

# DIMISIÓN DEL YO-AGENTE COMO CONDICIÓN TRANSDIAGNÓSTICA

## RESIGNATION OF SELF-AGENT AS A TRANSDIAGNOSTIC CONDITION

Juan García-Haro<sup>(1)</sup>, Henar García-Pascual<sup>(2)</sup> y Marta González González<sup>(3)</sup>

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España

1) FEA Psicología Clínica. Centro de Salud Mental de Adultos. Pola de Siero. Asturias

2) Enfermera Especialista en Salud Mental

3) Psicóloga Interna Residente

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Dimisión del yo-agente como condición transdiagnóstica. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 169-187.

### Resumen

*El objetivo de este artículo es presentar el concepto de "dimisión del yo-agente" como dimensión transdiagnóstica y analizar sus implicaciones en Psico(pato)logía y Terapia Existencial. Para ello se divide el trabajo en tres partes. En la primera parte se analiza la presencia de la dimisión del yo-agente en la clínica moderna y su relación con la noción de hiper-reflexividad. En la segunda parte se comentan algunas estrategias y técnicas que permiten trabajar las condiciones de la hiper-reflexividad y dimisión del yo-agente. Por último, en la tercera parte de este artículo, se comentan los objetivos y ejes clave de la Terapia Existencial. Se concluye que la "dimisión del yo-agente" puede ser tomada como una condición clínica común inherente a la Terapia Existencial.*

**Palabras clave:** hiper-reflexividad, psicoterapia, psicopatología, psicología existencial, transdiagnóstico.

### Abstract

*The aim of this article is to introduce the concept of "resignation of self-agent" as a transdiagnostic dimension and to analyze its implications in Psycho(patho)logy and Existential Therapy. For it, the work is divided in three parts. In the first part we analyze the presence of "resignation of self-agent" in the modern clinic and its relationship with the notion of hyper-reflexivity. The second part discusses some strategies and techniques that allow you to work the hyper-reflexivity and resignation of self-agent conditions. Finally, in the third part of this article, the objectives and key axis of the Existential Therapy are commented. We conclude that the "resignation of self-agent" can be taken like a common clinical condition inherent in Existential Therapy.*

**Keywords:** hyper-reflexivity, psychotherapy, psychopathology, existential psychology, transdiagnostic.



*Vuestra patria es la tierra y la nuestra la idea. El peligro que os acecha es el de ahogaros en el mundo sensual; a nosotros nos amenaza el de asfixiarnos en un recinto sin aire.*

(Narciso y Goldmundo, H. Hesse, 1983, p. 44)

## INTRODUCCIÓN

- A. Terapeuta: “¿Para qué te gustaría que te valiera esta consulta?”.
- B. Consultante: “No tengo ni idea, yo sólo vengo porque me han mandado”.
- C. Terapeuta: “Bien, en ese caso no hace falta que vengas; (yo te mando lo siguiente:) pide cita cuando sepas lo que quieras consultar”.
- D. Consultante:

Este breve fragmento de entrevista sirve para introducir el tema de este artículo. La respuesta del consultante está en blanco para que cada lector pueda colocar ahí lo que quiera. Con independencia de los múltiples contenidos que se puedan proyectar en D, en términos comunicacionales, se pueden reducir a dos posibilidades: una aceptación o un rechazo de la propuesta contenida en C.

Cada vez con más frecuencia asistimos en los servicios públicos de salud mental a este tipo de situaciones. Se trata sin duda de una respuesta (la B) carente de sinceridad, una impostura, pues la persona aquí se comporta *como si* ignorara, haciendo la estatua, el propósito por el que decide asistir a una consulta. Lo que dice B es: *yo soy un títere, un ganapán, hago lo que me dicen sin hacerme problema del sentido de las cosas*. Esto es, la persona se hace irresponsable de su decisión de acudir a la consulta. Hablamos de impostura porque como es evidente no es cierto que la persona no tenga una idea sobre el propósito por el que acude a consulta. Efectivamente, siempre hay objetivos y apetencias (conducta propositiva) cuando se acude a una consulta, sea la que sea. El sujeto siempre tiene metas y el sentido de una acción es el fin que el sujeto busca o encuentra con ella. Como decía Merleau-Ponty, el significado es el logro de una intención. Lo que ocurre es que unas veces las metas que orientan la ejecutividad-función de la conducta no se tienen bien inventariadas en la mente y otras veces no se está nada dispuesto a declararlas. En conclusión: no hay acto de conducta que no sea intencional. Esta afirmación pensamos que valdría como axioma en psico(pato)logía.

Frente a la hiper-reflexividad considerada como dimensión común a diferentes topografías clínicas (Pérez Álvarez, 2008, 2012, 2014), el objetivo de este artículo es presentar el concepto de “dimisión del yo-agente” como dimensión transdiagnóstica y analizar sus implicaciones en Psico(pato)logía y Terapia Existencial. Para ello se divide el trabajo en tres partes. En la primera se analiza la presencia de la dimisión del yo-agente en la clínica moderna y su relación con la noción de hiper-reflexividad. En la segunda parte se comentan algunas estrategias y técnicas que permiten trabajar las condiciones de la hiper-reflexividad y dimisión del yo-agente. Por último, en la tercera parte de este artículo, se comentan los

objetivos y ejes clave de la Terapia Existencial. Finalmente se cierra el trabajo con algunas de las principales conclusiones.

### **DIMISIÓN DEL YO-AGENTE**

Antes de iniciar nuestro viaje a través de la “dimisión del yo-agente”, se precisa dar unas pinceladas, siquiera al modo impresionista, sobre el giro o turno transdiagnóstico en psicopatología. Se trata de ver dimensiones comunes a diversas topografías clínicas (eso sí, sin poder prescindir de categorías), esto es, procesos subyacentes compartidos implicados en el desarrollo y mantenimiento de ciertas clases de psicopatología. En esta dirección se han propuesto múltiples dimensiones desde diferentes enfoques (Pérez-Álvarez, 2017). Por lo que aquí interesa que es la perspectiva existencial podríamos situar en este giro las dos siguientes variables transdiagnósticas: la ansiedad-de-la-muerte (Iverach, Menzies y Menzies, 2014) y el miedo a la incertidumbre, entendido como miedo global a lo desconocido por venir (véase Carleton, 2016), las cuales cuentan con cierto apoyo experimental. También podríamos situar ahí, como dimensiones transdiagnósticas de base existencial, si bien más desde la “evidencia” de la clínica psicoterapéutica que desde la “evidencia” experimental, las cuatro preocupaciones existenciales básicas de la Psicoterapia Existencial de Yalom (1984, 2000, 2008). Son las siguientes: 1) la muerte (como miedo o ansiedad ante la muerte), 2) la libertad (como miedo o ansiedad ante el hecho de tomar decisiones y asumir responsabilidades sin posibilidad de transferencia), 3) el aislamiento-soledad (como la necesidad e imposibilidad de fusión y comunicación plena con otro pues existencialmente cada uno está radicalmente solo), y 4) la falta de un sentido vital (como miedo o ansiedad ante el vacío de valores y de ser y la tarea de construir un proyecto de vida). En esta línea de ver dimensiones transdiagnósticas desde la clínica existencial proponemos situar la variable “dimisión del yo-agente”.

Es una observación clínica afirmar que muchos pacientes de Salud Mental viajan (o hacen que viajan) por la vida como veletas conductuales sin rumbo fijo y sin brújula vital. Lo único que piden al clínico es que *le* apaguen el mal-estar emocional como si de pulsar un interruptor se tratase. A esta forma de ser-estar y comportarse se propone llamarla aquí, utilizando un término del filósofo existencialista J-P. Sartre, *conciencia zarandeada* (*conscience ballotée*) (véase Amorós, 2000). La persona así caracterizada se dejaría llevar pasivamente por la corriente social sin asumir que uno es agente responsable de sus acciones-decisiones, esto es, sin asumir que uno es dueño de su conducta y de la vida que hace y tiene que hacer. Sería algo así como vivir en modo piloto automático. Como una boya sin amarras que flota a la deriva, según la metáfora de Ortega (1966). Vale decir que mediante esta forma de actuar se evita *sostener el propio ser* (Ortega, 1966).

Anudada a la *conciencia zarandeada* estaría la *mala fe* (*mauvaise foi*) (Sartre, 1992, 1996). La noción de *conciencia zarandeada* es previa a la *mala fe* y en cierta

medida germen de la misma. La *mala fe* consistiría en adoptar alguna forma de determinismo, cargando la responsabilidad negativa a cuenta de la biología, los genes, la educación, la cultura, el pasado, o cualquier otra cosa que no sea el yo. La *mala fe* que aquí interesa es aquella en la que el sujeto niega su libertad de elección de posibilidades diluyéndola en la necesidad de una de ellas. Básicamente significa renunciar a asumir que uno es agente responsable de lo que hace y de su situación vital. La persona elige y al mismo tiempo dice que no está eligiendo. Vale decir que mediante la *mala fe* la persona se presenta ante los demás y ante sí mismo como estando sorprendido de ser dueño-agente de su conducta. No se trataría por lo demás de una mentira (el mentiroso y el engañado son personas diferentes) sino de un autoengaño (mentirse a sí mismo) con el objetivo de ocultarse su libertad. Este escamoteo del yo-agente nunca funciona porque no elegir es ya estar eligiendo. Dicho de otro modo; *no se puede no decidir la conducta-vida-ser*. Como diría Sartre: “el hombre está condenado a ser libre” (Sartre, 1992, p. 26). La *mala fe* sería así el formato psicológico moderno de la huida de la libertad y la responsabilidad propia y la de los demás. Intentar saltar por encima de esta verdad existencial (como intentar salir fuera de las fronteras de la cultura y de la historia) es la aporía del sujeto moderno. “Si hemos definido la situación del hombre como una elección libre, sin excusas y sin ayudas, todo hombre que se refugia detrás de la excusa de las pasiones, todo hombre que inventa un determinismo, es un hombre de mala fe” (Sartre, 1992, p. 52). En definitiva, la mala fe sería *un intento de trocar nuestra libertad en facticidad*. Hablaba Ortega de un modo de falsificar la vida que encajaría con este modelo de la mala fe que es cuando la persona “hace que hace” para precisamente no hacer de verdad, siquiera eso que está haciendo (Ortega, 1972, p. 81).

Estas dos nociones tomadas en conjunto (conciencia zarandeada y mala fe) vienen a dar cuenta de una modalidad de ser-estar en el mundo y en clínica cuyas implicaciones psico(pato)lógicas se analizan en este trabajo.

Para empezar, se manifiesta en los siguientes ejemplos (y no se agotan en los que se presentan):

1. La declaración *no me apetece hacer nada*, dicha por el paciente supuestamente depresivo, sería más un *no me apetece hacer nada con mi falta de apetencia*, o mejor aún; *un me apetece mucho hacer nada*. Es una *noluntad*. Luego se verifica que la cosa no es así (nunca lo es) y resulta que se asume ser agente para lo que conviene y veleta para lo contrario.

2. Las demandas: *quiero que no me afecten las cosas*, o, *quiero que me guste hacer lo que no me gusta*, y otras por el estilo, reflejan la impostura de quién las proclama, pues pareciera que se lleva una existencia “adánica”, esto es, a punto de estrenar, o que se toca pie por primera vez en el planeta llamado vida humana.

3. Permanecer anclado en la in-acción (quietismo) o falta de disposición, a la espera de que la solución llegue mágicamente desde afuera, p. ej., de la mano del terapeuta o de la medicación, cuando sabe el paciente por su “experiencia de vida” que eso no funciona así. La “experiencia de vida” sería un saber que se adquiere

automáticamente, “aunque no queramos”, como consecuencia de las cosas que nos pasan (Ortega, 1984, p. 27).

4. Describir la conducta-queja (ya sea zamparse media docena de pasteles, beber alcohol en exceso o zambullirse en la rumia cognitiva), *como si* fuera un suceso que *le* acontece pasivamente (síntoma) a la persona (paciente), más que como una acción que decide y se permite hacer (yo-agente). Así, para muchos pacientes que acuden a Salud Mental valdría la expresión: *no es el sujeto quién tiene las acciones, sino las conductas, aquí llamadas patológicas, las que tienen por así decir maniatado al sujeto.*

5. Tomar decisiones sin peso existencial, esto es, sin hacerse cargo de las implicaciones de las mismas y ocultándose a sí mismo ser dueño de la decisión que se ejecuta. Véase el solicitar un cambio de psiquiatra a psicólogo y solicitar al segundo una receta o asesoramiento farmacológico cuando sabe que el psicólogo no se dedica a tales menesteres.

En todos los ejemplos anteriores hay un denominador común: la renuncia a ser yo-agente de la conducta que se ejecuta. En efecto, muchos consultantes se niegan a sí mismos y a los demás la responsabilidad que tienen en su “estar haciendo cosas para las metas que dicen quieren conseguir”. Asumen una visión de sí mismos como víctimas de la *fatalidad*. Se conciben más como espectadores pasivos de su propia acción y experiencia en curso que como dueños de la misma. Ahora bien, como dijo Ortega: “Es, pues, falso decir que en la vida “deciden las circunstancias”. Al contrario: las circunstancias son el dilema, siempre nuevo, ante el cual tenemos que decidirnos. Pero el que decide es nuestro carácter” (Ortega, 1970a, p. 102). Efectivamente, las diferentes situaciones nos instan a decidir qué hacer, pero cada persona según su forma de ser, de pensar, según los diferentes valores que se tengan, actuaría de una u otra forma, y se tomarían distintas decisiones en función de esto. Es decir, ante una misma circunstancia pueden darse decisiones totalmente diferentes en función de la persona(lidad) que las toma. Lo más fácil es negar esa responsabilidad de que es uno mismo el que tiene que tomar las decisiones. Es mucho más cómodo sentarte a mirar la vida pasar y quejarse, que mirar a la vida a la cara y tomar las riendas.

Pues bien, consideramos que esta opción de renuncia no es solo una cuestión individual o personal sino que está conectada con toda una cultura clínico-institucional que explícita o implícitamente facilita o recomienda decantarse por esa opción; darse de baja del yo-agente. Véase *el proceso de naturalización biomédica del sufrimiento vital-psicológico* (García-Haro, García-Pascual y González González, en preparación). Las consecuencias son calamitosas.

Como decíamos antes, aunque se presente como dimitido, el yo-agente siempre está funcionando: esto es, no puede no funcionar y no tiene manera de deshacerse de sí. Mucho menos cuanto más lo intente. Eso sí, permanece agazapado tras los matorrales de la facticidad a la espera de una situación propicia para saltar sobre su presa, tal como hacen algunos pacientes de Salud Mental, que tras diluir su

libertad en los síntomas, la enfermedad o la circunstancia (objetualización del yo), al finalizar la consulta solicita una solución (*¿y qué puedo hacer?*) o bien se reclama un informe que sea útil a fin de conseguir un objetivo. Se diría que *juega la persona en tiempos modernos en el tablero de la interacción social con una dupla objetual-subjetual que bascula de un polo a otro según interés*. Siendo así, la elección más importante que puede tomar una persona en la vida consistiría no tanto en elegir entre una vida auténtica-inauténtica (Heidegger) o yo auténtico-inauténtico (Ortega), sino entre una vida-yo honesta o no-honesta tanto con uno mismo como con los demás. Es decir, evitar la impostura de auto-presentarse como objetualidad en lugar de hacerlo asumiendo su condición de yo-agente.

### SER-ENFERMO COMO FORMA MODERNA DE DIMISIÓN DEL YO-AGENTE

Se pregunta J. M. López Sánchez en un libro que recoge conferencias y seminarios impartidos en la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada: “¿Qué vienen buscando del médico los pacientes?” Y responde: “No está muy claro que sea siempre la salud” (López Sánchez, 2004, p. 194). A continuación cita a Von Weizsäcker y Laín Entralgo (1969) que en conjunto vienen a decir que muchas veces no se busca tanto una solución a un problema sino que el médico apunte la mala solución que ya ha sido encontrada, que no es otra que la huida del ser en la enfermedad. En efecto, algunos pacientes no acuden al médico o al psicólogo en busca de salud ni de diagnóstico preciso, sino para ser reconocidos como tales enfermos y para seguir estando enfermos con cierta seguridad vital-institucional. A falta de una identidad o un yo-proyecto mejor que haga de viga mayor para soportar la falta de sentido vital y el sufrimiento trágico, se busca refugio en el hecho de ser-un-enfermo o yo-enfermo. Esto es, se buscaría una suerte de falsificación de la vida y rigidificación del yo (Valenciano, 1978). Esta dimisión sería por lo demás voluntaria. Esto es, no se estaría hablando aquí de una interceptación de sus procesos mentales por una potencia extraña que deje al sujeto perplejo y angustiado al modo de la xenopatía esquizofrénica. Como si de una *elección fundamental u originaria* se tratase (momentos electivos clave sobre los que pivota una vida o proyecto biográfico), a partir de ahora, cultivar la enfermedad y ser conductualmente *consonante* (Festinger, 1962) con la misma, será su proyecto existencial. Esto incluye de suyo acudir como un autómatas “sin saber reflexivamente a qué, pero sabiendo ejecutivamente” a la consulta de salud mental. Así, cada vez más se constata que la persona que vive ya en la escafandra de la etiqueta diagnóstica (fusionado a la enfermedad, que no es lo mismo que tener conciencia de enfermedad), acude más desde la lógica de justificar su diagnóstico y sus implicaciones (inmovilismo, incapacidad, desvalimiento, victimismo, irresponsabilidad, etc.), que desde la lógica de querer implicarse (movilizar su libertad) en un proceso de cambio personal. Se elige ser una cosa-en-sí, que diría Sartre, que lo determina a ser y comportarse de tal o cual manera. El triunfo de esta operación subjetiva-identitaria

requiere terapeutas cómplices. En efecto, hace falta una coartada profesional, un informe, que cierre definitivamente el autoengaño. Nunca faltan profesionales dispuestos a esto. Con todo, paradójicamente, esforzarse en realizar este propósito o yo-proyecto es lo que hace del sujeto lo que es; un-ser-enfermo. Como dice Martín-Santos: “La enfermedad es ahora un autorrealizarse, la puesta en práctica de un proyecto esencial de ser: el ser-enfermo” (2004, p. 59). Además, a través de este proyecto en curso se ilumina de sentido la historia biográfica. Así, cuando un paciente recibe un diagnóstico psicopatológico, cualquier conducta del pasado se interpreta a la luz de la patología. Incluso los éxitos y logros alcanzados quedan resignificados como meros espejismos. Como dijo Martín-Santos: “El sentido del pasado queda iluminado por el proyecto que da forma a mi futuro” (Martín-Santos, 2004, p. 158). Tiene lugar una suerte de sesgo de confirmación o re-escritura patológica de la historia vital. Así, hay quienes eligen petrificar su yo-proyecto en torno a una pseudoidentidad o categoría diagnóstica cincelada en piedra: “yo soy bipolar” o “yo soy alcohólico aunque llevo veinte años sin tomar alcohol”. A nosotros nos parece que veinte años es tiempo suficiente para construir una identidad diferente.

Como decíamos antes, frente a la tarea de construir su proyecto biográfico, la persona se confronta con la angustia de la incertidumbre. Esta angustia se combate mediante la defensa de la mala fe de querer ser una cosa-en-sí, ser como “un musgo, una podredumbre o una coliflor” (Sartre, 1992, p. 18). Así, hay quienes afirman, como en la fábula de la rana y el escorpión: *hago esto porque soy así*. Estas declaraciones, siguiendo a Martín-Santos (2004), pueden significar al menos dos cosas: 1) una cierta esencialización del yo con una liberación de la responsabilidad personal y una exculpación de los actos que se puedan reputar inadecuados, y 2) una cierta fusión del yo con la conducta indeseada de modo que se borra la distancia entre sujeto y síntoma. La trampa aquí es que se quiere realizar lo que es imposible: se quiere cancelar el devenir del ser-para-sí, que está siempre en movimiento, se quiere solidificar un proceso, congelar la corriente del río de la vida-ser, con el riesgo sabido de que se quiebre el hielo en trozos bajo sus pies y acabe así el sujeto ahogado. En efecto, para cada yo del presente no hay ninguna identidad que esté ahí quieta, como una cosa ya hecha, como un cuadro colgado en un museo que pueda ser contemplado desde un cómodo sillón. Se quiera o no, el yo actual es siempre tensión y cambio de sí.

Quizás no esté de más decir que pretender derribar o rendir ese yo-proyecto dis-funcional, aunque compensatorio, esa *máscara* protectora (en sentido jungiano), esa *ficción* identitaria (en sentido adleriano), esa *ortopedia del yo* (en sentido de Castilla del Pino), cuando no se dispone de una identidad mejor que ofrecer, nunca es un buen objetivo terapéutico y muchas veces causa males mayores.

Desde un punto de vista clínico y existencial, y asumiendo el riesgo de aumentar aún más la confusión de la torre de Babel del listado de condiciones transdiagnósticas en psicopatología (Pérez-Álvarez, 2017), proponemos la siguien-

te hipótesis: estos modos de ser-estar y funcionar en el mundo, podrían estar en la base común de la génesis de numerosos problemas psico(pato)lógicos. Esto es, cabría ver en las figuras sartreanas de la *conciencia zarandeada* y la *mala fe*, tomadas ahora en conjunto, una forma moderna de dimisión del yo-agente, *evitación de ser-idad*, evadir-ser dueño responsable de la conducta, yo y situación vital. Esta dimisión del yo-agente se podría tomar aquí no sólo como una defensa (al modo del concepto de *compulsividad* en Yalom, 1984), sino como una dimensión clínica común tal como ha postulado M. Pérez Álvarez para la condición de la *hiper-reflexividad* (Pérez Álvarez, 2008, 2012, 2014). En efecto, a fin de evitar la angustia inherente a la libertad-responsabilidad de decidir la vida, muchas personas prefieren desviar la mirada de su inevitable tarea y la dirigen hacia el cumplimiento de una vida-identidad ya hecha o fija o petrificada. La consecuencia sería que se alivia la de angustia de decidir la vida (*¿cómo quiero vivir?*) y de construir la identidad personal (*¿quién quiero ser?*). Como dijo Frankl: *siempre que el hombre abdica como ser libre, para ser exculpado como ser no libre queda definida la esencia de la neurosis; esto es, la renuncia de la libertad existencial en favor de la facticidad* (Frankl, 1990). Si se mira bien, muchas de las condiciones y diagnósticos psicopatológicos al uso proceden o consisten ellos mismos en modalidades de dimisión del yo-agente.

Siendo así, la ayuda terapéutica iría en la dirección de conseguir que el paciente asuma un control o dirección personal sobre las conductas que vive y llama *síntomas*, de modo que no se oculte a sí mismo la responsabilidad que tiene en la gestación y mantenimiento de las mismas o en al menos la búsqueda de soluciones. No otra cosa significa ser consciente de que *el problema es el intento de solución*, como apuntó hace años el *Mental Research Institute* de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1994; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1985). Se trataría de llevar al consultante a visualizar que tras cada acción y renuncia subyace un flujo subterráneo y continuo de responsabilidad que ha de asumir sin falsos autoengaños. Se trataría de poner de manifiesto el perfil colaborador del consultante en la construcción de la prisión en la que se siente limitado. En definitiva, *se trataría de llevar al consultante de un lamentarse hacer lo que no quiere o padece* (paciente), *a un asumir querer* (en cierto sentido o grado) *lo que se lamenta hacer o padece*. Esta sería la idea que se oculta tras la máxima terapéutica que dice: *hay que prestar siempre ayuda, pero nunca eximir de responsabilidad* (Lukas, 2003). Se volverá sobre esto al hablar de los objetivos de la Terapia Existencial.

Interesa ahora colocar sobre la mesa, siquiera brevemente, la noción de *hiper-reflexibilidad* o *autoconciencia intensificada*. La *hiper-reflexibilidad* refiere una experiencia en la que se radicaliza la oposición yo/mundo, y en la que la persona, en parte o en su totalidad, se toma a sí misma, o a su experiencia como objeto-fenómeno con el que se relaciona, más que con las cosas y seres del mundo. “La hiperreflexividad se refiere a una variedad de formas de autoconciencia intensificada en las que el sujeto se toma a sí mismo como objeto de atención, ocupación y

preocupación de una manera que puede terminar por desvincularse de su normal involucración en el mundo. En general, consiste en algún tipo de autopresencia de uno para sí mismo, tal que algún aspecto suyo se interpone en la propia relación de uno con el mundo, llegando incluso a constituir el principal campo temático y, así, todo un mundo de ocupación y preocupación” (Pérez Álvarez, 2012, p. 55). Esta autopresencia o conciencia intensificada de sí mismo puede tomar como objeto-fenómeno aspectos del ámbito privado (sentimientos, imágenes, pensamientos, etc.) como aspectos del ámbito público (apariciencia, conducta, etc.). El resultado es una dilatación o hipertrofia de la autopresencia o conciencia de sí mismo que acaba por interferir o atascar el curso natural o espontáneo de la vida.

La hiper-reflexividad no sería por lo demás una consecuencia o mera concomitancia del malestar de los “síntomas mentales” o del trastorno, sino una condición patógena que termina por constituir el trastorno mismo (Pérez-Álvarez, 2008). Esta condición patógena adopta la figura del “bucle” que convierte un problema del “mundo de la vida” en un asunto psicopatológico propio del “mundo de la ciencia”.

Según Pérez Álvarez (2012) esta *autoconciencia intensificada* caracterizaría la experiencia de la vida moderna y estaría a la base de numerosos conflictos psicológicos (desde los procesos de ansiedad-depresión hasta la esquizofrenia) configurando así una dimensión clínica común o condición patógena transdiagnóstica. En efecto, según se verifica en clínica psicoterapéutica y en la vida cotidiana, adoptar una actitud permanentemente hiper-reflexiva, más que natural, en el afronte con la vida, esto es, vivir centrado en el yo-mente más que en las tareas-mundo, tiene sus riesgos y consecuencias clínicas.

Aún así, no se trataría por lo demás de una condición psicopatológica en sí misma ni una forma de autoconciencia natural, pura o universal, sino de una decantación histórico-cultural con sus diferentes momentos y contextos de desarrollo tecnológico, donde destaca la invención de la escritura como técnica e institución social (Pérez Álvarez, 2012).

## **ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DESDE UN PUNTO DE VISTA EXISTENCIAL**

Llegados a este punto, convendría, compilando todo lo dicho, dejar aquí unas advertencias sobre el camino, aunque sea sólo a modo de hitos que orienten al senderista: 1) *un yo intensificado-atascado o un yo autocentrado-enredado en sí mismo y en sus procesos mentales y sin mundo, tal como apunta la hiper-reflexividad* (Pérez Álvarez, 2008, 2012, 2014) y 2) *un yo des-orientado y sin rumbo fijo, que navega a la deriva sin asumir ser dueño de su conducta y de su vida, y cargando la responsabilidad negativa a la facticidad, tal como apuntan en conjunto las nociones sartreanas de conciencia zarandeada y mala fe*, serían condiciones patógenas modernas de las disfunciones psíquicas. Ambas condiciones se pueden relacionar. La hiper-reflexividad o autoconciencia intensificada se podría ver como una forma de evadir-ser dueño responsable de la conducta, del yo

y de la situación vital. Esto es, a su manera, la hiper-reflexividad sería una forma de dimisión del yo-agente en su afronte dramático con la vida cotidiana. Efectivamente, y parafraseando el título de un libro de ACT (Hayes y Smith, 2013), *esquivar la vida y enredarse en la mente*, sería una buena manera de evadir-ser, dimisión de sí, evitación del proyecto vital biográfico.

Con todo, a lo largo de este artículo vamos a mantener estas dos condiciones separadas.

A continuación, se presentan algunas técnicas procedentes de la Terapia Existencial (concretamente desde la Logoterapia) y también desde ACT, que directa o indirectamente sirven a trabajar estas condiciones.

*Primero.* A fin de evitar la dimisión subjetual del yo-agente que se apunta en el par *conciencia zarandeada y mala fe*, la Terapia Existencial utilizaría técnicas precisas que tendrían como diana terapéutica hacer emerger del flujo subterráneo de la conducta, la responsabilidad que tiene la persona en lo que hace para conseguir o fracasar en sus metas. Valdría decir, *técnicas para pillar infraganti a la responsabilidad en su que-hacer ejecutivo clandestino*. Se trataría de que la persona se haga cargo de los autoengaños con los que viene evitando o traicionando decidir-su-vida, y, asuma la responsabilidad de cambiar lo que puede cambiar o elegir aceptar lo que hace con su conducta-yo-proyecto. En esta línea, *devolver al consultante que tiene una responsabilidad (o mejor aún: una obligación) en saber para qué quiere que le sirva la consulta a la que ha decidido voluntariamente acudir, es siempre una buena medida terapéutica*. Como es evidente, el consultante no es una hoja otoñal zarandeada por el viento. Dicho de otro modo: la ignorancia nunca puede ser premiada por el terapeuta. No es casual que en el ámbito del Derecho se advierta que “la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento”. *Cabría aquí la hipótesis de que decidir no tener ni-idea (conciencia) acerca de lo que se quiere, es un factor de riesgo en salud mental, sino es la mejor definición de estar ya viviendo en el terreno de la psicopatología*.

Sentirse responsable de la propia conducta-vida y del desarrollo de la propia persona que se quiere ser sería la meta de la Terapia Existencial. Se apreciará en seguida lo que podemos llamar “paradoja de la libertad en psicoterapia”: ¿cómo influir en el paciente que ha renunciado a la libertad de poder-ser, para que desde el espacio terapéutico pueda movilizar sus capacidades en dirección al cambio personal?

Entre estas técnicas existenciales, la Logoterapia ofrecería las siguientes:

1) La *intención paradójica*: consiste en desear precisamente lo que se teme-evita, con lo que se consigue un auto-distanciamiento de los factores desencadenantes del síntoma. Por otro lado, si uno es capaz de generar el síntoma que le aqueja, se reconoce implícitamente cierto poder-control sobre él.

A modo de paréntesis, vale decir dos cosas de esta técnica: a) tiene su raíz histórica en la psicología individual adleriana (Pérez Álvarez, 1996) la cual sería para algunos autores precursora de la Terapia Existencial (Frankl, 1990) y b) tiene

su proyección en la *prescripción del síntoma* del MRI de Palo Alto (Watzlawick et al., 1985).

Sin abandonar la intención paradójica, una manera de trabajar la discrepancia logros-metas, consistiría en desafiar al paciente instándole a querer hacer lo que sintomáticamente hace. Así, por ejemplo, a una persona que siempre carga con el trabajo de los demás (y dice que no desea hacerlo) se le diría que lo haga pensando: “Haré el trabajo porque quiero que se aprovechen de mí” (Lukas, 2005, p. 23). Esto es, se trataría de seguir la máxima: *Si no puedes hacer lo que deseas, desea hacer lo que haces*. Con esto se buscaría que el consultante choque con la discrepancia logros-metas y se pregunte por qué hace en realidad algo que no quiere.

2) Además de la intención paradójica, entre las técnicas y ejercicios que utiliza la Logoterapia para trabajar la responsabilidad está la *metáfora de la novela vital*. Se trata de que el consultante imagine que su vida es una novela y que él mismo es el protagonista. Se le dice que ha llegado a un punto final de su vida en que está redactando su propia autobiografía. Ha llegado al capítulo que trata del momento presente y que, como por arte de magia, está en sus manos efectuar correcciones y que incluso podría determinar con plena libertad lo que va a acontecer inmediatamente después... (Frankl, 1990).

*Segundo.* Para el yo de la *hiper-reflexividad* o *autoconciencia intensificada patógena*, encontramos también técnicas de la Logoterapia y de ACT que pueden ser útiles.

La Logoterapia ofrecería la *derreflexión* o *desreflexión*: trata de des-centrar al consultante de su síntoma o de sí mismo al tiempo que se le re-orienta hacia valores de autotranscendencia; se re-dirige la conducta hacia el proyecto de vida que ha quedado atascado en su evolución y que está a la base de la frustración o mal-logro de su existencia. Básicamente la *derreflexión* o *desreflexión* consiste en ayudar al consultante a que deje de concentrar la atención en sí mismo y sus preocupaciones, que se des-preocupe de sí y de lo que enérgicamente desea conseguir-evitar (hiperintención) porque va a contrapelo de la naturaleza de las cosas, y se comprometa con tareas de la vida que representen algún sentido o valor. En pocas palabras: desviar la atención del yo-síntoma y dirigirla hacia algo ajeno a uno mismo (hacia el mundo) y que sea digno de ser realizado. Efectivamente, lo que da sentido a “mi” vida no es el culto al yo, sino el olvido del yo; no es la relación reflexiva del yo consigo mismo (causa de numerosos nudos psicopatológicos), sino el viaje de auto-trascendencia. Según lo dicho, amplificar las capacidades de auto-trascendencia sería un objetivo logoterapéutico de gran ayuda para corregir la hiper-reflexividad.

Sorprende encontrar en ACT algunas técnicas convergentes o afines a la derreflexión y la autotranscendencia sin conciencia de dicha afinidad. Entre las técnicas de ACT, tomada ahora esta terapia por su hábito existencial (véase las afinidades entre Terapia Existencial y ACT en Pérez Álvarez, 2001), que servirían a corregir la hiper-reflexividad estarían la *defusión cognitiva* y la *aceptación*. Básicamente la defusión implica aprender a ser consciente de los propios pensa-

mientos y sentimientos en cuanto tienen lugar y verlos *como lo que son* y no como lo que dicen ser, esto es, sin responder a la literalidad de su contenido. Para ello se trabaja la perspectiva del yo-contexto que consiste en tratar de ver la experiencia interna desde fuera, desde el punto de vista de un observador (yo-contexto o yo-observador como oposición a yo-contenido o yo-conceptualizado), de modo que se pueda tomar distancia evitando así la identificación-fusión del yo con los mismos. La idea aquí es promover un sentido del yo de manera que uno experimente la conciencia como contexto en el que tiene lugar los distintos eventos internos. Como dice Pérez Álvarez (2014); “Sería un yo trascendental que hace posible los eventos privados, sin reducirse a ellos, ni tampoco fusionarse con ellos, sino que los trasciende en el tiempo y en el espacio” (Pérez Álvarez, 2014, p. 155). En definitiva: trabajar el yo-contexto ayuda a los consultantes a tomar perspectiva respecto de las experiencias hasta ahora temidas y evitadas. Ahora bien, se adoptaría la perspectiva de observador de sí mismo sólo como forma o medio de deshacer el enredo o salir del atascamiento autorreflexivo en que le aboca sus intentos rígidos de evitación-control, y así volver a la acción en el mundo y en concreto a las cosas que importan (a cada cual) en la vida.

A fin de conseguir esta perspectiva del yo como contexto se utilizan diferentes metáforas y ejercicios experienciales. Véase en este sentido la metáfora del tablero o de la pantalla de cine (Eifert y Forsyth, 2014; Hayes, Strosahl y Wilson, 2015; Wilson y Luciano, 2002). En un tablero de ajedrez, las fichas blancas serían aquellas cosas “buenas”, los aspectos positivos, pensamientos, emociones, sentimientos que nos gusta tener. Las negras serían aquello contra lo que intentamos luchar, lo que intentamos expulsar de nuestra vida, los aspectos temidos. Se pregunta al paciente quién sería él en esta hipotética situación, a lo que la mayoría de personas contestan lo mismo: las fichas blancas. Ante esto, se puede sugerir que tal vez se pueda ser el tablero que contiene tanto fichas blancas como fichas negras (ya que cada persona tiene dentro de sí misma aspectos positivos y negativos). Se le puede decir que ha estado intentando sin éxito que las blancas ganen la partida, y que otro juego posible sería mover el tablero hacia la dirección que creamos más adecuada, independientemente de qué fichas vayan ganando.

Pues bien, a través de la defusión y con la *perspectiva yo-contexto se trataría de ver la diferencia entre uno teniendo una experiencia interna y una experiencia interna teniéndolo a uno*. La defusión así considerada daría paso a la aceptación o al estar dispuesto a sentir flexiblemente y sin resistencia los eventos internos negativos que se interponen en el camino hacia valores, esto es, sin intentar modificar-evitar dichos eventos. De esta manera, dice ACT, la persona *aprende a elegir responsablemente* cómo responder a dichas experiencias internas teniendo presente si dicha elección aleja o acerca (pragmáticamente) a la persona de lo que le importa (metas de vida valiosas). Con esto se quiere decir que el consultante aprendería a elegir entre dos opciones disyuntivas: 1) dejarse enredar por el desfile de los eventos internos que culturalmente (reglas lingüísticas aprendidas) limitan

su actuación dirigida a valores o 2) caminar en dirección a valores “haciendo hueco”, o como si dijéramos; caminando bajo la lluvia.

Parece paradójico pero trabajar la *defusión cognitiva* (y el resto de elementos ACT) además de corregir la conciencia intensificada patógena o hiper-reflexividad, sirve también al aumento de la responsabilidad personal en las decisiones/acciones que se toman en el curso de la vida. Como dice ACT: *lo importante es lo que nosotros hacemos con la ansiedad* (Eifert y Forsyth, 2014). Esto nos trae a la memoria la técnica narrativa de la *externalización*. Desde cierto ángulo se podría ver incluso la defusión de ACT como una suerte de externalización narrativa donde se incita a los consultantes a reconocer que tienen la opción (libertad) de continuar sometiéndose a la influencia del problema o de *declinar la incitación a someterse* (White, 2016, p. 13). Trabajar en estos términos tiene además la ventaja de movilizar el cambio minimizando el elemento paralizante de la culpa.

Siguiendo con las técnicas de ACT que sirven a corregir la hiper-reflexividad estarían la *clarificación y compromiso con valores* (elemento considerado como la esencia del tratamiento y guía del funcionamiento de la ACT), entendidos estos más como horizontes de sentido y de compromiso, que como metas situadas en el eje temporal. A este respecto, se trataría de ayudar a los consultantes a construir y clarificar valores de vida, que en ACT son valores de identidad (*¿qué clase de persona quieres ser?, ¿qué es lo significativo y valioso de tu vida?, ¿para qué clase de vida te estás entrenando?, etc.*) para actuar en dicho horizonte de valor y sentido. Esto se haría aceptando (“haciendo hueco”) con plena conciencia los eventos privados que surjan a modo de barreras-obstáculos en el camino. Esto es, soslayando o bloqueando los intentos ineficaces o bucles fusionados de controlar-evitar los eventos internos cargados de malestar. No otra cosa serían los denominadores I (*intento de forzar algo espontáneo*) y II (*intento de dominar algo aplazándolo*) del MRI (Fisch, et al., 1994), aunque ACT no los nombre.

Muchos terapeutas después de varias sesiones de trabajo clínico descubren que los valores que quieren conseguir sus pacientes (véase *ser un buen padre, ser una pareja cariñosa, etc.*) están conectados con la persona que son, esto es, con su estilo habitual de relacionarse consigo mismo y con los demás. Pensamos que para que los valores funcionen bien como guías eficaces de conducta, para que se quieran llevar a cabo a pesar de todo, han de estar conectados con la persona que se quiere ser o identidad que se quiere conseguir. En este sentido, pensamos que los valores necesitan del apoyo de las virtudes (en sentido aristotélico). Esto quiere decir que el compromiso es un proceso y una decisión que hay que cultivar continuamente, que hay que tomar y renovar a diario, una y otra vez, hasta que se crea una disposición o hábito. Los valores sin las virtudes quedan en meras abstracciones, y no se cumplen. Las virtudes serían el sello actitudinal de los valores en la conducta cotidiana. Así, cuanto más se repiten tales conductas menos esfuerzo llevan. En este sentido, pensamos que el objetivo de la Terapia Existencial y también de ACT es ayudar en la tarea de ser la persona que uno quiere ser. Construirse-ser alguien, un

“quién”, una biografía valiosa.

Para terminar: la defusión-aceptación (que a su vez implica contacto con el presente y yo como contexto) y los valores-compromisos, son elementos complementarios en ACT; la defusión-aceptación dejaría libre el caminar en dirección a valores, cuyo horizonte da sentido a elegir implicarse terapéuticamente en la defusión-aceptación. Como dicen Páez Blarrina y Montesinos Marín (2016) y Molinero Roldán (2012), *no tendría sentido “abrir hueco” a contenidos tan dolorosos si no es porque está al servicio de los valores*. Sintéticamente dicho: “estar dispuesto a sufrir psicológicamente al servicio de los propios valores”. Siendo así, la identificación de patrones rígidos y repetidos de evitación-control de eventos internos cargados de malestar correría paralela a la tarea de clarificación de valores y compromisos con los mismos. De este modo ambos elementos estarían interconectados; los patrones rígidos dirigidos a neutralizar el malestar bloquean las acciones orientadas a valores vitales, y de la actuación dirigida a valores se espera (aunque no sea este el fin) atenuar el malestar vivencial. Si se mira bien, ACT y Logoterapia comparten un mismo terreno terapéutico; el del sentido-valores y el del malestar-sufrimiento. La diferencia está en que mientras *la Logoterapia busca un sentido (si se quiere, valores) para soportar el sufrimiento; ACT busca aceptar el sufrimiento para lograr o cumplir una vida basada en valores (si se quiere, con sentido)*.

## OBJETIVOS Y EJES CLAVE DE LA TERAPIA EXISTENCIAL

Llegados a esta atalaya se precisa un breve descanso para divisar el camino recorrido. Mientras el lector posa la mirada en los verdes valles y la brisa del aire sur agita las copas de los árboles, se procede a hacer un breve resumen de los objetivos de la terapia desde el punto de vista existencial según lo dicho hasta ahora.

Serían los siguientes: 1) *favorecer la responsabilidad que tiene la persona en su situación vital y en la identidad que está construyendo a través de cada acción-decisión en el aquí y ahora*; 2) *generar y mantener el compromiso-acción con un proyecto personal de vida que lo sobrepase y evitando peregrinaciones inútiles hacia la reflexión del yo y sus contenidos*; y 3) *generar un sentido de desafío y superación ante las barreras-obstáculos que surgen en el camino, afrontando el peso de la realidad sin desfallecimientos ni autoengaños consoladores*. En este sentido, quizás no haya mejor descripción de lo que pretende la Terapia Existencial como la definición que da H. G. Gadamer de salud. Dice lo siguiente: “si bien tiene sentido preguntarse: “¿Se siente usted enfermo?”, resultaría casi ridículo que alguien preguntara a otro: “¿Se siente usted sano?” La salud no reside justamente en un sentirse-a-sí-mismo; es un ser-ahí, estar-en-el-mundo, un estar-con-la-gente, un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida y mantenerse activo en ellos” (Gadamer, 1996. p. 128).

Pues bien, teniendo en cuenta que lo nuclear en ACT es fomentar conductas orientadas a metas-según-valores, no habría grandes dificultades para encajar ACT

en la línea existencial que aquí se considera. Frente a la metáfora del arqueólogo que excava en los niveles o capas inferiores para sacar a la luz lo que está oculto (véase la terapia psicoanalítica), se defiende aquí la metáfora terapéutica del andamiaje. Consiste en ayudar al consultante a construir un proyecto vital biográfico que tenga sentido o valor personal más allá de los éxitos puntuales. Aunque eso sí, jalonado en torno al logro de éstos. Dicho de otro modo y parafraseando a Frankl: *se propone una terapia de altura más que una terapia profunda*.

Pensamos que hay dos ejes bipolares implicados en la Terapia Existencial, aunque si se mira bien también en ACT; son los siguientes: 1) eje *acción-contemplación* (o participación-objetivación) y 2) eje *yo-mundo*. Estos ejes se toman de la distinción entre las dos formas de conciencia o vida contenidas en el capítulo “Unas gotas de fenomenología” del libro *La deshumanización del arte* (1925) (Ortega, 1970b): 1) la ejecutiva-afectiva o comprometida con la experiencia y 2) la reflexiva-objetiva aplicada sobre la vida ejecutiva, convertida esta en campo de trabajo. Esta distinción tiene a su vez su base en la distinción de Husserl entre actitud natural y actitud fenomenológica (Husserl, 1967).

Si bien apostamos por el valor terapéutico, o por así decir, por las propiedades “salutíferas” del cuadrante *participación-mundo* (orientación natural o actitud centrífuga hacia el mundo cotidiano) frente al cuadrante *contemplación-yo* (orientación reflexiva o actitud centrípeta hacia el mundo interior), lo anterior tiene sus matices, que se exponen a continuación.

Para empezar la orientación a la vida práctica cotidiana, el compromiso activo con alguna causa o valor auto-trascendente y el olvido de sí mismo pueden ser vistos como una suerte de psicoterapia natural profana o mundana; estar ocupado en el afronte de las tareas de la vida en lugar de estar arreglando asuntos de la mente. Sin embargo, este cuadrante de *participación-mundo* no siempre enlaza con un proceso terapéutico o funcional; hay excepciones: véase en este sentido el valor patogénico de estar compulsivamente ocupado en el bienestar de los demás mientras se desatiende o descuida el propio o las diferentes modalidades de impulsividad o *acting-out*. Por otro lado, si bien alineamos el cuadrante *contemplación-yo* en el polo del proceso patogénico o disfuncional (véase entrar en procesos de rumia obsesiva, preocupación, hiper-reflexividad), también tiene sus excepciones: a modo de ejemplo se señala el valor terapéutico de modalidades mundanas de autorreflexividad como el mandato delfico “conócete a ti mismo”, la meditación y el “ensimismamiento” de Ortega (1972), entendido como refugio interior que permite pensar con calma cara a forjar un nuevo proyecto, a diseñar un nuevo plan de acción o a buscar soluciones. También hay modalidades “científico-técnicas” de autorreflexividad con valor terapéutico como el “mindfulness” (ACT), la “mentalización” (Fonagy), la “consciencia reflexiva” (Fosshage) o la psicoterapia misma.

¿Entonces en qué quedamos? Se diría que la orientación centrípeta (autorreflexiva o fenomenológica) del cuadrante *contemplación-yo* de-viene

patogénica cuando se olvida de estar al servicio del “cuidado del yo” (repárese a este respecto que para Ortega la razón es un instrumento vital, de ahí el nombre de “razón vital”), aunque también pensamos que hay formas engañosas de ocuparse de uno mismo que, lejos de estar al servicio del bienestar o ser una manifestación del bienestar, ocultan temas conflictivos (tal es el caso del “cultivo del cuerpo” bajo la obsesión de conseguir una imagen ideal musculada) o encierran formas de “castigar el cuerpo” bajo la forma de dietas restrictivas, ayunos, actividad física extenuante, etc. En el otro extremo, encontramos que la orientación centrífuga (participación-mundo) de-viene disfuncional cuando se hace de espaldas a la reflexión necesaria para la resolución de problemas. Aunque quizás lo más funcional y operativo sea la flexibilidad de transitar de la autopresencia del yo para sí mismo al mundo y viceversa (Pérez Álvarez, 2012). Se trataría pues de alternar las dos actitudes principales del ser o las dos tendencias complementarias presentes en cada persona: el pensamiento y la acción. La novela de Hesse (1983) disocia estas dos actitudes y las coloca en cada uno de los personajes protagonistas de la novela del mismo nombre: Narciso y Goldmundo.

Por tanto; ni espontaneidad ciega, ni hiper-reflexividad bloqueadora. Se requieren ambos polos antagónicos y complementarios. Tensión dialéctica entre la vida como participación-compromiso y la vida como conducta reflexiva. El pensamiento es al fin y al cabo una actividad vital, acaso la más práctica. Hace posible la vida humana. Permite anticipar proyectos, resolver problemas, afrontar el mañana. Como dice Ortega, se piensa porque se está perdido en la circunstancia. Se está en la existencia sin saber qué hacer con ella para pervivir. El sujeto al vivir está siempre a lomos de alguna creencia respecto a lo que le rodea y a sí mismo. Se vive siempre desde cierto suelo de sistema de creencias. Efectivamente, no se puede vivir sin teorizar, sin construirse una orientación sobre el mundo en el que se vive. Quién no lo advierte así es que ignora la tosca teoría que le sostiene y conduce. Por eso, la conducta reflexiva es un asunto de vida (sirve para vivir), es cosa vital. Frente al “Pienso, luego existo” de Descartes, pensamos que habría que colocar más bien: “Pienso porque existo” o “porque estoy existiendo en una vida sin hacer, tengo que pensar para subsistir”. Esto es lo que Ortega llama *Razón vital*, la razón sin la cual no es posible (literalmente) la vida humana. Como ha señalado Cerezo Galán, la reflexión sería ineliminable, porque es parte sustancial de la vida; porque compone junto a la ejecutividad, su otra cara, la que mira hacia sí misma, y la que tiene que volver-se para poder ver su propia ejecutividad (Cerezo Galán, 1984). Se trata entonces de un viaje continuo de ida y vuelta entre el yo-ejecutivo y el yo-reflexivo. El yo-reflexivo aquí serviría no ya para mermar o bloquear la vida espontánea-natural (lo cual es un riesgo cuando se hipertrofia la autopresencia) sino precisamente para potenciarla en su valor inmanente y para dotarla de un hilo conductor que sirva de orientación a la conducta. *Se podría concluir que ni vida sin reflexión ni reflexión sin vida; quién se sumerge durante mucho tiempo en el yo, lo hipertrofia, mientras que quién vive inmerso en el río de la vida sin un yo-reflexivo*

*que lo guíe y bratee para mantenerlo a flote, acaba ahogado.*

La orientación natural o actitud centrífuga del cuadrante terapéutico *participación-mundo* que aquí se señala para anclar el barco de la Terapia Existencial, aglutinaria las dimensiones de *desenredamiento autorreflexivo* (se entiende del *yo autorreflexivo intensificado o autocentrado propio de la hiper-reflexividad*) y de *reorientación a la vida más allá de sí mismo y de los síntomas, sobre un horizonte de sentido y valor* (abrirse al mundo, activarse conductualmente, orientarse hacia valores autotrascendentes, afronte dramático, darse de alta en la vida, etc.), postuladas por Pérez Álvarez, y entendidas por este autor como principios terapéuticos comunes a formatos de terapia funcional-contextual (Pérez Álvarez, 2012, 2014), o incluso nos atreveríamos a decir, transversales a cualquier psicoterapia efectiva.

Se verá en lo dicho más arriba cierta resonancia con el eje narcisismo-objetualidad de la libido en la metapsicología psicoanalítica. Bajo la teoría de la libido se postulaba una versión de vasos comunicantes: *cuanta más libido del yo, menos objetualidad*. En nuestra opinión sucedería más bien lo contrario: *la objetualidad sería un indicador de buena salud de la libido del yo, y la hiper-reflexividad traduciría un debilitamiento o deterioro de la misma*. En cualquier caso, las diferencias entre nuestro enfoque y el psicoanálisis son notables. Bastaría tan sólo señalar que en la propuesta que aquí se hace, el yo se presenta como una totalidad *subjetual* sumergida en relación dialéctica/ejecutiva con el mundo mientras que en el enfoque psicoanalítico el yo es una parte del psiquismo que emerge del ello (atomismo psíquico) al entrar en contacto con la realidad y que “vive” por así decir inmerso en un teatro de sombras fantasmales (objetos internos) más que lidiando operativamente-ejecutivamente con personas reales. Se produce una suerte de espectralización del mundo y con ello del propio sujeto, el cual se hace ingrátido en la medida en que pierde su consistencia ontológica (véase la teoría de M. Klein). Sólo en las últimas décadas el psicoanálisis está recuperando la interacción real persona-mundo bajo la perspectiva del psicoanálisis relacional (Ávila Espada, 2013; Rodríguez Sutil, 2014).

## A MODO DE CONCLUSIÓN

El objetivo de este artículo era presentar el concepto de “dimisión del yo-agente” y analizar sus implicaciones en Psico(pato)logía y Terapia Existencial. Frente a la “hiper-reflexividad” como condición transdiagnóstica se propone aquí la dimensión existencial de la “dimisión del yo-agente”. En base a estas dos condiciones se apuntan aquí una serie de principios-guía terapéuticos para ayudar a las personas que acuden a salud mental: 1) *ayudar a ver y asumir la responsabilidad (hacerse cargo hasta cierto grado) de lo que uno hace con su yo, conducta y vida*, 2) *ayudar a clarificar y andamiar un proyecto biográfico que lo sobrepase y que de sentido a su vida, manteniéndose siempre activo, en plena forma, en la aventura de hacer-se-ser-en-el-mundo*, y 3) *ayudar a ver y admitir la capacidad de*

*acción-elección que se tiene continuamente ante las dificultades e inconvenientes que surgen, y por consiguiente, ayudar a asumir, haciendo hueco, al malestar inevitablemente asociado.*

En definitiva, y admitiendo la paradoja que se desliza en lo siguiente, *se trataría de ayudar a que el consultante pueda vivirse y ejecutarse como el escultor de sí mismo.* Se trata sin duda de una paradoja, autorreferencial, para más señas, pues aquí el escultor, el cincel y la piedra son (como el uroboros) la misma persona funcionando en un proceso cibernético o auto-correctivo. Se apuntaría con esto hacia una concepción de la terapia como un trabajo de auto-creación o auto-perfeccionamiento del yo, no ya en sentido ético sino vital. Hay una obra teatral del escritor Ángel Ganivet (1865-1898) que versa sobre este tema; se titula *El escultor de su alma* (Ganivet, 1926).

En términos de la antropología kantiana se diría: colocar en el centro del escenario clínico no tanto lo que hace la naturaleza con nosotros como lo que nosotros hacemos con nosotros mismos. Visto así, la Terapia Existencial sería: *una ayuda para mejorar lo que yo hago conmigo mismo o me-hago y no tanto una ayuda que consiste en lo que otro hace conmigo o me-hace.* Estas consideraciones quedan sedimentadas en el lenguaje ordinario cuando se dice: *tomar el tratamiento y hacer terapia.* Además, si el terapeuta ha de ayudar en este proceso de auto-creación, se orilla otra paradoja. ¿Acaso la psicoterapia no está llena de ellas?

## Referencias bibliográficas

- Amorós, C. (2000). *Diáspora y apocalipsis. Estudios sobre el nominalismo de Jean-Paul Sartre.* Valencia, España: Institució Alfons El Magnànim.
- Ávila Espada, A. (ed.) (2013). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis.* Madrid, España: Ágora Relacional.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43.
- Cerezo Galán, P. (1984). *La voluntad de aventura.* Barcelona, España: Ariel.
- Eifert, G. H. y Forsyth, J. P. (2014). *La terapia de aceptación y compromiso para trastornos de ansiedad.* Bilbao, España: Mensajero.
- Festinger, L. (1962). *A theory cognitive dissonance.* Stanford, California, CA: Stanford University Press.
- Fisch, R. Weakland, J. H. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia.* Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y análisis existencial.* Barcelona, España: Herder.
- Gadamer, H-G. (1996). *El estado oculto de la salud.* Barcelona, España: Gedisa.
- Ganivet, A. (1926). *El escultor de su alma. Drama místico. Obras Completas de Angel Ganivet, Volumen V.* Madrid, España: Francisco Beltran y Victoriano Suarez.
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (manuscrito en preparación). *Naturalización biomédica del sufrimiento vital-mundano. Una perspectiva crítica.*
- Hayes, S. C. y Smith, S. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso.* Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness).* Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Hesse, H. (1983). *Narciso y Goldmundo.* Barcelona, España: Seix Barral.
- Husserl, E. (1967). *Investigaciones lógicas. Tomo II.* Madrid, España: Revista de Occidente.

- Iverach, L., Menzies, R. G. y Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review* 34, 580–593.
- Lain Entralgo, P. (1969). *El médico y el paciente*. Madrid, España: Guadarrama.
- López Sánchez, J. M. (2004). *Mirando personas*. Granada, España: Lichtung Libro.
- Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona, España: Paidós.
- Lukas, E. (2005). *Libertad e identidad. Logoterapia y problemas de adicción*. Barcelona, España: Paidós.
- Martín-Santos, L. (2004). *El análisis existencial. Ensayos*. Madrid, España: Tricastela.
- Molinero Roldán, J. (2012). Síntomas disociativos y evitación experiencial. Aplicación de ACT en dos estudios de caso. En M. Páez Blarrina y O. Gutiérrez Martínez (Coords.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 163-182). Madrid, España: Pirámide.
- Ortega y Gasset, J. (1966). *¿Qué es filosofía?* Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1970b). *La deshumanización del arte*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1972). *El hombre y la gente. Tomo I*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1984). *Una interpretación de la historia universal (En Torno a Toynbee)*. Madrid, España: Revista de Occidente/ Alianza Editorial.
- Ortega y Gasset, J. (1970a). *La rebelión de las masas*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Páez Blarrina, M. y Montesinos Marín, F. (2016). *Tratando con... terapia de aceptación y compromiso. Habilidades terapéuticas centrales para la atención eficaz*. Madrid, España: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid, España: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 15-33.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid, España: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, España: Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as condition in mental disorders: a clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20, 181-187.
- Pérez-Álvarez, M. (2017). El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 14 (1), 35-52.
- Rodríguez Sutil, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas*. Madrid, España: Ágora Relacional.
- Sartre, J-P. (1992). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona, España: Edhasa.
- Sartre, J-P. (1996). *El ser y la Nada. Ensayo de ontología y fenomenología*. Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Valenciano, L. (1978). *Estudios y ensayos sobre la vida y las vidas humanas*. Murcia, España: Academia Alfonso X el Sabio.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1985). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona, España: Herder.
- White, M. (2016). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid, España: Pirámide.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Yalom, I. D. (2008). *Mirar al sol. La superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.