

# Los trastornos de la alimentación: Un enfoque constructivista postracionalista

Augusto Zagmutt C.

## **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 sí 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.

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 entrampado en él. En otras palabras una metodología orientada a los procesos.

## **2. La opción Constructivista-Postracionalista: Desde el Conductismo al Postracionalismo**

Los intentos mas 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 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 es igual a 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, que incorporan en sus últimos desarrollos los aspectos narrativos y hermenéuticos de la experiencia humana.

Con la emergencia de la metateoría constructivista se comienza a ver el 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.

Dentro de los enfoques constructivistas, se considera el enfoque posracionalista como un Enfoque Constructivista Circular Simétrico; el que se diferencia de los otros enfoques constructivistas 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.

En otras palabras, la finalidad del conocimiento es mantener el sentido de unicidad y continuidad experiencial y narrativa del individuo ante los desafíos de un medio cambiante y perturbador y no el de llegar a alcanzar una verdad objetiva, que existiría mas allá de nosotros como ha sido el principio tácito sostenido por los enfoques terapéuticos racionalistas.

Por lo tanto el conocimiento pasa a ser algo que dice mas del organismo que conoce que de aquello “conocido”, de tal modo que el observador al observar pasa a ser parte de lo que conoce

Si aceptamos este aserto entonces podemos sostener que todo punto de vista es válido en sí mismo ya que surge de las distinciones particulares que este observador hace de una realidad que desde este enfoque es una red de procesos simultáneos e irreductibles a distintos niveles. Distinciones que 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 insertible y para el que toda lógica personal pasa a ser una lógica autorreferencial, en la que la verdad del individuo ya no es mas 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 experiencial, constituyendo la única vía de supervivencia de un sistema vivo.

Poder entender el 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” referida a un trastorno emocional y nos acerca a las reglas profundas internas de funcionamiento del sistema de conocimiento, que son los responsables de la aparición de los eventos de superficie tales como los síntomas o la “irracionalidad” del paciente.

### **3. 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 autoconciencia, es propio de la especie humana. 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. Además, esta se estructura en un marco narrativo el que es inseparable de lo que llamamos identidad personal.

La particularidad más importante para comprender el fenómeno de la autoconciencia 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 interrelación dialéctica entre dos modalidades diferentes de conocer: 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 un nivel de procesamiento explícito de esta misma experiencia en curso.

Esta particularidad del desarrollo evolutivo de la especie humana; es decir, el doble procesamiento de la información, nos constriñe a referirnos en el curso de la experiencia humana al lenguaje. Gracias a esto último, la oscilante y cambiante experiencia inmediata mantiene un sentido de estabilidad. Este proceso permite mantener un sentido de continuidad experiencial a pesar de la discontinuidad e impredecibilidad de las perturbaciones externas; manteniendo, de este modo, independiente al sujeto y construyendo así un sentido de identidad personal que tenderá a mantenerse coherente en el tiempo. Justamente, a esto se refería bellamente Guidano, cuando señalaba que es el modo en que los humanos transformamos el azar en destino.

La autoconciencia humana es al mismo tiempo una conciencia de los otros y surge en el lenguaje y en la historia. Tal como afirma Varela, en los humanos no existe una mente privada. Consecuente con esto, la experiencia humana se caracteriza por una separación ontológica entre dos sentidos de sí mismo: uno como sujeto que actúa y siente y otro como objeto que evalúa y relata. Esta condición humana convierte a la experiencia del hombre en una experiencia siempre narrativa.

Ambos niveles de conocimiento operan en una dinámica sistémica en la que uno restringe al otro en un proceso sin fin, generando una tensión esencial que es, justamente, la matriz de lo que podemos llamar con propiedad, la experiencia humana.

Esta tensión esencial da lugar a que el humano de cuenta de una epigénesis, caracterizada por crisis y reorganizaciones ( particularmente a partir de la adolescencia ) y no un desarrollo lineal que conduzca a un ideal madurativo.

De acuerdo a este modelo, el desarrollo humano se lo comprende a modo de una progresión ortogenética; en la que la persona realiza un orden a través de las fluctuaciones dentro de un proceso en espiral, haciéndolo 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 vinculo con quien lo cuida, en lo que Hayeck denomina el "principio de lo

abstracto “. Este principio entiende al ser humano a modo de un sistema primariamente emotivo y comandado por reglas tácitas 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 se tiende a ser ciegos en como se opera 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 mismo. Ante cualquier experiencia desafiante, el sistema tiene dos opciones: ser capaz de integrar esta experiencia desafiante y efectuar un salto progresivo en su complejidad o bien, no ser capaz de integrar esta experiencia y realizar un salto regresivo, siendo la condición necesaria para la psicopatología.

Por ejemplo, el caso de Francisco, una persona particularmente sensible a evitar las experiencias de pérdida, a través de evitar el vinculamiento íntimo. Esta estrategia fue adaptativa para una historia de interacciones con la madre en que el rechazo y la falta de afecto fue alta y consistentemente predecible. El paciente creció en un mundo en el que excluyó tácitamente toda percepción de acceso a un vínculo significativo. A pesar de esto, se enamoró y de este modo quedó expuesto a un evento de pérdida. Cuando inevitablemente la pérdida 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 fué capaz de dar un salto adelante en integrar la experiencia de pérdida como un rango emotivo reconocible y compatible con el resto de los humanos, y no como su personal destino de inevitable soledad.

Para un paciente con similares características pero que no haya podido efectuar estas distinciones, posiblemente habría ocurrido un retroceso a un estado emotivo evitatorio aun más rígido y concreto; en el que los procesos de autoengaño para eludir experimentar la pérdida habrían dejado afuera, aun más rígidamente, todo reconocimiento de experiencias de vinculamiento afectivo que amenazaran gatillar sentimientos de pérdida, o bien la apelación frecuente a modalidades de control de las experiencias dolorosas usando por ejemplo drogas o alcohol a niveles autodestructivos, pero eficaces para suprimir la experiencia vedada.

La calidad y estructura de los síntomas que manifieste 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 psicótica, 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.

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 psicóticos. En otras palabras está 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 psicótico. Vale decir que se privilegia el foco en las reglas sintácticas del conocimiento.

Por ejemplo, en 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 puede ser considerada desde varios puntos de vista, lo que hace a la persona más flexible y puede generar 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 la situación de celos 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; finalmente, se encuentra 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 concretismo y falta de flexibilidad y además está incapacitado para reconocer sus procesos mentales básicos como propios hablamos de un Procesamiento Psicótico. Es el caso del Delirio Celotípico Paranoídeo.

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, la operación efectua-

da 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, siendo vivida sin poder comprenderla, es lo que entendemos como síntoma, clínico. 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, se reduce la discrepancia entre la experiencia en curso y la trama narrativa estructurada, operando sistemas de autoengaño; ya sea excluyendo aquella información que pueda gatillar emociones que estén 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, amenazando el sentido de continuidad vital, ya que el no reconocimiento de uno mismo implica el riesgo de desintegración.

La trama narrativa pierde su capacidad para regular la afectividad, 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 incomprendible, 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 autoimagen 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 se considera al hombre como un sistema epistémico autoorganizado, parece posible alcanzar una comprensión diferente de la experiencia psicopatológica. Se puede 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.

#### **4. 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 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.

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.

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.

De acuerdo a la calidad de la predicción de la disponibilidad de los padres ante sus necesidades, se puede apreciar, fundamentalmente, dos tipos posibles de enfrentamiento a los desafíos, por parte del niño. O 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. Por ejemplo, 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 sí mismo y los padres. La consistencia del sentido de sí mismo en estos niños se fundará entonces en una coordinación momento a momento con la figura de referencia escogida.

El modo específico de organizar estas experiencias emotivas, de una manera idiosincrática y apriorística es lo que Guidano define como una organización de significado personal (OSP).

La organización de significado personal se la entiende como un sistema de ordenamiento de la experiencia inmediata en un proceso idiosincrático 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 sí mismo de modo de dar coherencia al sistema total y permitir su viabilidad.

De este modo, la organización de significado personal pasa a ser una forma de conocimiento proactivo, un “feedforward”, que brinda 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 se la entiende 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 autorreconocimiento 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. Etiquetar implica solamente un nombre que se le coloca a algo, sin la intención de ordenarlo, sino de identificar; 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, aspecto hasta ahora desatendido por los enfoques psicopatológicos descriptivos.

De acuerdo a esto, la organización depresiva, tiende a dejar fuera del reconocimiento explícito las experiencias de desamparo e incontrolabilidad del mundo. La organización fóbica, evita toda percepción de sentimientos de constricción. La organización dap (desordenes alimenticios psicógenos) lo hará respecto a sentirse desconfirmado o invadido, evitando los sentimientos de ineficacia personal y vacío. Finalmente en la organización de significado personal obsesiva se debe evitar toda experiencia emotiva que pueda gatillar sentimientos de ambivalencia e incontrolabilidad.

## **5. Los Trastornos alimenticios psicogenos (D.A.P)**

El tema central común para todos los trastornos clínicos comprendidos en lo que Guidano llama Organización de Significado Personal de Desordenes Alimenticios ( Osp. D.A.P), con diferentes perfiles de superficie, consiste en 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 las diversas estrategias tácticamente utilizadas para manejar las perturbaciones emotivas gatilladas en los desbalances en el control de los juicios que amenacen el sentido de sí mismo establecido.

Los eventos críticos gatilladores de los desbalances clínicos 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 postracionalista en el Centro de Terapia Cognitiva de Roma, en una investigación clínica que se extendió por 8 años. 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 anoréctico 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 sí mismo. De este modo su única viabilidad es adherir completamente a las expectativas de la madre, momento a momento en un vínculo enmarañado en el que el niño no tiene la opción de un sentido autónomo y diferenciado de sí.

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 debería tener una decodificación autónoma de sus estados internos, se encuentra completamente adherido al vínculo enmarañado con una figura de referencia vista como ideal, y logrando un sentido de sí 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 provocará una desestabilización de la propia autopercepción.

Cuando falla la coordinación con la figura materna, el niño cuenta solamente con las interocepciones más elementales como única fuente confiable de reconocerse a sí mismo. Las actividades alimenticias y musculares pasan a ser la fuente de su reconocimiento inmediato y la estabilización de un sentido de sí mismo angustiosamente difuso y oscilante.

Los procesos de Identificación y de Diferenciación, que son procesos complementarios, en este caso son desarmónicos. Los procesos de Identificación permiten al niño orientarse externamente para reconocer los estados internos del otro para poder reconocer estos en sí 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 autorreconocimiento.

En el caso de los niños DAP el proceso, de diferenciación se encuentra 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 sí mismo y el mundo.

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 sí 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 autorreferencial 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, el 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 distractivas 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 autorreconocimiento coincide con las expectativas percibidas de una figura de referencia con la que trata de calzar sistemáticamente.

Pero este equilibrio es inevitablemente roto 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 así garantías contra esta experiencia amenazante.

## **6. 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 a sí mismo la experiencia decepcionante.

En ambos casos esta diferencia atribucional es muy importante para entender los diferentes desbalances de desórdenes alimenticios:

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 anorécticos 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 anoréctico se lucha activamente sobrecontrolando los impulsos biológicos y de esta manera recuperando un control sobre un sentido de continuidad experiencial. Mientras 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, desde atribuir externa a atribuir internamente.

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, anorécticos 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., se encuentra 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.

## **7. El método terapéutico.**

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 mas "duras") y que pueda generar un enfoque terapéutico único y aplicable a cualquier contexto, ya sea de tipo individual o de problemática existencial, neurótica o psicótica, o bien en un contexto de pareja o de familia.

En primer lugar el terapeuta postracionalista 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, mas bien pretende desarrollar una metodología de intervención estratégica orientada a intervenir en los procesos autoconcientes del individuo.

De hecho, en la práctica clínica, tanto en los desórdenes alimenticios como en cualquier cuadro clínico, lo que se aprecia 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 mas real en los textos y las palabras que en la realidad de nuestra práctica profesional diaria.

Al terapeuta postracionalista no le interesa diagnosticar anorexia, bulimia u obesidad en forma transversal, como ocurre en los DSM; si no 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. Por ejemplo, en el caso característico de un desbalance clínico anoréctico, 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. Esta sintomatología puede ser mantenida vía hacer una atribución externalizadora en que la experiencia borrosa de sí 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 postracionalista no espera una relación causa-efecto entre su intervención y el resultado obtenido, aun cuando pueda ser claro que en el marco de la psicoterapia ocurra el gatillamiento de un proceso que dio lugar a la reorganización del paciente.

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 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 autorreferencial en que le sea imposible dejar de reconocer como propios los aspectos emotivos que emergen en este trabajo.

### **7.1 La metodología autoobservacional.**

La autoobservación es el método unitario que es utilizado tanto para la fase de evaluación como para la intervención misma, permitiendo 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.

Se conduce al paciente a reconstruir la secuencia de escenas en una especie de panorámica, revisando el evento estudiado de atrás a adelante, y deteniéndose en puntos críticos que se enfocan en detalle, con la técnica de la moviola. Al aparecer nuevos detalles en la escena focalizada, esta se reinserta en la secuencia lo que la cambia y favorece la aparición de más detalles experienciales que a su vez enriquecen la escena total.

El interés se centra en reconstruir la experiencia inmediata y la modalidad en que se refiere estas experiencias. Se entrena al paciente a focalizarse en el trabajo autoobservacional haciéndole notar que se puede hacer dos preguntas en su examen: el por qué de lo que le ocurre, vale decir como es que se explica lo vivido y además el como fue experienciado lo vivido, en el 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.

Como se puede apreciar, a través de este método no se 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 desafíe la autoimagen establecida de sí mismo.

## **7.2. El proceso terapeutico.**

De un modo esquemático, a continuación se delinea un proceso terapéutico que sigue una línea estratégica desarrollada en tres fases:

### **Primera Fase: La preparación del contexto clínico e interpersonal.**

El primer aspecto que debe considerarse es poder llegar a construir con todos los datos que el paciente ha entregado, una reformulación de la problemática en términos internos.

Para esto se requiere llegar a establecer un contexto interpersonal y una relación terapéutica orientadas primero a ser un compromiso de colaboración recíproca y en segundo término a servir como un instrumento de exploración que permita elaborar una comprensión de las reglas internas de funcionamiento del paciente a las que aún no tiene acceso, y sobre lo que se deberá trabajar.

### **El caso de María.**

María, de 19 años, estudiante de Diseño, como ocurre muy a menudo presenta un motivo de consulta vago, difuso, y una historia clínica compleja. Derivada por un psiquiatra con el diagnóstico de Distimia y tratamiento medicamentoso con, antidepresivos y tranquilizantes menores.

Al inicio de la terapia, la paciente refiere distinguir que su cuadro se relaciona con el peso pero no sabe por qué. Relata que experimenta momentos de superioridad personal y euforia que tienen relación con la baja de peso y que sufre momentos de decaimiento y falta de motivación, en el transcurso de los cuales tiene un persistente sentido de inferioridad personal relacionado con el alza de peso.

Los momentos en que se siente gorda se acompañan de un intenso sentido de indefinición personal. Estas dudas de sí misma desaparecen al bajar de peso. La oscilación del sentido de sí misma se relaciona con cambios relativamente menores en su peso, el que oscila entre 48 Kg y 52 Kg, los que le hacen la diferencia entre valer o no valer como persona. Las crisis bulímicas son fundamentalmente nocturnas.

Al revisar su experiencia, puede reconocer que en realidad no experimenta hambre sino una sensación de intranquilidad que se calma con estas ingestas compulsivas después de las cuales experimenta vergüenza.

Su familia se caracteriza por esperar altos estándares de rendimiento, por una clara inclinación por la perfección y la belleza y por un énfasis en los aspectos formales de la vida. Junto con reconocer a su familia como muy crítica, se percibe a sí misma como muy autocrítica.

El contexto en que estas crisis ocurren es únicamente en casa y se relacionan con momentos en que siente que no sabe como ser, de como actuar, de quien es.

En el trabajo de autoobservación se reconstruyen estas situaciones lo que le permite darse cuenta de que lo único que reconoce en esos momentos como posibilidad de actuar es comer. También puede reconstruir que usualmente esto ocurre conectado con una sensación de tensión en la familia.

Al aplicar el método autoobservacional, la paciente se focaliza en algo de lo que no se había percatado antes; que lo que le ocurre en esos momentos es que está presente un ambiguo e indefinido sentimiento de no estar cumpliendo con las expectativas que la familia centra en ella.

En ese momento a la paciente se le reformula la sintomatología presentada al inicio de la terapia, en tanto motivo de consulta y como un aspecto de su sensibilidad al juicio y/o expectativas de los otros significativos, conectado con las situaciones de tensión emocional y bulimia.

Esta reformulación interna del problema la descentra de los criterios externalizadores de enfermedad y la recentra en criterios internos emotivos, lo que permite preparar al paciente para la siguiente etapa terapéutica.

### **Segunda Fase: La Construcción del montaje (setting) terapéutico.**

En esta fase se aplican las operaciones terapéuticas propiamente tales, conducentes a disminuir, vía comprensión, los disturbios emotivos y conductuales presentados como motivo de consulta.

Esta consta de dos etapas. La primera etapa consiste en la reconstrucción de las experiencias emotivas significativas que están ocurriendo principalmente en la etapa actual de vida. La estrategia terapéutica consiste esencialmente en solicitar al paciente que anote durante la semana los eventos escogidos como significativos entre ambos, de acuerdo a la reformulación del problema inicial.

En el caso de nuestra paciente, María, el proceso terapéutico se centró inicialmente en buscar la relación entre situaciones en que percibe un sentido muy negativo de sí misma y el comer sin hambre, elaborando un cuadro de registro muy sencillo en el que en la columna izquierda la paciente escribe en sucesión horaria los eventos emotivos negativos y a la derecha y en forma independiente los horarios en que ella come sin hambre, evitando detalles sobre la cantidad de alimento o de calorías ingeridas, lo que le podría gatillar un sentimiento de exposición al juicio del terapeuta que sería interfrente.

El propósito buscado en este caso específico es ponerla en la situación de conectar el sentirse expuesta al juicio externo con los estados emotivos discrepantes y turbulentos que lo acompañan, y como es que al ingerir alimentos, la activación emotiva discrepante y dolorosa se reduce. Muy pronto en este trabajo ella es capaz de distinguir claramente los momentos en que come con hambre y los que lo hace sin hambre y como es que usualmente son los últimos los relacionados con las crisis bulímicas.

Cada escena traída a la sesión por la paciente es focalizada con la técnica de la moviola, para estudiar en detalle los ingredientes observados, haciendo permanentemente la distinción entre la experiencia inmediata y su consecuente reordenamiento explicativo. Esta es una forma de vivencia “contra natura” ya que lo usual y familiar es vivir en la fluidez experiencial de la vida diaria en la que no se hace esta distinción momento a momento. Esto es lo que hace muy difícil para la gran mayoría de los pacientes hacer inicialmente esta diferenciación. Además el terapeuta debe ser capaz en sí mismo de hacer estas distinciones para poder operar sobre el sistema-paciente, simulándolo. Por otra parte debe aportar constantemente a este proceso con todas las explicaciones necesarias para que el paciente logre focalizarse en los procesos de conocimiento relevantes. Así va conduciendo al paciente a un constante cambio de punto de vista desde el “por qué” hasta al “como” ocurre la experiencia examinada favoreciendo así su flexibilidad.

Cuando el paciente ha logrado un buen primer nivel de reestructuración del rango emocional reconocible, mediante el reconocimiento y la autorreferencia de aspectos emotivos antes no distinguidos, se encuentra más capaz de enfocarse en ámbitos emotivos más complejos. Entonces ya está en condiciones de tomar conciencia de como los estados emotivos críticos tienen que ver con cambios en el balance afectivo con las figuras de referencia significativas.

En el caso de María ocurren tres situaciones paralelas. Una de ellas es un cambio relativamente brusco en la apreciación tradicional que ella tenía sobre la familia, la que era vista como de perfección absoluta; en particular con relación a la madre, a la que empieza a ver como una mujer muy limitada, sin ambiciones, concreta, dependiente y débil de carácter. Por otra parte, a su situación personal de tener que enfrentar el debut en la vida real que se relaciona con la reciente obtención de su título profesional y el fin de la vida universitaria (en la que se sentía plenamente cómoda), le ocurre vivir el contraste de percibirse ahora incapaz de definir un proyecto personal. Ella se descubre completamente adherida a las expectativas de una madre y con la conciencia de que esto fue siempre así pero que ahora, con el proceso de decepción que está viviendo, ya no le es posible sostener a la madre como referencia absoluta del que hacer ante la ambigüedad e incertidumbre del futuro. Y una tercera situación, la más crítica, es el fin de una

larga relación adolescente de varios años que terminó ambiguamente y que ella no se siente capaz de cerrar.

De este modo la paciente empieza a comprender que su sintomatología está relacionada con el gatillamiento de tonalidades emotivas desafiantes de ineficacia personal y de vacío, conectadas con la pérdida de todos los patrones de referencia previos, y un sentido de indefinición que ha aumentado su vulnerabilidad a los juicios ajenos en variados ámbitos de la vida.

La segunda etapa de la primera fase de la terapia consiste en la reconstrucción del estilo afectivo del paciente. La reconstrucción del estilo afectivo del paciente comienza cuando el progreso alcanzado en la primera etapa permite una reformulación de la problemática en términos de cambios en la percepción de la imagen de los significativos y su relación con las turbulencias emotivas sintomáticas. En esta fase entonces se orienta el foco de atención al modo en que el paciente ha hecho una carrera afectiva que ha consistido en construir una imagen de las figuras afectivas coherente con un sentido estable y reconocible de sí mismo y como ha hecho para aplanar las discrepancias ocurridas en las decepciones y desafíos ocurridos en el curso de formar, mantener y terminar las relaciones afectivas significativas.

Utilizando el método autoobservacional y la técnica de la moviola se reconstruyen los eventos afectivos significativos para cada relación, de modo de que el paciente pueda hacer conciencia del modo invariante en que su vida afectiva tiene una continuidad y unicidad proactivas alrededor de su significado personal.

En el caso de María este trabajo le permitió reconocer como establecer una relación afectiva implicaba construir en el otro un sentido de incondicionalidad absoluta que le permitiera a ella sentirse en un vínculo seguro en el que la seguridad se basaba en exponerse lo mínimo.

Esto le permite ver que los desbalances que han marcado las relaciones afectivas se han dado alrededor de los momentos en que debió exponerse ante los cambios experimentados por las personas significativas que cambiaron el balance de la relación y la han dejado expuesta al juicio del otro.

Paradójicamente, al asumir la decepción de la familia y la pareja, María se ha visto en la situación de sentirse totalmente expuesta ante el juicio de los no significativos afectivamente al sentirse sin una figura idealizada de referencia que le dé respaldo a sus propios criterios debido a la previa relativización o decepción de las figuras que sostenían el sentido de sí misma.

La trama que conduce su vida afectiva entonces es la de tener siempre a su disposición una figura de apoyo íntimo incondicional que la confirme y al

mismo tiempo que le garantice un sentido de independencia total dentro de esta misma relación al sentirse libre de enjuiciamientos.

A estas alturas el paciente experimenta un nuevo nivel de apreciación de los puntos de vista sobre sí mismo, enriqueciendo y complejizando su trama narrativa lo que aumenta su capacidad para regular los estados internos a niveles no sintomáticos (ferrer)

Esto es entonces un segundo nivel de reestructuración de la emotividad reconocible. Pero este reconocimiento generalmente, a estas alturas, va más allá de la comprensión del cómo se experimenta la vida en los dominios actuales de experiencia sino que se empieza a reconocer como una modalidad idiosincrática con raíces profundas en el lejano pasado personal.

### **Tercera Fase: Análisis de la historia del desarrollo.**

Cuando el paciente ha llegado a conectar sus patrones de coherencia, reconocidos en la primera fase de la terapia, con un pasado más remoto que le hace interesarse en explorar esos orígenes, puede escoger continuar o no el proceso terapéutico reconstruyendo las experiencias de las primeras etapas del desarrollo. En términos prácticos estos pacientes ya han dejado de ser sintomáticos y tienen una actitud hacia sí mismos y la realidad que en la mayoría de los casos les hace declinar continuar esta exploración.

Sin embargo, cuando se decide continuar ya está claro que el trabajo ahora consistirá en reconstruir el modo en que su epigénesis los llevó a construir el significado personal que ahora les resulta familiar.

### **BIBLIOGRAFIA**

- Arciero, G.** (2000) “ Las Organizaciones de Personalidad: el Enfoque Posracionalista “. en *Revista de Psicoterapia*, Vol. XI, nº 41, págs. 93 – 101. España
- Balbi, J.** (1994) “Terapia Cognitiva Postracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano”. Biblos. Buenos Aires. Argentina.
- De Marchis, M** (2000) “La Psicoterapia dei Disturbi Alimentari Psicogeni in un’ottica post-razionalista”. IPRA – Roma. Italia. ( [Www.ipra.it](http://www.ipra.it))
- Ferrer, M. y 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.

**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 Postracionalista.

**Guidano, V.** (1996) “Abordaje Clínico en el Enfoque Postracionalista, Conceptualización, Planificación e Intervención” Curso en Santiago de Chile, Sociedad Cognitiva Postracionalista.

**Guidano, V.** (1995) “Constructivist Psychotherapy: a Theoretical Framework”, en Constructivism in Psychotherapy Edit.Neimeyer, R.; Mahoney, M, EE: UU: APA.

**Guidano, V.** (1995 b) “Self Observation in Constructivist Psychotherapy” en Constructivism in Psychotherapy, Edit.Neimeyer, R.; Mahoney, M, EE: UU:APA.

**Guidano, V.** (1994) “El Sí Mismo en Proceso”. Paidós. Barcelona. España.

**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.

**Guidano, V.; Liotti, G.** (1983) “Cognitive Processes and Emotional Disorders”. Guilford. EEUU.

**Hayek, F.** (1952) “The Sensory Order.” EE:UU:University of Chicago Press. EE.UU.

**Mahoney, M.** (1995) “Continuing Evolution of the Cognitive Sciences and Psychotherapies ” en Constructivism in Psychotherapy, edit. Neimeyer, R.; Mahoney, M. APA., EE.UU.

**Mahoney, M.** (1991) “Human Change Processes, the Scientific Foundations of Psychotherapy”. Basic Books. EE.UU.

**Mannino, G.** ( 2000 ) “La costruzione del Sè nei Disturbi Alimentari Psicogeni”. IPRA – Roma. Italia. ( [www.ipra.it](http://www.ipra.it) )

**Maselli, P. ; Cheli, C.** ( 2000 ) “ Psicopatologia descrittiva e Psicopatologia Explicativa dei Disturbi Alimentari Psicogeni “ IPRA – Roma . ( [www.ipra.it](http://www.ipra.it) )

**Maturana,H y Varela,F.** (1995 ) “De Maquinas y Seres Vivos”,Editorial Universitaria. Santiago de Chile.

**Várela, F.** (2000) “El Fenómeno De la Vida” . Dolmen Ediciones. Santiago de Chile.

**Zagmutt, A.** (1999 ) “ El hombre como un sistema epistémico autopoiético “. Simposio : “ Terapia Cognitiva Posracionalista ,Teoría y Método Terapéutico “ , II Congreso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas. Río de Janeiro. Brasil.

**Zagmutt, A** ( 1998) « Intervención en crisis desde el enfoque posracionalista y el marco narrativo de la experiencia humana «. en Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol. VII, No 2

**Zagmutt, A.; Lecannelier, F.; Silva, J.** ( 1999) « The problem of delimiting constructivism in psychotherapy « Journal of Constructivism in the Human Sciences “. Vol. 4, No 1, págs. 117 – 127, EE.UU.

**Zagmutt.A y Silva J.** (1999) “ Conciencia y Autoconciencia: un enfoque constructivista.” . Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Año 53, Vol. 37, No 1, págs. 27 – 34.

**Zagmutt, A.** (2000) “La comprensión del síntoma desde el enfoque posracionalista “.Conferencia dictada en Montevideo,Uruguay. III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latinoamericanas.