicógenos proviene de los primeros trabajos del grupo Posracionalista en el Centro de Terapia Cognitiva de Roma, en una investigación casi única que se extendió por 8 años (13). Los investigadores encontraron que tras el tema de los DAP había mucho más que una problemática de alimentación y que los trastornos alimenticios son solo algunas de las modalidades de desbalance que pueden sufrir las personas que pertenecen a este modo de organizar la experiencia. Usualmente salvo excepciones los trastornos clásicos, como anorexia, bulimia y obesidad psicógenas se presentan casi exclusivamente en mujeres. A menudo la presencia de un trastorno alimenticio en hombres, en particular el cuadro anoréxico ocurre casi únicamente en homosexuales. La misma modalidad de significado personal se observa en los hombres pero bajo la forma de problemas sexuales, sociales y laborales principalmente, y para ambos sexos todos los temas que se conectan con el rendimiento.

El aspecto principal en esta organización es la dificultad estructural de estas personas para diferenciarse de una referencia externa.

El camino evolutivo que sigue una persona para llegar a tener este tipo de OSP sigue una línea común.

Los vínculos tempranos de estas personas se caracterizan por una madre ambigua y contradictoria que oscila en su actitud hacia el niño. Esta oscilación de la figura de referencia interfiere con la necesidad del niño de tener un sentido estable y definido de si mismo. De este modo su única viabilidad es adherir completamente a las expectativas de la madre, momento a momento en un vínculo enmarañado (11) en el que el niño no tiene la opción de un sentido autónomo y diferenciado de si.

Posteriormente un estilo familiar que le redefine constantemente criterios, emociones y sentimientos le confirma tácitamente al niño la viabilidad de su estilo. Este tipo de familia

no admite criterios autónomos de tal modo que coincidir con el otro es la única forma de amor posible.

Alrededor de los 5 años, cuando el niño deberá tener una decodificación autónoma de sus estados internos, está completamente adherido al vínculo enmarañado con una figura de referencia vista como ideal, y logrando un sentido de si mismo estabilizado en una adhesión momento a momento a las expectativas de una madre percibida como una figura absoluta. Cualquier decepción de esta figura idealizada provocar una desestabilización de la propia auto percepción. Cuando la coordinación con la figura materna falla, el niño cuenta solamente con las intercepciones más elementales como única fuente confiable de reconocerse a si mismo. Las actividades alimenticias y musculares pasan a ser la fuente de su reconocimiento inmediato y la estabilización de un sentido de si mismo angustiosamente difuso y oscilante.

Los procesos de Identificación y de Diferenciación que son procesos complementarios en este caso son disarmónicos. Los procesos de Identificación permiten al niño orientarse externamente para reconocer los estados internos del otro para poder reconocer estos en si mismo. Los procesos de Diferenciación son aquellos que alejan a la persona de la fuente de identificación en una tendencia a lo interno en el que sucede un auto reconocimiento.

En el caso de los niños DAP este segundo proceso, de diferenciación es interferido por la constante redefinición de sentimientos y criterios impuestos por la madre y la familia. En este caso el niño va a desarrollar una orientación predominantemente externa de sus procesos de conocimiento de si mismo y el mundo (1).

Esto genera en el niño una oscilación de esquemas emotivos prototípicos opuestos oscilando con vaguedad entre estar ligado externamente y estar ligado internamente. En el caso de percibirse ligado externamente, el niño experimenta un sentimiento de ineffectividad personal (su sentido de si mismo no le pertenece a él, sino viene del otro). En el caso de percibirse ligado internamente tiene un sentido mayor de individualidad, pero al precio de un sentimiento de vacío y de falta de autoconfianza.

El equilibrio lo logra en una estrategia auto referencial en el que, junto con escoger una figura idealizada de referencia, despliega ante esta figura actitudes autosuficientes para regular un sentido de mayor diferenciación.

Esto genera un niño cuya capacidad de diferenciación emotiva es muy precaria, a excepción de las experiencias interoceptivas, digestivas y motrices. Pero como las experiencias emotivas son inescapables, cuando el niño no logra manejar un buen nivel de confirmación de la figura de referencia, él puede usar dos estrategias: O bien evitar situaciones que gatillen sentimientos y criterios autónomos peligrosos para la mantención de la continuidad experiencial externamente fundada, o bien desplegar actividades destructivas en que frecuentemente puede usar los mismos componentes motores y viscerales a los que tiene fácil acceso para reconocerse tales como la actividad alimenticia o como ocurre en el déficit atencional o la encopresis, entre otros.

El niño mantiene así un buen equilibrio y evita tener la experiencia prohibida de experimentar una percepción borrosa y oscilante de sí mismo, al confiar solamente en marcos de referencia externos, en los que el auto reconocimiento coincide con las expectativas percibidas de una figura de referencia con la que trata de calzar sistemáticamente.

Pero este equilibrio se quiebra inevitablemente en la adolescencia al aparecer el pensamiento abstracto con la ineludible relativización de los padres y la familia. Este es un momento crítico que pone a prueba la capacidad para mantener un sentido estable de sí mismo ante la decepción de las figuras idealizadas de padres y familia, que hasta ese momento sostenían su identidad. Como el niño no posee otra viabilidad que involucrarse estrechamente con una figura de referencia, su estrategia para obtener una percepción estabilizada de sí es a través de lograr vínculos afectivos cercanos, alternativos a la madre, pero esta vez previendo la decepción con una serie de estrategias en que se exponga al mínimo y que el otro se muestre al máximo, buscando las garantías contra esta experiencia amenazante.

Anorexia, Bulimia y Obesidad como un continuo atribucional.

La decepción adolescente que desafía el sentido de continuidad de sí mismo de la persona de la Osp. DAP, puede llegar a ser procesada de dos maneras diferentes: o bien atribuir la turbulencia experimentada a una realidad engañosa y decepcionante en sí misma, o bien atribuirse esa experiencia negativa a sí mismo. En ambos casos esta diferencia atribucional es muy importante para entender los diferentes modalidades de los desbalances en los desórdenes alimenticios (17). En el caso de hacer una atribución externa la persona tiende a ver a los demás como invasivos y engañosos, y desarrolla estrategias activas para combatir esta realidad. Esto genera una actitud más activa tanto psicológica como físicamente ante la decepción percibida. Las estrategias están centradas en percibirse portador de un modo de ser que es percibido inadecuado, pero que puede ser modificado. Es el patrón que está detrás de los trastornos anoréxicos en los que hay una actividad motora aumentada y en el que se responsabiliza a los demás de la experiencia de decepción y desconfirmación, lo que se acompaña de un sentido de lucha. En el caso de hacer una atribución interna la persona tiende a evitar los sentimientos de ineffectividad y de vacío atribuyéndolos a rasgos negativos personales específicos que le devuelven el sentido de control. Este es el patrón que da lugar a los trastornos de obesidad, con una actitud física y psicológicamente pasiva, la atribución causal es de responsabilidad interna, constitutiva y estable y se acompaña de un sentido de derrota y de inevitabilidad de la desconfirmación y de las decepciones, porque soy así, gorda y no tengo nada que hacer, así nací y ya no hay remedio.

En ambos casos la decepción y los sentimientos de vacío e ineficacia que la acompañan son transformados en experiencias manejables al asumir una actitud centrada en el temor a una imagen corporal inaceptable. Solo que en el caso del patrón anoréxico se lucha activamente sobrecontrolando los impulsos biológicos y de esta manera recuperando un control sobre un sentido de continuidad experiencial ya que en el caso del patrón obeso la actitud hacia la intolerable vivencia de decepción es de pasividad, en una estrategia en que retoma el control del sentido de continuidad experiencial circunscribiendo el malestar global de sí mismo en un aspecto específico negativo de sí mismo, tal como la gordura.

El patrón bulímico se encuentra en un punto intermedio, con grandes oscilaciones entre hacer atribuciones internas o externas de sus experiencias discrepantes. Esto es lo que nos puede explicar la particular dificultad relacional que ofrecen estos pacientes tan sistemáticamente conflictivos, tanto en su vida personal como en la terapia.

De esta manera podemos entender los tres patrones clínicos como emergiendo de una etiología común. Las diferencias clínicas observables pueden atribuirse a los diferentes estilos atribucionales que presentan los diferentes desbalances y que se distribuyen en un continuo, tal como vemos en el gráfico siguiente:

Estamos en condiciones de entender las diferentes expresiones de los trastornos DAP como la varianza de superficie de una modalidad común de procesar la experiencia. O sea que, tanto en los problemas bulímicos, anoréxicos y de obesidad, así como en otras expresiones de la misma fisiología de la experiencia tales como ansiedad de exposición, fobia social, problemas sexuales, etc. hay una modalidad de significado común profundo.

Esta forma común de procesar la experiencia en tan diferentes cuadros clínicos debe entenderse como la modalidad en que este tipo de personas establece una forma coherente de darse un sentido y una consistencia, de tal modo que de un plano estrechamente ligado a la descripción y el diagnóstico del comportamiento alimenticio, podemos pasar a privilegiar la centralidad de los temas ligados a la identidad (4).

## 6. - EL MÉTODO TERAPEUTICO

Guidano propone propender al desarrollo de una teoría exhaustiva y unitaria del funcionamiento de la mente humana, que sea aceptada por la comunidad de especialistas (como ocurre con otras disciplinas más duras) y que pueda generar un enfoque terapéutico único, aplicable a cualquier contexto, ya sea uno individual con problemática existencial, neurótica o psicótica, o bien un contexto de pareja o de familia (7).

En primer lugar el terapeuta Posracionalista no se hace la pregunta de a que cuadro corresponden los síntomas que veo, sino que se pregunta de que manera este síntoma expresa el modo particular con que el paciente mantiene su sentido de continuidad experiencial.

Una intervención terapéutica en tal óptica no tiene como objetivo central desarrollar y aplicar técnicas específicas para modificar cuadros específicos, sino que desarrollar una metodología de intervención estratégica orientada a intervenir en los procesos auto conscientes del individuo. De hecho, en la práctica clínica real tanto en los desórdenes alimenticios como en cualquier cuadro clínico, lo que podemos ver es una heterogeneidad sintomática que hace en realidad muy difícil realizar la ilusión de aplicar una técnica específica a un cuadro específico. La complejidad y plasticidad humanas escapan a tal pretensión, generalmente más real en los textos y las palabras que en la realidad de nuestra práctica profesional diaria.

Al terapeuta posracionalista no le interesa diagnosticar anorexia, bulimia u obesidad en forma transversal, como ocurre en los DSM, sino que le interesa hacer un diagnóstico procesal que considere tanto el momento de vida del paciente como los elementos gatilladores y mantenedores de la sintomatología (8). Por ejemplo, en el caso característico de un desbalance clínico anoréxico, una decepción de las figuras parentales que es en si un aspecto inevitable de la experiencia adolescente, puede gatillar la sintomatología como consecuencia de una ruptura afectiva con alguien, por ejemplo una pareja, que había llegado a ser una figura de referencia absoluta alternativa a la madre. Y esta sintomatología puede ser mantenida va hacer una atribución externalizadora en que la experiencia borrosa de si misma se regula luchando activamente contra los impulsos interoceptivos del hambre, y/o desplegando una actitud crítica, descalificadora y relativizadora de figuras significativas.

El terapeuta Posracionalista no espera una relación causa-efecto entre su intervención y el resultado obtenido, aun cuando pueda ser claro que es en el marco de la psicoterapia donde ocurrió el gatillamiento de un proceso que dio lugar a la reorganización del paciente (9 ). El terapeuta está focalizado en generar las mejores condiciones posibles para gatillar una reorganización. Estas condiciones pueden generarse en el seno de una relación terapéutica realmente comprometida, entendiéndose por tal cosa una permanente disposición del terapeuta a simular los procesos del paciente, representándose el cómo puede este estar viviéndolos como observador, y operar sobre el sistema paciente de acuerdo a este criterio de referencia al mundo interior del paciente. Las condiciones consisten en llevar al paciente a experimentar eventos afectivamente cargados y generar una condición auto referencial en que le sea imposible dejar de reconocer como propios los aspectos emotivos que emergen en este trabajo.

a- La Metodología auto observacional.

La auto observación (9) es el método unitario que es utilizado tanto para la fase de evaluación como para la intervención misma, el que permite el análisis de los dos niveles de procesamiento de la información y de la relación que existe entre estos para la persona. La operación en la interfase entre experiencia inmediata y explicación permite analizar los sucesos de interés terapéutico con el mismo método.

Todo problema terapéutico es reconstruido en término de los eventos secuenciales a los que puede referirse utilizando un lenguaje cinematográfico, ya que la unidad de análisis en este método es la imagen (10).

Se conduce al paciente a reconstruir la secuencia de escenas en una especie de panorámica, revisando de atrás adelante el evento estudiado y deteniéndose en puntos críticos que se enfocan en detalle (zooming out), de esta manera la escena se enriquece con nuevos detalles (10) que no habían sido atendidos ni considerados por el paciente. Luego esta escena, enriquecida de detalles se reinserta en la secuencia (zooming in) , lo cual va a facilitar las distinciones de más detalles experienciales en las escenas subsiguientes, todo lo cual va a ir aumentando el nivel de flexibilidad y la abstracción narrativa que el paciente tiene para autorreferirse la experiencia inmediata en cuestión.

El interés se centra en reconstruir la experiencia inmediata y la modalidad en que el cliente se refiere estas experiencias. Se entrena al paciente a focalizarse en el trabajo auto observacional haciéndole notar que se pueden hacer dos preguntas en su exámen: el por qué de lo que le ocurre, vale decir cómo es que se explica lo vivido y además el cómo fue experimentado lo vivido, a la luz del detalle de sus ingredientes experienciales. Junto con este primer tipo de distinción, el paciente es llevado a enfocar su experiencia desde dos puntos de vista: punto de vista subjetivo o como ocurre la escena en primera persona, y punto de vista objetivo, al mirar la escena desde fuera tal como cuando uno hace comentarios acerca de una escena de una película o una obra de teatro, en que de los datos manifiestos que muestra el personaje, es posible inferir la experiencia interna del personaje principal.

Una forma especial de aplicar este método es el entrenamiento en heterorreferencialidad, aspecto central especialmente en los pacientes de la OSP DAP. El mecanismo de auto observación se centra en que el paciente se haga consciente de cómo las actitudes, comentarios o conductas de los otros le cambian el sentido de si mismo ( si A se comporta así, qué ocurre conmigo en términos de tomar la conducta de A como información sobre uno mismo y entrenar un punto de vista alternativo que tiene como objetivo independizarlo del parámetro externo (si A se comporta así Que ocurre con A en términos de tomar la conducta de A como información sobre A); de esta manera el paciente va a ir aumentando su contacto con sus parámetros de referencia internos.

En la fase de reconstrucción de la historia del desarrollo el punto de vista objetivo se hace doble. Por una parte como el paciente se ve desde afuera con los ojos de un niño de la misma edad que corresponde a la escena reconstruida y por otra parte como lo se ve desde fuera en esa escena con los ojos del presente, es decir con toda su experiencia, conocimiento de las cosas y nuevos puntos de vista desarrollados en el curso vital.

Este método, puede verse, no está interesado en develar una verdad oculta a los ojos del paciente, sino en lograr una mayor flexibilidad y mayores distinciones en la experiencia, diferenciando la experiencia de la explicación que la ordena y tomando constantemente una doble perspectiva, objetiva subjetiva de su experiencia. Esto de modo de alcanzar el reconocimiento de una gama más amplia de ingredientes experienciales que desafíen la autoimagen establecida de si mismo.

b).- El Proceso Terapéutico.

Si consideramos que cualquier reordenamiento racional cognitivo (nivel narrativo explícito) consiste en operar con las reglas lógico-semánticas para hacer consistente el flujo de la experiencia inmediata y la continuidad de nuestra evaluación del mundo y que este reordenamiento, más que representar una realidad ya dada de acuerdo a una lógica de correspondencia externa, corresponde a la construcción y reconstrucción de una realidad capaz de hacer consistente la experiencia en curso, entonces el objetivo central de la estrategia terapéutica es guiar al paciente en focalizarse en aspectos de la experiencia que no han sido procesados y/o completamente comprendidos.

Los patrones de autoconciencia (de auto referencia o de coherencia) tienden a ser más auto confirmatorios que exploratorios e incluso capaces de manipular la experiencia inmediata a medida que se auto referencia y reordena, para así impedir la aparición en la conciencia de datos irrelevantes o que desafíen la evaluación de si mismo o de la situación formalizada hasta ese momento. Por tanto, el proceso terapéutico consiste en provocar cambios progresivos en estos patrones de coherencia, a través de incrementar paulatinamente la comprensión por parte del cliente de la forma en que ordena el flujo de la experiencia, es decir, la comprensión de los patrones básicos que emplea para auto referirse la experiencia inmediata, lo que finalmente facilita la aparición o reconocimiento de otras tonalidades de sentimiento.

En síntesis, el cambio terapéutico significativo coincide con un cambio en el nivel y calidad de la autoconciencia (awareness). Esto corresponde a un aumento de la flexibilidad, abstracción y generatividad de la evaluación del nivel explícito (mi) del nivel tácito de experiencia (yo). Este aumento de la flexibilidad, por un lado, va desafiando la imagen conciente de si mismo de manera que los afectos que se perciben como extraños e irreales pasan a ser evaluados como emociones personales reales y auto referidas al propio sentido consciente de continuidad y unicidad. Por el otro, al modificar el punto de equilibrio en la relación mi/yo, el cliente aumenta su comprensión de como ocurren y se mantienen los sentimientos oscilantes discrepantes, mejorando su capacidad de autorregulación de la emotividad, (5) vale decir, de la experiencia subjetiva.

La auto observación es el método esencial para llevar a cabo tanto la evaluación como la intervención terapéuticas. De esta manera operando en la interfase entre la experiencia inmediata y su reordenamiento explícito, se van reconstruyendo los acontecimientos de interés terapéutico, facilitándose la observación de ambos niveles de procesamiento y los patrones de coherencia de la relación existente entre ellos.

El terapeuta actúa como un perturbador estratégicamente orientado, estableciendo las condiciones capaces de provocar la reorganización, pero no controla ni determina el resultado final del proceso, donde su meta es orientar al cliente a comprender los patrones que él emplea para auto referirse sus experiencias inmediatas. De manera que, más que estar centrado en modificar las creencias que el cliente tiene, lo guía en darse cuenta de la forma que tiene para elaborarlas. Para lograr este objetivo es indispensable que el terapeuta conozca la dinámica de las principales organizaciones de significado personal, así como los desafíos evolutivos que enfrentan en su progresión ortogenética a lo largo del ciclo vital.

Entonces utilizando la técnica de la moviola (estrategia de auto observación), el terapeuta utilizando los problemas presentes y los eventos donde ocurre la discrepancia emocional, promueve nuevos niveles de comprensión y posibilita que los procesos de autoorganización del cliente influyan en el rumbo de la terapia.

Las perturbaciones emocionales que generan un cambio efectivo en terapia provienen de dos procesos básicos:

1. - Un efecto discrepante, derivado de las explicaciones del terapeuta, teniendo en cuenta que todo lo que hace el terapeuta, ya sea mediante una comunicación verbal y/o no verbal,

incluyendo la estrategia de auto observación, es una explicación para el cliente. Este efecto discrepante es capaz de suscitar una modificación apreciable del punto de vista que el cliente mantiene de si mismo. Aunque las explicaciones con efectos discrepantes son una condición necesaria para activar la perturbación desafiante terapéutica, no bastan en si misma para desencadenar un efecto reorganizador y se requiere de:

2.- Un nivel sostenido y apreciable de compromiso emocional en la relación terapéutica, empuja a una codificación auto referencial global e inmediata del punto de vista cuestionador (una perspectiva alternativa a la verdad sostenida por el paciente) que provoca la percepción de discrepancia. Independientemente de su contenido específico, una perspectiva cuestionadora, puede producir un efecto discrepante sólo a través del nivel de auto referencialidad que se adquiere en función de la calidad de la reciprocidad emocional estructurada hasta ese momento en el contexto interpersonal. En este sentido, resulta básico la calidad del compromiso emocional del terapeuta en lo que dice o hace, evidenciando que participa en una relación real. Esto representa una garantía para el paciente de que el terapeuta esta dispuesto a cumplir su ofrecimiento en cuanto sea aceptado. A los ojos del cliente esto implica una posibilidad fiable de una explicación y experiencia alternativa de sus problemas actuales.

### c.- La Estrategia Terapéutica

La estrategia terapéutica consta de tres fases principales:

Fase 1. - Preparación del contexto clínico e interpersonal

Fase 2. - Construcción del dispositivo terapéutico.

Fase 3. - Empezar el análisis evolutivo.

#### Preparación del contexto clínico e interpersonal (fase 1)

Dependiendo del nivel de conocimiento que el paciente tenga de su problema y de la actitud de cooperación, pasividad/proactividad y ambigüedad del paciente, esta fase puede tomar entre una y siete sesiones. El objetivo central es construir una relación interpersonal que facilite la exploración de la vivencia, con el propósito de lograr reformular el problema presentado por el paciente en términos de que permita la utilización de la estrategia de auto observación, es decir, actuar en la interfase entre experiencia/explicación. En este sentido, la operación básica consiste en redefinir el problema como interno y relacionado a su modo de ser (sentimientos intrínsecos del modo de ser del sujeto, los que no son lo bastante reconocidos o explicados), en contraste a la definición externa, que normalmente el cliente experimenta y presenta (como síntomas extraños, ideas de enfermedad u otras nociones desvinculadas con su manera de ser).

Pamela, joven de 16 años de edad e hija única del matrimonio, cursa el penúltimo año de la educación media. Su padre, de 55 años es publicista y se dedica a negocios inmobiliarios y tiene un hijo de 22 años producto de otra relación. La madre, de 44 años, es también publicista y conoció al padre de Daniela siendo alumna de este. A mediados del verano, 8



meses atrás, Pamela comenzó a hacer una dieta y dada su disconformidad con los resultados a fines del verano consulta con una médico nutricionista que le señala que ella tenía cierta facilidad para asimilar alimentos y que con paciencia y una adecuada ingesta alimentaria podrá lograr mantenerse bien. Esto aun cuando en ese momento la relación talla-peso era normal. Desde ese momento ella comienza una estricta dieta restringiendo casi en su totalidad la ingesta alimentaria iniciando así un cuadro anoréxico agudo clásico que la llevo a perder 8 a 10 Kg en tres meses, con amenorrea, etc. Conjuntamente a su intento de no comer comienza a alterarse la relación con los padres (y en especial con la madre) quienes la presionan a comer con lo que toda la relación con los padres gira con relación al tema de la alimentación.

Ante la clásica pregunta, qué problema te trae por acá, la paciente refiere asistir a la consulta por que los padres la obligan y manifiesta una actitud desafiante y hostil hacia la terapia, ya que siente que la intención de los padres es hacerle subir de peso lo cual la hará verse gorda y antiestética.

En el transcurso de esta primera sesión empezó a quedar en evidencia a los ojos de la paciente que ya en la época previa al verano como durante el verano manifestaba cierto nivel de tensión y angustia al verse enfrentada a situaciones sociales. Contactos con amigas y miembros del sexo opuesto, con los que se empezaba a sentir confusa, insegura, e indefinida interiormente como si se sintiera hueca y vacía.

El terapeuta analiza en ese momento sus dificultades de integración al mundo social lo que despierta el inmediato interés de la paciente en conversar acerca de sus dificultades de enfrentamiento en situaciones sociales explicitando que, eso si, no desea hablar del tema alimenticio.

El paso siguiente consistió en reformular su dificultad de relacionarse socialmente en términos de su sensibilidad a la evaluación ya sea real o ya sea posible de sus coetáneos. Para esto se comenzaron a reconstruir escenas en las cuales esta dificultad se manifestaba, en las que ella empieza a reconocerse muy vulnerable y sin control de la imagen que los demás tenían de ella y de su rendimiento social. En estas escenas ella reconoce que en forma permanente se encuentra fome, sin personalidad, que los demás son más entretenidos, que no tiene nada que decir. Por todo esto ella anticipa una actitud excluyente de parte de los demás, quienes la van a mirar en menos, que la van a rechazar. También que, a consecuencias de esto ella ha preferido aislarse o participar lo menos posible con personas con las que no tiene confianza.

El terapeuta tenía especial cuidado de no desafiar el punto de vista sostenido por ella, en el que consideraba que lo central en sus sentimientos de falta de aceptación se debían a sus, para ella, objetivamente negativos atributos estéticos e intelectuales, al mismo tiempo de ir promoviendo en ella un cambio de perspectiva en la cual los problemas mas bien parecen consistir en el modo en que se relaciona con los otros y mas concretamente tienen que ver con su propia hipersensibilidad a los juicios de los demás, ya sea anticipados o reales.

Reformulado de esta manera, el problema se internaliza y así se pudo definir un escenario de auto observación de común acuerdo con la paciente en un marco (setting) de exploración colaborativa.

A lo largo de este proceso, que duró alrededor de 3 a 4 sesiones, cada vez que el terapeuta quería indagar en algún aspecto específico señalado por ella, la paciente respondía con vaguedad y ofreciendo explicaciones en forma mecánica y consensual al grupo de referencia. La exploración de sus sentimientos daba lugar a respuestas también muy vagas tales como incomodidad, malestar desagradado, etc. A pesar de tener conciencia de que estos sentimientos eran más intensos en situaciones sociales con sus pares, no era capaz de explicarse las razones de por qué era esto así. Estas escenas entonces se transformaron en el foco de atención de la autoobservación de la paciente. Esta estrategia permitió a la paciente reconocer que estas experiencias emotivas eran la base de su reticencia a relacionarse en forma más directa con sus compañeros.

La estrategia del terapeuta fue desarrollada de tal manera de nunca ponerse en la situación de confrontarse dialécticamente con la paciente o procurar persuadirla, directa o indirectamente en el sentido de que su problema es el juicio externo. Lo que importa destacar es que esta reformulación fue a su vez el producto de la reformulación de las propias experiencias reconstruidas y reconocidas como propias por la paciente. De esta manera se evita el común riesgo de que los resultados obtenidos sean solo el producto de un acuerdo verbal, dada la vaguedad y disposición a complacer de estos pacientes debido a su hipersensibilidad al juicio ajeno y por ende también al del terapeuta.

De esta manera, el terapeuta se comporta como un perturbador estratégicamente orientado, al definir el contexto terapéutico como un ámbito destinado a la comprensión e indagación y no como un escenario donde el cliente sea tranquilizado y/o recibir soluciones técnicas (que por lo general corresponde a lo que el cliente habitualmente espera obtener en terapia, un lugar donde se le brinden consejos o soluciones técnicas). Entonces serán las explicaciones o reformulaciones discrepantes, que ocurren en un contexto emocional interactivo adecuado, las que modifican el punto de vista que el cliente presenta.

Dada la importancia que el contexto emocional tiene para la evolución de la terapia, en las primeras sesiones no se puede cometer ningún tipo de error relacional ya que tal como ocurre en cualquier relación afectiva al inicio se definen los roles y reglas de la relación, las que se mantendrán a lo largo del tratamiento.

En el logro de estos objetivos, luego de la clásica pregunta qué es lo que lo trajo aquí el terapeuta debe plantearse dos aspectos. En primer lugar, tratar de tener rápidamente una hipótesis de la O.S.P., lo que va a permitirle orientarse a reformular el problema presentado y evitar asumir actitudes inoportunas frente a las emociones perturbadoras del cliente, tales como adoptar una actitud crítica y/o preocupada, ya que confirmarían el sentido de extrañeza con que el cliente percibe estas emociones, o bien actitudes que se opongan y/o sean antitéticas (o desafiantes) con su coherencia. En segundo lugar, no intentar corregir ni confirmar las afirmaciones del cliente, evitando entrar en discusiones que no modifican lo que el cliente experimenta, pero que pueden definir el contexto terapéutico como competitivo o puramente verbal. De este modo, se define el contexto interpersonal como

una colaboración recíproca y la relación terapéutica como una herramienta de indagación, que permite investigar en su significado personal. Así, terapeuta y paciente trabajando conjuntamente construyen una comprensión que está hasta ese momento ausente. De manera de construir un punto de vista, tanto alternativo como comprometido, que traslade el foco de atención del cliente hacia otros aspectos del s mismo, hasta ese momento no accesibles.

## Construcción del dispositivo terapéutico (fase 2)

Esta fase se divide en dos etapas:

Primera etapa: Enfoque y reordenamiento de la experiencia inmediata.

Esta etapa comprende normalmente sesiones semanales, de modo que el paciente tenga un rol más activo en la terapia y tiene una duración entre cuatro y ocho meses.

Los objetivos centrales de esta fase son reconstruir el patrón de coherencia actual del cliente y los modos en que su desbalance ha suscitado los problemas originales.

En un comienzo, se le pide al cliente que enfoque y anote los acontecimientos significativos de la semana elegidos según la reformulación inicial del problema. Estos eventos son divididos en secuencias de escenas, las cuales son analizadas a través del método de auto observación. En esta etapa se entrena al cliente en distinguir los distintos aspectos de la experiencia subjetiva, hasta que logre llevar el foco de atención a uno de estos aspectos y reconstruirlos desde diversos puntos de vista. En esta etapa, utilizando la técnica de la moviola se instruye desde las sesiones iniciales al cliente a enfocar en cada escena la diferencia entre la experiencia y su explicación, tanto durante la escena como después de ella; introduciendo la distinción entre el "como" (la experiencia) y el "porque" (la explicación). El como esta relacionado con la construcción (los ingredientes) de la experiencia subjetiva (p.ej. patrones dinámicos de la imaginación, tendencia a actuar, sentimientos multifacéticos, el sentido de si mismo experimentado, etc.) y también el modo en que se produce, es decir, la situación o acontecimientos que generaron la percepción discrepante y como esta fue reconocida.

En esta etapa el problema inicialmente planteado con una actitud "conectada externamente" (un problema objetivo), se comienza a entender como más "internamente conectado" (relacionado con manejar ciertos aspectos inmediatos de su experiencia subjetiva) y el trabajo de la moviola está orientado a enfocar la discrepancia entre la experiencia inmediata y su reordenamiento explícito, con el objetivo acordado de reconstruir el patrón de coherencia entre ambos niveles de experiencia.

Pamela atribuye su inseguridad social al hecho de haber engrosado físicamente, conectándola a su aspecto externo lo que le generaba un deseo inmediato de no crecer porque de esta manera se evitara preocuparse de bromas y críticas. En las sesiones iniciales ya se haba reformulado su problema en términos de su permeabilidad a los comentarios y actitudes de los otros entre los que se destacan los de la madre y lo de los coetáneos en

especial sus compañeras mujeres, los que representaran su modo de ser y su forma de sentirse con los otros.

En esta etapa se encontró que a la paciente le costaba reconocer el efecto emocional negativo que le generaban los comentarios de la madre y los sentimientos de confusión experimentados los atribuía a su tendencia a ser más unida y más complaciente con la madre. Pasando estas y otras escenas a través de la moviola, Pamela fue cada vez más capaz de reconocer la manera como sus estados afectivos internos e incluso su punto de vista sobre los hechos iba siendo influenciados y determinados por el punto de vista y actitudes de los otros. Una vez que fue capaz de hacer estas distinciones se la empezó a entrenar en el ejercicio de la heterorreferencialidad en términos de independizar el sentido de si misma que ella tiene de los parámetros externos, es decir independizar el quién me siento ser del cómo me ve la otra persona. En este entrenamiento, la acción y la actitud del otro son tomadas como información como sobre la otra persona distinguiendo en el otro sentimientos, emociones, intenciones y atributos propios del otro (2). Haciendo este trabajo por ejemplo ella logro darse cuenta que en las situaciones de conflicto con la madre, esta tiende a extremar y exagerar su compromiso emocional y a seleccionar en forma muy sesgada la información de manera de manipularla tanto a ella como a su padre.

Al reconstruir situaciones sociales tales como p.ej. ir a bailar a una discoteca ella notaba que sacaban a bailar a sus amigas y no a ella lo cual inicialmente atribuía a su físico. Al indagar en forma mas exhaustiva acerca de su actitud social ella reconoce que desde su debut social a los 14 años ya notaba que no tenía deseos de participar ya que se perciba a si misma como una persona fome. Pero igualmente se obligaba a si misma a asistir porque no quería quedar fuera del grupo a pesar de que refiere haberlo pasado muy mal en estas ocasiones. Y cuando optó por no asistir se arrepentía ya que le surgían preguntas sobre que estarían haciendo, que actitud tomaran hacia mí, quedando con la sensación de que estaban molestos con ella. Posteriormente quedaba muy sensible a cualquier actitud de ellos lo que tendía a interpretar como que la excluían.

Al pasar estas escenas por la moviola comenzó a reconocer que en realidad sus amigas eran muy activas en lograr la atención de los varones con lo que comienza a referir la actitud de ellos a su propia actitud más que a una evaluación negativa de los varones respecto a su físico. En este momento ella se hace consciente de como su propia pasividad influye en la actitud de los demás sobre ella. Reconocer esto fue algo que la impresión: nunca antes tuvo la visión consciente de como su conducta influye en los demás y que ella es oscilante en la aproximación a los otros. Esto la motivó a tener una actitud más accesible lo que resultó en una mayor respuesta positiva hacia ella en las situaciones sociales posteriores.

De esta manera se va ampliando el foco sobre los sentimientos perturbadores y sus vínculos con otros aspectos de la experiencia inmediata, logrando que el cliente progresivamente comprenda como todo estado emocional es siempre una construcción, que abarca procesos de reconocimiento y auto referencia. Conjuntamente, con la reconstrucción del modo en que el cliente elabora creencias y expectativas a partir de la experiencia inmediata en curso, comienzan a emerger los límites de su auto imagen actual y los patrones de autoengaño utilizados para mantenerlos. Es habitual que al reconocer y auto referirse la modalidad de

funcionamiento que han usado toda su vida, se decepcionen de si mismos y pregunten con cierta desesperación "si soy así como es que voy a dejar de sufrir".

Este momento es adecuado entrenar al paciente en lo que se denomina "hetero referencialidad", procedimiento que aunque esencial de aplicar en las O.S.P. DAP, también resulta útil en todas las otras O.S.P., debido al carácter intersubjetivo de la experiencia humana.

En síntesis esto consiste en promover en el paciente una mayor independencia en su ordenamiento del sentido de si mismo (como me siento ser) de los parámetros externos (como me ven los otros) lo cual se logra ampliando la estrategia de auto observación, la que tiende a generar un aumento de la flexibilidad. El paciente comienza a observar la escena desde un punto de vista alternativo, en el cual lo que la persona dice o hace es tomado como información de esa persona, es decir, de sus sentimientos, emociones de ese momento o de sus características de vida o forma de ser, etc. Análogamente es como si estando en una película, se le pide que describa la acción de un personaje, sobre el cual se sintió evaluado y definido sobre la base de la información que tiene de él en esa escena y se le pide que relate lo que puede inferir de esa persona a partir de lo que esta observando en él o ella.

Una vez lograda una cierta capacidad de hetero referencialidad se comenzó a reconstruir el inicio del problema de Pamela. Ella estudiaba en un colegio de alto nivel socioeconómico en el que perciba que sus compañeros se preocupaban de los aspectos mas centrados en la imagen propia de ese nivel socioeconómico lo que a ella le generaba una experiencia de sentirse cada vez mas excluida del grupo. En el transcurso del verano ocurre la quiebra comercial del padre con lo que ella comienza a anticipar su próxima vuelta a clases, ahora en condiciones de desmedro económico. Comienza a experimentar una profunda sensación de fracaso, de derrota y de inferioridad en relación a los demás. En forma repetida tiene imágenes en las que se ve a si misma muy vulnerable en la relación con sus iguales, sin control del rendimiento social y de su imagen ante sus pares. Al final de las vacaciones, al tener que reiniciar el año escolar se le gatilla el cuadro anoréxico. Esto coincide con una falta de deseos de tener actividades sociales y con imágenes anticipatorias recurrentes de que iba a caer mal a los demás o bien de percibirse a s misma en desventaja en comparación a los otros. Incluso el ver televisión le afectaba ya que se comparaba con personajes de la televisión, sintiéndose en desmedro.

El cambio del punto de vista sobre s mismo alcanzado por el cliente en esta etapa, provoca un reordenamiento de la experiencia inmediata, donde ahora puede reconocer y auto referirse emociones y sentimientos anteriormente desatendidos o excluidos de la conciencia, los que actualmente logra experimentar con los múltiples matices de esa misma tonalidad. Conjuntamente, se vuelve progresivamente más capaz de comprender y reconstruir el modo en que los estados críticos actuales están entrelazados con un desequilibrio en una relación afectiva experimentada como esencial para su estructura de vida actual.

Llegado a este punto, se pasa a la siguiente etapa de esta fase, explicitando el modo en que los patrones de significado personal permiten la estructuración de los lazos afectivos capaces de mantener la coherencia del sentido actual de sí mismo percibido.

Segunda etapa: La reconstrucción del estilo afectivo.

El objetivo central de esta etapa es que el cliente alcance una comprensión del modo en que empieza, mantiene y termina los vínculos afectivos y especialmente, comprender la relación existente entre su estilo afectivo particular y su sufrimiento actual.

La experiencia clínica señala que las perturbaciones emocionales coinciden normalmente con un cambio abrupto de la imagen de la figura significativa, ya sea por acontecimientos percibidos (decepciones, revelaciones imprevistas, etc.) o como producto del crecimiento personal que hace cambiar la perspectiva del cliente (p.ej. el proceso de maduración adolescente). Dado que la imagen de la figura significativa está intrínsecamente vinculada con el auto percepción e imagen de sí mismo, donde un cambio de imagen de la figura significativa lleva necesariamente a una reformulación de la imagen personal, conjuntamente el cambio en la imagen del otro, debido a la coordinación intermodal de módulos sensoriomotores- afectivos, provoca una discrepancia específica ("yo"/"mi") entre la experiencia tácita de sí mismo y el reordenamiento explícito. Esto es lo que va a generar, por un lado, la interrupción experimentada de los propios patrones de experiencia inmediata que transcurren paralelamente con una modulación psicofisiológica angustiada, percibida como un desafío insoportable al propio sentido de sí mismo. Por el otro, si los procesos explícitos de reordenamiento están restringidos y distorsionados (exclusión, autoengaño, etc.), los sentimientos angustiosos pueden evaluarse y atribuirse a causas externas, sin que se tenga que cuestionar la auto imagen estructurada hasta ese momento. La reconstrucción a través de la moviola del curso cronológico de la aparición de las perturbaciones, destacando la correlación entre el desequilibrio percibido y el cambio de imagen del compañero, hace que el cliente comprenda que la aparición de sentimientos perturbadores es paralela con el cambio de percepción del compañero. A esta altura resulta ser cada vez más evidente que el problema original coincide con la exclusión y el reordenamiento autoengañoso de los sentimientos desafiantes. En este momento se hace necesario llevar el foco de atención al modo en que el cliente construye la imagen de una figura de apego coherente con el sentido de sí mismo y los mecanismos que utiliza para afrontar cualquier discrepancia que se produzca.

Esta etapa de la terapia va desde el cuarto u octavo mes, hasta el séptimo o decimoquinto mes. Se comienza con un análisis detallado de la historia afectiva del cliente, en que las secuencias de escenas significativas son pasadas repetidamente por la moviola, revisándose los siguientes aspectos:

- 1.- Variables que subyacen en el "debut sentimental" (contexto evolutivo, actitudes personales, red social) y en los modos en que ha sido experimentado, evaluado y autorreferido. Esto tiene una importancia central ya que el inicio sentimental constituye una especie de ensayo general de la carrera amorosa que la persona empieza y que permite vislumbrar el conjunto de ingredientes básicos para generar un estilo afectivo específico y

definido, producto de la percepción del resultado de este ensayo a los ojos del cliente. Al igual que en todas las relaciones que el cliente defina como significativas, se reconstruirán aquellas escenas cargadas de afecto durante el comienzo de la relación, durante la fase de mantención de esta y durante el proceso de término.

2. - Reconstruir los criterios por los cuales él puede diferenciar las relaciones significativas de la no significativas, en la secuencia de relaciones significativas. Estos criterios nos permiten destacar qué patrones de clasificación de las parejas resultan más coherentes con el estilo de vinculación que gradualmente se ha estructurado.

3.- Analizar el modo en cada relación significativa se ha formado, mantenido y como se ha disuelto. Conjuntamente, se analiza como fue experimentada, evaluada y auto referida. Haciendo esto se va revelando la coherencia del estilo afectivo del cliente, el que produce experiencias emocionales recurrentes capaces de estabilizar y a veces desarrollar aún más su sentido actual de si mismo.

En esta etapa se logra en primer lugar, que el cliente pueda reconocer y apreciar: a.- el modo en que distintos estados emocionales se combinan y recombinan a lo largo de un vínculo afectivo, y b.- como la percepción del otro significativo llega a regular la auto percepción. En segundo lugar, se experimenta como estas relaciones con los otros significativos tiene un despliegue en una coherencia del significado personal, cuyas huellas pueden entonces reconocerse en los primeros períodos del desarrollo.

En el caso de Pamela, cuyo debut afectivo aun no ha ocurrido, el aspecto más importante en el estilo afectivo fue el brusco cambio de imagen experimentada por ella con relación a la figura paterna, lo que coincide temporalmente con el inicio del cuadro clínico. Por esto, más que estudiar una carrera afectiva aun inexistente, el foco fue puesto en cómo se había estructurado la relación con el padre y como el desbalance en esta imagen se relaciona con el gatillamiento del cuadro clínico.

A pesar de todas las dificultades relacionales entre los padres y a pesar de la presión de la madre para involucrarla como aliada en oposición al padre ella siempre mantenía una visión del padre como alguien absolutamente incondicional hacia ella, exitoso y como una figura de protección absoluta, un respaldo total. Exitoso socialmente, de buena situación, admirado y reconocido lo que le daba una cierta garantía de respaldo para enfrentar el mundo social.

Al poner en la moviola como se experimentaba en el mundo social teniendo esta imagen socialmente positiva del padre le aparece claro a ella tener la vivencia de sentirse respaldada en términos de su aceptación social por parte del grupo de referencia. En referencia a lo mismo ella comienza a hacerse cada vez más consciente que las dificultades que tenia con la madre cuando ella la trataba de involucrar descalificando al padre, se deban a que era muy aversivo para ella experimentar cualquier revisión discrepante de la imagen del padre.

Al ocurrir el fracaso económico del padre este deja de aparecerle como una figura absoluta que respalde su auto imagen ante los demás experimentándose a si misma como más vulnerable ante sus pares.

De esta manera ella fue conectando aun más internamente lo que le ocurra a su manera propia e idiosincrásica de ser, es decir a su modo de estructurar las relaciones afectivas sociales.

Mientras se reconstruía su estilo relacional con el padre ella comienza a comprender la razón por la que ocurría que, precisamente en el periodo en que comienza a hacer esta dieta tan estricta le molestaba que el padre no mostrara una actitud de preocupación hacia ella, paradójicamente todo lo contrario a la actitud mostrada por la madre. Ella relaciona esto con la percepción que haba construido de que el padre ya no era percibido como un buen respaldo, como antes y que lo que ocurra era que estaba poniendo a prueba al padre para confirmar que tan interesado en ella estaba realmente.

Al finalizar esta etapa de tratamiento la paciente ya mostraba una mejora en la relación con ambos padres, se estaban regularizando sus ciclos menstruales y haba alcanzado un peso de 47 Kg (2 Kg menos de lo esperado para su talla) tras de ponerse en manos de la misma medico nutricionista, ahora con la intención de subir paulatinamente de peso hasta llegar a su peso normal. Aunque lo hacia con un cierto temor de sobrepasar ese límite.

En esta etapa se ha logrado una desaparición casi total de los problemas sintomáticos o perturbaciones originales con estos nuevos niveles de auto referencia abstracta en el ordenamiento de las experiencias pasadas y presentes, creando una nueva actitud hacia la realidad y el descubrimiento de nuevos ámbitos de experiencia.

En esta etapa la mayora de los clientes prefiere interrumpir la terapia, lo cual no debe preocupar al terapeuta, ya que no existe un modo inequívoco de hacer las cosas, siendo el cliente el que mejor puede decidir cual es la mejor manera de avanzar en su trayectoria vital.

El terapeuta en general acepta la decisión del paciente si es que este desea finalizar su proceso de terapia aunque lo incentiva a interesarse en continuar la exploración personal, en términos de reconstruir el modo en que su propio camino evolutivo lo ha llevado a estructurar su propio significado personal el que ha aparecido inequívocamente ante sus ojos al completar la segunda fase.

### Emprendiendo el Análisis Evolutivo (fase 3)

Esta etapa de reconstrucción de las experiencias inmediatas de la historia del desarrollo dura entre tres y seis meses. Comienza con la identificación de los acontecimientos significativos en términos de estructurar la historia evolutiva en relación a estas escenas las cuales serán posteriormente pasadas por la moviola.

Hay que considerar que ya al inicio de esta fase el paciente ha alcanzado nuevos puntos de vista sobre s mismo lo que es una condición necesaria para realizar este trabajo terapéutico



ya que de ninguna manera es la idea que este proceso se transforme en un simple recuento biográfico que tienda a reconfirmar y legitimar la versión habitual que el paciente tiene sobre si mismo, lo cual sería un resultado absolutamente no deseable.

En la realización de esta secuencialización de la historia de vida, hay que destacar que estos recuerdos suelen ser vagos e imprecisos y están superpuestos entre si presentando muchos menos detalles que las escenas de las etapas anteriores. En la ejecución de este objetivo el terapeuta se encuentra con la dificultad de que el paciente ha construido una versión de su historia vital que ha adornado con explicaciones puntuales de manera tal que a lo largo de los años se ha dado explicaciones consistentes con la imagen construida de si mismo. De todas maneras se encuentra en forma casi invariable que los recuerdos de sus relaciones de apego, afectivamente significativas, evaluados y auto referidos engañosamente son caracterizados por explicaciones discrepantes con la experiencia que estos recuerdos provocan. Hay que considerar que en general los pacientes suponen que los hechos se identifican con las explicaciones más que tener conciencia de que estas explicaciones se construyen sobre experiencias vividas. En este sentido el terapeuta, realizando una continua diferenciación entre experiencia inmediata y explicación reconoce las experiencias discrepantes que hay que ordenar y destaca las discrepancias con aquello que el cliente ha dado por sentado toda su vida. Por lo tanto los recuerdos que son significativos corresponderán a aquellos que suscitan sensaciones y emociones que no pueden explicarse en forma exhaustiva, los cuales se dividirán en escenas que se pasaran luego una y otra vez por la moviola. En breve, como señala Balbi (2) en la elección de los eventos significativos a reconstruir hay que considerar: a.- el conocimiento de las etapas de desarrollo y los problemas específicos de cada una de las organizaciones de significado personal en esas etapas; b.- la relación entre la reacción emocional y el nivel de discrepancia entre esta y su explicación, generados en el paciente por cada uno de estos recuerdos; c.- los modos específicos de autoengaño que el terapeuta ya conoce del paciente y que los puede anticipar también como propios del proceso personal que esta en juego en cada recuerdo.

El trabajo de recopilación de eventos significativos de la historia evolutiva se hace considerando tres etapas madurativas. En cada una de ellas se reconstruye primero una visión panorámica que permite ubicar los sucesos reformulados como significativos y luego se focaliza en cada uno de ellos pasándolo a través de la moviola, reconstruyendo los patrones vinculares, la experiencia subjetiva que el niño tenía y el sentido de si mismo y del mundo experimentado. Estas etapas madurativas son:

- infancia y años preescolares, de 0 a 6 años.
- niñez entre los 7 y los 12.
- adolescencia y juventud entre los 13 y los 20.

En el caso de Pamela las experiencias significativas más relevantes en la etapa entre 0 y 6 años tienen relación con la separación de los padres. A sus casi 6 años de edad, ella recuerda eventos tales como estando ella en el juzgado ve a su papá y corre a abrazarlo teniendo conciencia de que la mamá no lo permita. También recuerda que la madre reiterativamente hablaba negativamente de él con lo cual ella reconoce haber tomado una

actitud de tratar de apaciguar a la mamá en esa actitud negativa o bien de cuidar de guardarse las opiniones que tenía sobre su padre para evitarse conflictos con la mamá, ya que ella sentía que el papá era muy preocupado, cariñoso y atento con ella y por otra parte disfrutaba enormemente la relación con él. Recuerda un suceso en que la madre calificaba negativamente al padre: él es un desgraciado, no es capaz de preocuparse de ti debido a desencuentros económicos entre ambos ante lo cual ella contestaba apaciguadoramente que ella crea que su papá seguramente iba a cumplir en esos días con su compromiso económico, en la seguridad de que de ninguna manera sería postergada por él.

En una de estas visitas al padre conoce a su hermano, 6 años mayor que ella cuya existencia ella y también su madre ignoraban. Este hecho fue referido como un episodio agradable ya que el recientemente descubierto hermano le resultaba un buen compañero de juegos al visitar al padre. Además en ese período el papá estaba viviendo un romance con la madre del hermano a quien encontraba simpática y muy cariñosa con ella.

En general ella recuerda como muy buena y feliz su infancia a pesar de estos eventos y que esta alegría se le iba al suelo cuando la mamá comenzaba a criticar al papá y a la mamá del hermano, ya que en esos momentos sentía que la madre lograba convencerla y no sabía que es lo que era verdad y que es lo que no lo era, quedando con rabia y confundida, prefiriendo guardar silencio. Solo en algunas ocasiones decía cosas positivas de la mamá del hermano con el propósito de disgustar a la madre en revancha.

La etapa entre los ocho y los doce años está marcada por el restablecimiento de la relación de los padres, primero como amigos y luego de nuevo como pareja. Percibe que los padres están más preocupados de estar bien entre ellos y empieza a sentir que ha perdido el privilegio anterior de tener un tiempo exclusivo con cada uno. Empieza a sentir al padre distinto, como que ya no la dejaba hacer todo lo que quería para así complacer más a la madre. Por otro lado también le gusta que los padres se junten porque así deja de sentirse diferente ante sus amigas y así va a poder invitarlas a su casa.

La fase entre los 13 años y el presente se caracteriza por la relativización de la imagen del padre a quien ella recuerda haber idolatrado e idealizado. Al reconstruir las escenas de esta fase reconoce que cualquier cuestionamiento de la imagen del padre era vivido como una experiencia dolorosa, inaceptable, no queriendo ver cosas negativas de éste. Aunque finalmente ella tiene la sensación de ser ella misma la que descubre que el papá no era tan perfecto como ella lo vea cuando lo había defendido del alma, quedándose con una sensación de soledad y confusión, como si la fuera alguien que al no ser ya verdadero le hacia reflexionar como podría ser posible confiar en él para cosas de importancia. Siempre había tenido al padre como respaldo en oposición a su madre y entonces quedaba también perdida, confundida y sola con relación a su madre con la cual en forma sistemática y paulatina se fue aliando en oposición a su padre.

Los eventos que gatillaron estos episodios ocurrieron cuando ella estaba pronta a cumplir sus 14 años y la relación de los padres se había deteriorado y estaban nuevamente en proceso de separación, asunto que a ella no le preocupaba mayormente ya que su experiencia anterior con la separación anterior no fue mala. Pero en este proceso la madre comienza a recriminarle al padre el como había sido posible que le ocultara que tenía un

hijo por tanto tiempo y le insista que lo supo solamente porque ella lo descubrió. Fueron estos comentarios de la madre, los que ella no pudo ya mas evitar referírseles a la imagen del padre provocando un cambio irreversible de la imagen de este. Esto da lugar a una serie de cuestionamientos que le surgen a la paciente acerca del padre, asumiendo que tiene que haber algo malo en él porque por algo no lo contó. También empezó a hacérsele consciente que él no haba considerado los sentimientos de la madre, que el padre tal vez era un irresponsable al tener un hijo no planeado cuando siempre postuló que un hijo era una gran responsabilidad. Todo este período fue vivido con un sentimiento de confusión, de soledad y de vacío de no saber qué hacer ni qué pensar.

En este momento de la terapia le resulta aún más claro que el cambio de imagen final sobre el padre ocurre cuando tiene este fracaso económico, donde siente que ya no se puede ya mas respaldar en él. Lo que ella ahora reconoce de esta decepción es que le generó un sentido de vulnerabilidad, primero frente a su madre y posteriormente frente a sus pares.

Finalmente los padres no llegaron a separarse, pero ella se queda con la sensación de que la madre desconfía del padre y ya la paciente no tiene mas la expectativa de que la relación vuelva a ser buena, en términos de confianza e intimidad

Al final de esta última fase de tratamiento el terapeuta comienza a preparar la separación de la relación terapéutica señalándole al paciente que el fin del tratamiento no implica el fin del vínculo terapéutico y que en le futuro, de sentirlo ella necesario, pueden volver a restablecer la relación terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

(1) Arciero, G. (2000) Las Organizaciones de Personalidad: el Enfoque Posracionalista. En Revista de Psicoterapia, Vol XI, n° 41, pags. 93-101. España.

(2) Balbi, J. (1997) El proceso terapéutico en la terapia cognitiva posracionalista. En el Manual de Psicoterapias Cognitivas. Compilado por Isabel Caro. Paidós.

(2) Balbi, J. (1994) Terapia Cognitiva Postracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano. Buenos Aires. Biblos.

(3) De Marchis, M. (2000) La Psicoterapia dei Disturbi Alimentari Psicogeni in unottica post-razionalista. IPRA Roma. ( [www.ipra.it](http://www.ipra.it) )

(4) Ferrer, M.; Skoknic, P. (1998) La Identidad Personal como un Metanivel Autorregulatorio del Nivel Autorregulatorio Emocional: Un Modelo Evitativo de la Progresión Ortogenética. Presentado en el VI Congreso Internacional sobre Constructivismo en Psicoterapia, Siena Italia.

(5) Guidano, V. (1997) Relación entre vínculo y significado personal; una perspectiva narrativa para explicar el proceso de cambio. Curso-Taller en Santiago de Chile. Sociedad de Terapia Cognitiva Posracionalista.

- (6) Guidano, V. (1996) Abordaje Clínico en el Enfoque Posracionalista, Conceptualización, Planificación e Intervención. Curso en Santiago de Chile, Sociedad Cognitiva Posracionalista.
- (7) Guidano, V. (1995 a) Constructivist Psychotherapy: a Theoretical Framework, en Constructivism in Psychotherapy, Edit. Neimeyer, R.; Mahoney, M., EE:UU: APA.
- (8) Guidano, V. (1995 b) Self Observation in Constructivist Psychotherapy en Constructivism in Psychotherapy, Edit. Neimeyer, R.; Mahoney, M., EE:UU: APA.
- (9) Guidano, V. (1994) El Si Mismo en Proceso. Barcelona, Paidós.
- (10) Guidano, V. (1987) Complexity of the Self, Guilford Press, New York.
- (11) Guidano, V. (1990) De la revolución cognitiva a la intervención sistémica en términos de complejidad. La relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. Revista de Psicoterapia, Vol. 1, No. 2-3, España.
- (12) Guidano, V. y Liotti, G. (1983) Cognitive Processes and Emotional Disorders. Guilford Press, New York.
- (13) Hayek, F. (1952) The Sensory Order. EE:UU: University of Chicago Press.
- (14) Mahoney, M. (1995) Continuing Evolution of the Cognitive Sciences and Psychotherapies en Constructivism in Psychotherapy, edit. Neimeyer, R.; Mahoney, M., EE.UU., APA.
- (15) Mahoney, M. (1991) Human Change Processes, the Scientific Foundations of Psychotherapy. EE.UU. Basic Books.
- (16) Mannino, G. (2000) La costruzione del Si nei Disturbi Alimentari Psicogeni. IPRA Roma. ([www.ipra.it](http://www.ipra.it))
- (17) Maselli, P.; Cheli, C. (2000) Psicopatologia descrittiva e Psicopatologia Explicativa dei Disturbi Alimentari Psicogeni IPRA Roma. ([www.ipra.it](http://www.ipra.it))
- (18) Maturana, H y Varela, F. (1995) De Máquinas y Seres Vivos. Chile, Editorial Universitaria.
- (19) Varela, F. (2000) El Fenómeno De la Vida. Chile. Dolmen Ediciones.
- (20) Zagmutt, A. (2000) La comprensión del síntoma desde el enfoque posracionalista. Conferencia dictada en Montevideo, Uruguay. III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latinoamericanas.

(21) Zagsmutt, A. (1999) El hombre como un sistema epistémico autopoietico. Simposio: Terapia Cognitiva Posracionalista, Teoría y Método Terapéutico, II Congreso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas. Rio de Janeiro.

(22) Zagsmutt, A.; Lecannelier, F.; Silva, J. (1999) "The problem of delimiting constructivism in psychotherapy". Journal of Constructivism in the Human Sciences. Vol 4, N° 1, pags. 117-12.

(23) Zagsmutt, A (1998) " Intervencin en crisis desde el enfoque posracionalista y el marco narrativo de la experiencia humana ". en Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol VII , No 2

(24) Zagsmutt, A.; Silva, J (1999) Conciencia y Autoconciencia: un enfoque constructivista. Revista Chilena de Neuropsiquiatria. N° 53, Vol. 37, N° 1, pags. 27-34.