

Luis Ángel Ortiz-Catalán¹

E-mail: profr.laoc@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6782-5485>

¹ Centro de Atención Integral en Psicología. Cabo San Lucas. México.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Ortiz-Catalán, L. Á. (2026). La conciencia terapéutica como campo semiótico y cultural. *Revista UGC*, 4(1), 34-42.

Fecha de presentación: 16/09/2025

Fecha de aceptación: 28/11/2025

Fecha de publicación: 01/01/2026

RESUMEN

Este trabajo explora la conciencia en el contexto terapéutico desde una perspectiva semiótica, filosófica y cultural. Se plantea que la conciencia no es un fenómeno fijo ni exclusivamente neurocognitivo, sino un campo dinámico de producción de signos que se construye en la interacción entre paciente y terapeuta. El consultorio se concibe como un metaespacio cultural donde los significados se negocian y transforman, en contraste con las creencias sociales cristalizadas. El terapeuta, lejos de ser un mero aplicador de técnicas psicológicas, se convierte en un agente cultural y semiótico que aprende el lenguaje del paciente, ajusta sus marcos de comprensión y utiliza recursos de distintos campos culturales como la literatura, el cine o el teatro. Estos otros espacios, a su vez, retroalimentan la clínica, ampliando el repertorio de metáforas y narrativas disponibles para la resignificación de la experiencia. Se concluye que la práctica terapéutica es un laboratorio simbólico de revaloración constante, en el que la conciencia se descubre como un proceso abierto, crítico y creativo.

Palabras clave:

Conciencia, terapia, semiótica, cultura, significante, filosofía de la mente, narrativa, resignificación, metáfora, diálogo.

ABSTRACT

This paper explores consciousness in the therapeutic context from a semiotic, philosophical, and cultural perspective. Consciousness is understood not as a fixed or purely neurocognitive phenomenon, but as a dynamic field of sign production constructed in the interaction between patient and therapist. The therapeutic setting is conceived as a cultural meta-space where meanings are negotiated and transformed, in contrast with crystallized social beliefs. The therapist, far from being a mere technician, becomes a cultural and semiotic agent who learns the patient's language, reshapes interpretive frameworks, and draws on cultural resources such as literature, cinema, or theater. These external fields, in turn, feed back into therapy, expanding the repertoire of metaphors and narratives available for re-signifying experience. The conclusion highlights therapy as a symbolic laboratory of constant reevaluation, in which consciousness emerges as an open, critical, and creative process.

Keywords:

Consciousness, therapy, semiotics, culture, signifier, philosophy of mind, narrative, re-signification, metaphor, dialogue.

INTRODUCCIÓN

Hablar de la conciencia en el ámbito terapéutico implica enfrentarse a un terreno complejo y en constante transformación. No se trata solamente de describir un fenómeno psicológico desde categorías clínicas tradicionales, sino de comprender cómo el lenguaje, los signos y los contextos culturales intervienen en la construcción de aquello que llamamos “ser consciente”. En este sentido, la práctica terapéutica ofrece un laboratorio privilegiado para observar cómo la conciencia no es una entidad cerrada ni un estado interno fijo, sino una red dinámica de significados que se actualizan en la interacción con otro.

La terapia constituye, por tanto, un espacio de encuentro donde el diálogo entre paciente y terapeuta se convierte en un proceso creador de sentido. Cada palabra, cada silencio, cada metáfora empleada en la conversación terapéutica tiene el potencial de reorganizar la experiencia del paciente. Sin embargo, este proceso no ocurre de manera unilateral: también el terapeuta modifica su propio discurso, ajusta su metodología y expande sus horizontes de comprensión a partir del intercambio. Así, el consultorio no es únicamente un escenario de intervención clínica, sino también un campo semiótico en el que se ponen en juego prácticas de resignificación constantes.

Campos-Gómez et al. (2025) plantean que la salud mental debe entenderse como una capacidad dinámica y relacional, que trasciende los modelos tradicionales centrados únicamente en la patología, lo cual se relaciona con la concepción de la conciencia como un proceso abierto y en construcción constante. Los autores destacan un enfoque interdisciplinario que integra la psicología clínica, educativa, social y organizacional, permitiendo situar la experiencia terapéutica dentro de un contexto cultural y social amplio, lo que refuerza la idea del consultorio como un metaespacio donde los significados se negocian y transforman.

Además, subrayan la relevancia de considerar los efectos de la modernidad, la tecnología y los cambios sociales en la subjetividad, coincidiendo con la noción de que la conciencia se construye en interacción con múltiples entornos simbólicos, como el arte, la literatura y el cine. También enfatizan que la salud mental no solo implica ausencia de patología, sino la capacidad de transitar en la vida, apoyando la visión de la práctica terapéutica como un laboratorio simbólico de resignificación, donde se promueve la creatividad, la reflexión crítica y la construcción activa de sentido por parte del paciente y el terapeuta. Esta perspectiva permite comprender que la conciencia terapéutica no es un fenómeno fijo ni exclusivamente neurocognitivo, sino un proceso que se despliega en la intersección de discursos, contextos y relaciones humanas.

El interés de este trabajo radica precisamente en explorar cómo la conciencia, en este contexto, puede ser entendida como un fenómeno semiótico-cultural más que

exclusivamente neurocognitivo. La semiótica nos recuerda que todo acto de comunicación es también un acto de interpretación, y que el sentido nunca se fija de manera definitiva. De ahí que la relación terapéutica pueda concebirse como un “metaespacio cultural” donde los signos circulan, se negocian y se transforman, generando nuevas posibilidades de comprensión y de acción.

A diferencia de los discursos sociales dominantes, que tienden a cristalizar creencias y valores en formas rígidas, la práctica terapéutica promueve una apertura constante a la crítica y a la revisión de ideas. El paciente aprende a mirar sus esquemas de pensamiento desde una perspectiva flexible, en la que las interpretaciones no se absolutizan, sino que se mantienen en movimiento. Este dinamismo convierte a la terapia en un espacio de resistencia frente a la rigidez cultural, en la medida en que ofrece la posibilidad de elegir significados más útiles para enfrentar las situaciones vitales.

Pero la reflexión no se limita al ámbito clínico. El análisis de la conciencia terapéutica nos conduce a reconocer la importancia de otros campos de producción de sentido, como la literatura, el cine o el teatro, que también ofrecen modelos para pensar la subjetividad y resignificar la experiencia. Estas manifestaciones culturales no solo retroalimentan la práctica clínica al proveer nuevas narrativas y metáforas, sino que a su vez se nutren de ella para representar en obras artísticas los dilemas de la vida psíquica. De esta manera, el fenómeno terapéutico se inserta en un entramado cultural más amplio, donde la conciencia se entiende como resultado de múltiples prácticas de interpretación.

En consecuencia, el terapeuta no puede limitarse a ser un especialista en técnicas psicológicas. Su labor requiere una disposición a recibir y aprender de múltiples lenguajes: los del paciente, los de la cultura, los de la filosofía, el arte y la literatura. Solo de esta manera es posible establecer puentes comunicativos efectivos que permitan acompañar al sujeto en la reestructuración de su conciencia. El terapeuta, en suma, se convierte en un agente cultural, no solo en un aplicador de protocolos, y su tarea se enmarca en la búsqueda constante de significados que resuenen con la singularidad de cada paciente.

Este trabajo se organiza en torno a tres ejes principales. En primer lugar, se analiza la conciencia en el entorno terapéutico como un campo de formación de signos y de construcción dialógica. En segundo lugar, se propone la noción de metaespacio cultural como categoría para entender la interacción entre paciente y terapeuta, así como la apertura hacia otras prácticas culturales que nutren este proceso. Finalmente, se examina el papel del terapeuta como agente semiótico, cuya tarea consiste en aprender y recrear los lenguajes de sus pacientes para facilitar la resignificación de la experiencia. A través de estos ejes se busca mostrar que la conciencia, más que un objeto estático, es una práctica de creación y recreación de

sentido en la que la terapia se convierte en un escenario privilegiado para observar y acompañar su dinamismo.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se ha desarrollado a partir de un enfoque teórico-interpretativo, cuyo objetivo ha sido articular diversas corrientes conceptuales para comprender la conciencia en el ámbito terapéutico como un campo semiótico dinámico. No se trata de una investigación empírica en sentido estricto, sino de un análisis hermenéutico y transdisciplinario que integra nociones provenientes de la semiótica, la filosofía de la mente y la psicoterapia contemporánea.

El procedimiento metodológico contempló varias etapas complementarias. Inicialmente se identificaron las ideas centrales, partiendo de planteamientos preliminares que surgieron como intuiciones o hipótesis de trabajo, tales como el papel del significante en el diálogo terapéutico, la constitución de un metaespacio cultural y la transformación del terapeuta en el proceso. Estas ideas sirvieron como guía para orientar la búsqueda y selección de marcos teóricos pertinentes. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión teórica focalizada, incorporando aportes recientes de la filosofía de la mente, la semiótica peirceana y estructuralista, así como de la psicoterapia en sus vertientes cognitivo-conductual, colaborativa y psicoanalítica.

A continuación, se desarrolló un análisis hermenéutico y comparativo, contrastando las ideas iniciales con los marcos teóricos seleccionados para establecer conexiones entre conceptos de disciplinas diversas. Este análisis permitió interpretar los discursos de la psicología y la filosofía a la luz de ejemplos clínicos y culturales, mientras que la comparación entre teorías facilitó la identificación de convergencias y tensiones productivas. La integración transdisciplinaria constituyó un paso fundamental, ya que el estudio no se limitó a la psicología como disciplina autónoma, sino que amplió su horizonte hacia otros campos de producción semiótica, como la literatura, el cine, el teatro y las artes visuales. Este enfoque parte de la premisa de que la conciencia se construye en la intersección de múltiples discursos, lo que requiere un análisis desde perspectivas igualmente diversas.

Finalmente, las ideas se elaboraron en un estilo académico y ensayístico, incorporando terminología técnica y ejemplos que ilustran la aplicación de los conceptos en la práctica terapéutica. Se recurrió a metáforas cotidianas, como “estar atrapado en una pantalla”, y a referencias culturales provenientes del cine, la literatura y narrativas religiosas, con el fin de mostrar la interacción entre lo simbólico y lo clínico.

DESARROLLO

La conciencia, entendida dentro del espacio terapéutico, puede verse como un proceso vivo de producción de signos. Cada sesión se convierte en un terreno donde

paciente y terapeuta construyen significados de manera conjunta. Desde la perspectiva semiótica, el lenguaje no solo nombra la experiencia, sino que también la moldea; cuando ciertas palabras se bloquean, ya sea por carga moral, por esquemas culturales o por la propia rigidez cognitiva, se interrumpe la continuidad del discurso. Como señala Savio (2021), el concepto de “significante” en psicoanálisis da cuenta precisamente de esos vacíos o silencios que emergen en el habla y que condicionan lo que puede o no expresarse. La labor del terapeuta consiste, entonces, en ofrecer nuevos significantes que permitan al paciente atravesar esas interrupciones y reabrir la cadena del sentido.

Esta idea se vincula con los debates actuales en filosofía de la mente, que resaltan cómo la conciencia no es simplemente un reflejo de lo que sentimos, sino una capacidad interpretativa y valorativa. Como explica Durán-Rivera (2018), los estados conscientes combinan una dimensión fenomenológica —los *qualia*, lo que se experimenta en primera persona— con una dimensión intencional, es decir, lo que esos contenidos significan dentro de nuestra estructura de creencias y valores. En ese sentido, cuando un paciente evita pronunciar ciertas palabras, no se trata de una mera omisión lingüística: lo que está en juego es la posibilidad misma de representar un aspecto de su mundo mental.

La Terapia Cognitivo Conductual ofrece un marco que complementa bien esta mirada. Las creencias irracionales o los pensamientos automáticos funcionan como significantes rígidos que organizan el discurso interno del paciente. Siguiendo el modelo de Ellis, no son los hechos en sí los que determinan el malestar, sino la forma en que son interpretados a través de creencias cargadas de exigencias y juicios morales. Por eso, cuando en la TCC se trabaja con técnicas de reestructuración cognitiva, lo que se hace es, en términos semióticos, introducir nuevos significantes que amplíen el campo de interpretación (Vergara & Pérez, 2023).

Las versiones más recientes de la TCC, que integran estrategias de *mindfulness*, añaden una capa interesante: la posibilidad de que el paciente tome conciencia no solo de lo que piensa, sino de cómo piensa. Este tipo de meta-conciencia permite observar los propios juicios o silencios sin quedar atrapado en ellos. Investigaciones recientes en psicoterapia muestran que este recurso favorece la flexibilidad psicológica, porque el paciente deja de luchar con el significante prohibido y empieza a reconocerlo como parte de su experiencia simbólica (CONICET, 2023). En ese sentido, la tarea del terapeuta no es imponer palabras, sino acompañar la creación de un nuevo espacio de sentido donde el discurso vuelva a fluir.

Cuando el terapeuta introduce un significante en el discurso del paciente, no solo facilita que este reabra el flujo de su relato, sino que simultáneamente corrige y transforma su propio discurso. En términos de filosofía de la

mente, este fenómeno puede pensarse como una forma de intencionalidad compartida, donde ambos sujetos dirigen su conciencia hacia un mismo objeto semiótico: la palabra, la metáfora o la reformulación en juego. Según Durán-Rivera (2018), la conciencia no es solo una vivencia privada, sino un proceso intencional que siempre se orienta hacia algo; en el contexto terapéutico, ese “algo” es un signo compartido que moldea tanto la vivencia del paciente como la posición del terapeuta frente al lenguaje.

Un ejemplo sencillo: un paciente afirma “no valgo nada” y el terapeuta responde “hoy te percibes sin valor, pero estás aquí buscando otra forma de verte”. En esta intervención, el paciente recibe un significante alternativo que abre posibilidad de cambio, mientras que el terapeuta, al reformular, también reconfigura su propio modo de comprender la categoría de “valor”. Así, el diálogo no es unidireccional, sino una construcción recíproca de sentido. Este carácter co-creativo conecta con lo que Vygotsky (2020) señalaba sobre el lenguaje: al guiar a otro mediante signos, uno también reorganiza su propio pensamiento.

Desde la semiótica cultural, Lotman (1996) propone que todo acto comunicativo puede generar una semiosfera, un espacio simbólico en el que los signos circulan y se transforman. Si trasladamos esta noción al espacio terapéutico, podemos entender la sesión como un nuevo campo cultural donde convergen la biografía del paciente y la experiencia del terapeuta. En este campo, las palabras no pertenecen únicamente a uno u otro, sino que circulan como significantes negociados, que se cargan de nuevos sentidos en el intercambio.

Este proceso puede describirse como una especie de “meta-espacio” en el que las ideas del paciente y del terapeuta no se anulan, sino que interactúan dialógicamente. En lugar de pensarlo desde la lógica hegeliana de tesis-antítesis-síntesis, puede entenderse mejor desde la semiótica dialógica de Bajtín (1982), para quien todo enunciado está orientado hacia otro y cobra sentido solo en la interacción. Así, el diálogo terapéutico se convierte en un espacio donde los significantes no buscan imponerse, sino resonar, chocar y, finalmente, producir un tercer registro: un nuevo sentido compartido que no existía antes de la interacción.

Ejemplos de este meta-espacio abundan en la clínica. Cuando un paciente describe su depresión como “vivir en un cuarto sin ventanas” y el terapeuta responde “tal vez hoy hemos abierto una rendija con esta conversación”, no solo se genera un significante alternativo que habilita esperanza; también se crea un símbolo que pertenece a ambos y que en adelante podrá ser usado como referente común. De este modo, el espacio terapéutico no es solo escenario de reestructuración individual, sino un lugar donde se produce cultura en miniatura, una micro-semiosfera con reglas propias y con signos compartidos que pueden luego trasladarse a la vida cotidiana del paciente.

En terapias cognitivas de tercera ola, este carácter cultural del encuentro terapéutico se reconoce en la práctica de metáforas compartidas. Hayes et al. (2016) muestran cómo el uso de metáforas en la Terapia de Aceptación y Compromiso no solo ayuda al paciente a flexibilizar su experiencia, sino que también crea un lenguaje común con el terapeuta. Dicho lenguaje compartido, como sostiene Zipper (2025), es culturalmente sensible y permite que la conversación terapéutica no solo atienda la sintomatología, sino que genere un espacio simbólico donde la identidad del paciente y la sensibilidad del terapeuta cohabiten. El encuentro terapéutico no es únicamente un proceso de reparación individual, sino un laboratorio de significados en el que se ensaya la creación de un campo cultural propio. Este campo funciona como una semiosfera en miniatura: una trama de signos en circulación que permite, tanto al paciente como al terapeuta, repensar y reconfigurar sus modos de dar sentido al mundo.

En este meta-espacio terapéutico, lo que se cultiva no es la fijación de esquemas de pensamiento rígidos, sino la posibilidad de revaloración constante de las ideas. Mientras que las creencias sociales tienden a cristalizarse, se consolidan como verdades asumidas, a menudo poco cuestionadas y fuertemente normativas, en la conversación clínica se promueve un movimiento opuesto: un desplazamiento continuo del sentido. Este dinamismo permite que los significantes circulen, se pongan a prueba y se reconfiguren en función de la experiencia vital y de las demandas específicas del paciente en cada situación.

Un ejemplo claro es cuando un paciente llega convencido de que “fallar es sinónimo de ser débil”. En el espacio terapéutico, esa idea no se refuta de manera frontal, sino que se examina críticamente. El terapeuta puede devolver con una pregunta como: “¿recuerdas una ocasión en que un error te permitió aprender algo valioso?”; de este modo, se introduce un nuevo sentido de “fallo” como oportunidad, sin borrar la experiencia original pero desplazando el foco hacia una interpretación más útil. Como señala Bajtín (1982), el sentido de las palabras nunca es fijo, sino que está siempre orientado al diálogo y al contexto en que se producen. En la clínica, este principio se materializa en la constante resignificación del discurso.

Esta idea se observa en la técnica de reestructuración cognitiva: los pensamientos disfuncionales no se toman como verdades absolutas, sino como hipótesis que pueden someterse a contraste con la experiencia.

Desde las teorías contemporáneas de la conciencia, se subraya que los contenidos mentales no son estáticos, sino que están en permanente revisión a través de procesos metacognitivos: pensar sobre lo que pensamos, evaluar lo que sentimos. Según Durán-Rivera (2018), esta capacidad crítica es constitutiva de la conciencia, pues nos permite distanciarnos de los contenidos inmediatos y valorarlos bajo nuevas perspectivas. En terapia, el diálogo

se convierte en catalizador de este ejercicio, habilitando al paciente a desidentificarse de sus creencias cristalizadas y a experimentar con nuevos modos de sentido.

Precisamente la riqueza del meta-espacio terapéutico no reside en fijar verdades, sino en mantener abierto el proceso de interpretación. El paciente aprende que sus pensamientos no son dogmas, sino construcciones susceptibles de crítica, prueba y transformación. Y el terapeuta, al acompañar este movimiento, refuerza un modo de estar en el mundo donde la flexibilidad semiótica y la crítica consciente se convierten en herramientas para afrontar las situaciones vitales.

En el curso del proceso terapéutico no solo el paciente experimenta transformaciones. El terapeuta también se ve afectado, aunque de un modo distinto: no cambia como alguien que atraviesa un tratamiento, sino como un tutor que reordena su conocimiento, revisa su metodología y adapta su enfoque. Cada encuentro con un paciente se convierte en un ejercicio de aprendizaje aplicado. Por ejemplo, cuando un terapeuta trabaja con una persona cuya forma de narrar está profundamente atravesada por creencias religiosas, se ve obligado a rearticular su propio repertorio conceptual para poder dialogar desde categorías significativas para el paciente. De este modo, el profesional no repite un manual, sino que ajusta su marco interpretativo a la singularidad del caso.

La filosofía de la mente ofrece aquí una clave interesante: la noción de mente extendida (Clark & Chalmers, 2011). Según esta teoría, los procesos cognitivos no se reducen al interior de un individuo, sino que se extienden en la interacción con herramientas y con otros sujetos. Si lo aplicamos a la clínica, el terapeuta amplía su propio aparato cognitivo en la relación con el paciente. No se trata de adoptar sus creencias, sino de ensayar nuevas formas de comprensión que luego retroalimentan su saber técnico. Así, la consulta funciona como un espacio de expansión mutua de la conciencia.

En la práctica de reestructuración cognitiva, el profesional guía al paciente a examinar sus creencias, pero al hacerlo, el terapeuta mismo se expone a la diversidad de formas en que las personas organizan sus interpretaciones del mundo. Como señala Zipper (2025), esta interacción requiere flexibilidad metodológica y cultural: cada conversación obliga a cuestionar presupuestos clínicos y a redefinir estrategias de intervención. En ese sentido, el cambio del terapeuta no es una terapia en sí, sino un proceso de refinamiento pedagógico que fortalece su papel de tutor crítico y creativo.

El cambio interno del terapeuta se distingue por su carácter metodológico. Cada paciente obliga a cuestionar herramientas previas, a refinar técnicas y a reorganizar criterios diagnósticos o de intervención. No es lo mismo acompañar a un adolescente con ansiedad social que a un adulto con duelos no resueltos: las estrategias deben

reconfigurarse. Esta plasticidad convierte al terapeuta en un profesional en formación constante, donde la consulta opera como un laboratorio vivo. En términos de filosofía de la mente, podría decirse que el terapeuta mantiene una mente en actualización permanente, en la que los marcos conceptuales son ajustados cada vez que se enfrentan a un nuevo sistema de significados personales. Clark & Chalmers (2011) sugieren que la cognición humana se expande en su interacción con el entorno; en la clínica, ese entorno está encarnado en cada discurso singular que desafía al profesional a pensar más allá de sus esquemas previos.

Ahora bien, este aprendizaje individual no se queda en el ámbito privado del terapeuta. Tiene efectos en el campo cultural compartido que se crea en la relación clínica. El consultorio se convierte en un espacio donde convergen dos historias biográficas y dos sistemas simbólicos distintos, que al interactuar producen algo nuevo. Aquí no se trata de imponer significados fijos, sino de elaborar códigos híbridos que funcionen para ambos. Bajtín (1982) ya advertía que todo enunciado es dialógico: cobra sentido en su relación con otro. En el espacio terapéutico, esa lógica se magnifica, pues los sentidos producidos se convierten en referentes compartidos que pueden sostener la relación y, al mismo tiempo, alimentar la cultura simbólica del paciente fuera del consultorio.

Un ejemplo ilustrativo: un paciente con duelo describe la muerte de su padre como “un libro cerrado de golpe”. El terapeuta, al retomar esa metáfora, le propone: “quizá todavía puedas escribir un epílogo que honre lo vivido”. Esta reformulación no solo acompaña al paciente en la resignificación del duelo, sino que instala una metáfora nueva que pertenece a ambos. La sesión se transforma, entonces, en un espacio cultural emergente, una micro-semiosfera donde se crean y negocian significados que luego pueden acompañar al paciente en su vida cotidiana.

De este modo, la evolución del terapeuta no es solo una cuestión de refinamiento técnico individual, sino una fuerza que enriquece el campo simbólico común. Al reestructurar su metodología y ampliar su repertorio semiótico, el terapeuta se convierte en un coautor de una cultura en miniatura, tejida con hilos de experiencias compartidas. Esa cultura, aunque nacida en la intimidad de la sesión, tiene el poder de irradiarse hacia las prácticas, relaciones y narrativas del paciente en su mundo social.

El espacio terapéutico no existe en el vacío; está rodeado por discursos sociales dominantes que modelan lo que los sujetos piensan, sienten y dicen. Estos discursos —sobre género, éxito, familia, salud mental, moralidad— suelen presentarse como verdades naturales, aunque en realidad son construcciones culturales cristalizadas. El consultorio, sin embargo, abre un campo cultural alternativo, donde esos significados pueden ponerse en suspenso y ser reinterpretados. En este sentido, la clínica se convierte

en un espacio contrahegemónico, un lugar donde lo socialmente “dado” puede ser cuestionado y resignificado en favor del bienestar del paciente. Este fenómeno puede entenderse como un ejercicio de meta-intencionalidad: el paciente no solo dirige su conciencia hacia los objetos culturales que le imponen significados (por ejemplo, la maternidad como requisito de valor), sino que, en diálogo con el terapeuta, aprende a observar y cuestionar esas intenciones impuestas. Como explica Durán-Rivera (2018), esta capacidad crítica de la conciencia es lo que permite revalorizar experiencias y no quedar atrapados en un único marco de interpretación.

El consultorio puede pensarse como un territorio cultural alternativo. Allí los significados hegemónicos se ponen en diálogo con nuevas narrativas que surgen del intercambio paciente-terapeuta. Esta práctica no destruye la cultura, pero sí crea fisuras en su rigidez, abriendo espacios para que el individuo viva con mayor libertad simbólica.

Sin embargo, aunque el espacio terapéutico actúe como un campo cultural alternativo muy potente, no es el único lugar donde emergen significaciones nuevas capaces de reestructurar la conciencia. La literatura, el cine, el arte en general y otras prácticas simbólicas funcionan también como otros campos de producción semiótica, que operan de modo semejante al consultorio: ofreciendo metáforas, narrativas, personajes o imágenes que permiten al sujeto explorar variaciones del sentido de sus experiencias, ensayar nuevos significantes y visitar creencias cristalizadas.

Dennett (1991) ofrece un modelo que puede ayudarnos a entender cómo esos otros espacios simbólicos inciden en la conciencia. En su teoría de la conciencia, especialmente en *La conciencia explicada* y en su modelo de “múltiples versiones” (multiple drafts), Dennett (1991) niega la idea de un observador central (o “teatro cartesiano”) y sugiere que los contenidos conscientes se van elaborando en flujos descentralizados, en borradores múltiples que coexisten antes de que algunos sean seleccionados o se vuelvan dominantes. En ese sentido, la literatura y el cine pueden considerarse como ejercicios externos de esos borradores: leen-y-reenuncian posibilidades de significado que podrían luego reconvertirse en el discurso interno del paciente, alternando versiones del significado, desplazando interpretaciones, ofreciendo otras perspectivas.

Un ejemplo concreto: un lector lee una novela en la que el personaje enfrenta una traición familiar, pero en la historia descubre una forma distinta de perdón. Esa narrativa puede fungir como modelo simbólico que moviliza al lector a replantearse su propia experiencia de traición, quizás encontrando una metáfora del perdón que antes no estaba disponible en su repertorio interno. De manera similar, ver una película que problematiza los estereotipos de género puede abrir al espectador paciente unas imágenes significativas que cuestionan creencias rígidas

como “el hombre siempre debe ser fuerte” o “la mujer siempre debe cuidar”.

La semiótica del cine, como lo estudia Blanco (2024), nos da herramientas para ver cómo las imágenes, los encuadres, los silencios, la música y los diálogos filmados crean significantes que superan, en muchas ocasiones, el poder de lo literal. Por ejemplo, Blanco (2024) utiliza la semiótica tensiva y el recorrido generativo para mostrar cómo una película no solo relata un evento, sino que tensiona sentidos, juega con la expectativa del espectador, permite lagunas simbólicas, resquicios que invitan a proyectar su propia vida. En ese juego de interpretación cinematográfica, el espectador-paciente puede ensayar nuevos significados interiores sin necesidad de hablarlos inmediatamente.

Estos campos simbólicos externos (literatura, cine, arte) no reemplazan al consultorio, pero lo complementan. Mientras que en terapia hay un diálogo directo, supervisado, reflexivo con un tutor que introduce significantes, estructura preguntas, ofrece feedback, los otros campos ofrecen experiencia estética: permiten sentir, imaginar y experimentar signos sin la exigencia de la corrección inmediata, lo que puede propiciar insight, apertura emocional o desplazamiento de sentido en modos más vívidos. En terapia cognitivo-conductual estos “insights estéticos” pueden integrarse como recursos: por ejemplo, el uso de metáforas literarias o visuales para ayudar al paciente a visualizar alternativas de pensamiento.

También, según la propuesta de Dennett (1991) sobre la intencionalidad derivada, gran parte de lo que llamamos contenidos mentales tienen su origen en interacciones sociales y culturales, no solo en procesos cerebrales internos. Eso implica que las narrativas culturales (novelas, películas, artes visuales) son material simbólico real para la conciencia, pues influyen en qué significantes están disponibles para el sujeto. Si una cultura dominante ofrece pocas narrativas que cuestionen roles rígidos, el individuo puede verse atrapado; si tiene acceso a mitos, ficciones, imágenes alternativas, ese repertorio simbólico se enriquece y alimenta la conversación terapéutica.

La relación entre el consultorio terapéutico y los otros espacios de producción semiótica no es unidireccional; ambos se retroalimentan. Así como el cine, la literatura o el teatro pueden ofrecer narrativas y metáforas que enriquecen el repertorio simbólico del paciente, la propia práctica terapéutica ha sido representada y reelaborada en esas artes, generando una suerte de círculo hermenéutico donde la clínica inspira a la cultura, y la cultura devuelve materiales simbólicos que pueden ser reinseridos en el proceso terapéutico.

El cine, por ejemplo, no solo puede ser utilizado por el terapeuta como recurso metafórico —al recomendar una película que encarne un dilema similar al del paciente—, sino que muchas películas recrean explícitamente la

experiencia terapéutica. Dramas como *Good Will Hunting* (1997) o producciones más recientes como *A Dangerous Method* (2011) muestran en la pantalla el proceso de diálogo, resistencia, apertura y resignificación, convirtiéndose en representaciones culturales que luego los pacientes y terapeutas pueden retomar como referentes compartidos. Desde la semiótica, estos productos funcionan como metanarrativas: no solo cuentan una historia, sino que simbolizan el propio fenómeno de narrar y reinterpretar experiencias vitales (Blanco, 2024).

La literatura ofrece un potencial semejante. Muchas novelas construyen personajes que atraviesan conflictos internos y transformaciones psicológicas que resuenan con la experiencia clínica. Un terapeuta podría invitar a un paciente a leer fragmentos de *La metamorfosis* de Kafka para explorar la vivencia del extrañamiento, o recurrir a *El extranjero* de Camus para dialogar sobre la indiferencia existencial. Estos textos no sustituyen la interpretación clínica, pero operan como espejos simbólicos que permiten al paciente poner en palabras lo que antes estaba en la penumbra de la experiencia. Como sostiene Eco (2016), el texto literario es una “máquina de generar interpretaciones”, y en terapia esa multiplicidad interpretativa se convierte en un recurso de resignificación.

Por lo anterior, el terapeuta no puede limitarse a ser un consumidor exclusivo de teorías psicológicas; debe ser, más bien, un receptor de múltiples campos de creación de sentido. La práctica clínica demanda una apertura hacia distintos lenguajes culturales —filosofía, literatura, cine, teatro, música—, porque cada uno de ellos ofrece recursos simbólicos que pueden volverse significativos para el paciente. Esta apertura multiplica el repertorio semiótico disponible y convierte al terapeuta en un mediador cultural más que en un simple aplicador de técnicas.

Ejemplos prácticos abundan: un terapeuta que acompaña a un adolescente puede recurrir a letras de canciones urbanas para explorar conflictos de identidad, o a una serie de televisión para discutir dilemas morales. De manera inversa, con un paciente adulto, un poema de Benedetti o un fragmento de *El Quijote* puede abrir espacios de resignificación frente a la soledad o la lucha por la dignidad. En todos los casos, lo decisivo es que el terapeuta actúe como un intérprete cultural polifónico, capaz de dialogar con múltiples códigos y de transformarlos en recursos terapéuticos.

De este modo, el terapeuta no se define por el consumo pasivo de psicología como disciplina, sino por su capacidad de habitar un horizonte cultural amplio, donde los distintos campos de creación de sentido alimentan y potencian su práctica. Esta transversalidad es lo que hace posible que el consultorio funcione como un espacio de innovación simbólica, en sintonía con las necesidades y lenguajes de cada paciente.

El terapeuta debe asumir que no sólo se educa en psicología, sino que es receptor activo de campos semióticos múltiples: culturas artísticas, filosóficas, literarias, porque es quien tiene el interés y responsabilidad de crear medios de comunicación con el paciente. No funciona, por ejemplo, cuando un padre habla desde su propio lenguaje de padre, sus mandatos, sus valores, sus expectativas, sin importar si el hijo lo entiende o lo comparte. En cambio, lo que propone esta idea es que el terapeuta, como tutor simbólico, debe aprender el lenguaje del paciente: su metáfora, su modo de simbolizar el dolor, su sistema de valores cultural, emocional, estético.

Desde la noción de Braunstein (2006), sobre el goce podemos parafrasear que el sujeto ya viene “saturado de sentido”, de discursos previos que le asignan valores, deseos, prohibiciones, incluso antes de tener conciencia de ellos, porque el lenguaje lo precede y lo configura. Si el terapeuta opera desde su propio lenguaje rígido, corre el riesgo de imponer un significante que no resuena o incluso hiere, porque no se alinea con esa matriz simbólica del paciente. En terminología psicoanalítica-semiótica, en ese caso el terapeuta reproduce el discurso dominante del Otro sin permitir que emerja lo que el sujeto necesita expresar como singular.

A nivel cognitivo y comunicacional, usar el lenguaje del paciente implica reconocer su sistema de marcos de referencia (frame semántico), sus metáforas dominantes, sus lexemas emocionales preferidos, incluso sus espacios culturales de sentido. Por ejemplo, si un adolescente describe su estado emocional como “estar encerrado en una pantalla”, el terapeuta puede adoptar esa metáfora, explorarla (“¿qué clase de pantalla? ¿qué se ve ahí dentro? ¿qué sonidos le acompañan?”), para que el paciente se apropie de esa imagen simbólica, en lugar de usar una metáfora clínica tradicional como “trastorno cognitivo” o “pensamientos intrusivos”. Esa adaptación mejora la alianza terapéutica porque demuestra que el terapeuta escucha no solo la sintaxis de las palabras, sino el estilo simbólico del paciente.

Técnicamente, esto implica que el terapeuta despliegue sistemas de codificación semiótica adaptativa: evaluación del repertorio simbólico del paciente (cuáles metáforas, imágenes, valores sociales, estéticos tiene), flexibilidad léxica, sensibilidad al registro emocional y cultural, y capacidad para modular su discurso (tono, estilo, ritmo, vocabulario). En terapia relacional o terapias colaborativas esto se alinea con el enfoque del “no saber” de Anderson & Goolishian (1992), donde el terapeuta se abre a la conversación sin presuposiciones rígidas y permite que el significado emerja desde la interacción.

Un ejemplo clínico: supongamos un adulto mayor cuya vida gira alrededor de su rol como padre o madre, y cuya narrativa se sostiene en “yo siempre debo ser fuerte, proveedor, no puedo mostrar dolor”. Si el terapeuta insiste en hablar desde la terminología psicológica (“vulnerabilidad”,

“autoestima”, etc.) puede no generar eco. Pero al descubrir que el paciente se expresa a través de cuentos populares o referencias religiosas, podría preguntarle: “¿en qué momento tu historia se parece al personaje del pasaje de...?” o “¿cómo te habla Dios o tu fe cuando sufres?”. Al incorporar esos códigos culturales y simbólicos del paciente, el terapeuta aprende su lenguaje, reduce el riesgo de alienación en la alianza terapéutica.

Otro ejemplo: con jóvenes que usan lenguaje digital, memes, redes sociales para expresar dolor o humor. Si el terapeuta desconoce esas formas simbólicas, puede perder pistas importantes. En cambio, incorporar esos registros —preguntar “¿qué meme te representa hoy tu estado?”— puede abrir espacios de resignificación potentes.

En suma, el terapeuta debe estar siempre en un modo de recepción semiótica activa: no simplemente interpretar el discurso del paciente, sino aprender sus símbolos, sus silencios, sus modos de goce, para que la comunicación terapéutica no sea un monólogo vertical, sino un puente donde ambos se encuentran.

CONCLUSIONES

La reflexión desarrollada a lo largo de este trabajo permite comprender que la conciencia, en el contexto terapéutico, no es una entidad fija ni un fenómeno exclusivamente individual, sino un campo dinámico de producción de signos. Lejos de ser un objeto estático, la conciencia se configura como un entramado semiótico en constante movimiento, en el que la palabra, el gesto, el silencio o la metáfora cobran valor en la medida en que son compartidos en la interacción entre terapeuta y paciente. El consultorio se convierte así en un espacio relacional donde el lenguaje no solo nombra la experiencia, sino que la transforma.

En este proceso, el terapeuta no se limita a interpretar ni a corregir, sino que actúa como agente semiótico, introduciendo significantes que abren fisuras en el discurso rígido del paciente. Dichas fisuras posibilitan el tránsito hacia nuevas formas de representación de la experiencia subjetiva. A su vez, el terapeuta no permanece inmóvil: su propio lenguaje y sus marcos de comprensión se ven modificados. De este modo, la práctica clínica constituye un escenario de transformación recíproca, aunque asimétrica, donde el paciente se reorganiza desde su necesidad de alivio y el terapeuta se reconstruye como tutor de sentido, ajustando sus métodos y su propio horizonte teórico.

El espacio terapéutico, concebido de esta manera, adquiere las características de un metaespacio cultural. No se trata únicamente de un diálogo privado, sino de un laboratorio simbólico en el que confluyen los mundos de vida de ambos interlocutores. La experiencia subjetiva del paciente y la formación cultural y profesional del terapeuta se entretienen para producir una nueva constelación de significados. Este metaespacio, más cercano a la

lógica semiótica de Peirce que a la dialéctica hegeliana, opera como un campo triádico de signos, objetos e interpretantes en el que el sentido nunca se cristaliza, sino que permanece en desplazamiento. La conciencia se entiende, así, como un flujo semiótico abierto, donde cada intervención es provisional y susceptible de ser resignificada en función de las circunstancias.

Frente a la tendencia social a cristalizar las creencias y mantener esquemas de pensamiento rígidos, el espacio clínico ofrece una alternativa crítica: un lugar donde las ideas no buscan solidificarse, sino someterse a constante revisión. El paciente aprende a revalorar sus significados, no desde la certeza dogmática, sino desde la apertura metodológica y reflexiva. En este sentido, el consultorio se configura como un microcosmos cultural que desafía la inercia de las creencias sociales, favoreciendo la plasticidad simbólica como herramienta de salud mental.

La filosofía de la mente aporta aquí una perspectiva clave: la conciencia no es solo un proceso neurocognitivo, sino también un fenómeno narrativo y cultural (Dennett, 1991). Desde esta mirada, la terapia se revela como una práctica que reestructura las narrativas identitarias mediante el uso intencional del lenguaje y de los símbolos culturales disponibles. El terapeuta se convierte en un artesano del sentido, capaz de trabajar con el material semiótico del paciente para abrir nuevas posibilidades de autocomprensión y acción.

Sin embargo, este espacio no agota las posibilidades de resignificación. La cultura en su conjunto —literatura, cine, teatro, música, arte— constituye también campos de producción semiótica que participan en la reestructuración de la conciencia. Así como el cine puede recrear el fenómeno terapéutico y reflejar la complejidad del sufrimiento humano, también puede funcionar como recurso clínico para resignificar una idea. Del mismo modo, la literatura ofrece narrativas que expanden los horizontes simbólicos del paciente, mientras que el teatro comparte con la terapia el carácter performativo y dialógico de la construcción de sentido. La terapia y la cultura, por tanto, se retroalimentan en un ciclo continuo: el arte inspira a la clínica, y la clínica encuentra en el arte lenguajes alternativos para el acompañamiento humano.

Este entramado lleva a una conclusión fundamental: el terapeuta no puede limitarse a ser un consumidor de psicología, sino que debe abrirse a los múltiples campos de producción cultural. Su formación requiere ser transdisciplinaria, atenta no solo a teorías y técnicas, sino también a los modos en que la sociedad crea y transmite significados. El terapeuta, como señala Braunstein (2006), se encuentra siempre con un sujeto ya atravesado por discursos previos, por lo que necesita un repertorio amplio de lenguajes simbólicos para entablar una comunicación eficaz. De ahí que su función no consista en imponer un lenguaje técnico, sino en aprender el lenguaje del paciente, tal como sucede en la dinámica padre-hijo cuando la

incomprensión surge de no reconocer los códigos propios del otro.

En definitiva, la terapia se entiende como un espacio cultural, crítico y creativo en el que la conciencia se resignifica en clave semiótica. La relación entre terapeuta y paciente produce no solo cambios en el individuo que busca ayuda, sino también en el profesional que acompaña, configurando un proceso de mutua transformación. Al mismo tiempo, este espacio dialoga con otros campos culturales que enriquecen el horizonte de sentido y ofrecen nuevas herramientas de resignificación. El resultado no es un saber acabado ni una verdad definitiva, sino un movimiento constante de significados en el que la conciencia se descubre como práctica de relectura, revaloración y creación compartida.

REFERENCIAS

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). Sage.
- Bajtín, M. (1982). *Estética de la creación verbal*. Siglo XXI.
- Blanco, D. (2024). La semiótica del cine según Desiderio Blanco: recorrido generativo y semiótica tensiva. *Tópicos del Seminario*, 2(52), 95-111. <https://www.redalyc.org/journal/594/59478507007>
- Braunstein, N. A. (2006). *El Goce: concepto lacaniano*. Siglo XXI Editores.
- Campos-Gómez, A. A. del C., Peralta-Jiménez, Y., & Romero-Aguirre, G. de los Á. (Coord.). (2025). *Salud mental: capacidad para transitar en la vida*. Sophia Editions.
- Clark, A., & Chalmers, D. (2011). *La mente extendida*. Katz Editores.
- Dennett, D. C. (1991). *Consciousness explained*. Little, Brown and Company.
- Durán-Rivera, L. Á. (2018). Introducción al problema de la conciencia desde la filosofía de la mente. *La Colmena*, (99), 55-69. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=446357678005>
- Eco, U. (2016). *Lector in fabula: La cooperación interpretativa en textos narrativos*. Lumen.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Lotman, Y. (1996). *La semiosfera I: Semiótica de la cultura y del texto*. Universitat de València.

Savio, A. K. (2021). El significante: Encuentros entre el psicoanálisis y los estudios del lenguaje. *Lengua y Habla*, 25, 34-54. Universidad de los Andes, Departamento de Lingüística, Centro de Investigación y Atención Lingüística. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8223760.pdf>

Vergara-Morales, J., & Pérez-Acosta, A. (2023). Psicología y cognición social: Aportes latinoamericanos de investigación aplicada en el marco de la cognición social. *Revista Costarricense de Psicología*, 42(1), 3-7. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132023000100003&lng=en&tlng=es

Vygotsky, L. S. (2020). *Pensamiento y lenguaje*. Paidós.

Zipper-Weber, V. (2025). Hablando con uno mismo: Cómo la psicoterapia en lengua materna facilita el cambio en refugiados: Una perspectiva centrada en la persona. *Healthcare*, 13 (15), 1920. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151920>

Conflictos de interés:

El autor declara no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores:

Luis Ángel Ortiz-Catalán: Concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido, análisis estadístico, supervisión general del estudio.