

Experiencias corporales y sentimiento de orientación vital: una aproximación fenomenológica y narrativa¹

Physical experiences and vital orientation feeling: A phenomenological and narrative approach

María F. Soru*
Dante G. Duero**

Recibido: 5 de junio del 2011 Aprobado: 15 de agosto del 2011

RESUMEN

El artículo de investigación presenta los resultados de la investigación "Sentimiento vital, vivencias corporales y estructuración del campo de la conciencia: una aproximación fenomenológico-narrativa", financiada por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, realizada en el periodo 2010-2011. Las expresiones *sentimiento existencial* o *sentimiento de orientación vital* han sido utilizadas por los psicólogos y psicopatólogos para referirse al conjunto de vivencias y disposiciones básicas que determinan en una persona sus modos de insertarse, experimentar y dar sentido al mundo en el que vive (Binswanger, 1956; Binswanger, 1961; Ratcliffe, 2008; Spiegelberg, 1986). Para la fenomenología, este se cimienta en un conjunto de experiencias corporales, más o menos difusas y de carácter primario. En este trabajo se analizan las experiencias corporales y las variaciones en el sentimiento de orientación vital en tres personas que han recibido diagnóstico de enfermedad mental. Se trata de un estudio cualitativo de corte fenomenológico-narrativo. Se han realizado entrevistas en profundidad y se llevó a cabo un análisis fenomenológico-narrativo siguiendo el método de comparación constante para la configuración de las categorías y del análisis. Con base en los resultados se efectuó una valoración y comparación entre los casos.

Palabras clave: depresión, enfermedad mental, misticismo, sentimiento de orientación vital, vivencias corporales.

ABSTRACT

This research paper presents the results of the project "Vital purpose, physical experiences, and building of the structure of the field of conscience, a phenomenological and narrative approach", funded by the Secretary for Science and Technology of the Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, carried out during the period of 2010-2011. The expressions *existential feeling* or *vital orientation feeling* have been used by psychologists and psychopathologists to denote the group of experiences and basic dispositions that determine the ways in which a person inserts into, experiments, and gives sense to the world (Binswanger, 1956; Binswanger, 1961; Ratcliffe, 2008; Spiegelberg, 1986). For phenomenology, it is based on a set of physical experiences, that are varyingly diffuse and of a primal nature. In this paper we analyze physical experiences and the variations in vital orientation feeling in three persons that have been diagnosed with mental disorders. This is a qualitative study with a phenomenological and narrative approach. We did in-depth interviews and a phenomenological-narrative analysis following the method of constant comparison to configure the categories and the analysis. Based on our results we evaluated and compared the cases.

Keywords: depression, mental illness, mysticism, vital orientation feeling, physical experiences.

Cómo citar este artículo: Soru, María F. y Duero, Dante G. (2011), "Experiencias corporales y sentimiento de orientación vital: una aproximación fenomenológica y narrativa", en *Revista Pensando Psicología*, vol. 7, núm. 13, pp. 59-74.

¹ Artículo de investigación del proyecto de investigación: "Sentimiento vital, vivencias corporales y estructuración del campo de la conciencia: una aproximación fenomenológico-narrativa", financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, realizada en el periodo 2010-2011.

* Licenciada en psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Correo electrónico: fersoru@gmail.com

** Licenciado en psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Magíster en psicología clínica de la Universidad Nacional de San Luis. Doctor en psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Correo electrónico: dduero@hotmail.com

Introducción

Según Ratcliffe (2008), la perspectiva tradicional sobre las emociones no ha permitido enfocar una variedad de ellas, que escapan a la clasificación clásica. Una de estas vivencias relegadas, primordial y fundamental en la estructura de toda experiencia humana es el llamado *sentimiento existencial* o *sentimiento de orientación vital*. Este se refiere al conjunto de vivencias y disposiciones primitivas que determinan en una persona su orientación general y su modo de insertarse y de dar sentido al mundo en el que vive. Se trataría de una disposición anímica general, de una modalidad de estructuración consciente, pero también de un conjunto de experiencias corporales primarias (como la vivencia de orientación en el tiempo y el espacio) que pueden ser más o menos difusas, y que configuran –de forma unitaria– un modo de estar y proyectarnos con respecto a nuestro entorno y a los otros.

Para este autor, el sentimiento de orientación vital se encuentra anclado o “encarnado” en nuestras experiencias corporales (Poó, 2009; Villamil, 2005). Si estas se alteran, también se verá afectado el sentimiento de orientación vital. Estas variaciones supondrán una profunda alteración en la orientación existencial, en las experiencias conscientes y en las vivencias que aquejan las disposiciones de nuestra personalidad en su conjunto.

Para Ratcliffe (2008), en enfermedades como la esquizofrenia, tendría lugar una profunda alteración en las vivencias corporales, con la subsecuente modificación del sentimiento de orientación vital y la estructura existencial en su conjunto. Buena parte de las vivencias delirantes, alucinaciones y construcciones delirantes manifestada por estos enfermos no serían, para Ratcliffe, sino una expresión de aquella transformación primaria.

Dentro de “ese mundo esquizofrénico”, suelen expresarse sensaciones corporales extraordinarias y alteraciones en la vivencia del cuerpo como totalidad. Ejemplos de estos fenómenos son los conocidos *delirios*, de influencia física,

o las *ideas*, de influencia personal. En muchas ocasiones, los enfermos no se sienten dueños de sí mismos, ni de sus pensamientos, movimientos o afectos. Son “tironeados” por “algo”. “Son una marioneta puesta en movimiento a capricho”, según unos mecanismos extraños y ajenos. “Les inculcan”, “los disponen”, “les infunden” movimientos, palabras, pensamientos, acciones, etc. El cuerpo es extraño y responde a disposiciones externas, influencias eléctricas, magnéticas, entre otras, en general, siempre de modo mecánico (Jaspers, 1993).

La enfermedad o síndrome depresivo también pareciera implicar, fundamentalmente, un cambio en la vivencia de la corporeidad y el sentimiento vital. Incluso las circunstancias predepresivas, que pueden llegar a ser desencadenantes, refieren a una modificación en las relaciones con el propio cuerpo o con estructuras derivadas de la corporeidad (Dörr-Zegers, 1971, 1995, 2002; Tellenbach, 1976). Sin embargo, este cambio alcanza su máxima expresión en el *Síndrome de Cotard* o *Delirio Nihilista*, en el que el cuerpo es vivido como inexistente o muerto. Los pacientes manifiestan sentir que están “emocionalmente muertos”, que no son reales, que son incorpóreos o que son literalmente un cadáver, entre otras posibilidades. Ratcliffe (2008) enfatiza que no se trata de la mera creencia errónea de estar muerto, sino que los enunciados “estoy muerto” o “no existo” son expresiones de cambios en el sentimiento de orientación vital que envuelven experiencias muy vívidas y no tan solo creencias o falsas creencias.

Metodología

En este trabajo nos hemos propuesto desarrollar y aplicar un método para el análisis de las variaciones en las vivencias corporales y el sentimiento de orientación vital, en personas que han sufrido experiencias de enfermedad mental. Se trata de un estudio exploratorio de corte cualitativo, orientado desde los principios teóricos metodológicos de la fenomenología y el análisis narrativo. Trabajamos a partir de entrevistas en profundidad realizadas a una muestra

de personas a las que se les ha diagnosticado alguna enfermedad mental o que han sufrido, en algún momento de su vida, alteraciones psicológicas que cumplieran con los criterios para su inclusión dentro de alguno de los cuadros que proponen los manuales de psicopatología actuales (como el DSM IV-R) para la clasificación de los “trastornos mentales”.

De dicha muestra seleccionamos, en función de la riqueza del material surgido de las entrevistas, tres casos que nos parecieron especialmente significativos para la clase de estudio que nos proponíamos.

Los casos

Los dos primeros casos se refieren a personas a las que se les diagnosticó depresión. El tercer caso refiere a un hombre joven que ha sufrido varios episodios de brotes psicóticos agudos con síntomas como delirio de autorreferencia, delirios místicos y megalómanos, despersonalización y comportamientos excéntricos que describe experiencias místicas y un particular sentimiento de comunicación especial con Dios. Aunque la “sintomatología” que manifiesta permitiría su clasificación en las categorías “trastorno delirante” o “trastorno esquizofreniforme”, esta persona no ha recibido tratamiento psicológico ni psiquiátrico, y jamás ha sido diagnosticado por un profesional.

Técnicas de recolección de datos

Se realizaron entrevistas abiertas en profundidad. Solicitamos, en cada caso, el aval de cada uno de los participantes tanto para la grabación de las entrevistas, como para su utilización según los fines del trabajo, respetando su identidad y la confidencialidad de la información aportada.

Análisis de datos: modelo de análisis

Para el análisis se empleó el paquete informático para análisis cualitativo de datos Atlas Ti. El estudio se realizó respetando los siguientes lineamientos generales: a) empleo del muestreo teórico como técnica para configurar la muestra general; b) uso del procedimiento circular o de

alternancia temporal entre los pasos de recolección, codificación y análisis; y c) el método de comparación constante con sus tres modalidades de categorización (abierta, axial y selectiva) para la construcción de nuestro modelo de análisis.

Categorías de análisis

El análisis se organizó teniendo en cuenta un eje temporal-diacrónico y otro corpóreo-espacial-sincrónico. El “eje temporal-diacrónico” nos sirvió para la construcción de una perspectiva biográfica sobre el *transcurso* de cada experiencia. Dentro del “eje corpóreo-espacial-sincrónico” hemos atendido a las descripciones de vivencias corporales primarias y vivencias del cuerpo como totalidad.

Eje temporal-diacrónico

Para el análisis de los dos primeros casos (depresión) hemos distinguido tres subcategorías que conforman el eje temporal-diacrónico: pasado, presente y futuro/prospectiva. Estas fases han sido identificadas como:

- (1) *Antecedentes*: remite a vivencias anteriores a la enfermedad que el sujeto conecta como causas o experiencias propiciadoras de la experiencia de enfermedad.
- (2) *La caída*: es la fase a la que corresponden las vivencias de mayor desorganización, angustia y malestar.
- (3) *Recuperación “paraíso”*: remite a un momento efímero en el que se presenta un estado de plenitud, con ausencia de cualquier tipo de dolor, síntoma o sufrimiento y en el que predomina una actitud esperanzada.
- (4) *Recuperación parcial*: refiere a la fase de recuperación progresiva, de aceptación y con algún grado de sentimiento de control sobre la enfermedad.
- (5) *Recaídas*: remite a diversos momentos de la historia vital posteriores al inicio de la enfermedad que, debido a circunstancias puntuales, conllevan retrocesos en el estado de estabilización de la enfermedad.
- (6) *Estado actual*: refiere a la disposición anímica, la situación circunstancial presente, las

modalidades de vínculos y la actitud agencial en relación con la enfermedad.

En el tercer caso el eje temporal-diacrónico se ordenó en función de las siguientes categorías:

- (1) *Antecedentes*: refiere a eventos, etapas o sucesos que funcionaron como “rupturas vitales” y que el entrevistado señala como antecedentes de su sentimiento de religiosidad actual.
- (2) *Etapas de exaltación*: refiere a una etapa “preparatoria” que cronológicamente se encuentra entre los antecedentes y la etapa de experiencia mística.
- (3) *Etapas de experiencia mística*: se corresponde con el estado actual, pero se remonta al momento en que se instala como modalidad de existencia una profunda vivencia de religiosidad y de vínculo con Dios.

Eje corpóreo-espacial-sincrónico

Dentro de este eje hemos incluido las siguientes categorías:

A. Categorías generales

- (1) *Vivencias y sensaciones corporales básicas*: en esta categoría incluimos las vivencias sensoriales corporales más primarias, tales como son las experiencias visuales, auditivas, táctiles, olfato-gustativas, cenestésicas, sensaciones propioceptivas acerca de la postura del cuerpo en el mundo intersensorial, la posición de los miembros del cuerpo en cada momento, etc.
- (2) *Vivencia del cuerpo como totalidad*: esta categoría refiere la experiencia total del propio cuerpo. Este puede ser vivido, en este sentido, como “liviano y posibilitador”; “denso, pesado y restrictivo”; “vívido” o “asfixiante”; pueden aparecer imágenes del cuerpo como “cárcel” o como un “peso que acarrear” o como “instrumento de acción y liberación”, etc.
- (3) *Vivencia del espacio*: refiere a la espacialidad vivida, esto es, entrelazada a la existencia y no a un sistema de ejes de coordenadas del espacio objetivo. Es el espacio como posibilidad para la acción; puede abrirse como

un “horizonte de posibilidad”, o presentarse como un “camino cerrado”, como “atmósfera expansiva”, o “constrictiva”, como “estructurado” o como “caótico” e “indefinido” (Aisenson-Kogan, 1981).²

- (4) *Vivencia del tiempo*: se refiere al modo en que se despliega la existencia en el tiempo, la cual no siempre se corresponde con el consensuado fluir temporal que marca un reloj. En general, interesa la vivencia del tiempo en cuanto ritmo vital, aunque este aspecto puede incluir los ritmos diarios, cotidianos y personales de la temporalidad, la ritmicidad biológica vivida, etc.

B. Sistema binomial de categorías vitales esenciales

El sistema de categorías vitales esenciales se infiere a partir de las vivencias primarias básicas y del sistema de creencias existenciales surgidas durante el análisis. Es una abstracción mediante la cual hemos intentado describir el modo de posicionarse de la persona en el mundo, partiendo del continuo de posibilidades que aparece entre los polos de un sistema dicotómico (por ejemplo, “comprender”, “ver la luz”, “estar iluminado” versus “no comprender”, “estar en la oscuridad”, “sentirse nublado”). Ese posicionamiento conforma un modo de habitar el mundo; recorta una atmósfera posible que enmarca la experiencia de *ser* y que incluye una actitud confrontativa hacia el polo opuesto respecto del cual la persona se ha ubicado.

C. Actitud agencial o agencialidad

Se han identificado tres actitudes:

- (1) *Actitud activa (o de empuje)*: se refiere a la condición de mostrarse y manejarse activamente, de vivenciarse como agente o gestor de la propia vida y experimentar una fuerza vital de transformación sobre el mundo.

² Vale aclarar que la vivencia del espacio se encuentra estrechamente *vinculada con la vivencia del cuerpo como totalidad*. Por ejemplo, cuando el cuerpo es vivido como tembloroso o imposibilitado para movilizarse, el espacio es experimentado en términos de lo que puede o no funcionar como andamio para el desplazamiento.

- (2) *Actitud pasiva (o expectante)*: la persona cree que las condiciones o circunstancias en las que se encuentran son fuertemente pre-determinadas por factores ajenos a sí misma; expresa una aceptación acrítica y una actitud de entrega y hasta resignación ante las “contingencias” de la vida.
- (3) *Actitud dual*: aquí están presentes dos actitudes diferenciadas que conviven sin eliminarse mutuamente. Puede figurar la actitud de empuje o de superación frente a la adversidad, pero, al mismo tiempo y sin entrar en contradicción o anulación mutua, hay elementos que se relacionan con una actitud de resignación, de aceptación de algún aspecto de lo dado, como insuperable o inmodificable.

“Cuerpo habitual” y “cuerpo actual”

Teniendo en cuenta las modificaciones que, a lo largo del tiempo, sufren las vivencias y sensaciones corporales en su conjunto, hemos identificado:

- (1) *El cuerpo habitual*: que se vincula con las vivencias y el uso del cuerpo en actividades que la persona realizaba en su vida diaria y que, a partir de una ruptura, como puede ser el hecho de enfermarse, se ven modificadas; se abre entonces un nuevo horizonte de posibilidades.
- (2) *El cuerpo actual*: refiere a las vivencias y el uso del cuerpo que tienen lugar a partir del momento en que ocurre la ruptura vital (Merleau, 1975).

Resultados

Caso 1: Griselda

Griselda tiene 55 años y es maestra de un hogar escuela. Está casada y tiene dos hijos. Es única hija y está encargada del cuidado de su padre desde que sus hermanos murieron. La muerte del padre representa un quiebre en la historia familiar. A los 36 años comenzó con una afonía y fuertes dolores de cabeza que devinieron en mareos y vértigo. Pronto no pudo ni moverse ni controlar esfínteres. Padecía, además, un

constante sentimiento de miedo. El cuadro en general la inhabilitó para continuar con sus tareas profesionales y del hogar, como madre, esposa y ama de casa. Por aquella época la internaron con diagnóstico de depresión. Después de su recuperación, continuó con tratamiento ambulatorio farmacológico y con terapia, lo que se mantiene hasta la actualidad.

Transcurso de la enfermedad

(1) *Antecedentes*: los primeros síntomas conectados al *hecho inaugural* de la enfermedad de Griselda son los fuertes dolores de cabeza que comienza a sufrir. Es un dolor “punzante” que “presiona”, una especie de “fuerza centrífuga”, “un dolor constante, unas puntadas”, “como si algo me presionara desde dentro de la cabeza”, “parecía que se me iba a abrir, a explotar de la presión de sufrir”. Los dolores fueron presentándose de forma progresiva. Pronto, estos constituyen el *cuerpo actual*, un cuerpo cada vez más imposibilitado que no puede cumplir con la rutina; la vida cotidiana comienza a verse transformada.

Los mareos también se presentan de manera progresiva, hasta que se instalan con fuerza, asociados con una gran inestabilidad que se traduce en preocupaciones, miedos y sensación de imposibilidad: “No me podía mover de la cama”, “era cerrar los ojos y ver que todo giraba”, “no podía atender a los chicos”, “no podía caminar”, “me agarraba de las dos paredes del pasillo para movilizarme”, “no podía ni abrir los ojos”. Esta vivencia y sensación corporal básica de mareo irá inherentemente asociada con una “nueva” *vivencia del espacio*. El espacio ya no se percibe como objetivo (estático, estable), o como el espacio de los objetos (externo y estructurado), sino como un espacio desconfigurado donde “todo gira”. A su vez, el espacio “concreto y seguro” de la casa (las paredes, por ejemplo) comienza a funcionar como “andamio” que permite desplazarse o trasladarse. Surge entonces un miedo profundo a lo descontrolado y lo desconocido.

Dentro del eje corpóreo-espacial-sincrónico surge, en relación con el cuerpo y como algo característico, lo que hemos llamado “metáfora

de los pesos”, la cual aparece al hablar sobre las relaciones familiares y sobre sí misma. Específicamente refiere un vaivén en el modo en que son repartidos “las presiones” y “los pesos”, en sus vínculos más cercanos. Aparece como figura clave la del “sostén”. *Apoyar o ser apoyado (sistema binomial de categorías vitales esenciales)* es lo que determina la modalidad de interacción con el afuera. Dentro del marco típico de su biografía, Griselda aparece como “sostén” y “como bastón”. “Ellos (la familia) se respaldaron en mí”, “yo era el sostén”, “sentía que estaba muy fuerte para sostener todo eso”. De acuerdo con tales “presiones”, ella vive constreñida: deviene un estrechamiento del espacio vital.

Hasta aquí, su vida es de sacrificio. Sin embargo, la enfermedad le da, a partir de cierto momento, la posibilidad de “invertir los pesos”. Ahora es el momento en que a ella le toca “ser sostenida”. “Me empecé a relajar, a tomarme mis tiempos”, “mi mente dijo: bueno ahora he hecho un espacio para mí”, “esto que yo hacía de bastón, que me lo hagan a mí”. En términos agenciales, pasará de ser *dadora (bastón o sostén)* a ser *receptora*. Sin embargo, incluso la “pasividad” es tramitada desde una posición activa. Dentro del relato, es ella quien decide y pide o directamente exige que se le sostenga. Esta convivencia de los dos aspectos –activa y pasiva– conformarán su *actitud dual*.

(2) *La caída*: este estadio es caracterizado como el descenso al fondo de un pozo. En esta fase se ubican los dolores, los mareos y el vértigo, la internación y la cura de sueño a la que Griselda es sometida. Describe el vértigo como la sensación de “estar flotando en el aire”, de “no tener dónde apoyarse”, sensación anclada a una vivencia del mundo caótica y desorganizada. Es el momento del caos, de la desorganización total, del “ya no doy más” y el “hasta acá llegué”. El tiempo es un tiempo que “no pasa”, un tiempo “estático”, estancado, eterno, que no transcurre.

Como *vivencias y sensaciones corporales básicas*, Griselda menciona la sensación de “flacidez”, de “carencia de fuerzas” para mantenerse en una posición (parada, sentada, etc.). La flacidez dará

lugar a la sensación de “desintegración” y “desvanecimiento”. Para evitarlo, la reacción corporal subsiguiente (con el objetivo de sobreponerse a la desorganización) será la de “rigidez” (“cuerpo tenso y rígido”): “Yo era lo único que podía quedarse quieto entre tanto caos”, “ponía las piernas duras, rígidas, para sostenerme”. Como recurso, sin embargo, esto resulta insuficiente. Así que finalmente “se deja caer”. A la rigidez más extrema le sigue, entonces, la “desestabilización”, la “flojera”, la “flacidez” (sufre desmayos, pérdida de conciencia, descontrol de esfínteres y, finalmente, la internación). Solo en esta fase existe la *vivencia agencial* de absoluta *pasividad*, expresada como un “dejarse caer”.

(3) *Recuperación “paraíso”*: luego de la cura de sueño, cierto día Griselda abrió los ojos y vio “todo tan lindo, nada me daba vuelta, no me dolía la cabeza. Era como que venía de un paraíso... no lo podía creer”. Este momento será el único en que Griselda quede liberada de sus experiencias de sufrimiento y alcance un estado de plenitud tras “la caída”.

(4) *Recuperación parcial (consecuencias de la caída)*: la progresiva recuperación posterior le permitirá a Griselda realizar reconfiguraciones espaciales. El espacio del hogar será reordenado ritualísticamente, como medio mágico de prevenir una nueva “caída”: “cambié todos los muebles”, “no quería nada como yo lo tenía antes, para poder andar agarrándome de todo”. Además de ello, la medicación se vuelve un eje regulador que hace a la enfermedad “controlable”. Durante “la caída”, los andamios eran “los muebles”, los otros como “apoyo”, y la “rigidez”. Ahora el andamio, el apoyo, comenzará a ser la medicación.

(5) *Recaídas*: las recaídas están asociadas con ciertas rupturas del ciclo vital como, por ejemplo, el viaje de su hijo a otro continente, las muertes de su padre y de una tía, y el distanciamiento con la familia de su esposo. Dentro de esta fase surge lo que hemos llamado *metáfora del desbalance*. Se trata de situaciones recurrentes de “estabilidad/inestabilidad” que surgen ante los “vaivenes” de “la presión”. En los momentos de mayor presión, el

equilibrio desaparece y, en consecuencia, Griselda pierde estabilidad. En el ámbito corporal, son periodos en que “arrastra más los pies” o “nota el peso del cuerpo” con mayor intensidad.

(6) *Estado actual (recuperación estabilizada)*: el *cuerpo actual* es ahora un cuerpo recuperado y posibilitador, con nuevos síntomas, es cierto, pero que son vividos como controlables. La medicación se convierte en un elemento fundamental. La medicación y la enfermedad son, en Griselda, aspectos de sí misma desde los que se ha definido y desde los que se proyecta en el tiempo: “Mi calidad de vida es bárbara. Yo estoy bien y punto, aunque esté bien a costilla de una pastillita... no me afecta para nada tener que tomar la medicación”. En la actualidad dice haber superado muchos miedos; estos ya no “paralizan” ni es desde allí desde donde habita la cotidianidad. Algunos persisten, sin embargo, como un modo de disposición básica para relacionarse con el mundo: “Aunque he superado muchísimos miedos, siempre tengo determinados miedos que no puedo superar. Siempre tengo que pensar una desgracia; no puedo pensar que todo me va a salir bien”.

La disposición anímica desde la cual orienta hoy su sentimiento de orientación vital se asienta en la “voluntad”. Aunque no se encuentra “totalmente sana”, está “espectacularmente bien”. Esto, principalmente, se debe a su “fuerza de voluntad”. Incluso el haber modificado ciertos aspectos de su personalidad (como “ser pesimista”), por otros más saludables o habilitadores (“ser realista”), es producto, también, de su voluntad. El relato, en su conjunto, adquiere un tono heroico a partir del cual se articulan todos estos “logros” alcanzados. El “control” se vuelve un elemento vertebral. Este resulta del “conocimiento” que ahora Griselda tiene de su cuerpo y de los ciclos que la patología transita. Tales ciclos cumplen, según nos dice, una funcionalidad. Las mejoras permiten volver a “ser sostén” y el “sostener” justifica la recaída consecuente, tras la cual debe “ser sostenida”; permiten a Griselda “ser sostén”, por un lado, y “ser mirada y atendida”, por el otro.

Cuerpo habitual y cuerpo actual

El “cuerpo habitual” de Griselda, anterior a la vivencia de enfermedad, es aquel que podía llevar adelante la rutina de la vida que ella había construido hasta allí. Se trata de una *vivencia del cuerpo como totalidad*, referido a un cuerpo “trabajador”, más o menos “activo” y capaz de cargar con todas sus responsabilidades. En la primera fase de la enfermedad se da una sintomatología exclusivamente corporal que luego se acompaña de estados anímicos de miedo, terror e inseguridad. Es decir, la experiencia comienza por vivencias primarias, básicas y corporales de, alternativamente, dolor, debilitamiento, rigidez, inestabilidad, que hacen de antecedentes directos de lo que será su vivencia del cuerpo habitual. Por otra parte, la experiencia de sufrir “cargas” y “presiones” parece remontarse a su juventud temprana. En términos estrictamente corporales, esto evoluciona en “tensiones” que vuelven cada vez más constante tanto la sensación de “pesadez y rigidez”, como la vivencia de retracción y desorganización del espacio subjetivo y personal, todo lo cual conduce a la inhabilitación definitiva para cumplir con las actividades de la vida diaria. De esta manera, algunas características del “cuerpo habitual” se instalan ya como antecedentes del “actual”, en tanto constituyen experiencias problemáticas, inhabilitadoras y angustiantes.

El *cuerpo actual*, por lo demás, se configura desde dos vertientes: una sedimentada inmediatamente después de “caer” en la enfermedad, que tiene una connotación absolutamente negativa, y que está asociada con lo enfermo o lo mórbido. Se exacerbaban las vivencias de imposibilidad corporal (no poder moverse, sostenerse, registrarse como cuerpo, etc.); de inestabilidad del equilibrio (“yo estaba tembleque” “enclenque”); de suspensión en el espacio (“flotar”), de “inconsistencia corporal” (“flacidez”) y, como contrapartida, aparece la “rigidez” como reacción corporal para hacer frente a la desorganización y el derrumbamiento. Aquí es posible apreciar un recorrido circular y recursivo. De las *vivencias y sensaciones corporales básicas* de “pesadez” y “rigidez”,

se desemboca en la sensación de “flojera corporal”, y la vivencia de un cuerpo debilitado. Luego, en el extremo de dicho debilitamiento, cuando “casi no me mantenía en pie”, para sobreponerse, se contrae. Pone el cuerpo “duro, duro, duro”; vuelve a la *vivencia del cuerpo como totalidad* en tensión, contracción y rigidez, ahora como “reacción corporal de resistencia”. Finalmente, el esfuerzo corporal de control mediante la rigidez conduce al agotamiento, y nuevamente cede y “cae” en la flojera y el desvanecimiento. De este modo, la estabilidad-inestabilidad junto con el equilibrio-desequilibrio de los pesos y la sensación corporal de la presión (categorías vitales esenciales) se sedimentan dentro de la estructura básica de experiencia desde la cual Griselda se inserta en el mundo.

La otra vertiente surge de la mano de la recuperación. Luego de esta, el punto de atención se centra en la “vigilancia” y el “control”: “ahora controlo mi cuerpo, lo conozco”. A partir de aquí es posible cierto manejo sobre el propio cuerpo y cierta predictibilidad en relación con el curso de la enfermedad. Es posible trasladarse, salir, moverse en diversos ámbitos, adquirir responsabilidades, hacer actividades corporales (comienza yoga), etc. La seguridad que se gana en el plano corporal se expande progresivamente a todas las esferas de su vida, pero comienza por la *vivencia y sensación corporal básica* de consistencia propia.

Caso 2: Ana

Ana es una señora de 85 años. Ha vivido y trabajado en diferentes ciudades como empleada doméstica. Además, ha realizado otros trabajos como costurera mientras era ama de casa. Desde su infancia atravesó tanto situaciones familiares difíciles, como otras situaciones que implicaron múltiples y tempranas pérdidas. Sus padres se separaron siendo ella chica y la dejaron viviendo con sus abuelos maternos. Cuando la madre da a luz a su medio hermano, vuelve a casa de sus padres a buscarla para que ayude con el cuidado del niño. Además, la lleva a trabajar en una casa de familia como empleada doméstica: “Me pusieron a trabajar en una estancia. Tendría

14, 15 años. Yo siempre estaba mal con eso. No estaba con mis abuelos y encima tenía que hacer un trabajo”. Al cumplir la mayoría de edad, Ana decide irse a trabajar a Buenos Aires. Allí trabajó de empleada doméstica por varios años. Finalmente, se mudó a Villa Mercedes (San Luis), y se fue a vivir con quien será su marido y con quien tendrá su única hija. Años más tarde sufre la muerte de su esposo. Su hija tiene en aquel momento 11 años. Un tiempo después mueren su madre y su padre, de quien no había tenido noticias durante años. A los 58 años se le diagnosticó depresión. Realizó diferentes tratamientos y transitó por alternativos itinerarios terapéuticos. Se recuperó satisfactoriamente, aunque en la actualidad siente que su estado de salud y de ánimo en general han empeorado.

Transcurso de la enfermedad

(1) *Antecedentes:* Ana conecta su enfermedad con un problema de presión arterial que ha padecido “desde siempre”; nos habla de “una presión inestable, de pronto la tenía baja y de pronto alta”. Para controlarla tomaba una medicación: “la pastilla de la presión”. Según ella, la ingesta de este medicamento ha sido la principal responsable de su depresión. Ana le atribuye a los efectos que dicha pastilla producía las sensaciones corporales desagradables que comenzó a sentir con anterioridad a “la caída”.

Ana refiere, además, la presencia de sensaciones que son asociadas de manera directa con la ingesta del fármaco: “Tenía una sensación de hormigueo y de malestar horrible; me duraba un rato y se me pasaba. Siempre me ocurría eso a la media hora de tomar la pastilla”. Además, estas sensaciones estaban asociadas con sentimientos de inseguridad, de nerviosismo y con una vivencia de imposibilidad de realizar las rutinas habituales. Unido con esto, se sumaron unos dolores intensos en la espalda y la columna. A consecuencia de ello, comenzó a hacer sesiones de fisioterapia. Ana también le atribuye responsabilidad por el evento inaugural de la enfermedad a las sesiones de fisioterapia. Desde su punto de vista, la enfermedad se expresó con desigual intensidad a partir de una de estas sesiones.

Los días anteriores a la caída, Ana reconoce determinadas sensaciones que vincula con este episodio inaugural: “Esos días previos me ponía nerviosa por cualquier cosa. Sentía una sensación en el cuerpo de angustia, una sensación desagradable, como que me iba a pasar algo, no sabía qué”.

(2) *La caída*: para caracterizar la vivencia de enfermar, Ana recurre a una metáfora que tiene gran cercanía con la “metáfora del pozo”: la “metáfora del túnel”. Nos dice: “Me hundía. Era como estar en un túnel que iba hacia abajo. Oscuro... Yo quería agarrarme de los bordes. Si uno se va cayendo se agarra de los bordes de algo. Pero yo me resbalaba. Y no podía. Me iba hacia abajo y no podía salir”. Como anticipamos, el evento inaugural tuvo lugar, de acuerdo con su relato, durante una sesión de kinesiología. Comienza a experimentar una sensación corporal y cenestésica, provocada por un masajeador vibrante que le colocan sobre la espalda. Esto le generó un “estado de nervios” y “malestar”. Interrumpió la sesión y se marchó a su casa. No recuerda lo que sucedió después, pero al “despertar” estaba rodeada por médicos, por vecinos y por su hija. Aquel es un tiempo que vive y revive como expropiado: “A mí me pasaron muchas cosas que yo no recuerdo. Al tiempo de la depresión empecé a querer recordar quiénes habían estado, quiénes fueron y quiénes no fueron. Pero no me pude acordar. Me quiero acordar de cuándo falleció mi mamá y no puedo. No recuerdo que pasó en ese momento. De cuando falleció mi esposo no puedo recordar. Quiero recordar montón de cosas y no las coordino”.

Su experiencia de enfermar fue la de un constante caer progresivo y de un estado de estancamiento en el malestar, en la tristeza y en la imposibilidad, todo ello acompañado con ideas de muerte y con la certeza de que jamás podría volver a sentirse bien: “Es como que nunca vas a salir de eso. El único fin que yo tenía era morirme”. Con el fallecimiento de su marido comienza la etapa más aguda de la vivencia de la enfermedad. Entonces se presenta el peor malestar, junto con las sensaciones más “feas” y “oscuras” que impactarán en su modo

de experimentar el mundo. Aparece la vivencia de “terror ante todo”, que no le permitía salir de la casa y, a veces, ni siquiera levantarse de la cama: “Estuve meses tirada; me levantaba y quería hacer las cosas y no podía. Me temblaban las manos”.

A esta fase le corresponde una *vivencia del cuerpo como totalidad* en tanto cuerpo sin consistencia, “desarmado”, “sin sostén”, “deshabitado”, incluso “anónimo”. El “resbalarse”, el “endurecimiento”, el “tambaleo” y el “temblequeo” son sensaciones corporales que se incorporan a la estructura básica de su experiencia corporal durante esta fase. Dicha disposición se refiere a la “imposibilidad de levantarse”, de “reincorporarse”, de “erguirse”, de “estar estable” para poder *hacer* y *ser*. En ocasiones, nos dice, se animaba a levantarse, sosteniéndose de los muebles, de las paredes o de otros objetos: “Con las manos agarrándome de la pared, llegaba por ejemplo al inodoro y a sentarme, pero estaba mal. Mal”. El espacio cotidiano de la casa, los objetos, los muebles y las paredes se constituyen, también aquí, en “andamios” necesarios para sobreponerse a la vivencia de inestabilidad, de imposibilidad, de caída.

En aquella época su hija también viene a funcionar como “apoyo” o “sostén”. Era ella quien la obligaba a levantarse y a comprometerse con actividades “Mami levántate, vamos a limpiar, me decía. No, decía yo. Finalmente lo hacía, porque ella me obligaba”.

(4) *La recuperación parcial (consecuencias de la caída)*: Ana recurrió a diversos tratamientos e itinerarios terapéuticos. Poco a poco mejoró y se estabilizó. Logró levantarse de la cama; comenzó a realizar diversas actividades, primero en la casa y más tarde en la calle; se animó a concurrir por sí misma a las consultas médicas (ya fueran psiquiátricas o a controles generalistas de corazón, de presión arterial y demás); consultó a un curandero famoso de la ciudad, y también a una psicóloga.

La recuperación no estuvo exenta de algunas *transformaciones*, con aspectos negativos e inhabilitantes. Le quedó el “temor a todo”, una vivencia de “inseguridad” para transitar la vida.

Esto se expresaba, por ejemplo, en su fuerte desconfianza o resquemor al momento de contraer responsabilidades de cualquier índole. Y aunque progresivamente ella logrará reintegrarse a una vida activa con sus quehaceres y responsabilidades, reconoce que nunca volverá a recuperar su anterior y habitual carácter: “Yo tenía un carácter alegre, siempre de estar divertida, de estar dispuesta a salir con las amigas, con mi hermano, de ir a una fiesta y estar con alegría. Eso no lo tuve más, se me perdió totalmente”.

El “miedo” y “la angustia” asociadas con las *vivencias y sensaciones corporales básicas* de “quietud”, “inseguridad” y de “no poder hacer” se volvieron elementos constantes en su experiencia. Sin embargo, la vivencia corporal de Ana pasará de la sensación de “vértigo y caída” a un sentimiento de “estabilidad en el movimiento” que le permitirán abandonar parcialmente la quietud.

(5) *Agencialidad*: un evento que volvió a introducir “un giro” en la biografía de Ana y que la trasladó hacia su “estado actual” fue el haber quedado encargada del cuidado de una niña. Transcurridos aproximadamente dos años de su enfermedad, y hallándose parcialmente recuperada, una amiga de su hija que estaba embarazada de su segundo hijo le pidió que la ayudase a cuidar del bebé cuando naciera. Ana aceptó y se ocupó de la criatura durante 5 años. “Eso me ayudó muchísimo a salir, me compuso muchísimo”, reconoce. A partir de aquí, logra recuperar algo de la confianza e independencia que reconocía como características de sí misma.

(6) *Estado actual*: en la actualidad, no hay referencia a la vivencia de enfermedad (depresión), aunque se expresan vivencias de imposibilidad. Sin embargo esta vez Ana atribuye su causa a la edad. Las mismas cosas que alguna vez la enfermedad limitó y que su recuperación volvió a posibilitar, hoy, a sus 85 años, vuelven a hacerse difíciles. También aquí se transforma la vivencia de sí misma y la inserción en el mundo; la diferencia es que no existe el trasfondo de angustia horrorosa e inespecífica de los periodos previos.

Cuerpo habitual y cuerpo actual

La experiencia corporal vuelve a ser en este caso de una importancia fundamental, por su protagonismo en la experiencia de enfermedad y por ser el soporte principal de los diversos estados anímicos que, sucesivamente, Ana experimentó en su historia de vida. También en este caso el “*cuerpo habitual*” porta características positivas y habilitadoras. Se trata de un “*cuerpo trabajador*” que configuró su manera de ser en el mundo. “Porque trabajé siempre. He tejido muy mucho, con eso le he pagado los estudios a mi hija. He planchando y lavando... haciendo cosas. Siempre...”, dice recordándonos las clásicas descripciones del “tipo melancólico” que hiciera Tellenbach (1976). Este cuerpo es, además, “independiente”, hace posible la autonomía: “Yo me imponía. Me manejaba sola en lo que yo decía hacer. Lo hacía”. Se trata de un cuerpo “accionador”, “decidido”, que permite articular los medios para llegar a ciertos objetivos.

Tras la enfermedad, el *cuerpo actual* refiere a un cuerpo “sin consistencia ni sostén”, “enclenque e inestable”, autopercebido como “anónimo” y “extranjero”. Predominan las *vivencias y sensaciones corporales básicas* de “inestabilidad”, “tambaleo”, “inseguridad” postural e imposibilidad. La segunda modalidad que adquiere el *cuerpo actual* coincide con su presente y se encuentra vinculado con los “achaque de la edad”, no con la enfermedad. Este es un cuerpo con un campo de acción que se volvió reducido. Ya no puede coser, tejer, ni limpiar la casa como antes; tampoco puede salir demasiado: “Salgo a la calle y me mareo muchísimo, me da miedo caerme”. Su cuerpo actual es además limitante, porque es un cuerpo dolorido: “Me duele mucho el brazo y no lo puedo levantar casi. Para levantar este brazo, tengo que ayudarme con esta mano. No puedo hacer nada”. Es un cuerpo disminuido que necesita de nuevos “andamios” para seguir funcionando: “Tengo lentes para ver y lo que me molesta es la claridad. Por eso tengo estos [lleva colgando unos anteojos de sol]. No puedo bajar las veredas; tengo que andar con bastón.

Voy caminando y se me afloja la pierna ¿Y si no tengo bastón? ¡Al suelo!”.

Caso 3: Alberto

Alberto es un muchacho de 27 años nacido en Villa Mercedes (San Luis). Luego del secundario, comenzó una carrera universitaria que abandonó para ponerse a trabajar. Transitó una etapa durante la cual consumió marihuana y cocaína. Se mudó a la ciudad de Córdoba para estudiar. Un tiempo después “cayó” en una “depresión” y en un estado de “desorientación vital” generalizada. Finalmente, devino una vivencia de profundo misticismo, religiosidad y sentimiento de comunión con Dios.

Transcurso de la experiencia

(1) *Antecedentes. Fase de la integridad:* esta fase corresponde con su etapa de adolescente y es caracterizada a partir de una ruptura vital: la muerte de su padre. Refiriéndose a aquella época, se describe a sí mismo como “un chico responsable, carismático con mis amigos, con mi familia, en el trabajo. Yo me sentía como un eslabón bastante importante”. Aparece la noción de *eslabón* que, como veremos pronto, refiere a una vivencia de integración en dos sentidos: por una parte, está el sentirse integrado al mundo, tener un trabajo estable, una novia con proyectos en común y un grupo de amigos que lo contiene y lo “hace sentir bien”. Se percibe un sentimiento de conexión consigo mismo y con el mundo. Por otro lado, él sirve como eslabón para integrar a las demás personas. Él se siente el “eslabón” más importante dentro de la familia: es quien debe mantenerlos unidos; se considera un “sostén”. A partir del fallecimiento de su padre, Alberto experimenta un sentimiento de conexión sobrenatural con él y, más adelante, con Dios.

En su relato, “el carisma” y “el don” son cualidades que configuran una vivencia activa de la agencialidad. A la vez que conforman la base en la que se sostiene su vivencia de “integración al mundo”, se asocian con el sentimiento de ser un “eslabón”. Alberto asegura: “El carisma es un don que tiene uno... Yo, en ese sentido, era re-activo, estuviera donde estuviera. Re comprensible. Por

ejemplo, en la secundaria todos tenían su grupito y yo estaba en todas, en todas así. Y a todos los reunía, a todos los juntaba... Siempre que veía a alguien mal lo animaba... Yo eso, hoy por hoy, lo tomo como un don que es el carisma del que yo te hablo”. El carisma se manifiesta así en su ser activo, inquieto; en su querer aprender y conocer, en ser sociable e integrador: “A mí me gusta estar siempre activo, siempre aprendiendo, y eso frente a un trabajo me ayudó mucho a darme cuenta de la luz, la lucidez que yo tenía... Si yo faltaba no era lo mismo”.

(2) *Fase de la cocaína (obnubilación y oscuridad):* remite al periodo de exploración, experimentación y consumo de distintas sustancias, como marihuana y cocaína. Estas experiencias introdujeron algunas transformaciones en el sentimiento de orientación vital y sus experiencias de base. Estos cambios pueden reordenarse en dos tipos de experiencias que se corresponden con dos momentos dentro de este “camino de drogadicción” (así lo llama). En principio y durante un corto tiempo, emergen un conjunto de vivencias que remiten a sentimientos de bienestar: “no te das ni cuenta del cansancio corporal, quizá sientas el cuerpo pesado, pero al estar consumiendo, podés pasar 2 o 3 días de largo. Tenés los ojos reventados, el cuerpo cansado, pero vos estás a *full*, arriba, activo”. Aparece un sentimiento expansivo, de engrandecimiento y de superioridad: “Hablás y hablás y hablás de tus ideas, de tus pensamientos... De un momento para el otro, me sentía muy superior”.

En un segundo momento, en cambio, predominan vivencias asociadas con la “oscuridad y el aniquilamiento”: “la droga me nubló la vista frente a la madurez que yo venía teniendo. La esencia se me despojó. Me dejé llevar por esa drogadicción que te lleva a la muerte. No solo a la muerte carnal, si no la muerte espiritual, mental. Te anula el corazón”. Es interesante señalar la utilización de metáforas corporales, al modo de recursos para expresar el estado vital desde el que parece haber experimentado el mundo durante aquella etapa: “se le nubla la vista” y “se le endurece el corazón”, experimenta la “muerte carnal y espiritual”. Hay dos figuras

que nos resultan especialmente ilustrativas y que refieren, respectivamente, a una disminución de los sentidos, “sentir la vista nublada”, “no ver del modo habitual”, y a la interferencia sobre un órgano vital del cuerpo humano, indispensable para el mantenimiento de los síntomas vitales y que en el imaginario popular se asocia con la posibilidad de amar, de sentir, de vivenciar. Tanto la vista como el corazón, en sus dos sentidos, refieren a medios que permiten vincularse con el mundo y con los otros. Las experiencias de estar “nublado” y “endurecido” parecen referir tanto a una reducción en sus vínculos como a la afectación en el plano de los sentimientos y de la voluntad.

Alberto dice: “De saber escuchar y comprender, de tener sabiduría y ser responsable; de tener amor a todo lo que hacés, pasás a desenamorarte, pasás a desentender, pasás a no escuchar, pasás a hablar por vos mismo y por nadie más que vos mismo. Pasás a endurecerte. Mentalmente y espiritualmente. Te apagás. Te apaga el alma. Te mata el alma. Te envenena”. Adviene, entonces, la experiencia de deshumanización: “Te sentís cualquier cosa menos una persona”. Comienza a sentir, además, que él no es quien acciona su propia vida: “Actúas a través de lo que es la esencia de la droga”. El cuerpo “es impulsado”, inducido a actuar por fuerzas externas: “Estás totalmente endurecido; yo estaba en la computadora y estaba totalmente activo, pero manipulado por la cocaína. Ya actúas a través de lo que es la esencia de la droga”. El cuerpo es vivenciado, simultáneamente, como propio y como ajeno; es un cuerpo parcialmente expropiado.

La droga, por lo demás, “lo desarma”, le hace “tirar” aquellas cualidades que hasta allí habían sido sus “armas”: “el entendimiento” y “la maduración”, “el carisma” y “la fe”. “Es como que yo tenía un casco, una espada y un escudo; estaba revestido y, culpa de la droga, largué todo”. Ahora comienza, además, a sentir “presión” ante aquellas mismas cosas que, anteriormente, lo hacían sentir el “eslabón”, “nexo” e “integrador”: “Te sentís muy atado; preso, digamos”. A partir de aquí, lo positivo se asocia

con la “liberación”, el “desprenderse” o “despojarse de las ataduras”. Sin embargo, esto mismo pronto llevará a la sensación de “soledad”, “el encierro” y el “desvío” del buen camino. Deviene entonces la culpa, y disminuye la intensidad y la frecuencia del consumo, pero a la vez se gestan “sentimientos de depresividad”. Es durante esta meseta emocional que comienza a re-conectarse con sus sentimientos “de fe” y “de espiritualidad”: “Me empecé a dar cuenta de que había algo en mí, algo especial. Sabía ver el interior de las personas. Me daba cuenta de la verdadera intención o una verdadera espiritualidad que tiene la persona adentro, como de una verdadera esencia”.

Tras haber estado “enterrado en la cocaína” la etapa de “depresividad” es superada. Se instala en Alberto, entonces, un sentimiento “de exaltación”. Alberga ansias de liberarse y de saber, además de un sentimiento de engrandecimiento del yo. Se propone “vivir en Córdoba”, “ser actor” y “ayudar a sus amigos” que “lo necesitan” pues “ya estaban demasiado internados en lo que es la marihuana”.

Primera fase mística de “la corazonada” y “el llamado”: cuando Alberto se muda para vivir en Córdoba, se encuentra en plena “etapa de exaltación”. Se intensifican sus deseos de “independizarse”, de “liberarse”. Se desencadena entonces la “fase mística”. Siente una atracción cada vez más fuerte hacia la vertiente espiritual. A esta época se remontan los eventos más concretos o antecedentes más precisos que, según él interpreta, le fueron “indicando” la “esencia” de su “ser” y su “función especial” en el mundo; a esto lo identifica con “el llamado de Dios”. Esta fase estará constituida por dos elementos principales: (1) la convivencia conflictiva que le genera el consumir, todavía, marihuana, lo que se asocia con “la oscuridad”, “el descarrilamiento” y “lo malvado”; y (2) la vivencia de la “llamada”, de la “corazonada”, que lo acerca al “perdón de Dios”, a otra perspectiva sobre su futuro, así como a una forma de interpretar el mundo (el cual está “signado” por “mensajes” que lo guían), vinculada con el “camino del bien”, lo

“cercano a Dios” y las “armas” de “la maduración y el entendimiento”.

Hacia el final de esta fase se instala predominantemente el sentimiento de conexión con Dios, con el de ser “elegido”: “Me siento un enviado. No sufro por mí; sufro por todos”. Sentía “dolor por el dolor de los otros” y por los “tiempos que corren para la humanidad”. Sentía dolor por no poder definitivamente alejarse de aquel “camino descarrilado”. Por aquella época se pasaba los días recorriendo la ciudad, observando en las plazas la vida de la gente. Gustaba de sentarse en las iglesias y orar. Sin embargo, durante las noches volvía a consumir drogas y alcohol. El hito definitorio para poner fin a esta disyuntiva, que lo lleva a decidirse a asumir con responsabilidad su “sentimiento de fe” y “espiritualidad”, fue –según él– la primera gran señal que Dios le manda y que denomina “la corazonada”. Esto ocurre cierto día en que siente un llamado especial desde dentro de una iglesia. Al entrar allí, “comprendió” que Dios “lo perdonaría” y “lo salvaría”. Una serie de sensaciones corporales y espirituales particulares siguieron a aquel íntimo encuentro con Dios: “Empecé a mirar la cúpula y caminé una cuadra y empecé a sentirme un poco perdido, porque ya venía medio dolido por dentro y sentía que estaba sufriendo mucho por dentro y el corazón se me aceleró, así de la nada, tac-tac-tac, como una bomba; se me empezó a llenar de calor, calor en el cuerpo. Cuando escuche la corazonada yo me acerqué a la iglesia porque sabía que ahí iba a encontrar el perdón, la sanación, la salvación de mi alma. Y me metí en la iglesia y empecé a llorar, a llorar sin consuelo”. Al salir de allí un sentimiento de paz y serenidad “lo envuelve” al caminar. Con tal sensación envolvente ingresó dentro de otro espectro de entendimiento: “Empecé a ver las cosas de otra forma, a sentir lo que es la esencia y cómo Dios está en cada cosa”.

Aparece una vivencia corporizada de la compañía de Dios, en la cual surgen experiencias y sensaciones extraordinarias: “De ir caminando, sentir la brisa que me envolvía en medio de toda la gente”. Aparecen los sentimientos de comunidad y expansión: “Las puertas estaban

totalmente abiertas; eran las puertas de mi corazón y de mi mente”. La compañía de Dios y el sentimiento de espiritualidad son vivencias que hacen ancla en el propio cuerpo: “Ya no sentí esa pesadez. Me sentía como que abrazado por algo sobrenatural”. Dentro del sistema de “categorías vitales esenciales” se contraponen “el abrigo”, “la protección”, “la luz”, “la liviandad”, “la tranquilidad y la seguridad”, al “desamparo”, “la indefensión”, “la oscuridad”, “la turbación”, “la pesadez” y “la inseguridad”. Como un aspecto adicional es interesante observar nuevos elementos que comenzarán a aparecer y que también compondrán el sistema de categorías vitales esenciales: la noción de “camino”, de “orientación” contrapuesta a la noción de “estar perdido”, de estar “desorientado” o “en peligro”.

La “gran” prueba (la depresión): a partir de este periodo de su historia, Alberto regresa a vivir a su ciudad de origen, junto a su madre. Se interna en el “camino de la verdad” (opuesto al de “la drogadicción”). Esta decisión es tomada con base en “señales” divinas. En esta instancia, se acentúa su sentimiento de “entrega”. Sin embargo, al llegar a su ciudad no encuentra más señales y, entonces, se siente “confundido”. No tiene trabajo; dedica la mayoría del tiempo a leer *La Biblia* (“la palabra santa”), pero sigue sin recibir respuestas. Se le desordenan los horarios, se suele descompensar por falta de alimentación (algunas veces se olvida de comer; otras siente culpa si lo hace); no sale de su casa por ningún motivo, ni tiene amigos. “De golpe de un día para el otro empecé a sentir un sufrimiento muy fuerte. Y me empecé a encerrar y a enredar entre lo que es la verdad y la palabra santa. Me empecé a culpar y a encerrar en una depresión”.

Observamos aquí nuevos elementos compositivos del sistema de categorías vitales esenciales. El “encierro” se contrapone a la “entrega” y la “apertura” previa; el “enredo” y la “oscuridad” que no permite discernir la verdad es lo opuesto de la “verdad” y la “palabra santa”, a la “luz” y el “conocimiento”. Durante esta etapa, en vez de “liviandad” hay “depresión” y “culpa”, que se asocia con lo que “pesa”.

(3) *Estado actual: experiencia de misticismo y espiritualidad:* en retrospectiva, la “caída en la depresión” es interpretada como una última gran “prueba”. El sufrimiento de “saber qué es una depresión” es un recurso que él necesitaba adquirir para poder comprender y ayudar a otros. El tránsito por aquellos diversos antecedentes y fases desembocará en su actual experiencia de misticismo, espiritualidad y sentimiento de comunión con Dios. Como parte de las variaciones en el sentimiento de orientación vital, la experiencia de misticismo y espiritualidad introduce al menos dos tipos de vivencias novedosas: 1) la experiencia de fe y 2) el fenómeno del platonismo.

1. *La experiencia de fe:* se asocia con: a) la sensación (anclada en lo corporal) de ser “abrazado”, de estar “envuelto” y por tanto “protegido” por Dios; b) el sentimiento de “conexión”, “comunicación” y “comunión” con Dios. Ese sentimiento de comunión lo ubica en una posición de intermediario entre lo “terrenal” y lo “espiritual”. Él puede servir de “guía” o “sostén” a otros seres sufrientes, perdidos o desorientados; c) de lo anterior se desencadena la vivencia de “ser respondido” por Dios mediante señales. Comenta: “Yo nunca me hubiera sentido tan respondido si él no me hubiera contestado con su palabra las cosas que yo me preguntaba”. Finalmente, aparece d) la vivencia de “entrega”, es decir, la decisión de “ponerse en manos de Dios” o bien “estar al servicio de él”: “Vas a ser mi camino. Vos me querés salvar. Yo te voy a tomar de la mano y vos me vas a llevar. Yo voy a poner todas las cosas en vos. Me voy a entregar a vos; vas a ser la sanación”.

En este sentido, la comunión, la entrega y el abrirse derivan de una “vivencia de fusión” con Dios; la sensación es de “pertenencia”: “Sin que lo sepas, él es dueño de tu espíritu, vos le pertenecés, cada uno de nosotros le pertenece”. En el plano agencial, se acentúa una “actitud dual”: está presente la decisión y la voluntad de estar al servicio y participar activamente de los designios divinos y, a la vez, se percibe una actitud receptiva de entrega.

2. *El fenómeno del platonismo:* estas variaciones refieren a un sentimiento “ascendente” asociado con su actitud de “entrega y conexión

con Dios” y que se visualiza en su vivencia de “acceso a la gracia”, a “lo divino” y “lo sobrenatural”, a “la esencia”, “al entendimiento” y a “la luz”: “Cuando te encaminás en eso... encontrás la esencia de esa verdad... es una verdad que se me manifestó”. Vuelven a aparecer algunas nociones que configuran el sistema de categorías vitales esenciales, como las nociones de “comunión”, “gracia”, “transfiguración y cambio”, “señal”, “mandato”, “mensajero” o “iluminación” que se contraponen a lo que refieren, en etapas previas, a estar “encerrado” en la “depresión”, “estar perdido”, “estar en la oscuridad”, haberse quedado “sin señales” o “desorientado” y que, por contraposición al mundo de lo “puro, lo espiritual y lo ascendente”, se nos presenta como lo “impuro, terrenal y descendente”. El mundo está configurado por una tensión entre dos opuestos, que podrían metafóricamente identificarse con caminos. Por un lado, se encuentran referencias relacionadas con lo visual como “luz” o “claridad”, el “entendimiento” y la “comprensión”. Son incluidas en este extremo al igual que las nociones de “eslabón”, “integración” y “carisma”. El camino de la “oscuridad” es aquel que implica el “distanciamiento de la fe”. En este sentido, es entendido como un desvío. Se incluye aquí la “obnubilación”, la “ceguera” con respecto a la posibilidad de sentir, de conectarse e interpretar el mundo. A este extremo también se asocian las sensaciones de “confusión”, “desorientación”, “desprotección” y el sentimiento corporal de encontrarse “endurecido”, “muerto” y “como a la intemperie”.

Discusión

A continuación presentamos algunos de los resultados más importantes surgidos del análisis de los tres casos.

- En primer lugar, en los tres casos la irrupción de la “enfermedad” o “ruptura vital” da lugar a cambios radicales en el sentimiento de orientación vital, transformando estructural y crónicamente la personalidad y la experiencia global de la persona. En todos

- ellos debemos resaltar el protagonismo que las remanencias a las experiencias corporales tienen en la forma de organizar el relato a partir de la enfermedad o crisis vital.
- En el caso de Alberto, él distingue lo corporal de lo espiritual como vivencias diferentes y separadas. Sin embargo, en un plano implícito, es posible reconocer el soporte de sensaciones corporales formando parte primordial hasta de las experiencias de mayor contenido “espiritual” (recordemos, por ejemplo, la sensación “envolvente y ascendente” acompañada de la sensación de “liviandad y levedad” de la experiencia de la comunión y conexión con Dios, o la sensación de estar “envuelto” cuando se refiere a la protección que recibe de aquél).
 - En el caso de Griselda y Ana, por otra parte, las referencias corporales se vuelven indispensables para transmitir el estado anímico de depresión durante las variadas fases o etapas. Al ingreso a la enfermedad se identifican, en los dos casos analizados, claros y fuertes síntomas físicos y una *vivencia del cuerpo como totalidad* que se ve paulatinamente trastornada (experiencias de “hundimiento”, “oscuridad”, “desequilibrio”, “impotencia” e “imposibilidad”).
 - En consonancia con lo observado por la literatura psicopatológica fenomenológico-existencial, nuestros datos sugieren que la experiencia de depresión trataría menos de un conjunto de síntomas físicos que luego traen consecuencias subjetivas (como el hondo sentimiento de angustia, miedo y tristeza) que de una alteración en la experiencia total del sujeto que se manifestaría en la modificación de las *vivencias corporales básicas* y en una reconfiguración global del sentimiento de orientación vital. De ahí surge el dificultoso y temeroso andar, los pies arrastrados por el suelo, la sensación corporal de tensión, los mareos, las náuseas, el rostro apático, la inexpresividad, el dolor o la necesidad de apoyo. Es que el conjunto que llamamos “la” vivencia anímica y subjetiva de depresión es

un estrechamiento vital general que limita la totalidad de las experiencias psíquicas y que se ancla en la vivencia de un cuerpo restringido, constreñido e imposibilitado. La misma alteración en la percepción y vivencia del propio cuerpo, la desorganización interna general y el borramiento anímico se expresan en la percepción o vivencia del espacio exterior, del afuera, el cual es experimentado como alterado, al borde del derrumbamiento y de la falta de estabilidad.

- Por otra parte, la vivencia del tiempo en la depresión consiste en su “eternización”, principalmente durante la instancia de la caída. En consonancia con ello emerge la vivencia de una agencialidad pasiva, de falta de voluntad y de posibilidades para accionar y transformar la realidad presente. En el caso de Alberto, en cambio, recorremos una multiplicidad de etapas y escenarios, a los que acompañan arrebatos y variaciones anímicas, dentro de un tiempo que parece acortarse, hasta desaparecer casi, durante los momentos de comunión mística y expansividad.

Conclusiones

Al parecer, el modo en que describimos ciertos hechos se encuentra determinado por vivencias primarias, como son las experiencias del propio cuerpo. Sin embargo, a la vez, sobre todo cuando se trata de fenómenos psicológicos, la forma de describirlos o caracterizarlos puede condicionar su constitución. Los psicólogos de orientación narrativa han prestado especial atención a esta última cuestión en tanto consideran que es un elemento clave tanto para comprender la problemática que cada paciente introduce en la consulta, como al momento de planificar las intervenciones terapéuticas (Duero, 2006). Creemos que comprender la particular organización de los relatos de los pacientes y disponer de herramientas para analizar los modos en que las expresiones y metáforas empleadas podrían estar expresando tanto vivencias primarias como el modo de configurar el mundo vital del paciente, podría resultar de una importancia

fundamental a la hora de llevar a cabo el diagnóstico o la intervención psicoterapéutica. En este sentido, el procedimiento de análisis que hemos presentado intenta ser tanto una herramienta de análisis como un recurso para comprender el asiento de vivencias anímicas globales como las que se incluyen dentro del denominado “sentimiento de orientación vital”.

Referencias

- Aisenson-Kogan, A. (1981), *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Binswanger, L. (1956), *Tres formas de la existencia frustrada*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Binswanger, L. (1961), *Artículos y conferencias*, Madrid, Gredos S.A.
- Dörr-Zegers, O. (1971), “Del análisis clínico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su contexto patogénico”, en *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, núm. 10, pp.17-39.
- Dörr-Zegers, O. (1995), *Psiquiatría antropológica. Contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológica-antropológica*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria S.A.
- Dörr-Zegers, O. (2002), “Fenomenología de la corporeidad en la depresión delirante”, en *Salud Mental*, vol. 25, núm. 4, Santiago de Chile, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Duero, D.G. (2006), “Relato autobiográfico e interpretación: una concepción narrativa de la identidad personal”, en *Athenea Digital*, núm. 9, pp. 131-151.
- Jaspers, K. (1993), *Psicopatología general*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Merleau, M. (1975), *Fenomenología de la percepción*, Barcelona, Península.
- Poó, C. (2009), “Qué puede un cuerpo (impaciente)”, en *Reflexiones autoetnográficas sobre el cuerpo y la enfermedad*, núm. 15, pp. 149-168.
- Ratcliffe, M. (2008), *Fellings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*, New York, Oxford University Press.
- Spiegelberg, H. (1986), *Phenomenology in Psychology and Psychiatry. A historical introduction*, Evanston, Northwestern University Press.
- Tellenbach, H. (1976), *La melancolía*, Madrid, Morata.
- Villamil, M.A. (2005), “Fenomenología del cuerpo humano”, en *Cuadernos de filosofía latinoamericana*, vol. 26, núm. 92, pp. 7-27.