



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

TESIS DE DOCTORADO

Cambio psíquico en un proceso de psicoterapia psicoanalítica

AUTORA: MG. RUTH KAZEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. DAVID MALDAVSKY

2014

BUENOS AIRES

ARGENTINA

INDICE

Introducción	
Problema	9
Justificación.....	12
Primera Parte: Instancia Conceptual	
Capítulo 1: Estado actual del arte	
1. La investigación cualitativa: El estudio de caso	17
Los casos y su estudio.....	17
¿Qué es un caso?	18
Diseños de investigación.....	20
Críticas a los estudios de caso	24
La muestra en los estudios de caso	26
2. Panorama actual de la investigación en psicoterapia	32
Métodos de investigación en psicoanálisis	36
3. Los estudios de proceso en psicoterapia	37
Una lectura acerca de la revisión realizada por Lutz y Hill	37
Una lectura a partir de la revisión realizada por Elliott	41
El Programa Chileno de Investigación.....	46
Discusión	49
4. Agregación y síntesis de los estudios de caso	52
Tres propuestas para agregar y sintetizar estudios de caso	52
Discusión	54
5. La investigación empírica sobre mecanismos de defensa	55
Una revisión de métodos de estudios de defensas.....	56
Discusión.....	64
John Christopher Perry y el DMRS	65

6. La discapacidad en la adultez	74
Capítulo 2: Marco teórico	
1. Clínica y cambio psíquico	79
2. Metapsicología.....	83
Psicoanálisis, ciencia de la subjetividad	83
Las pulsiones y su puesta en juego	84
La figurabilidad de la pulsión en los lenguajes del erotismo	86
El preconscious y su legalidad interna	90
Los mecanismos de defensa.....	92
Caracterización de los mecanismos de defensa.....	93
Defensas funcionales.....	94
Defensas patológicas	97
Estudio de los mecanismos de defensa.....	101
Corrientes psíquicas	106
3. Psicopatología.....	109
Trauma y neurosis traumáticas	109
El valor de las incitaciones mecánicas en las neurosis traumáticas	112
Masoquismo erótico y toxicidad pulsional en las neurosis traumáticas.....	114
Perturbaciones en el yo real primitivo.....	118
4. Clínica	121
Discapacidad y Psicoanálisis.....	121
El ingreso a la discapacidad: Aportes de la conceptualización de Jorge Cantis.....	121
Neurosis traumática familiar.....	123
Korff-Sausse y su propuesta para la investigación en este campo	124
Articulación de los tres campos en un acercamiento a las características de la paciente.....	131
Descripción del citomegalovirus.....	131
Infección congénita	131
El bebé de alto riesgo neuropsíquico	132
Un posible desencuentro inicial.....	133

El desarrollo psíquico temprano.....	134	
Las escisiones psíquicas tempranas.....	136	
Percepción y motricidad	136	
Tono muscular temprano y respuesta a la fuerza de gravedad	137	
Pulsión visual	138	
La percepción visual en personas de baja visión	139	
Eficiencia visual	139	
Segunda Parte: Instancia Empírica		
Capítulo 3: Metodología	142	
Objetivos	142	
Objetivo general.....	142	
Objetivos específicos	142	
Descripción del método utilizado para el análisis del material, ADL.....	143	
Aplicación del ADL	144	
Capítulo 4: Presentación de la paciente.....		159
Ercilia	159	
Una historia del origen	160	
Acerca del vínculo con el terapeuta	162	
Tercera Parte: Instancia Operativa		
Capítulo 5: Sesión 80.....	163	
Procedimiento y muestra.....	164	
Análisis de las secuencias narrativas.....	165	
Análisis de los actos de habla.....	171	
Análisis de redes de signos.....	173	
Discusión.....	175	
Capítulo 6: Sesión 81.....		178
Procedimiento y muestra.....	178	
Análisis de las secuencias narrativas.....	180	
Análisis de los actos de habla.....	188	
Análisis de redes de signos.....	189	

Discusión.....	190
Capítulo 7: Sesión 82.....	196
Procedimiento y muestra.....	196
Análisis de las secuencias narrativas.....	198
Análisis de los actos de habla.....	205
Análisis de redes de signos.....	207
Discusión.....	209
Capítulo 8: Sesión 89.....	213
Procedimiento y muestra.....	213
Análisis de las secuencias narrativas.....	214
Análisis de los actos de habla.....	220
Análisis de redes de signos.....	221
Discusión.....	222
Capítulo 9: Sesión 93.....	226
Procedimiento y muestra.....	226
Análisis de las secuencias narrativas.....	231
Análisis de los actos de habla.....	235
Análisis de redes de signos.....	237
Discusión.....	238
Capítulo 10: Sesión 94.....	242
Procedimiento y muestra.....	242
Análisis de las secuencias narrativas.....	244
Análisis de los actos de habla.....	250
Análisis de redes de signos.....	251
Discusión.....	253
Capítulo 11: Estudio longitudinal de secuencias narrativas.....	257
Procedimiento y muestra. Primer bloque de sesiones.....	257
Conclusiones del análisis de secuencias narrativas. Primer bloque de sesiones.....	260
Conclusiones del análisis de secuencias narrativas. Segundo bloque de sesiones....	264

Comparación de las secuencias narrativas en los dos bloques.....	266
Comparación de deseos en sesiones 80 y 94.....	271
Comparación de deseos en sesiones 89 y 93.....	271
Análisis longitudinal de las corrientes psíquicas en secuencias narrativas.....	272
Discusión.....	280
Capítulo 12: Estudio longitudinal de actos de habla.....	281
Conclusiones del análisis de actos de habla. Primer bloque de sesiones.....	283
Conclusiones del análisis de actos de habla. Segundo bloque de sesiones.....	287
Comparación de los actos de habla en los dos bloques.....	289
Capítulo 13: Estudio longitudinal de redes de signos.....	292
Conclusiones del análisis de redes de signos. Primer bloque de sesiones.....	292
Conclusiones del análisis de redes de signos. Segundo bloque de sesiones.....	297
Comparación de las redes de signos en los dos bloques.....	299
Articulación de los resultados	302
Capítulo 14: Compendio del análisis cualitativo.....	303
Comparación sesiones 80, 81 y 82	303
Comparación sesiones 89, 93 y 94	312
Cuarta Parte: Instancia Expositiva	
Capítulo 15: Discusión.....	324
Discusión con el estado actual del arte.....	324
Discusión final.....	327
Conclusiones.....	336
Para concluir.....	344
Bibliografía.....	345

Ruth Kazez

AGRADECIMIENTOS

A David Maldavsky,
A Gustavo Piterman,
A mis padres.

El material contenido en el presente estudio es de uso reservado. El mismo no podrá ser utilizado sin previa autorización de la autora, Mg. Ruth Kazez (e.mail: rkazez@yahoo.com.ar) y la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Doctorado en Psicología.

Queda prohibida toda reproducción total o parcial de este estudio por cualquier sistema, incluso fotocopiado, que no haya sido expresamente autorizado por la autora.

INTRODUCCIÓN

Problema

La pregunta acerca del cambio psíquico se da desde el origen mismo de la práctica psicoanalítica y atraviesa todas las lecturas teóricas. Muchos autores se han preguntado cómo se genera, cómo reconocer sus manifestaciones, cuáles son los mecanismos en juego y qué recursos terapéuticos resultan eficaces para producirlo.

Según García Badaracco (1991) existen tres tipos distintos de cambio psíquico. Está aquel que se da normalmente a lo largo de la vida, aquel que condiciona lo que se denomina enfermedad mental en sus diferentes tipos y manifestaciones, y el que se produce a través de los recursos de los terapeutas.

Dentro del primer tipo de cambio psíquico se encuentran aquellos que se dan a través de los ciclos vitales, característicos de la niñez y la adolescencia, motorizados por las exigencias pulsionales y definidos por procesos de investidura, proyección, identificación, entre otros, a través de los cuales se va conformando el aparato psíquico. Luego de estos períodos, se ubican los cambios centrados en los procesos de individuación, logro de autonomía y complejización psíquica tendientes a desplegar la vida íntima y relacional de ese individuo con distintos grados de plenitud. Finalmente en la senectud se dan nuevas transformaciones, ligadas con este momento vital.

En cuanto a la patología, recordemos que Freud (1923b) se refiere al triple vasallaje del yo respecto de sus tres amos: la realidad, el ello y el superyó. La preponderancia de determinado mecanismo de defensa, como destino de pulsión (Freud, 1915c) define la prevalencia de corrientes psíquicas que van desde lo funcional o normal hasta lo patológico. Las defensas, según sean exitosas, fracasadas o mixtas proponen distintos desenlaces psíquicos¹.

Puget (1988) sostiene que lo humano se desarrolla simultáneamente por lo menos en tres espacios psíquicos: el intrasubjetivo (espacio de la pulsión y sus representantes), el intersubjetivo (las relaciones objetales) y el transubjetivo (espacio social y cultural), cada uno con sus propias leyes y modos de funcionamiento. Partiendo de esta estructura tripartita, Bianchedi (1990) sostiene que el cambio psíquico se realizará y tendrá consecuencias en los tres espacios.

¹ El tema de las defensas, central en nuestro trabajo, será desarrollado en detalle más adelante.

Widlöcher (2001) señala acerca de la investigación psicoanalítica: *“Estos conocimientos tienen que ver con una lógica del descubrimiento. Los modelos son comparables a los relevamientos topográficos, a las cartas geográficas, construidas a partir de las descripciones del terreno explorado. Aquellos que contribuyen al desarrollo científico del psicoanálisis proceden a la manera de los exploradores que recorren territorios nuevos, o más frecuentemente que vuelven a visitar tierras ya exploradas, para realizar un conocimiento del terreno y modificar ciertos relevamientos precedentes, juzgados inexactos o demasiado imprecisos. Hasta el presente, lo que marcó los desarrollos del psicoanálisis ha sido el afinamiento y la complejización de estos modelos”*. Al tratarse de una investigación clínica, se presenta bajo la forma de una observación que “pretende” objetividad, en el sentido de que otro observador evidenciaría los mismos hechos que se relatan. La investigación clínica apela a un método exploratorio-descriptivo que en este campo se opone a la experimentación. *“En este tipo de estudio, el clínico informa lo que ha escuchado, y lo que ha inferido de lo que ha sido dicho. Nada es más “subjetivo” que el relato de una sesión o de un fragmento de sesión en psicoterapia. El objeto que está sometido a la atención de un tercero no es el paciente sino el terapeuta mismo en lo que ha entendido de la situación”* (Widlöcher, 2001). Lo supuestamente objetivo es el texto de la observación, visto sólo desde el terapeuta.

Moser (1989) distingue dos tipos de investigación en psicoanálisis: *on line* y *off line*. Se refiere a la primera como a aquella que todo terapeuta realiza en el transcurso del tratamiento con el paciente, se trata de un tipo de investigación inherente al trabajo analítico. La investigación *off line*, por el contrario, es la que ocurre por fuera de la sesión, aplicando determinado método al material desgrabado de la sesión o de la entrevista y en ausencia del paciente. Es la denominada investigación empírica sistemática. Desde hace aproximadamente cincuenta años viene desarrollándose investigaciones sistemáticas con el objeto de medir el cambio clínico desde distintos puntos de vista. Entendemos que el modo de medirlo tiene que ver con la conceptualización acerca del funcionamiento psíquico, su representabilidad y sus conflictos. También depende de un modo de concebir el proceso terapéutico, en donde la persona del terapeuta y sus herramientas clínicas poseen importancia crucial.

En los últimos veinticinco años, desde que en 1990 la Organización Mundial de la Salud publicó su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, y más adelante con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001), la problemática de la discapacidad se ha vuelto más visible.

En cuanto a la noción de discapacidad, podemos decir que ante todo un término que define una situación física y social, cuya significación es distinta según el contexto en que se presente. Según la perspectiva desde la cual se aborde, la discapacidad puede ser pensada como un fenómeno biológico, como categoría cultural, social e incluso política. Resulta evidente entonces que no puede ser enmarcada dentro de alguna nosografía psicológica, psiquiátrica o psicoanalítica. Tanto la situación física como la social pueden resultar exigencias para lo anímico, de ahí las particularidades del funcionamiento psíquico de la persona con una discapacidad. Se trata al mismo tiempo de una problemática muy amplia, dado que puede darse en cualquier momento de la vida y también puede ocasionar distintos tipos de déficit, depende que cuál sea el grado de afectación somática (sensorial, motriz, intelectual, visceral, mixta). Podemos afirmar también que no sólo afecta al individuo que la padece sino también su entorno.

Por este motivo, numerosos psicoanalistas se han sentido interrogados por las particularidades de la clínica con personas con déficits. Sus preguntas son abarcativas e incluyen como temas la constitución subjetiva en las personas con discapacidad genética y congénita, los momentos fundantes del aparato psíquico, las neurosis traumáticas individuales y familiares, entre muchos otros. El vínculo madre-hijo es uno de los temas de los cuales teóricos y clínicos más se han ocupado, siendo Mannoni (1964) una de las pioneras. Existen diversas situaciones características que la persona con discapacidad y su familia transitan, y la bibliografía psicológica y psicoanalítica relativa a esta temática las aborda: integración escolar, vínculo entre pares, vínculo fraterno, sexualidad y cuerpo, comunicación (Levin, 1991; Schorn, 1999, Herrou et al. 2007). En los últimos tiempos, Scelles *et al.*, (2007, 2010); Korff-Sausse (2009) y Ciccone (2012) han desarrollado investigaciones no sistemáticas que abarcan distintas problemáticas ligadas a la discapacidad. En Argentina, Maldavsky, Cantis, *et al.* (2007) han realizado investigaciones sistemáticas con pacientes con discapacidad.

Justificación

Winograd (1991) propone, para estudiar la naturaleza del cambio psíquico, tener en cuenta sus indicadores, la expectativa de cambio por parte del terapeuta, cómo se logra y quién lo diagnostica. Estos interrogantes, no son planteados en el terreno de la investigación empírica, aunque resultan orientadores para delimitar su campo.

Dentro de la investigación empírica en psicoterapia hallamos múltiples estudios de proceso de cambio psíquico, que vienen realizándose desde hace más de cincuenta años, donde encontramos los trabajos realizados, entre otros, por Sargent (1961), Dewald (1978), Dahl, Kächele y Thomä (1988), Kächele y Thomä (1993), Kächele et al. (2007), Michels (2000), Wilson (2004), Perry (1994), Perry y Bond (2012). Algunos de estos estudios se basan en la frecuencia de la actividad de interpretación, efectos de la interpretación de la transferencia, claridad de las interpretaciones, interpretación y procesos interpersonales, tema central del conflicto relacional, alianza terapéutica, y métodos sistemáticos para el diagnóstico psicodinámico, entre otros.

Los objetivos de dichos estudios son diversos: pueden proponerse describir, explicar y hasta predecir los procesos de cambio clínico. Las unidades de análisis también suelen diferir: hay estudios que analizan los acontecimientos centrales en el curso de una psicoterapia; otros investigan el comportamiento o el discurso en sesión del paciente, del terapeuta o de ambos; otros demandan al paciente, al terapeuta o a ambos una autoevaluación. En cuanto a los procedimientos, los estudios pueden efectuarse en sesión o en entrevistas fuera de ella.

La originalidad de nuestro trabajo reside en que nos proponemos estudiar microanalíticamente un proceso psicoterapéutico teniendo en cuenta el material desplegado en el contexto de las sesiones, durante un año de tratamiento. Para ello se tendrá en cuenta, fundamentalmente el estudio de los mecanismos de defensa presentes en los tres niveles del discurso analizado, a través del Algoritmo David Liberman.

Investigamos longitudinalmente el discurso de una paciente con discapacidad congénita cuyo motivo de consulta se realiza por una crisis biográfica en la adultez, en donde el déficit físico de la paciente imprime desde el comienzo diferencias con respecto a otro tipo de tratamientos. La particularidad de este caso es que se trata de una persona con una discapacidad congénita sensorial y motriz y por ende con una particular configuración simbólica de la sensorialidad y la motricidad así como sus deseos y su andamiaje defensivo.

Nos proponemos abarcar la riqueza y complejidad de los distintos fragmentos psíquicos que convergen en la conformación de un aparato psíquico determinado, y en el funcionamiento de la personalidad del sujeto.

Esta investigación presenta un doble interés, por un lado se encuadra dentro de los estudios de cambio clínico y por otro, en el área de la discapacidad congénita en la adultez. Su utilidad consiste en poder extraer hipótesis para reflexionar acerca de otros casos que reúnan estas características.

En cuanto a las implicancias prácticas de este estudio, permitirá poner de manifiesto las particularidades de la evolución clínica de una persona con discapacidad congénita sensorial y motriz.

En lo que concierne al valor teórico del estudio, este estudio descriptivo viene a aportar datos e interrogantes acerca de una problemática poco investigada.

Al tratarse de un estudio de caso, sus resultados no podrán generalizarse a principios más amplios, pero servirán para postular hipótesis al respecto.

El estudio posee también una utilidad metodológica dado que permitirá detectar cuál de los niveles del instrumento empleado, el Algoritmo David Liberman, resulta más útil para detectar el cambio clínico en la paciente.

Las características de este caso y su evolución lo hacen atractivo para la investigación. Nuestro interés se centra en profundizar en el estudio de las particularidades -nosotros suponemos que las hay- de la estructura psíquica de una persona aquejada por una neurosis traumática temprana, que en términos descriptivos se debe a una discapacidad mixta. Se trata de una joven paciente que combina un déficit visual y motriz, ambos congénitos, con una gran riqueza intelectual y de recursos expresivos. De 25 años, junto con su disminución visual congénita, presenta una hemiparesia derecha, nos ha conducido a interrogarnos acerca de la constitución de su representación-cuerpo, el vínculo con los semejantes, la organización de su percepción, las características de la tramitación de sus exigencias pulsionales y de los mecanismos de defensa que ha implementado. Por este motivo y lejos de intentar generalizaciones, suponemos que posiblemente el estudio de este caso aporte elementos que importen a futuros estudios clínicos. En este caso, el motivo de consulta se realiza por una crisis biográfica en la adultez.

Se trata de un estudio de caso único, realizado de manera longitudinal, donde se estudiaron los deseos y defensas presentes en el discurso de una paciente en tres momentos de un tratamiento de una frecuencia semanal, para lo cual se estudiaron seis sesiones de fines de su segundo año de psicoterapia. Se trabajó sobre las sesiones desgrabadas de las entrevistas 80, 81, 82, 89, 93 y 94. Este estudio constituye una profundización y una complejización de nuestra tesis de maestría, defendida en el año 2002, cuando el método aplicado para el estudio de deseos y defensas (Algoritmo David Liberman) se encontraba aún en desarrollo.

En las conclusiones de nuestra tesis de maestría esbozamos tres líneas de trabajo que nos proponemos profundizar en esta investigación:

- 1) Un área clínica: referida a la investigación microanalítica en el campo de las discapacidades.
- 2) Un área psicopatológica: que alude a la investigación en las estructuras de las neurosis traumáticas o postraumáticas, específicamente en cuanto a traumas tempranos se refiere, tal como se da en esta paciente que presenta una problemática genética.
- 3) Un área metapsicológica: que se ocupa del estudio de los mecanismos de defensa y de sus manifestaciones discursivas.

Teniendo en cuenta estas tres líneas de trabajo, el presente trabajo presenta dos entradas, ligadas a un doble interés. Se trata por un lado de un estudio proceso de cambio clínico. Por otro, al tratarse de un estudio de caso de una persona con discapacidad congénita sensorial y motriz, resulta ser dentro de los tipos de estudio de caso, uno generador de hipótesis (Lijphart, 1971), que puede ser de utilidad para el desarrollo de futuras investigaciones en la materia, dentro del campo del psicoanálisis con personas con discapacidad.

En el terreno de la discapacidad, la articulación se da en torno de dos temas. El primero tiene que ver con la constitución del preconiente, las inscripciones y las lógicas que lo rigen. Las inscripciones se encuentran determinadas por el déficit, restringidas por el tipo de percepción que posee el sujeto. Las lógicas que las organizan parecieran estar condicionadas por el modo en que se organiza la percepción.

Cuando se trata de discapacidades congénitas, como es este caso, es importante tener en cuenta el modo en que el contexto del paciente procesó y procesa la discapacidad. A partir de allí, el andamiaje defensivo adquirirá características que tienen que ver con el modo de articulación de las lógicas vigentes, la forma en que el individuo representa la realidad, el modo en que el paciente y su contexto procesaron esa realidad que produce efectos de modo constante que es la discapacidad, y los conflictos inconcientes con la realidad de su cuerpo y con el mundo externo.

El segundo tema se relaciona con el primero y supone que ciertas defensas cobran un valor singular en este tipo de casos. Es el caso de la desmentida funcional, que puede resultar apropiada e incluso beneficiosa para la paciente. Esta defensa, junto con otras no patógenas (sublimación, creatividad, defensas acorde a fines) cobraría particular relevancia a la hora de examinar el progreso clínico. La desmentida funcional adquiere una cualidad que también se observa en pacientes crónicos o terminales, dado que este mecanismo defensivo les permite enfrentar la realidad y desarrollar proyectos vitales a pesar de aquello que los aqueja.

En cuanto al estudio de proceso de cambio clínico, la originalidad del presente trabajo reside en que nos proponemos estudiar microanalíticamente un proceso psicoterapéutico teniendo en cuenta el material desplegado en el contexto de las sesiones a lo largo de 6 meses de tratamiento. Para ello se tendrá en cuenta, fundamentalmente el estudio de los deseos y mecanismos de defensa presentes en los tres niveles del discurso de la paciente. Lejos de intentar generalizaciones, entendemos que el valor de esta investigación reside en el aporte de elementos para futuros estudios de caso centrados en los mecanismos de defensa. De aquí su valor, puesto que podrán beneficiarse quienes se ocupen de estudiar el cambio clínico, tanto a nivel intrasesión como intersesión.

Respecto de la organización de nuestro trabajo, lo hemos dividido en cuatro instancias, siguiendo la propuesta de Samaja (1994):

- 1) Instancia de validación conceptual: tiene a su cargo validar las hipótesis sustantivas mediante una doble tarea: por un lado, demostrar que constituyen una respuesta eficaz a la pregunta planteada y por otro, que son coherentes con las teorías y hechos que se consideran bien establecidos.

- 2) Instancia de validación empírica: es la encargada de demostrar que los indicadores que se emplearán son válidos: que han sido definidos en relación con las principales dimensiones de las variables y, que miden realmente lo que se proponen.
- 3) Instancia de validación operativa: corresponde a esta instancia la validación de hipótesis operativas, esto es, demostrar que los procedimientos que se usarán para observar las dimensiones seleccionadas, arrojarán resultados que serán representativos del universo. En este punto se establece la confiabilidad del instrumento y de la muestra.
- 4) Instancia de validación expositiva: su finalidad es encontrar una argumentación convincente y eficaz para exponer los resultados.

Primera Parte: Instancia Conceptual

Capítulo 1: Estado Actual del Arte

1. La investigación cualitativa: el estudio de caso

Los casos y su estudio

En las ciencias sociales, en ciencias jurídicas, en medicina y psicología existen amplios antecedentes a la vez que diversas perspectivas desde las cuales abordar el estudio de caso, entendido como el análisis minucioso de un proceso individual que explica intensivamente un caso. Dentro del terreno de la investigación cualitativa, donde existen diversos enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos, podemos distinguir una variedad de diseños y tradiciones, entre los cuales ubicamos al estudio de caso.

Ahora bien, para introducirnos en este tema, tendremos que definir en primer lugar qué entendemos por “caso”. Neiman y Quaranta (2006) elaboran al respecto la siguiente definición: *“El caso es definido como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales”* (pág. 220).

Estos autores realizan una clasificación orientadora no sólo para la definición del estudio a realizar sino también de utilidad en el terreno de la revisión bibliográfica sobre el tema. Distinguen el “estudio de caso” de la “estrategia de investigación basada en el estudio de caso”.

El estudio de caso consiste en el abordaje de lo particular priorizando el caso único, en donde el estudio del mismo es definido por el interés que éste inspira, mientras que el diseño metodológico del estudio es secundario.

Del otro lado, la estrategia de investigación basada en estudio de caso puede abarcar distintos diseños posibles y tiene por objetivo la construcción de teoría. Lo que motoriza la inclusión del o los casos es la pregunta y el objetivo de la investigación, teniéndolo en cuenta como parte del diseño.

Stake (1994) dice al respecto: *“el estudio de un caso no es la elección de un método sino más bien la elección de un objeto a ser estudiado. Nosotros elegimos estudiar un caso. En tanto enfoque de investigación, un estudio de caso es definido por el interés en casos individuales antes que por los métodos de investigación utilizados”* (1994: 236; traducción de Neiman y Quaranta, 2006).

Para el estudio de caso, el tema y el planteo del problema de la investigación resultan centrales, mientras que el diseño de investigación pasa a segundo plano. El criterio de selección parte del interés por el caso en sí mismo; la o las preguntas de la investigación, constituyen el eje conceptual del estudio y pueden referirse a un determinado tipo de problema o bien a un tema de características empíricas. Neiman y Quaranta (2006) señalan que en el desarrollo de este tipo de estudios, las preguntas juegan un rol central, ya que a medida que avanza la investigación van logrando mayor claridad, y por este motivo deben ser planteadas de manera flexible de modo tal de favorecer su desarrollo y así arribar a una respuesta. En cuanto a la recolección de la información, ésta se lleva adelante a partir de un plan que se organiza en función de las preguntas formuladas. El análisis de la información hace uso de instancias de interpretación directa o construcción de categorías, también organizando correspondencias o delimitando patrones o modelos (Stake, 1994; Neiman y Quaranta, 2006). El estudio de caso pretende ser un insumo de alta calidad, producto de una detallada y profunda descripción del caso y su contexto. En palabras de Flyvberg (2006): *“el objetivo [del estudio de caso] es permitir a este estudio ser distintas cosas para diferentes personas. Personalmente, intento llevarlo a cabo describiendo el caso con tantas facetas –como la vida misma- de modo tal que diferentes lectores puedan sentirse atraídos o repelidos por distintos aspectos del caso”* (pág. 238; la traducción es nuestra).

¿Qué es un caso?

Ragin y Becker (1992) proponen discutir las implicancias de hacer investigaciones con estudios de caso. Parten de diversas preguntas: ¿Cómo se define un caso? ¿Cómo se selecciona? ¿Los casos preexisten al fenómeno y sólo necesitan ser identificados por el investigador antes de comenzar el análisis? ¿Los casos se construyen durante el curso de la investigación, sólo luego que el análisis ha mostrado sus características? ¿Los casos deben ser seleccionados aleatoriamente o por sus cualidades específicas? ¿En qué medida dos casos pueden ser comparables?

Para responder a estas preguntas, consideran dos dicotomías acerca de cómo se conciben los casos: 1) si se los entiende como unidades empíricas o construcciones teóricas y 2) si éstos se entienden como generales o específicos. La tensión que expresa la primera dicotomía sostiene por un lado una postura ligada al realismo, en donde los casos existen y son más o menos verificables empíricamente. Por otro, del lado del

nominalismo, postula que los casos son constructos teóricos que existen antes de servir a los intereses de los investigadores. La segunda dicotomía se refiere al grado de generalidad de las categorías del caso. La tensión se encuentra entre la posición que sostiene que los casos son designaciones específicas desarrolladas en el curso de la investigación, y la que dice que son generales y relativamente externas al desarrollo de la misma.

En muchas áreas de estudio, las unidades de análisis son tratadas como casos y las categorías del caso surgen en el transcurso de la investigación. Preexisten a la investigación y son colectivamente reconocidas como unidades válidas por los científicos sociales.

Cuadro I. Comprensión y concepción de los casos según Ragin y Becker

Comprensión de los casos	Concepción de los casos	
	Específica	General
Como unidades empíricas	a. Los casos se encuentran	b. Los casos son objetos
Como construcciones teóricas	c. Los casos se hacen	d. Los casos son convenciones

Fuente: Ragin y Becker (1992:9)

a. Los casos se encuentran: Los investigadores los consideran como empíricamente reales y específicos. Los casos deben identificarse y establecerse en el curso del proceso de investigación. La delimitación empírica de los casos es valorada como una parte del proceso de investigación.

b. Los casos son objetos: Los investigadores conciben los casos empíricamente, pero no necesitan verificar su existencia o establecer sus delimitaciones empíricas en el curso del proceso de investigación, porque los casos son generales y convencionales.

c. Los casos se hacen: Los casos son construcciones teóricas, la interacción entre las ideas y la evidencia empírica genera un progresivo refinamiento del caso concebido como constructo teórico. Al principio de la investigación, éste no resulta del todo claro y el caso deberá ser discernido. Construirlo no implica determinar sus límites empíricos sino demostrar su significatividad teórica.

d. Los casos son convenciones: Los investigadores consideran los casos como constructos teóricos generales, y éstos son producto del resultado del trabajo erudito colectivo y la interacción; por lo tanto, son externos a cualquier efecto de investigación particular.

El aporte de Ragin y Becker (1992) consiste en poner en cuestión el concepto de “caso”, y en función de las múltiples respuestas, plantea desde una visión epistemológica, distintas estrategias de investigación que se derivan de cada una de ellas.

Diseños de investigación

La estrategia de investigación basada en el estudio de casos es aquella que recurre a diseños metodológicos que pueden combinar procedimientos cualitativos y cuantitativos y que tiene por objetivo la construcción de teoría de diferente alcance y nivel, para dilucidar y esclarecer determinado fenómeno (Yin, 1994; Neiman y Quaranta, 2006). La estrategia de investigación basada en estudio de caso incluye diferentes diseños según el número de casos a abordar y la complejidad de las unidades de análisis.

Yin (1994) afirma que el motor para realizar estudios de caso proviene del deseo de entender fenómenos sociales complejos. Plantea tres criterios que hacen recomendable la utilización de estos estudios como estrategia de investigación: el primero es el interés por responder a preguntas del tipo ¿cómo? y ¿por qué?; el segundo criterio consiste en el grado de control que el investigador tiene sobre los fenómenos o conductas a estudiar (los estudios de caso son recomendables cuando se tiene escasa o nula capacidad para manipular experimentalmente los fenómenos a estudiar); el tercer criterio indica que los estudios de caso son recomendables cuando se desea estudiar fenómenos contemporáneos. Señala que los estudios de caso utilizan muchas de las técnicas de los estudios históricos, pero que a diferencia de éstos tiene la posibilidad de realizar una observación directa de los eventos y una entrevista sistemática a los participantes. Yin (1994) distingue cuatro tipos de diseño para los estudios de caso, considerando cuántos casos se decide estudiar y si se distinguen o no en el interior de éstos unidades de análisis: Tipo 1: caso único, diseño holístico (una unidad de análisis); Tipo 2: caso único, diseño “incrustado” (*embedded*); Tipo 3: múltiples casos, diseño holístico; Tipo 4: múltiples casos, diseño “incrustado”.

Cuadro II: Tipos de diseño para el estudio de caso según Yin

Diseño	Caso Único		Caso Múltiple	
Holístico (una unidad de análisis)	Caso		Caso 1	
			Caso 2	
			Caso 3	
Incrustado (múltiples unidades de análisis)	Caso	Unidad de análisis incrustada 1	Caso 1	Unidad de análisis incrustada 1
				Unidad de análisis incrustada 2
		Caso 2	Unidad de análisis incrustada 1	
			Unidad de análisis incrustada 2	
		Caso 3	Unidad de análisis incrustada 1	
			Unidad de análisis incrustada 2	

Fuente: Elaboración propia. Yin, R. (1994:46)

Neiman y Quaranta (2006) ubican al estudio de caso como diseño de investigación dentro del paradigma “pragmatista”, estudiado por Tashakkori y Teddlie (1998), quienes explican una metodología que combina distintos abordajes cualitativos y cuantitativos, así como procedimientos deductivos e inductivos. Yin (1994) sostiene que la investigación no está definida por las características del estudio sino por el tipo de información, que en los estudios de caso es predominantemente cualitativa. La información cualitativa se caracteriza porque se representa en categorías que incluyen dimensiones perceptuales, actitudinales y eventos reales.

En una segunda matriz, Yin (2003) distingue al menos seis tipos de estudios de caso: puede tomar un caso único o casos múltiples y al mismo tiempo ser exploratorio, descriptivo o explicativo. Un estudio de caso exploratorio puede proponerse determinar la factibilidad de determinado procedimiento o bien definir preguntas o hipótesis para casos ulteriores, que pueden o no ser estudiados posteriormente desde la perspectiva del estudio de caso. En el estudio descriptivo, el objetivo puede ser presentar la descripción de un fenómeno en su contexto y en el estudio explicativo presentar datos incluidos en relaciones causales. Destaca el uso diferencial de la teoría en cada uno de estos estudios

de caso. Por ejemplo, si se trata de un estudio exploratorio debe especificarse claramente qué se propone explorar, en el descriptivo, realizar descripciones completas y apropiadas y en un estudio explicativo, conocer y determinar cuáles son las teorías rivales.

Cuadro III: Tipos de diseño para estudios de casos propuestos por Yin

	Diseño de caso único	Diseño de múltiples casos
Exploratorio	Tipo 1	Tipo 2
Descriptivo	Tipo 3	Tipo 4
Explicativo	Tipo 5	Tipo 6

Fuente: Elaboración propia. Yin, R. (2003: 5)

Stake (1995) clasifica los estudios de caso en intrínseco, instrumental y colectivo. El estudio de caso intrínseco es aquel que puede constituirse a partir del interés en el caso y se emprende porque en sí mismo representa interés. Este es el estudio de caso propiamente dicho, mientras que el estudio instrumental y el colectivo se incluyen dentro de la estrategia de investigación con estudios de caso.

En el estudio instrumental, el interés se centra en un problema conceptual o empírico más amplio, que el caso puede iluminar. El caso tiene un interés secundario, desempeña un papel de apoyo, aportando a la comprensión de algún problema. Su elección se debe a la expectativa por avanzar en el entendimiento de otros intereses. El estudio de caso colectivo se produce cuando el investigador estudia un número de casos coyunturales para examinar los fenómenos, población o condiciones generales. En los tres casos la muestra es intencionada, en función de los intereses temáticos y conceptuales. La selección tendrá en cuenta si se trata de un fenómeno único, de un fenómeno que posiblemente contribuya a comprender a otros, o bien si constituye junto con otros la expresión paradigmática de un problema social.

Lijphart (1971), reconocido cientista político holandés, señala que la ventaja del método de estudio de caso consiste en que, focalizando en un único caso, éste puede ser examinado intensivamente aún cuando los recursos a disposición del investigador sean relativamente limitados. Este autor sostiene que los estudios de caso pueden realizar un aporte importante para establecer proposiciones generales a los fines de construir teoría. Como problema para este tipo de estudio señala que pueden contribuir en menor medida a la construcción de teoría que estudios con un número de casos mayor. Distingue seis

tipos ideales de estudios de caso: atóricico, interpretativo, generador de hipótesis, confirmador de teoría (theory-confirming), discutidor de teoría (theory-infirning) y desviado.

En los dos primeros tipos, el interés se centra en el estudio del caso en sí mismo, es decir que se trata de estudios de caso propiamente dichos. En cambio, los cuatro restantes se proponen avanzar en la construcción teórica.

Cuadro IV: Tipos de estudio de caso según el modelo de Lijphart

Tipos de estudio de caso	Descripción
Ateórico	Es la manera más común de estudio de caso. Es íntegramente descriptivo y no hay un interés de realizar generalizaciones ni formular hipótesis a posteriori. Este tipo de estudio de caso tiene un valor teórico sólo si se aplica un análisis secundario a la información recolectada.
Interpretativo	Se asemejan al estudio de casos atóricico, en el punto en que no existe un interés posterior de formular teoría. Difiere del atóricico en que hace uso explícitamente de categorías teóricas. Se trata de un tipo de estudio de ciencia aplicada.
Generador de hipótesis	Este tipo de estudio comienza con una noción menos vaga o posible hipótesis e intenta formular algunas hipótesis que podrán ser testeadas a lo largo de un número más amplio de casos. Posee un gran valor teórico ya que se propone desarrollar generalizaciones teóricas en áreas donde todavía no existe teoría.
Confirmador de teoría o discutidor de teoría	Consiste en el análisis de caso como puesta a prueba de una determinada proposición. Su valor teórico se incrementa si se trata de casos en los que ciertas variables se presentan de una manera especial.
Estudio de caso desviado	Estudia casos que se desvían de las generalizaciones y son seleccionados por este motivo. Posee gran valor teórico.

Fuente: Elaboración propia. Lijphart (1971: 691-692).

De los seis tipos de estudios de caso que describe Lijphart (1971), el generador de hipótesis y el de caso desviado son los que mayor avance promueven en la producción teórica. En relación con este tema, cada uno de ellos posee diferentes funciones: uno contribuye a la generación de hipótesis mientras que el otro refina hipótesis existentes. Tanto el estudio de caso confirmador o discutidor de teoría como el estudio de caso desviado son implícitamente análisis comparativos.

Neiman y Quaranta (2006) distinguen dos tipos de estudio dentro de los diseños de investigación con estudio de caso: los estudios de caso único y los estudios de caso múltiple. Los diseños de investigación de caso único suelen utilizarse para estudiar una situación o problema específico y poco conocido que resulta particularmente interesante, o bien para probar una teoría a través de un caso crítico o desviado. Estos diseños se rigen por razonamientos hipotético-deductivos, en donde a partir de determinada teoría y aplicando generalmente el análisis comparativo, el caso la confirma o la discute.

Los diseños de investigación de caso múltiple por otra parte, permiten al investigador desarrollar y construir teoría, pudiendo a diferencia de otros diseños dentro de la investigación cualitativa -como el de la *Grounded Theory*, de Glasser y Strauss (1967)- en caso de ser necesario, tomar como punto de partida la guía de un marco conceptual y teórico determinado, o bien -a diferencia de la etnografía-, realizar recortes específicos de la realidad, para su abordaje (Creswell, 1998). Este tipo de estudio se apoya en la lógica de la replicación y de la comparación de sus hallazgos y resultados (Lijphart, 1971). De esta manera, a partir de un número limitado de casos seleccionados en función del propósito de la investigación, se da cuenta de las complejidades presentes y pueden obtenerse conclusiones de forma deductiva o bien desarrollar generalizaciones inductivas. La generalización de los resultados, tiene en cuenta ciertas condiciones conceptuales y empíricas (Yin, 1994; Neiman y Quaranta, 2006).

Este es el caso de la investigación cuyo Sistema de Matrices de Datos presentaremos más adelante (ver Cuadro 10), donde la pregunta que la motoriza involucra un problema teórico y no el interés particular por los casos. En dicho estudio de caso múltiple la selección del material fue conducida por criterios teóricos. Las unidades de análisis son complejas y poseen tres niveles de análisis.

Críticas a los estudios de caso

Flyvbjerg (2006) autor danés proveniente de las Ciencias Sociales, examina cinco prejuicios habituales acerca de la falta de rigurosidad científica de los estudios de caso. Él los denomina “malentendidos”, los discute y reformula, señalando la importancia de los buenos estudios de caso para el progreso de las ciencias sociales.

El primer malentendido se refiere a la sobrevaloración del conocimiento teórico por sobre el práctico: “*El conocimiento general, teórico (independiente del contexto) es más valioso que el conocimiento concreto, práctico (independiente del contexto)*”. Este

axioma, luego de ser discutido, es reformulado de la siguiente manera: *“Las teorías predictivas y los universales no pueden encontrarse en el estudio de cuestiones que involucren a seres humanos. El conocimiento concreto, dependiente del contexto es más valioso que la búsqueda de teorías predictivas y universales”* (pág. 224; la traducción es nuestra).

El segundo malentendido tiene que ver con la posibilidad de generalización a partir de un único caso: *“No se puede generalizar sobre la base de un caso individual, por lo tanto el estudio de caso no puede contribuir al desarrollo científico”*, que él reformula de la siguiente manera: *“Se puede generalizar sobre la base de un caso único, y el estudio de caso puede ser central para el desarrollo científico por la vía de la generalización como un suplemento o como una alternativa frente a otros métodos. La generalización formal está sobrevaluada como fuente de desarrollo científico, donde la “fuerza del ejemplo” está subestimada”* (pág. 228).

El tercer malentendido incluye al estudio de caso relacionado con la generación de hipótesis y al desarrollo de teoría vinculada a fenómenos concretos: *“El estudio de caso es útil para generar y testear hipótesis, mientras que otros métodos son más adecuados para su puesta a prueba y para la creación de teoría”*. Aquí es donde Flyvberg (2006) se refiere a la selección estratégica de los casos, de acuerdo con el objetivo de la investigación (ver Cuadro 6). Este malentendido es repensado del siguiente modo: *“El valor del estudio de caso dependerá de las exigencias en cuanto a la validez que los investigadores dispongan para su estudio y el estatuto de dichas exigencias en el discurso para el cual ese estudio resulta una contribución. Como otros artesanos, los investigadores sólo pueden utilizar su experiencia e intuición para valorar un caso como interesante en un contexto paradigmático y si éste puede ofrecer razones aceptables para su elección”* (pág. 233).

El cuarto malentendido se refiere al sesgo potencial hacia la verificación en este tipo de estudios: *“El estudio de caso contiene un sesgo hacia la verificación, es decir, una tendencia a confirmar las nociones preconcebidas del investigador”*, que corrige sosteniendo que los estudios de caso –si el caso está bien elegido– tienden a la falsación y no a la verificación. Citando a Ragin (1992), señala que la investigación cualitativa de pocos casos (*small-N qualitative research*), se encuentra a la vanguardia del desarrollo teórico, dado que cuando el número de casos se extiende hay menos oportunidades de revisar las delimitaciones del caso y por ende la potencial heterogeneidad quedaría diluida. Por este motivo, enuncia: *“El estudio de caso no contiene un sesgo hacia la*

verificación de los preconceptos del investigador mayor que otros métodos de investigación. Por el contrario, la experiencia indica que el estudio de caso contiene un mayor sesgo hacia la falsación de los preconceptos” (pág. 237).

El quinto malentendido se refiere a la presentación sistemática de resultados obtenidos: *“A menudo resulta difícil resumir y desarrollar teorías y propuestas generales sobre la base de estudios de caso”*. Respecto de este último punto señala: *“Es correcto que resulta difícil resumir los estudios de caso, especialmente en lo que concierne a los procesos. Es menos correcto en cuanto a los resultados. Los problemas de resumir los estudios de caso, sin embargo, se deben más a menudo a las propiedades de la realidad estudiada que al estudio del caso como método de investigación. A menudo no es deseable resumir y generalizar los resultados del estudio de caso. Los buenos estudios de caso deberían ser íntegramente leídos como narraciones.” (pág. 241).*

Este texto aporta respuestas a las objeciones predominantes –generalmente provenientes de la perspectiva cuantitativista- hacia los estudios de caso, que los consideran asistemáticos, sesgados e insuficientes para generalizar sus resultados. Al mismo tiempo, revaloriza este tipo de estudio, mostrando sus debilidades y también sus fortalezas.

La muestra en el estudio de caso

Para comenzar a desarrollar el tema del muestreo, debemos definir determinadas nociones a saber, qué se entiende por universo, muestra y elemento. Entendemos por universo o población al conjunto total de elementos que constituyen un área de interés analítico. Denominamos muestra a un subconjunto del conjunto total que es el universo o población. A su vez, se entiende por elemento a cada una de las partes constitutivas de una población (Padua, 1979).

En referencia a la teoría del muestreo, Padua (1979) señala que su objetivo consiste en organizar los pasos o procedimientos a través de los cuales sea viable realizar generalizaciones sobre la población a partir de un subconjunto de la misma, con un grado mínimo de error. No obstante, no toda muestra se propone extraer conclusiones acerca de una población, ya que existen varios tipos de muestreo que consideran la selección de muestras con otras finalidades, como es el que nos ocupa en este trabajo.

Samaja (1994) define a la muestra como *“cualquier subconjunto de un universo bien definido lo cual significa que la cuestión posee siempre dos puertas de entrada: a) dado*

el universo, ¿cuál muestra? y b) dada la muestra, ¿cuál universo? (...). Sin embargo, también cabe la posibilidad de que la situación sea diferente. Por ejemplo, podría ser el caso de que, por razones diversas, esté ya decidido cuántos sujetos y cuáles serán estudiados y a partir de ese dato nos preguntemos: lo que vamos a estudiar constituye una muestra, ¿de qué universo? ¿Cuál es el conjunto máximo de unidades de análisis al que se podrán generalizar legítimamente los resultados que obtengamos en este conjunto reducido de elementos?” (pág. 264). La muestra debe ser considerada en su complejidad, dependiendo del tipo de investigación. En el ejemplo que veremos más adelante podemos constatar que en una misma investigación puede haber tantas muestras como matrices de datos están en curso de estudio.

Samaja (1994) afirma que es posible realizar un estudio exploratorio tomando pocos individuos de un determinado nivel de la Matriz de Datos y sobre grandes cantidades de un nivel inferior de agregación. Dicho estudio puede tener al menos dos utilidades posibles: por un lado, establecer criterios de análisis y/o procedimientos de medición para los niveles superiores, y por otro, formular supuestos firmes acerca del comportamiento del universo en ese mismo nivel.

Asimismo enumera seis criterios para la consideración de una buena muestra: 1) La evaluación de una muestra es un acto lógico y epistemológicamente complejo; 2) En una investigación hay tantas muestras como Matrices de Datos estemos estudiando; 3) Una investigación interpretativa con un diseño exploratorio-descriptivo, puede tomar desde un solo individuo, hasta unos pocos (de cierto nivel según el Sistema de Matrices); y a la vez tomar grandes cantidades en otro nivel; esta situación permitiría hacer conjeturas bien fundadas acerca del universo en ese mismo nivel; 4) Una buena muestra implica criterios de analogía y comparación entre ella y el universo por lo cual, debemos conocer suficientemente a este último; 5) Una buena muestra no responde a criterios absolutos, sino que está en relación directa con la estrategia investigativa (esta premisa es válida tanto en diseños cuantitativos como cualitativos); 6) Hay tres contextos posibles a considerar para establecer si tenemos una buena muestra: si estamos ante un diseño exploratorio, descriptivo o experimental (o cuasi-experimental). Dado que en el presente trabajo nos ocupamos de la muestra en los estudios de casos y en el diseño de investigación con estudio de caso, haré referencia al contexto de la investigación exploratoria, generalmente orientada o bien a entrar en contacto con clases de hechos desconocidos o aún no esclarecidos, o bien a concebir nuevas ideas que contribuyan al surgimiento de nuevas preguntas e hipótesis. La muestra en los estudios

exploratorios no está regida por la exigencia de generalizar los resultados sino por la necesidad que las características de los sujetos seleccionados sean apropiadas para responder las preguntas de la investigación. Samaja (1994) postula que una investigación interpretativa, con un diseño exploratorio-descriptivo, puede tomar desde un solo individuo hasta unos pocos (de cierto nivel según el Sistema de Matrices) y a la vez tomar grandes cantidades en otro nivel. Esta situación permitiría hacer conjeturas bien fundadas acerca del universo en ese mismo nivel.

Padua (1979) clasifica el tipo de muestreo en tres categorías: probabilístico, no probabilístico y para probar hipótesis sustantivas. Desde esta clasificación, para los estudio de casos, nuestra muestra será no probabilística y generalmente, intencional.

Cuadro V: Muestreo y tipos de muestras

Muestreo	Descripción	Tipo de muestra	Características
Probabilístico	Todas las combinaciones tienen igual probabilidad de darse en la muestra	Aleatorio simple	Todas las muestras y todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser seleccionados
	Necesariamente no todas las combinaciones tienen igual probabilidad de darse en la muestra	Sistemática	La selección se realiza por un procedimiento mecánico.
		Estratificada (proporcional y no proporcional)	La población puede ser dividida en categorías, estratos o grupos.
		Conglomerados	Similar a muestras estratificadas, pero se da en casos donde la población está dispersa a lo largo de áreas geográficas extensas.
No probabilístico	No se conocen las probabilidades de cada individuo o elemento de ser incluidos en la muestra	Casual	Se entrevista a sujetos en forma casual.
		Cuotas	Son una especie de muestra estratificada.
		Intencional	Son el producto de

			una selección de casos según el criterio del experto; por medio de esto se seleccionan algunos casos que resultan ser “típicos”.
Para probar hipótesis sustantivas		Debe ser suficientemente heterogénea, ya que el investigador está interesado en dilucidar relaciones entre variables, de manera que quiere garantizar que su muestra contenga unidades suficientes de un tipo determinado.	

Fuente: Elaboración propia. Padua (1979: 63-85)

Flyvbjerg (2006) describe distintas estrategias para la selección de muestras y casos. Se determinará el tipo de selección de acuerdo con el objetivo de la investigación. Describe dos tipos de selección: a) aleatoria y b) orientada por información. Para el estudio de caso, nos interesará la selección orientada por la información, en donde la determinación de la muestra estará condicionada por el tipo de estudio a realizarse. Aquí podríamos establecer correlaciones con los tipos de estudio descriptos por Lijphart (1971).

Cuadro VI: Estrategias para la selección de muestras y casos

Tipo de Selección	Objetivo
Selección aleatoria	Este tipo de selección pretende evitar el sesgo sistemático en la muestra. El tamaño de la muestra es decisivo para la generalización
1. Muestra aleatoria	Intenta lograr una muestra representativa que permite la generalización a toda la población
2. Muestra estratificada.	Se propone una generalización específica tomando determinados subgrupos dentro de la población.
Selección orientada por la información	Este tipo de selección se da cuando se pretende maximizar la utilidad de la información desde pequeñas muestras y casos únicos. Los casos son seleccionados sobre la base de las expectativas acerca de su contenido informativo.
1. Casos extremos/desviados	En cuanto a los casos extremos, el objetivo es obtener información sobre

	casos atípicos, que pueden ser especialmente problemáticos o especialmente apropiados para estudiar alguno de sus aspectos en particular.
2. Casos de máxima variación	Los casos que presentan máxima variación se estudian cuando el objetivo es obtener información acerca de la importancia de las diversas circunstancias en los casos en los que se estudia el proceso y/o el resultado.
3. Casos críticos	El tercer tipo, el de los casos críticos persigue el propósito de conseguir la información que permite deducciones lógicas del tipo “Si esto (no) es válido para este caso, entonces (no) lo es para los otros casos”.
4. Casos paradigmáticos	Funciona como punto de referencia, como un foco para el desarrollo de una escuela de pensamiento.

Fuente: Flyvberg, B. (2006: 230)

A lo largo de este apartado hemos intentado delimitar determinadas nociones: en primer lugar diferenciamos al “caso” del “estudio de caso”. El caso representa un recorte temático de determinado fenómeno, mientras que en el estudio de caso encontramos una mirada específica del investigador acerca del estudio.

Por otra parte distinguimos los estudios de caso de los diseños de investigación basados en los estudios de caso (Neiman y Quaranta, 2006). La diferencia aquí se centra en el hecho que el primer tipo de estudio “*la efectividad de la particularización reemplaza la validez de la generalización*” (Stake, 1995). Este tipo de estudio está definido por el interés en el caso, privilegiando por interés en el mismo, privilegiando el tema y el problema. El diseño ocupa un lugar secundario. En la segunda alternativa, el objetivo es la construcción de teoría y la selección del o los casos forma parte de la estrategia desplegada por el investigador que está en condiciones de recurrir a diferentes diseños metodológicos, que a su vez pueden combinar procedimientos tanto cualitativos como cuantitativos. Tanto los estudios de caso como las investigaciones con estudio de caso constituyen estudios cualitativos, que abordan el o los objetos de investigación dentro de su contexto particular.

En cuanto a la muestra, ésta diferirá según se trate de un estudio de caso o de una investigación con estudio de caso. En la primera alternativa, muestra y universo coinciden, ya que el estudio pretende explorar o describir un solo fenómeno. En la

Ruth Kazez

segunda alternativa, la selección del material deberá ser cuidadosa, de modo tal de responder a los objetivos de la investigación.

2. Panorama actual de la investigación en psicoterapia

Cada vez que emprendemos el camino de la investigación, es importante tener en cuenta que se trata de un recorrido dialéctico, que implica un movimiento constante entre dos ejes: por un lado lo teórico y lo empírico, representado por la articulación entre el contexto teórico y la producción de datos en la investigación, y por otro la validación y el descubrimiento.

Esto ocurre con los estudios de caso, que han sido desde siempre una fuente de interrogantes e hipótesis que parten de la clínica, en un movimiento hacia la teoría. O bien, frente a determinada pregunta teórica, buscamos confirmaciones en la clínica. Así es como, a partir de este movimiento entre la teoría y la clínica, se habilita el contexto del descubrimiento y su validación dado por la posibilidad de deducir nuevos enunciados acerca del objeto, a través del descubrimiento de hechos y la validación de los nuevos elementos encontrados (Samaja, 1993).

Por ejemplo Freud (1918b), en el historial de El hombre de los lobos, propuso el uso del estudio de caso desde esta perspectiva, al sostener que en psicoanálisis las hipótesis deben resolverse contrastándolas con la clínica. Esta afirmación destaca el valor del contexto clínico, como aquel donde se validan las hipótesis teóricas recurriendo a los hechos. Recorrido dialéctico el de la clínica, que desarrollaremos aplicando nuestros conocimientos teóricos y técnicos, que nos sirven de brújula a lo largo del camino del análisis.

Dentro del psicoanálisis distinguimos distintos tipos de estudio que comparten un mismo marco teórico, están aquellos que se interesan por lo que ocurre en el marco de la sesión, y otros cuyo objeto se sitúa por fuera de ella. Ambos tipos de investigación podrían denominarse estudios psicoanalíticos, aunque su objeto de estudio se encuentra en un contexto diferente.

Dentro de los estudios psicoanalíticos podemos distinguir: los estudios de caso, los conceptuales y los referidos al psicoanálisis aplicado. En todos estos estudios el denominador común consiste en que la recolección de los datos no se da en el contexto de la sesión de psicoterapia, sino que ocurre por fuera de ella.

Así llegamos a delimitar un objeto de estudio particular, que es la sesión de psicoterapia, su encuadre, sus integrantes, el vínculo entre ellos y la tarea que desarrollan. Aquí se estudia el material producido y obtenido en la sesión misma. En

estos trabajos se puede estudiar al terapeuta, al paciente o el vínculo entre ambos. Vamos colocando nuestro foco en el estudio de los casos clínicos en psicoanálisis, que se encuentran incluidos dentro de un panorama mucho más amplio, que son las investigaciones en psicoanálisis.

Como hemos referido previamente, para los estudios de caso, Moser (1992) propone una distinción: la investigación *on line* y *off line*. La investigación *on line* es aquella que desarrollamos quienes nos dedicamos a la clínica, en el contexto de las sesiones, mientras que la investigación *off line* es aquella que toma el material de la sesión con forma de notas, grabación o video, y aplica algún método para investigar a partir de allí. La investigación *on line* nos plantea el estudio del funcionamiento psíquico del paciente, que contribuye a fijar metas clínicas, una estrategia que nos ayuda a medir cuándo y de qué modo intervenir. En el contexto de esta investigación el terapeuta emplea su capacidad para captar y categorizar las manifestaciones presentes en el intercambio con el paciente, lo involucra subjetivamente y ocurre en el contexto de la situación terapéutica. Las manifestaciones presentes en la sesión los incluyen a ambos y pueden ser verbales y paraverbales. En el trabajo con niños se incluye también la producción y la motricidad presente en juegos y dibujos. A partir de estas manifestaciones, y con ayuda de la teoría de la que dispone, el terapeuta organiza y genera hipótesis acerca de etiología, defensas, corrientes psíquicas, organización psíquica en general. Se trata de una investigación asistemática que se da cuando el terapeuta tiene una hipótesis acerca de aquello que le ocurre al paciente, donde puede captar confirmaciones o refutaciones de sus hipótesis más allá de lo que el paciente exprese verbalmente. También el terapeuta puede captar las contradicciones entre la producción verbal y la paraverbal, y comprender la potencia de lo inconsciente a través de asociaciones, negaciones, sueños, actos fallidos, lapsus.

Todas las actividades antedichas remiten al proceso de investigación: conocimiento del marco teórico, elección de una metodología de trabajo determinada, recolección de datos, interpretación de los mismos y elaboración de una conclusión, que generalmente remite a nuevas aperturas. En cada sesión se da un proceso de investigación que puede o no cumplir con todos estos pasos pero cuyo objetivo es desarrollar nuevas posibilidades simbólicas y afectivas. Podríamos decir que este tipo de investigación constituye el eje de la práctica clínica, y que la investigación es una de las actividades principales del trabajo psicoanalítico.

Las investigaciones *off line* por su parte, poseen otro objetivo. Muy posiblemente estén articuladas con la clínica, pero sus objetivos no son terapéuticos sino que parten de una pregunta ligada a un tema de investigación. Se trata de estudios de caso, que proponen explorar, describir o correlacionar determinadas manifestaciones ocurridas en la sesión o a lo largo de un número de sesiones. Hay al respecto una larga tradición de historiales clínicos o reportes de caso y también de estudios sistemáticos cuantitativos y cualitativos. Los historiales clínicos, si se proponen como estudios de caso, pueden ser criticados por su falta de sistematicidad y confiabilidad metodológica. (Flyvberg, 2006; Messer, 2007). La crítica se centra en el hecho que estos trabajos se basan en recortes parciales y sesgos en el recuerdo por parte del terapeuta.

La investigación sistemática es aquella que se atiene a una secuencia de pasos, y que estudia un objeto definido a través de un instrumento de análisis. Ésta puede ser cuantitativa y cualitativa. Los estudios cuantitativos generalmente se dan dentro de otro marco teórico, suelen ser experimentales y se denominan “diseño de replicación intrasujeto o experimento de N=1 sujeto”. Sus métodos son rigurosos, pretenden probar hipótesis acerca de los efectos del tratamiento y se pueden considerar alternativos a la investigación de resultados a gran escala (Barlow y Hersen, 1984). El objeto de estos estudios de caso experimentales es registrar y evaluar las modificaciones específicas observadas en los pacientes atribuibles a intervenciones del terapeuta. La evaluación del comportamiento se realiza de manera estandarizada, y los cambios se comparan con una base de objetivos formulados antes de comenzar el tratamiento (Kazdin, 1982). Los diseños de un solo sujeto evalúan los cambios en términos de medición de las respuestas del paciente, tales como un aumento o disminución de frecuencias, y los comportamientos que aparecen inmediatamente después de las intervenciones de interés (Safran *et al.*, 1988).

Los estudios cualitativos y sistemáticos de caso pueden proponerse como objetivo la construcción de teoría (Stiles, 2007), determinar la eficacia de determinado diseño de caso (Elliott, 2002), la formulación teórica de un caso (Eells, 2007; Silberschatz y Curtis, 1993), los esquemas relacionales presentes en ese caso (Luborsky y Crits Christoph, 1990), los deseos presentes en un caso (Maldavsky, 2013), las defensas presentes en un caso (Maldavsky 2013, Perry 1998), entre otros. Éstos pueden tener valor clínico y para la investigación (Iwakabe y Gazzola, 2009). Uno de sus principales

valores consiste en llenar el vacío en la investigación *off line* respecto de la psicoterapia (McLeod, 2002), dado que en muchas ocasiones se evidencia una gran distancia entre la investigación y la clínica.

Podemos afirmar que los clínicos utilizan insuficientemente o desconocen los resultados de la investigación en psicoterapia (Morrow-Bradley y Elliott, 1986), mientras que los investigadores no estudian los temas que más preocupan a los clínicos.

El valor de los estudios sistemáticos de caso reside en que se encuentran orientados a la práctica y proponen a los clínicos animarse a participar en la investigación, al tiempo que les proporcionan métodos y líneas que pueden utilizar para examinar su trabajo de un modo más minucioso.

Los estudios sistemáticos de caso pueden resultar tanto de valor clínico como para la investigación (Iwakabe y Gazzola, 2009) y muchos de ellos promueven una clínica basada en la evidencia (Fishman, 2005). También pueden llenar el vacío en la investigación práctica, proporcionando más información clínicamente relevante sobre los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados (Randomized Clinical Trials o RCTs) y otros métodos de investigación, por el proceso de puesta a prueba de las teorías e hipótesis de una manera contextualizada y detallada (Stiles, 2005). Por ejemplo, se han desarrollado investigaciones motorizadas por un interés clínico en donde los investigadores se proponen conocer cómo un determinado tratamiento manualizado se aplica a individuos específicos. El detalle del microproceso de investigación de los acontecimientos intrasesión puede ser estudiado mediante la descripción del desarrollo de los diferentes eventos importantes centrales.

Iwakabe y Gazzola (2009) señalan que los estudios sistemáticos de caso suelen no tenerse en cuenta en el diseño de ensayos clínicos aleatorizados, pese a que los estudios de caso que describen tratamientos exitosos, fracasados e intervenciones específicas llevadas a cabo con eficacia, son de gran utilidad para la clínica.

Este tipo de investigación favorece la revisión del caso de un modo minucioso, permite captar los matices del caso y desarrollar un pensamiento crítico respecto de su trabajo. Por esta razón resulta un aporte a la clínica del investigador.

Dentro de estas propuestas, podemos citar las investigaciones de Luborsky, Perry, Bucci, Mergenthaler, Kächele *et al.* y en Argentina, Maldavsky, que han desarrollado métodos coherentes con su propio marco teórico, respetando lo específico de sus disciplinas.

Métodos de investigación en psicoanálisis

Existen diversos métodos que se emplean para los estudios de caso. En general las entrevistas se graban, y luego se desgraban de acuerdo con ciertas reglas (Mergenthaler, 1996) sea cual fuere el método que posteriormente se emplee para el estudio del material. Entre los distintos métodos existentes mencionaremos el CCRT, desarrollado por Luborsky y Crist-Cristoph (1990), que intenta vincular los cambios a lo largo del proceso terapéutico y los resultados de los tratamientos con la observación o la permanencia del CCRT (Patrón Central de Relaciones). Le interesa investigar cuál es la pauta central de relaciones que los pacientes establecen. El objetivo es la localización de los temas que se repitan con mayor frecuencia dentro del discurso del paciente y los episodios relacionales donde se encuentran los conflictos centrales para cada paciente. Otro método es el Modelo de Ciclos Terapéuticos (Mergenthaler, 1996), cuyo objetivo es estudiar la presencia de “keymoments”: momentos clínicos clave, caracterizándolos como puntos de inflexión equivalentes al *insight* terapéutico. Bucci (1992) por su parte, desarrolló otro método el de Actividad Referencial. Para la conceptualización y medición de la misma estableció cuatro escalas, desarrolladas para evaluar el grado en el que la emoción y fantasía se expresan en palabras. Estas son: concreción, especificidad, claridad y presentación de imágenes. Según Bucci, un nivel bajo de actividad referencial en el discurso de un sujeto es indicador de que el paciente aún no ha integrado, a nivel lingüístico, la experiencia que está relatando. Otro método, el Plan Formulation Method (PFM), fue creado por el Mount Zion Psychotherapy Research Group (Curtis y Silberchatz, 1991). Sus objetivos son identificar: problemas manifiestos y latentes en el discurso del paciente, obstáculos y resistencias para llevar a cabo los objetivos de la terapia, cómo trabaja el paciente en el tratamiento para resolver estos problemas. El marco teórico de este método es la teoría psicoanalítica-cognitiva. Dahlbender y otros (1991) proponen por su parte, el método PCR (Patrones Centrales en la Relación), surgido como intento de superación del CCRT, que no se propone la detección de conflictos sino encontrar esquemas de relación. Otros autores que merecen ser nombrados son Kächele y Thomä, quienes se han preocupado por definir la investigación empírica y el análisis de casos en varias oportunidades (1990, 1991, 1995).

En el año 1994, la revista *Psychotherapy Research* publicó el estudio de un misma sesión (se trataba de una primera entrevista) aplicando diversos métodos conocidos

hasta ese momento: el FRAMES de Dahl y Teller, el CMRR de Horowitz, el SASB de Schacht y Henry, el CRPF de Rosemberg y colaboradores, el ICF de Perry, el PFM de Curtis y colaboradores y el CCRT de Luborsky y colaboradores. Los siete equipos de investigadores aplicaron su método al análisis de una misma entrevista y, si bien cada uno puso el acento en el estudio de problemas diversos, se lograron algunas coincidencias que, sin embargo, fueron parciales. En cada uno de los métodos se observan hallazgos valiosos que, aunque enfatizan el análisis desde perspectivas diversas -algunos más acordes con la teoría psicoanalítica y otros que la toman parcialmente o bien la combinan con otras teorías-, coinciden en el intento de plasmar un modo de categorizar cómo se encadenan las hipótesis que conforman la teoría y cómo se articulan con el hecho clínico. Lo enriquecedor de esta publicación es el hecho de constatar coherencias y tensiones teóricas -que podríamos considerar dentro de un marco epistémico-metodológico más general- entre el método de investigación que cada grupo ha desarrollado y la trama de hipótesis en la que dice estar sustentado. Se pone en evidencia, luego de este recorrido, que existe una necesidad actual de realizar estudios que describan y expliquen en forma apropiada las características de los procesos, las evoluciones clínicas y los cambios psíquicos que se dan en el marco de un tratamiento de la psicoterapia psicoanalítica. Si bien lo común de estos métodos es la interpretación psicoanalítica de los datos, tanto las hipótesis que se manejan como los objetos que se estudian, varían.

3. Los estudios de proceso en psicoterapia

Una lectura acerca de la revisión de Lutz y Hill

Lutz y Hill (2009) realizan una revisión acerca de las investigaciones en psicoterapia y las clasifican en dos grupos bien diferenciados: las cuantitativas y las cualitativas. La investigación cuantitativa, cuyo paradigma ha sido el predominante en los últimos cien años, expresa sus resultados en números y análisis estadísticos y se ha complejizado a lo largo de los años. La investigación cualitativa y aquella que aplica métodos mixtos, han surgido más recientemente y se han desarrollado al mismo tiempo que se han sofisticado los métodos cuantitativos. Estudian palabras, narraciones y juicio clínico, devolviendo la cualidad humanística a la investigación.

1) Estudios cuantitativos

Buscan avanzar en el conocimiento sobre el proceso, el curso y el resultado de los tratamientos con el fin de identificar las mejores opciones de tratamiento para los pacientes con problemas, trastornos o conjuntos de problemas o trastornos. Los métodos cuantitativos se aplican a distintos tipos de estudio, que pueden centrarse en el paciente, el terapeuta, el proceso de la psicoterapia, los acontecimientos externos de la vida del paciente, el progreso dentro de la sesión, el progreso post-sesión, el resultado de la terapia luego del tratamiento o bien durante el período de seguimiento. También pueden ayudar a agregar y a integrar los hallazgos sobre la psicoterapia (por ejemplo, a través de meta- análisis). En su revisión, Lutz y Hill (2009) agrupan los estudios para la investigación en psicoterapias en tres categorías: a) investigaciones que desarrollan nuevas herramientas para la investigación en psicoterapia, b) investigaciones que se ocupan de identificar y analizar el cambio en psicoterapia y c) investigaciones que pretenden agregar y/o sintetizar los resultados de un conjunto de estudios.

a) Desarrollo de nuevas herramientas

El valor clínico y científico de la investigación en psicoterapia depende de la validez de la evaluación. Para mejorar la validez de las mediciones, puede observarse en el campo una tendencia que consiste en el desarrollo de nuevas herramientas de investigación. Como ejemplos podemos citar los trabajos de Wasserman *et al.* (2009) y el de Eid *et al.* (2009).

b) Identificación y análisis del cambio clínico

En los últimos años se han desarrollado muchas investigaciones acerca de esta temática. Beutler y Howard (1998) y Newman y Howard (1991) demostraron la diferencia promedio entre dos grupos utilizando sólo dos mediciones: antes y después del cambio. Desde entonces, los estudios cuantitativos se han complejizado, y se han realizado tanto análisis longitudinales sobre el curso de la psicoterapia, como estudios que integran diversos niveles de cambio (por ejemplo, las sesiones, los pacientes, los tratamientos) e incluso tienen en cuenta diferencias entre los terapeutas. Lutz y Hill (2009) sostienen que dado el enorme desarrollo de la investigación en este área (Lutz *et al.*, 2005), serán necesarias nuevas herramientas que permitan agregar la información sin dejar de lado las diferencias interindividuales, y poder hacer uso de la información producida.

En cuanto a los análisis estadísticos, autores como Tasca y Gallop (2009), desarrollan un modelo de análisis denominado “modelos en múltiples niveles” (MLMs), que se emplea para el análisis de datos longitudinales. Esta herramienta estadística permite estudiar el cambio individual y grupal a nivel longitudinal. Kenny y Hoyt (2009) extienden este tipo de análisis en múltiples niveles al análisis de grupos. Lambert y Ogles (2009) proponen, para discutir el cambio clínico y los avances en la psicoterapia, un debate acerca de un método común para evaluar el cambio clínico significativo. Estos autores sugieren el uso del método de Jacobson y Truax (1991) como una forma estándar de permitir una definición común a todo el campo de la investigación en psicoterapia.

c) Agregación de información a través de meta-análisis

Una tercera tendencia se puede ver en los nuevos desarrollos para la agregación de información empírica sobre muchos estudios a través de meta-análisis. En comparación con el primer meta-análisis realizado por Smith *et al.* (1980), se han producido muchos avances que permiten definir con más precisión el tamaño del efecto ponderado y la significación estadística de los efectos, así como las pruebas de homogeneidad (incluyendo análisis archivos y variables moderadoras). El meta-análisis es una herramienta importante que según los autores permite no sólo agregar información sobre cientos de estudios, sino también para demostrar la eficacia y efectividad de la psicoterapia en comparación con, por ejemplo, tratamientos médicos o psicofarmacológicos.

Berkeljon y Baldwin (2009) proporcionan un tutorial introductorio acerca de la realización de meta-análisis en investigaciones de resultado en psicoterapia. Sus temas centrales implican la identificación y recopilación de estudios, la codificación de los tamaños del efecto, la codificación de la información sustantiva y metodológica, y la interpretación de los tamaño del efecto, además, se introducen los análisis de moderador. Diener *et al.* (2009) por su parte, proporcionan una cartilla sobre el uso de meta-análisis de los coeficientes de correlación. Sobre la base de un ejemplo de la relación entre la alianza y el estilo de apego informado por el paciente, muestran la preexistencia aspectos y cálculos del tamaño del efecto medio ponderado, la significación estadística de los efectos, una prueba de homogeneidad e intervalos de confiabilidad.

2) Estudios cualitativos y mixtos

Cuando alrededor de los años '70 comenzaron a desarrollarse los estudios de proceso, la tendencia general tenía que ver con estudiar lo que podía observarse y medirse de forma confiable y válida. Esto condujo a muchos clínicos a hablar acerca de la brecha entre lo científico y lo clínico (Morrow Bradley y Elliott, 1986). Al respecto de la investigación cualitativa, Hill *et al.* (2009) citan a Kiesler quien para valorizarla afirma: "Si no puedes contarlo, no cuenta; si puedes contarlo, eso no es todo"². Hill, quien se dedicó previamente a la investigación cuantitativa señala que antes sólo se investigaba aquello que se podía estudiar, mientras que en la actualidad existen cada vez más investigaciones que reconocen la complejidad en la psicoterapia y en el comportamiento humano, por lo que se necesitan formas naturalistas de reflejar la clínica. Cuando a partir de las ciencias de la educación y la antropología comenzaron a desarrollarse los métodos cualitativos, comenzaron a tener eco los interrogantes que buscaban una mayor comprensión de los procesos psicoterapéuticos. A pesar de que fue necesario que transcurriera un tiempo para comenzar a elaborar los interrogantes para la investigación en psicoterapia, en la actualidad hay una heterogeneidad de enfoques entre los que se encuentran el análisis exhaustivo de proceso (Elliott, 1989), la investigación cualitativa consensual (Hill *et al.*, 2005), la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990) y el abordaje fenomenológico (Giorgi, 1985), entre otros.

a) Nuevos métodos cualitativos

Los nuevos métodos se siguen desarrollando y perfeccionando. Lutz y Hill (2009) se interesan por un método denominado "análisis de tareas" de Greenberg y Pascual-Leone (2009), que combina aspectos cualitativos y cuantitativos. Estos autores describen cómo este enfoque se puede utilizar para el estudio de los procesos de cambio clínico. Elliott *et al.* (2009) presentan un enfoque metodológico mixto que consiste en estudios de caso hermenéuticos, tomando elementos de los procesos legales como argumentos para determinar desde la evidencia si se ha producido o no un cambio en la psicoterapia.

Schielke y Stiles (2009) por su parte, desarrollan una nueva aproximación tomando elementos de la arquitectura (llamado el método de Ward), para conceptualizar el desarrollo de procesos.

También encontramos la investigación cualitativa consensual o CQR (Hill, 2005), cuya característica principal es que utiliza preguntas abiertas para conocer las experiencias de

² "If you can't count it, it doesn't count; if you can count it, that ain't it" (Kiesler, 1973, p. 16)

los entrevistados. Se trata de preguntas que permiten al entrevistado explorar qué piensa y siente en un nivel profundo. La autora critica las medidas estandarizadas, donde por ejemplo se pide calificar una relación o una sesión de uno a siete. La autora entiende que esto no lleva a una reflexión profunda. En segundo lugar, se transcribe todo y luego se trata de entender lo que dicen las personas para luego buscar a través de los casos y tratar de entender si hay temas o patrones en lo que dicen.

b) Cuestiones metodológicas

Lutz y Hill (2009) señalan que dentro del campo de la investigación cualitativa se están desarrollando distintas metodologías que incluyen diversos enfoques. Knox y Burkard (2009) proponen una metodología en base a procesos de entrevistas como fuente de datos. Dentro de los problemas metodológicos Williams y Morrow (2009) plantean una discusión en relación con la confiabilidad y validez de los datos cualitativos. Esta es una cuestión problemática dentro de la investigación cualitativa, tendiente a evitar el sesgo y las expectativas por parte del investigador.

c) Agregación de datos

Una de las principales críticas a la investigación cualitativa ha sido la dificultad en la agregación de los resultados de los estudios. El interrogante suele consistir en cómo comparar los conceptos para ver si efectivamente tienen el mismo significado en todos los estudios. Afortunadamente, los investigadores han desarrollado métodos cualitativos de meta-análisis y meta-síntesis. Iwakabe y Gazzola (2009) y Timulak (2009) presentan un panorama útil de cómo combinar los datos cualitativos entre los estudios utilizando métodos cualitativos para determinar similitudes.

Una lectura a partir de la revisión realizada por Elliott

Dentro de la investigación empírica en psicoterapia hallamos múltiples estudios de proceso de cambio psíquico, que vienen realizándose desde hace más de cincuenta años, donde el punto de partida es la pregunta por la eficacia terapéutica. Entre los principales autores que se han dedicado a este tema encontramos a Sargent (1961), Dewald (1978), Dahl, Kächele y Thomä (1988), Kächele *et al.* (2007), Michels (2000), Wilson (2004), Kazdin (2009), Perry y Bond (2012), entre muchos otros. Estas investigaciones, que se preguntan acerca del proceso de cambio, centran su estudio en distintos temas inherentes al tratamiento psicoterapéutico, por ejemplo, en la actividad de

interpretación: su frecuencia, sus efectos, su claridad. Otros se ocupan de describir el tema central del conflicto relacional, o bien la alianza terapéutica, los mecanismos de defensa, entre muchos otros.

Los objetivos de dichos estudios son diversos: pueden proponerse describir, explicar y hasta predecir los procesos de cambio clínico. Las unidades de análisis también suelen diferir: hay estudios que analizan los acontecimientos centrales en el curso de una psicoterapia; otros investigan el comportamiento o el discurso en sesión del paciente, del terapeuta o de ambos. Los procedimientos también difieren: pueden efectuarse en el contexto de la sesión o en entrevistas fuera de ella; solicitar al paciente, al terapeuta o a ambos una evaluación o autoevaluación; trabajar con material escrito, filmado o desgrabado.

Kazdin (2009) señala que aunque existe una enorme variedad de investigaciones acerca de intervenciones psicoterapéuticas que contribuyen a lograr cambios significativos a nivel emocional y del comportamiento en los pacientes, no existe una explicación acerca de cómo o por qué se produce el cambio o cuáles son los mecanismos mediante los cuales opera la psicoterapia.

Elliott (2010) enfoca el problema desde otro ángulo, y sin intentar responder a las preguntas planteadas por Kazdin, realiza una revisión exhaustiva acerca de las investigaciones sobre proceso de cambio, definiendo la investigación de proceso de cambio como aquella que estudia de los procesos por los cuales se produce el cambio en psicoterapia.

En los países angloparlantes el término usado es “Change Process Research”, que se traduce como “Investigación acerca del proceso de cambio”, y su abreviatura es CPR. Este término fue introducido alrededor de veinte años atrás.

Greenberg (1986) describió dos tipos de investigación acerca del proceso de cambio: por un lado, aquellas que analizan los acontecimientos importantes de la psicoterapia y por otro, las que estudian microanalíticamente las secuencias de verbalizaciones y conductas de paciente y terapeuta en el contexto de la sesión. En los años subsiguientes el término se extendió al estudio de los procesos de cambio considerando que los cambios llevan a cambios en momentos posteriores.

Suelen haber dos cuestiones para evaluar, si ha habido o no cambio y si este ha sido producto de un particular proceso terapéutico. En este contexto surgen los ensayos clínicos aleatorizados y los diseños experimentales de caso único que presentan medidas

que intentan ejerciendo un estricto control de las variables participantes en el estudio y apuntando a establecer relaciones de orden causal. Ambos tipos de diseño de investigación experimental se centran casi exclusivamente en el establecimiento de la existencia de una relación causal entre el tratamiento y el cambio del paciente, pero no especifican la naturaleza de esa relación.

A partir del esquema de Greenberg (1986), Elliott (2010) agrupa las investigaciones acerca del proceso de cambio en cuatro clases que ofrecen diversas estrategias para la evaluación del cambio del paciente:

- 1) El diseño cuantitativo proceso-resultado
- 2) El diseño cualitativo de factores útiles
- 3) El diseño microanalítico de proceso secuencial
- 4) El abordaje de eventos significativos

Los tres primeros son diseños básicos mientras que el cuarto, se refiere a métodos como el análisis de tareas y el análisis exhaustivo de proceso, que integra a los tres primeros. En su trabajo describe estos diseños y propone una discusión general acerca del pluralismo de la investigación sistemática en psicoterapia.

1) Proceso-resultado

En primer lugar, Elliott (2010) describe el diseño cuantitativo proceso-resultado, que es uno de los diseños más frecuentemente utilizados. Conecta los procesos que se dan en las sesiones y los resultados posteriores. Según Orlinsky *et al.* (2004) existen varios miles de investigaciones de este tipo, en donde tanto el proceso como el resultado han sido medidos en diversas dimensiones, desde la perspectiva del paciente y del terapeuta. La variable más estudiada dentro de este diseño es la alianza terapéutica (Martin *et al.*, 2000), pero también se han estudiado otras variables como interpretación de la transferencia (Orlinsky *et al.*, 2004).

Una de las principales ventajas de este tipo de investigación consiste en que están ampliamente aceptadas. Kazdin (2009) por ejemplo describe dos elementos centrales para este tipo de estudio: los mediadores causales y los moderadores, que desde su punto de vista resultan centrales para continuar desarrollando la investigación en este terreno. Retomaremos este punto más adelante.

Elliott (2010) señala que es poco prudente tomarlo como único enfoque de la investigación y propone complementarlo con los otros diseños. Una de las principales desventajas es que estos estudios no consideran los matices inherentes al desarrollo de

una psicoterapia, ya que sólo se estudia la información previa y la posterior, pero se ignora qué ocurre en el proceso.

2) Factores útiles

Luego, encontramos el diseño que mide cualitativamente los factores útiles en la psicoterapia, que pueden ser estudiados al menos de dos maneras. Una primera alternativa es realizar una entrevista a los pacientes en algún momento del tratamiento usando un formato como la Change Interview (Elliott *et al.*, 2001) que consiste en una entrevista semidirigida de una duración de entre 30 y 90 minutos que utiliza una lista de 4 a 8 preguntas abiertas. Los pacientes son interrogados acerca de qué factores encontraron útiles o importantes, o bien acerca de cuál es el cambio que registran desde el inicio de la terapia hasta la actualidad, y a qué les atribuyen los cambios (Israel *et al.*, 2008; Levitt *et al.*, 2006; Moertl y Wietersheim, 2008). En segundo lugar, los factores útiles pueden investigarse usando un cuestionario post-sesión, como el HAT (Helpful Aspects of Therapy, de Llewelyn, 1988), que pide a los pacientes describir lo más importante que les ha ocurrido en la sesión que acaba de terminar y por qué es útil, muchas veces se administra junto con una escala que permite algún tipo de calibración o promedio.

Este tipo de investigación produce información cualitativa acerca del proceso de cambio y puede ser usada para discutir ciertos puntos en la investigación sistemática de caso único (Elliott, 2009). Sin embargo, la estrategia más común es usar muestras de entre 6 y 12 entrevistados cuyos relatos escritos son transcritos y analizados utilizando métodos de investigación cualitativa tales como la *Grounded Theory*, el análisis fenomenológico interpretativo o bien la investigación cualitativa consensual.

Uno de los principales atractivos de este enfoque es que resulta relativamente fácil llevarlos adelante y que proporcionan información directa por parte del paciente. Este puede ser también su principal obstáculo, ya que los pacientes pueden atribuir sus progresos a factores erróneos (Elliott, 2002). Como este tipo de estudios puede sumarse, se vuelve importante desarrollar métodos para integrar los resultados de estos estudios cualitativos, para proveer una mirada más abarcativa acerca de cómo se produce el cambio clínico, esto es, o bien meta-análisis o bien meta-síntesis. Elliott (2010) sostiene que la utilidad de la investigación cualitativa se centra en el desarrollo de teoría, no en su testeo. Por ejemplo, señala que la investigación sobre factores útiles fue la fuente que inspiró a Stiles (1990) a desarrollar el modelo de asimilación.

3) Proceso secuencial

Este tipo de investigación resulta menos habitual. Se trata de investigaciones cuantitativas en las cuales se codifican las respuestas de terapeuta y paciente. Estos estudios examinan la influencia inmediata de la intervención del terapeuta en la sesión y al mismo tiempo el efecto de las acciones del paciente en el procesamiento y la planificación de las actividades del terapeuta. Este tipo de estudios implica establecer relaciones entre las variables de proceso. Generalmente suelen investigar los efectos de algún tipo particular de intervención terapéutica. Estudios como el de Sachse (1992) y el de Wiseman y Rice (1989) son ejemplos de esta forma de investigación de proceso secuencial. Al mismo tiempo, variables como la de la profundidad de la interpretación (Speisman, 1959) han sido relacionados con los niveles de productividad del proceso del paciente. En tercer lugar, hay estudios que intentan establecer modelos de secuencias que se dan más comúnmente en el contexto de la sesión (Frank y Sweetland, 1962; Snyder, 1945). Se trata de investigaciones que focalizan en un pequeño número de variables, lo que significa que se prestan para poner a prueba teorías sobre los procesos fundamentales que se dan en el contexto de las sesiones.

4) Eventos significativos

Por último, analiza el abordaje de eventos significativos, que reúne datos cualitativos y cuantitativos: el análisis de las tareas (Rice y Greenberg, 1984; Greenberg, 2007; Pascual Leone *et al.*, 2009), el análisis comprensivo (Elliott *et al.*, 1994) y el análisis de la asimilación (Stiles *et al.*, 1990). Este tipo de investigación se enmarca dentro de un paradigma más complejo, surgido desde la investigación de eventos significativos pero que combina múltiples elementos de los enfoques anteriormente desarrollados para proporcionar estrategias más completas para la comprensión de cómo se produce el cambio en la terapia. El estudio de los eventos significativos ha demostrado que dichos episodios no son un mero constructo de la investigación sino que existen desde el punto de vista subjetivo tanto para el paciente como para el terapeuta (Hill, 1990; Stiles, 1997). Entre los contenidos de los episodios que propician el cambio se cuentan los momentos de resolución de problemas, de toma de conciencia, de apoyo, de *insight* (Elliott *et al.*, 1994); momentos en los que se tratan temas personales; en que se exploran y describen sentimientos; y momentos en los que se ponen de manifiesto nuevas estrategias de afrontamiento de conflictos.

El programa chileno de investigación

El equipo del Programa de Investigación en Psicoterapia y Cambio que se desarrolla en la Universidad Católica de Chile está constituido por psicólogos y psiquiatras, con experiencia en clínica e investigación.

Coordinado por Krause, el equipo elaboró un *Modelo Evolutivo del Cambio Psicoterapéutico* y una jerarquía de *Indicadores de Cambio Genéricos*, lo que ha dado sustento a diferentes investigaciones en psicoterapia. Estos avances les han permitido definir etapas y fases en los procesos terapéuticos identificando episodios de cambio como a su vez fases de estancamiento del proceso. Durante los últimos años se ha desarrollado un *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica* (SCAT-1.0) para el estudio de la comunicación terapéutica, entre terapeuta y consultantes, en esas diferentes fases del proceso terapéutico. Se desarrollan actualmente nueve líneas de investigación, ligadas al cambio en psicoterapia. Estas son:

1) Indicadores de Cambio en Psicoterapia

El equipo desarrolló una jerarquía de diecinueve indicadores de cambio genéricos que permiten tanto la investigación de procesos terapéuticos como el monitoreo de los mismos con la finalidad de retroalimentar el avance terapéutico. Los indicadores de cambio han sido aplicados: al estudio de diferentes modalidades y escuelas terapéuticas, mostrándose su aparición en distintos tipos de terapia; al análisis de diferentes fases del proceso terapéutico, mostrándose que efectivamente dan cuenta de estadios en la evolución del cambio y al análisis de terapias exitosas y no exitosas (evaluadas por medio del OQ 42.5), mostrándose qué distinguen entre unas y otras.

2) Episodios de cambio y de estancamiento

En el curso de las diferentes investigaciones acerca de cambio en psicoterapia, se consideró aquellos momentos en que éste no ocurría, era porque se daba un episodio de estancamiento. Este se define como la reiteración temporal del patrón de funcionamiento problemático de un paciente, durante la sesión terapéutica, caracterizado por la persistencia en sus formas de entendimiento, emociones y comportamiento, relacionadas con el problema e incompatibles con el cambio. Se establecieron criterios sustantivos y metodológicos para identificar y delimitar un episodio de estancamiento y se determinaron las posibles temáticas, las cuales se

oponen a los indicadores de cambio ya establecidos (Krause *et al.*, 2007). Se elaboró un Manual de Procedimiento, para identificar episodios de estancamiento durante el proceso terapéutico, lo que permitió establecer los pasos a seguir.

3) El Modelo de Ciclos Terapéuticos (MCT)

El modelo de ciclos terapéuticos se basa en un análisis cuantitativo del texto por medio de un software. Al contrastar transcripciones de sesiones de psicoterapia con diccionarios temáticos, identifica palabras emocionales (positivas y negativas) y abstractas, según cuatro patrones emoción/abstracción: "Relaxing" (baja frecuencia de palabras emocionales y abstractas), "Experiencing" (alta frecuencia de palabras emocionales), "Connecting" (alta frecuencia de palabras emocionales y abstractas) y "Reflecting" (alta frecuencia de palabras abstractas). Después de la adaptación del software al castellano y de los primeros estudios de confiabilidad, se ha estudiado su relación con el cambio terapéutico, definido según los indicadores genéricos de cambio y según un instrumento de auto reporte que mide resultados en la áreas de síntomas, relaciones interpersonales y rol social.

4) Análisis de las Acciones Comunicacionales durante la Conversación Terapéutica

El equipo de investigación ha desarrollado un sistema de codificación de la actividad terapéutica (SCAT), aplicable tanto a las acciones comunicacionales del terapeuta como del paciente durante la conversación terapéutica. Este sistema clasificatorio contempla cuatro niveles de análisis, denominados "Formas Básicas", "Técnicas", "Intenciones Comunicacionales" y "Contenido".

5) Voz y Psicoterapia

Propone el estudio de la voz como una dimensión no verbal de la comunicación psicoterapéutica. Como una primera aproximación a este relevante aspecto de la comunicación no verbal en psicoterapia, se realizó un estudio exploratorio sobre el papel de la voz en el contexto psicoterapéutico desde la perspectiva de los terapeutas. A partir de un análisis cualitativo emergieron dos categorías centrales: "Cualidad vocal de los pacientes" y "Uso de la voz como herramienta". Ambas categorías indican que los terapeutas prestan atención a las características sonoras del habla de sus pacientes y que sostienen que la voz puede servir como un instrumento específico para evaluar el estado de la relación y para desarrollar la relación terapéutica. Simultáneamente, se trabaja en

el diseño de herramientas y metodologías para el análisis de la coordinación vocal de paciente y terapeuta como manifestación de la regulación mutua en psicoterapia. Una de estas herramientas es un sistema de codificación de patrones de cualidad vocal (PCV) aplicable al habla del paciente y del terapeuta.

6) Foco en Psicoterapia

La práctica de la psicoterapia psicodinámica breve ha enfatizado la importancia de establecer un foco psicodinámico específico para su tratamiento, en oposición con objetivos más comprensivos que se plantean en tratamientos de larga duración. Aunque existen diversas maneras de operacionalizar el foco, (CCRT de Luborsky y Crits-Christoph, 1990; Modelo del Patrón Cíclico Maladaptativo de Schatch *et al.*, 1984) esta línea de investigación se adscribe al Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD, OPD Task-Force, 2001), que permite una formulación dinámica inicial y facilita la focalización, teniendo en cuenta diferentes aspectos de la personalidad, resultando ser una operacionalización bastante inclusiva. Desde los estudios empíricos se ha observado que los procesos terapéuticos en general no tienen una trayectoria lineal sino irregular, con avances y retrocesos. Esto se ha demostrado especialmente en estudios que utilizan el modelo de asimilación (Stiles, *et al.*, 1990), como los estudios de Gabalda (2006a, 2006b). Estos estudios apoyan también la experiencia clínica, donde es difícil pensar que se pueda establecer un foco de una vez y para todo el tiempo que dure la terapia. Esta investigación tiene por objetivo estudiar los focos terapéuticos en procesos psicodinámicos breves, con la finalidad de determinar sus características (con dimensiones como tema, actor que plantea el foco, respuesta del otro y aquellas que emerjan del análisis), su trayectoria a lo largo del proceso y su comparación con el foco OPD y su relación con indicadores de cambio y de resultados terapéuticos.

7) La alianza terapéutica en psicoterapia

Se adaptó el inventario de alianza terapéutica en su versión observacional desarrollado por Tichenor (1989) al español y se llevó a cabo una aplicación piloto del mismo.

8) Perspectiva de pacientes y terapeutas acerca del proceso de cambio psicoterapéutico

Se examinaron y compararon los reportes de pacientes, terapeutas y observadores acerca de la cantidad de cambios identificados, su ubicación temporal a lo largo del proceso y su contenido. Para establecer el contenido del cambio, se utilizó la jerarquía de

Indicadores de Cambio genéricos. El reporte de cada perspectiva en cada dimensión de análisis fue analizado en función del grado de acuerdo y su relación con el resultado final del tratamiento.

9) Expresión emocional en el proceso terapéutico

Esta línea de investigación pretende estudiar el proceso afectivo y la manifestación de emocionales durante el intercambio entre paciente y terapeuta en episodios relevantes del proceso terapéutico. Es de particular interés examinar la expresión emocional tanto en su dimensión verbal como no verbal. Es por ello que se está codificando la conducta verbal, específicamente las acciones comunicacionales de paciente y terapeuta en episodios de cambio y estancamiento, con el sistema de codificación de la acción terapéutica. En este proceso, se están identificando las acciones comunicacionales que poseen una cualidad emocional. Asimismo, se estudia la conducta facial afectiva no verbal de paciente y/o terapeuta, a través del sistema de codificación de la acción facial (FACS). Se analiza la conducta facial no verbal en episodios de cambio y estancamiento, así como en episodios de ruptura de la alianza y episodios de resolución de la ruptura. Se establece la relación entre las manifestaciones de la conducta emocional verbal y no verbal (facial), así como la identificación de patrones de regulación paciente-terapeuta. También se relacionan estas conductas con la calidad de la alianza terapéutica, los Indicadores de Cambio genéricos y los resultados terapéuticos.

Discusión

Tanto las revisiones realizadas por Lutz y Hill (2009) como la de Elliott (2010) resultan sumamente útiles dado que contribuyen a dar una primera organización a un campo en donde hay muchos miles de estudios realizados, desde diferentes paradigmas y marcos teóricos. La gran variedad de autores y métodos hace que sin una clasificación inicial se nos presente un campo vasto y caótico.

Dado que no todos los trabajos definen a la psicoterapia de la misma manera, nos encontramos con tratamientos psicoanalíticos, terapia focalizada en la emoción, psicoterapia centrada en la persona, psicoterapia manualizada para determinado tipo de trastorno, entre muchos otros. A partir de allí, el cambio, la transferencia, el proceso se conceptualiza de distinto modo.

Tanto Lutz y Hill como Elliott señalan la creciente importancia que está adquiriendo en la actualidad la investigación cualitativa, sobre todo en el estudio del proceso de cambio terapéutico. El paradigma cuantitativista muestra sus limitaciones, sobre todo a la hora de producir hipótesis teóricas.

Nuevas cuestiones se plantean en relación con los equipos de investigación cualitativa, ligados a la conformación de los equipos de jueces, elementos de cultura y género, entre otros. Siguiendo esta misma línea, el hecho de contar con entrevistas realizadas personalmente, a diferencia de entrevistas telefónicas o realizadas a través de cuestionarios por computadora por ejemplo, valoriza el intercambio y la información interpersonal que resultaba un obstáculo en la investigación cuantitativa. Todo esto alienta el debate reflexivo sobre métodos de investigación.

En su estudio, Elliott (2010) analiza un tipo de estudio cualitativo (factores útiles), uno cuali-cuantitativo (eventos significativos), y dos cuantitativos (proceso-resultado y proceso secuencial). Los métodos descriptos logran poner en evidencia el cambio (lo toman como unidad de análisis), sin embargo no se proponen explicar el modo en que éste se produce.

Existe una gran cantidad y variedad de estudios publicados y resulta sumamente complejo realizar una revisión. Tanto Lutz y Hill como Elliott encaran la síntesis desde lugares diversos. Lutz y Hill sistematizan según el abordaje sea cualitativo o cuantitativo, mientras que Elliott lo hace desde el diseño aplicado para medir el cambio. Desde esta perspectiva, Elliott (2010) limita su revisión a los métodos dedicados al CPR, y no ha tenido en cuenta algunos métodos ampliamente conocidos y empleados, como el CCRT de Luborsky que estudia el conflicto relacional central y ha sido empleado para el estudio de proceso, al igual que el DMRS de Perry, que estudia mecanismos de defensa o el ADL que estudia deseos y defensas. Estos métodos, si bien no han sido especialmente diseñados para el estudio de procesos de cambio clínico, proveen información sumamente valiosa para su evaluación. Entendemos que estos estudios han quedado por fuera de la clasificación de Elliott dado que no toman al cambio como unidad de análisis sino al discurso, la transferencia o los mecanismos de defensa.

Tanto el CCRT que estudia la transferencia como el DMRS o el ADL que estudian defensas, se proponen generar datos que son comprendidos dentro de una teoría que los representa y que es consistente con la práctica que se proponen investigar. Ninguno de

estos tres métodos puede ser encuadrado dentro de la clasificación de Elliott. Estos métodos permiten estudiar cambio, pero no están diseñados sólo para detectar cambio. En el análisis intrasesión tampoco tiene en cuenta los análisis propuestos por Bucci y Mergenthaler. Ambos estudian los cambios en los sistemas de palabras a medida que la sesión evoluciona. Tampoco tiene en cuenta la entrevista psicodinámica operacionalizada OPD-2, diseñada para, entre otros objetivos, medir el cambio clínico desde cinco ejes.

El Programa de Investigación en Psicoterapia y Cambio que se desarrolla en la Universidad Católica de Chile ha operacionalizado a través de distintas dimensiones el cambio en psicoterapia, sin tomar en cuenta los mecanismos de defensa, aunque sí toman la mencionada entrevista OPD-2. A partir de las dimensiones que ellos establecieron para el cambio en psicoterapia han definido distintas líneas de investigación, a saber, indicadores de cambio en psicoterapia, episodios de cambio y de estancamiento, el modelo de ciclos terapéuticos, análisis de las acciones comunicacionales durante la conversación terapéutica, voz y psicoterapia, foco en psicoterapia, la alianza terapéutica en psicoterapia, perspectiva de pacientes y terapeutas acerca del proceso de cambio psicoterapéutico y expresión emocional en el proceso terapéutico.

Resulta importante destacar la importancia que los estudios le otorgan tanto a los hechos ocurridos en el contexto de la psicoterapia (alianza terapéutica, transferencia, intervenciones del analista, *insight* del paciente) como a los acontecimientos externos ocurridos durante la misma.

Como toda categorización, las propuestas por Lutz y Hill y por Elliott son interesantes y al mismo tiempo en cierta medida incompletas, también resulta incompleta ya que no contemplan algunos métodos que consideramos valiosos. Por otro lado, el programa chileno, ofrece un panorama que intenta abarcar la complejidad del fenómeno de cambio.

Lo anteriormente expuesto nos lleva a prestar atención a un problema que se plantea e las líneas que siguen, y que incluye la necesidad de encontrar métodos de sistematización de los resultados de las investigaciones, de modo o bien de sintetizarlos o de agregarlos con el objeto de conformar un corpus que permita el avance y la articulación teórico-clínica.

4. Agregación y síntesis de los estudios de caso

En la investigación sistemática en psicoterapia, la unidad de análisis es el “caso”. Fishman (1999, 2005) sostiene que el estudio de caso único representa una de las más formas más pragmáticas y orientadas a la práctica de la investigación en psicoterapia. Iwakabe y Gazzola (2009) se ocupan de reflexionar acerca de la agregación y la síntesis de los estudios de caso.

Conocemos la contribución al conocimiento acerca del funcionamiento psíquico que representan los estudios de caso y el aporte a la reflexión acerca de nuevas estrategias de abordaje. El grave inconveniente que estos estudios han tenido siempre es que debido a la gran diversidad de antecedentes teóricos, objetivos, procedimientos de recopilación de datos y procedimientos analíticos (Edwards *et al.*, 2004; Hilliard, 1993), la cuestión de la generalizabilidad continúa siendo planteando desafíos. Iwakabe y Gazzola (2009) parten de este punto e intentan proponer el meta-análisis como un modo de agregar información, aunque aún desconocen cómo podría lograrse un cuerpo coherente dentro de tanta diversidad. Describen tres tipos de métodos de estudios de caso y sus respectivas características metodológicas para finalmente discutir tres estrategias de investigación que pueden ser utilizadas para agregar y sintetizar los estudios de caso único de modo tal de hacer el mejor uso de las implicaciones clínicas procedentes de dichos estudios.

Tres propuestas para agregar y sintetizar estudios de caso

Aunque el enfoque de un único caso pueda proporcionar información valiosa para resolver algunos de los problemas descritos anteriormente, su contribución puede ser mejorada cuando se compara y contrasta los casos cuidadosamente seleccionados y se examina la posibilidad de generalizar los resultados al mismo tiempo que se elucidan los procesos básicos comunes (Fishman, 2005; McLeod, 2002). La mera acumulación de estudios de caso único bien diseñados no contribuye a aprovechar el potencial de estos estudios. Los intentos de agregar y sintetizar casos bien seleccionados fomenta el diálogo, no sólo acerca de los problemas de tratamiento de los trastornos específicos y métodos de intervención, sino también sobre el desarrollo y perfeccionamiento de metodologías y directrices para los estudios de caso. Ha habido varios intentos innovadores para comparar y sintetizar los resultados de múltiples casos (Hill, 1989;

Hill *et al.*, 1983; O'Farrell *et al.*, 1986; Strupp, 1980 a, b, c; Wiseman *et al.*, 1993). Los recientes desarrollos en meta-síntesis dentro de la investigación cualitativa nos informan sobre qué y cómo integrar, y proporcionan directrices para garantizar la confiabilidad y utilidad de estos intentos (Thorne *et al.*, 2004). Iwakabe y Gazzola (2009) clasifican en tres las formas principales para la agregación y síntesis de estudios de caso: las bases de datos de casos, la meta-síntesis de estudios de caso y la comparación sistemática de casos.

1) Bases de datos de casos

Una de las formas en que los estudios de caso se pueden reunir es mediante la construcción de una bases de datos clínicos electrónicas, para organizar y reúne los estudios de caso único publicados y luego clasificarlos de acuerdo con la información descriptiva del caso (Fishman, 2005). Una base de datos de caso ofrece un recurso de utilidad para los clínicos y una base para los otros dos enfoques, la meta-síntesis y la comparación sistemática, que se describen más adelante. La presencia y el grado de reporte de resultados y procesos puede estar codificado para cada caso, de modo tal que los clínicos pueden tener acceso a todo tipo de información casos.

2) Meta-síntesis de estudios de caso

La meta-síntesis constituye un tipo de estudio en el cual los investigadores obtienen informes de caso único que se ocupan de cuestiones similares clínica e identifican temas comunes y procesos (Iwakabe, 2003, 2005). Los métodos de meta-síntesis fueron desarrollados para extraer conclusiones de los estudios cualitativos (Finfgeld, 2003; Sherwood, 1999). Este enfoque a partir de la meta-síntesis comparte el mismo principio subyacente con el más popular meta-análisis (un procedimiento estadístico que se utiliza para combinar y fusionar la información de los estudios individuales).

El objetivo del meta análisis es aumentar la certeza en las relaciones de causa y efecto, que se logra a través de análisis estadísticos.

La meta-síntesis de los estudios cualitativos, por su parte, tiene por objeto la construcción de teoría, su desarrollo, y mayores niveles de abstracción, con un énfasis puesto en la interpretación de los resultados de una colección de estudios de investigación, en un área de interés seleccionada (Thorne *et al.*, 2004). Estos estudios se proponen integrar los resultados y comprender el tema en cuestión. Los integrantes del equipo de investigación examinan críticamente los resultados de la meta-síntesis a la luz

de los conocimientos teóricos y la práctica clínica para determinar cuál de las posturas teóricas y clínicas son compatibles. Además, los investigadores pueden proponer explicaciones teóricas alternativas sobre el tema estudiado. Por último, los investigadores pueden descubrir y examinar supuestos teóricos faltos de justificación de las teorías y clínica heurística utilizada a menudo por los profesionales.

c) Comparación sistemática de casos

El método de comparación de casos permite una comparación sistemática entre dos o más casos cuidadosamente elegidos para la comparación de las cuestiones específicas. Los estudios más típicos comparan dos o más pacientes tratados por el mismo terapeuta o terapeutas similares, por problemas similares y en condiciones comparables (Strupp, 1980 a, b, c).

Discusión

Los abordajes de la meta-síntesis y del método de comparación de caso pueden ser utilizados tanto en casos primarios como en información agregada y secundaria. Por su parte, el acceso a la fuente de datos primarios puede ser ventajoso en el método de comparación caso, ya que los investigadores pueden probar las hipótesis con mayor precisión. Yin (2003) establece una diferencia entre los estudios de comparación de casos y los estudios de caso múltiple: los de comparación de casos reanalizan los materiales publicados, mientras que los estudios de caso múltiple trabajan sobre los datos originales. Una meta-síntesis de estudios de caso único, por su parte, trabaja principalmente con el material agregado y con la interpretación de las construcciones del investigador primario. Trabajar sólo con los artículos publicados implica para el investigador quedar alejado de los datos originales, lo cual genera limitaciones y restricciones adicionales.

Muchos estudios de caso provienen de grandes conjuntos de datos compuestos por varias sesiones, por lo tanto, los resúmenes estadísticos y las sinopsis narrativas de las sesiones realizadas por los terapeutas resultan útiles en la descripción de procesos. La narrativa del terapeuta, puede ser una herramienta útil cuando se estudian las experiencias del terapeuta, el proceso terapéutico, y los eventos importantes fuera de las sesiones de terapia.

Tal vez el aspecto crucial en la determinación de la calidad de la investigación aplicando la meta-síntesis es determinar los criterios de inclusión más confiables y adecuados, así como la obtención de los informes actuales de investigación primaria.

Coincidimos con Iwakabe y Gazzola (2009) en rescatar el valor del esfuerzo de encontrar nuevas vías para agregar y sintetizar los estudios de casos y examinar su potencial con el fin de desarrollar aún más las estrategias de análisis de datos, y hacer un mejor uso de los estudios sistemáticos de casos.

5. La investigación empírica sobre mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa forman parte de una serie de conceptos centrales de la teoría psicoanalítica. Se definen como destinos de las pulsiones en la vida psíquica, bajo la forma de procesamiento desarrollado por el yo para enfrentar los conflictos en que debe mediar entre tres sectores que a menudo se encuentran en conflicto: las pulsiones y los deseos, la realidad y el superyó.

Las investigaciones clínicas en psicoanálisis se han centrado en el desarrollo de hipótesis teóricas para el estudio de la psicopatología, para justificar propuestas terapéuticas, para evaluar resultados, entre otros objetivos. Desde la corriente anglosajona, se han desarrollado instrumentos y métodos para analizar entrevistas que tienen poco contacto con hipótesis metapsicológicas freudianas. Más bien se centran en el estudio de la adaptación del yo al medio ambiente. Por otra parte, la corriente psicoanalítica francesa rechaza tales instrumentos y toma en cuenta para el análisis y la interpretación sólo lo que ocurre en el contexto de las sesiones (Maldavsky, 2001).

Dentro de los estudios de cambio clínico, no son muchos los investigadores que se han preocupado por describir los cambios en los mecanismos de defensa. Quienes se han esforzado en hacerlo, pertenecen en su mayoría al psicoanálisis anglosajón de los cuales Vaillant (1977) ha sido uno de los pioneros. Algunos de ellos toman para la evaluación clínica la información de una o varias entrevistas que, según la metodología, pueden estar o no incluidas dentro de la psicoterapia. Las construcciones psicodinámicas son a menudo difíciles de medir en cuanto a su confiabilidad, y cada investigador se aproxima a este problema de diferente manera.

La mayor parte de los métodos que se han desarrollado para el estudio de los mecanismos de defensa, parten de una definición freudiana de la misma, que generalmente tiene su origen en el texto freudiano *Las neuropsicosis de defensa*.

Tengamos en cuenta que en este período de investigaciones freudianas, la defensa aún no era entendida como destino de pulsión, desarrollo teórico al que arriba en su texto *Pulsiones y destinos de pulsión*. Hay distintos autores que se han dedicado a estudiar las defensas y el primer desafío que han tomado es realizar una clasificación.

Una revisión de métodos de estudios de defensas

Cramer (2000) realiza una revisión exhaustiva acerca de los mecanismos de defensa, diferenciándolos de los procesos o estrategias de afrontamiento o *coping*.

Las estrategias de afrontamiento son descritas por Lazarus y Folkman (1984) desde el marco teórico cognitivo conductual. A diferencia de los mecanismos de defensa, que son procesos inconscientes, las estrategias de afrontamiento son procesos conscientes. Permiten al individuo alcanzar metas realistas utilizando los recursos disponibles y las experiencias vitales, y actuando dentro de parámetros culturalmente definidos y aceptados. El individuo tiene el control total de las estrategias de afrontamiento utilizadas (Cramer, 2000) y puede optar por dejar de un cierto estilo de afrontamiento y elegir otra estrategia. Una elección de una estrategia de afrontamiento depende de factores de tiempo, de situación y de la personalidad, por ende frente a diferentes situaciones se pueden llevar adelante diferentes estrategias de afrontamiento.

Hentschel *et al.* (2004) resumen la diferencia entre defensas y afrontamiento al referirse a las preguntas "cómo" y "qué". Los mecanismos de defensa, se refieren a "qué" es aquello a lo que el yo se opone, mientras que las estrategias de afrontamiento se ocupan de "cómo" manejar la situación.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento se relaciona con los esfuerzos cognitivos y conductuales que desarrolla un individuo para manejar las demandas internas y/o externas del ambiente. El estrés se produce cuando estas demandas son percibidas como más altas que los recursos del individuo para manejarlas.

Las estrategias de afrontamiento pueden tener dos finalidades que se presentan de manera independiente o en conjunto, dependiendo de la situación: controlar la respuesta emocional que se produce en la situación estresante (dirigido a la emoción) o generar un cambio en el problema que es la causa de la perturbación (dirigido al problema). El afrontamiento es una variable mediadora entre los estresores de la vida y el ajuste psicológico, y se evalúa la efectividad del afrontamiento en la medida en que las personas manifiesten un ajuste y equilibrio psicológico ante los eventos estresores. Para

Lazarus y Folkman (1984) el afrontamiento es un proceso que implica la interacción del sujeto, a través de sus recursos con el ambiente. Lo definen desde un enfoque de tipo transaccional. Para ellos se trata de esfuerzos cognitivo-conductuales constantemente cambiantes, que permiten manejar las demandas internas y/o externas que son percibidas como desbordantes de los propios recursos. Hay consenso general sobre el rol del afrontamiento en situaciones que pueden afectar la salud y/o la calidad de vida y diversos autores coinciden en que el afrontamiento es un factor estabilizador para mantener la adaptación psicosocial en momentos de alto stress.

Cuadro VII– Diferencias entre mecanismos de afrontamiento y mecanismos de defensa

Características		Diferencia
Afrontamiento	Defensa	
Conciente	Inconciente	Sustancial
Usada intencionalmente	No intencional	Sustancial
Situacionalmente determinada	Disposicional	No hay diferencia sustancial
No Jerárquica	Jerárquico	No hay diferencia sustancial
Asociada con normalidad	Asociada con patología	No hay diferencia cuando se controlan el informe y el contexto.

Fuente: Cramer (1998*)

Cramer (2000) hace referencia a distintas áreas del campo de la psicología se encuentran discutiendo e investigando los mecanismos de defensa.

La psicología cognitiva, que admite que existen procesos mentales más allá de la conciencia, liga procesos de memoria, toma de decisiones y atención selectiva con mecanismos defensivos.

En cuanto a la psicología social, señala que han rebautizado ciertos mecanismos defensivos: la proyección se denomina “efecto de falso consenso”, el desplazamiento se denomina “chivo expiatorio”, la desmentida “ilusiones positivas” y la anulación “pensamiento contrafáctico”.

En la psicología del desarrollo, campo en el cual Cramer (1991b) ha desarrollado estudios, el uso de los mecanismos de defensa puede estudiarse desde un patrón predecible. Existen defensas cognitivamente más simples, como la desmentida que predomina en los primeros años, y defensas más complejas que predominan en la adolescencia y luego en la adultez temprana.

En el campo de la psicología de la personalidad las defensas también son estudiadas desde el punto de vista de la identidad y los temas ligados a género.

En cuanto a la psicología clínica, se han incrementado las investigaciones. La autora señala que la profundización en el conocimiento y la identificación de los mecanismos de defensa facilita el diagnóstico diferencial.

Hay un acuerdo general en que las defensas maduras, como el humor y la sublimación están asociados con el funcionamiento adaptativo (Vaillant, 1977). La controversia sobre las defensas y la adaptación está más ligada al papel de las defensas inmaduras, como por ejemplo la desmentida. La pregunta acerca de si estas defensas son o no adaptativas puede responderse teniendo en cuenta el contexto en el que se producen, tanto externo como interno.

La autora señala dos elementos más para juzgar si son adaptativas o no: la edad de quien emplea la defensa (hay defensas primarias, acordes a períodos de la infancia) y el período de tiempo. En el corto plazo, especialmente si algunas otras opciones están disponibles, las defensas pueden tener éxito en mejorar cierto tipo de ansiedad incapacitante y proporcionar un nivel más alto de adaptación.

Citando a Vaillant *"Las defensas proporcionan un patrón de diagnóstico para la comprensión de la angustia y para guiar el manejo clínico de los pacientes más desconcertantes y frustrantes"* (1994, p. 49).

Vaillant (1985) por su parte, toma la teoría freudiana como base y encara las jerarquías de las defensas desde las inmaduras o patológicas hasta las más adaptativas o maduras. Considera importante el estudio de los mecanismos de defensa para la práctica clínica actual, sobre todo en cuanto a la formulación diagnóstica. Valoriza el estudio empírico de las defensas y construye un glosario de 18 defensas que categoriza en cuatro grupos: psicóticas, inmaduras, neuróticas y maduras, configurando cuatro niveles o estilos defensivos.

Cuadro VIII - Tipos de defensa según Vaillant

Defensa	Tipo de	Definición
retracción, regresión, acting out, inhibición, agresión pasiva, proyección	Nivel 1: Psicóticas Poco adaptativas	Refleja una importante necesidad de distorsionar la realidad: Es el menos saludable de los cuatro niveles.
omnipotencia, splitting e idealización primitiva.	Nivel 2: Inmaduras	Se oponen a la ansiedad , pero sin distorsionar la realidad
formación reactiva, seudoaltruismo.	Nivel 3: Neuróticas	Implican intentos de hacer frente a la ansiedad a través de la supresión o de tomar distancia respecto de ella.
Supresión, sublimación y humor.	Nivel 4: Maduras Altamente adaptativas	Son las formas más saludables de resolver el conflicto entre el ello y el superyó.

Fuente: Elaboración propia

Este autor también habla acerca del desarrollo yoico y la fuerza yoica, que mide la madurez del yo. Correlaciona los cuatro estilos defensivos y las mediciones de madurez del yo. El estilo defensivo 1 tiene una correlación negativa significativa con el estilo 4. Las correlaciones entre los cuatro estilos defensivos y las mediciones de madurez (tabla de fuerza yoica y tabla de desarrollo yoico) indican que los estilos de defensa de 1 al 4 pueden ser clasificados en este orden: la fuerza yoica tiene una fuerte correlación negativa con el estilo defensivo 1, una débil correlación negativa con los estilos defensivos 2 y 3 y una fuerte correlación positiva con el estilo defensivo 4.

Vaillant (1985) también distingue entre mecanismos de defensa útiles, mecanismos de defensa de menos ayuda y mecanismos de defensa no saludables y los define.

Cuadro IX - Clasificación de defensas según Vaillant

<p>Útiles Comprensión - Compartir los problemas y / o dificultades con los demás sin tratar de hacer otra persona responsable de los mismos Aceptación - Aceptar situaciones difíciles Transferencia - Cambiar las emociones o instintos negativos en acciones positivas, la conducta o emoción Anticipación - Planificación realista para el malestar futuro</p>
--

Mecanismos de defensa de menos de ayuda:

Agresión pasiva - Agresión indirecta hacia los demás.

Sentimientos negativos hacia los demás en los sentimientos negativos hacia uno mismo, (por ejemplo, el dolor, la enfermedad y la ansiedad).

Culpar - atribuir los propios sentimientos no reconocidos a los demás

Mecanismos de defensa no saludables:

Negación - la negativa a aceptar la realidad externa, porque es demasiado amenazante.

Delirios - pueden asignar sentimiento o tomar medidas en respuesta a un mundo exterior sobre la base de la percepción más que la realidad real.

Represión - el bloqueo de los impulsos y sentimientos inaceptables de nuestra conciencia

Fuente: Elaboración propia

Destaca que es posible construir un cuestionario con propiedades estadísticas, y cuyos factores tienen sentido clínico. Sin embargo, advierte que no mide todos los derivados de las defensas, aunque puede ofrecer el marco para desarrollar cuestionarios para ellas. Otro reparo que admite es que el cuestionario mide solo la autopercepción de los estilos defensivos y no los mecanismos defensivos. Agrega que es necesario estudiar la relación entre lo medido por el cuestionario y la tradicional noción de defensa.

Respecto de sus hipótesis teóricas, sostiene que es acertada aquella que afirma que las defensas reflejan aspectos resistenciales de la persona. A través de un ejemplo sostiene que una paciente con un episodio esquizofrénico agudo y una personalidad borderline, con delirios persecutorios, de influencia y de grandiosidad, tenía al mismo tiempo una actividad creativa prolífica en arte y música. La paciente tenía una multiplicidad de estilos defensivos, que incluían, según el autor, el 1, el 2 y el 4, lo cual explicaba la multiplicidad de diagnósticos.

En cuanto a la validez de su método, ofrece más validez que confiabilidad ya que es de tipo clínico. Para mitigar las limitaciones en cuanto a la confiabilidad de su método, realizó un estudio de validez convergente con el DSQ-40 de Bond. Los autores concluyen, a través de los resultados de su estudio, que es posible aplicar un método de cuestionario y otro clínico para estudiar los estilos defensivos. En otro estudio, Vaillant contrastó tres métodos de estudio de las defensas: el de Bond, el clínico y el propio, modificación del de Haan. El primero ofrece el acercamiento más directo y conveniente, pero sacrifica la validez si se lo compara con los otros. El método desarrollado por los autores parece promisorio. Aporta datos accesibles a la estadística con poca necesidad de experiencia clínica por parte de los evaluadores. Al comparar esta técnica con el método de estudio clínico, ambos quedaron validados.

Bond *et al.* (1993) proponen un cuestionario llamado DSQ-40 que mide los estilos defensivos del entrevistado. Se trata de un cuestionario que informa los estilos de defensa característicos que consta de 20 defensas clasificadas en maduras e inmaduras, organizados en tres estilos de defensa generales: maduros, neuróticos e inmaduros. Tal cuestionario permite captar el estilo de resolución de los conflictos, pero solo el examen clínico puede identificar qué procesos inconcientes ocurrieron. Luego se les pregunta a los entrevistados acerca de su grado de acuerdo o desacuerdo respecto de cada afirmación, en una escala de 1 (fuerte desacuerdo) a 9 (fuerte acuerdo).

Cuadro X – Clasificación de las defensas según Bond

Estilo de defensa	Defensa
Maduro	humor, de supresión, sublimación, y anticipación
Neurótica	Formación reactiva, idealización , seudo - altruismo , y anulación
Inmaduro	racionalización, fantasía autista, desplazamiento , aislamiento, disociación, devaluación, división, negación, agresión pasiva, somatización, actuación, y proyección

Fuente: Elaboración propia

La información relativa a la confiabilidad y la validez del DSQ- 40 se ha informado en Andrews *et al.* (1993) y Bond (1995). Bond (1992) considera que el diagnóstico y los estilos defensivos corresponden a dimensiones diferentes. El diagnóstico se relaciona con síntomas y conductas patológicas, mientras que los estilos defensivos se relacionan con el modo en el cual alguien encara una situación, sea de forma conciente o inconciente. El autor agrega que personas con el mismo diagnóstico pueden usar diferentes estilos defensivos. La información sobre los estilos defensivos de un paciente puede ayudar al clínico a encarar las sutilezas de un tratamiento, y no es una adición redundante al esquema diagnóstico. En cuanto a su método, posee una alta confiabilidad y una menor validez.

Bond (1992) concluye que el diagnóstico y los estilos defensivos corresponden a dimensiones diferentes. El diagnóstico se relaciona con síntomas y conductas patológicas, mientras que los estilos defensivos se relacionan con el modo en el cual alguien encara una situación, sea de forma conciente o inconciente. La información

sobre los estilos defensivos de un paciente puede ayudar al terapeuta a encarar las sutilezas de un tratamiento.

Se realizó una prueba de validez convergente con el método de Vaillant y el DMRS (Perry y Cooper, 1986), que recurre al video. Bond (1992) destaca las coincidencias y los resultados antes obtenidos con ambos instrumentos como un modo de establecer la validez y la confiabilidad del modelo. Como el cuestionario requiere de la colaboración del paciente, quien se lo autoadministra, está limitado por las motivaciones aparecidas en el momento en que responde, por su buena o mala disposición a hacerlo y por el estado de su autopercepción. En algunos puntos, además, el cuestionario y el método de Perry y Cooper no se refuerzan recíprocamente en cuanto a conclusiones y consiguientemente en cuanto a su validez. Entre las razones para ello el autor destaca la diferencia entre el DSQ-40 y el DMRS con filmación. También destaca que la definición de cada defensa es diferente en una y otra investigación y en consecuencia también su operacionalización. El autor sugiere finalmente que el método de Perry y Cooper y el de Vaillant, más costosos, son aconsejables cuando se requiere una discriminación más fina de las defensas.

Semrad (1973, 1992) por su parte, armó una escala del perfil yoico (Ego Profile Scale) usada para medir empíricamente diferentes funciones yoicas. Se trata de un cuestionario de 45 ítems que pretende categorizar nueve defensas. Semrad (1967) señala que los mecanismos del yo pueden organizarse jerárquicamente en relación con su adaptatividad. La creación de esta escala, así como la asignación de puntajes, depende de la opinión y la observación del terapeuta. El instrumento fue diseñado para pacientes internados, en donde la observación de su comportamiento fuera posible. La aplicabilidad a pacientes externos no fue evaluada.

McCullough (1992), pionera de la psicoterapia dinámica a corto plazo (STDP), aplicó un modelo de tratamiento centrado en las fobias hacia ciertos sentimientos, frente a los cuales operan mecanismos de defensa. Define las defensas yoicas y expresa que la conducta nunca representa de modo cabal el multifacético estado intrapsíquico. Afirma que es necesario examinar los acuerdos y desacuerdos entre las mediciones de cada defensa y también intentar una minimización del nivel de inferencia requerida en cada ejemplo empírico. Ubica ciertas dificultades para alcanzar la confiabilidad en cuanto a

la identificación de las defensas ya que: 1) son constructos intrapsíquicos, 2) las conductas que los identifican son heterogéneas y ninguna de tales conductas es necesaria ni alcanza para identificarlas, y 3) existe una gran diferencia de criterios o perspectivas para la evaluación.

Jacobson *et al.* (1986) evalúan 12 mecanismos de defensa en adolescentes usando entrevistas clínicas. Se les adjudica valores en una escala de 1 a 5, a cada defensa y la evaluación se realiza a partir de entrevistas y de relatos de pacientes. El evaluador toma en cuenta tanto la frecuencia de los episodios hallados a lo largo de la entrevista cuanto la fuerza de una viñeta en particular. Aplican un cuestionario que minimiza problemas de confiabilidad entre profesionales dedicados a la medición, y en cuanto a quienes quedan involucrados en la evaluación y sus modalidades. Su dificultad se halla en que no explora áreas conflictivas o inconcientes, y además el sujeto puede seleccionar sus respuestas en términos de expectativas sociales o deseos personales.

En relación con la confiabilidad entre evaluadores, se recurrió a tres profesionales con una confiabilidad satisfactoria que llevó a los autores a sugerir que los códigos de las defensas empleados pueden ser señalados y usados por otros equipos interesados en evaluar perfiles de defensas en las entrevistas clínicas.

Los autores enumeran algunos problemas ligados con la confiabilidad. Un problema consiste en el monto de la inferencia que cada entrevistador emplea, ya que un clínico entrenado puede inferir una defensa a partir de matices sutiles. Al proveer una breve descripción acerca de cómo evaluar una defensa, puede moderarse el monto de inferencia. Luego de leer la transcripción de la entrevista, el evaluador reúne cada definición y la escala de puntaje y sitúa en ella la defensa. Entonces, usando los ejemplos, revisa su decisión

El enfoque clínico es rico y permite detectar procesos inconcientes en la interacción con el terapeuta. La categorización de las defensas a partir de la conducta, incluidas las entrevistas clínicas, puede ser muy útil para evaluar los logros psicoterapéuticos.

La limitación de este enfoque incluye la dificultad para desarrollar mediciones confiables, la necesidad del aporte del profesional, la cuestión del tiempo y la influencia de los datos causada por el estilo del entrevistador.

Weintraub y Aronson (1963) aplicaron métodos de análisis del discurso para examinar hipótesis acerca del funcionamiento defensivo. Grabaron una muestra de 10 minutos de un monólogo en el que señalaron 12 características (uso de negaciones, calificaciones, explicaciones, retracciones, evaluaciones) que podrían relacionarse con defensas como la desmentida, anulación, racionalización. Aunque la confiabilidad de las escalas es buena, la falta de criterio externo para medir la confiabilidad del estudio lo hace poco claro.

Bellak *et al.* (1973) desarrollaron la evaluación de las funciones del yo (Ego Function Assessment) que utiliza las entrevistas clínicas para evaluar 12 aspectos del funcionamiento del yo, aunque no evalúa específicamente defensas. Utiliza una entrevista estructurada que la acompaña y evalúa la evidencia de formación de síntomas y el fracaso para contener la ansiedad.

Discusión

Se presentan distintos métodos, que representan diversas maneras de entender los mecanismos de defensa. También hay diferencias en cuanto a la concepción de las defensas, la fuente de los datos y los métodos para categorizarlas. Entre los autores mencionados no hay un conjunto de defensas universalmente aceptado.

Según la clasificación de Cramer (2000) las defensas pueden entenderse desde distintas perspectivas de la psicología: cognitiva, social, del desarrollo, de la personalidad y clínica. Cada una de ellas tiene distintas implicancias. Hay quienes entienden las defensas en una gama desde la patología hasta la adaptación (Haan, 1963), mientras que Vaillant (1977, 1985) encara las jerarquías de las defensas desde las inmaduras o patológicas hasta las más adaptativas o maduras. Hay quienes consideran que las defensas son siempre patológicas, otros no.

Otro punto de discusión son las fuentes que se toman para el análisis de las defensas: hay quienes toman entrevistas, otros quienes agregan información biográfica, otros incluyen el ambiente. No hay consenso acerca de cuáles son las mejores fuentes de datos.

Un tercer punto tiene que ver con el modo de codificar las defensas, que varía según el método. Algunos recurren al cuestionario y a profesionales entrenados, otros recurren a escalas y ejemplos, y otros comparan biografías y viñetas clínicas a las que categorizan

en términos de defensas. En la mayoría de los casos, el reconocimiento de la defensa surge del juicio clínico, que no es objetivo.

En cuanto a los métodos, podemos decir que en general aquellos que emplean cuestionarios poseen mayor confiabilidad y menor validez, mientras que aquellos que emplean el juicio clínico poseen mayor validez y menor confiabilidad.

John Christopher Perry y el DMRS

Antecedentes del método

Perry (1986^a, 1986b, 1989) se ha interesado en el estudio de los mecanismos de defensa. Para justificar su importancia, hace referencia a que se trata de uno de los conceptos centrales y más tempranos en la obra freudiana, junto con el de pulsión. Señala que Freud (1940a) en "*Las neuropsicosis de defensa*" describe las operaciones defensivas empleando el término represión, haciendo referencia a que existían impulsos conscientemente inaceptables o prohibidos que provocaban angustia señal, que generaba que se pusieran en juego ciertas defensas para mantener inconcientes esas pulsiones.

En "*El yo y los mecanismos de defensa*", A. Freud (1936) clasifica y agrupa las defensas según la fuente de ansiedad contra la que se erigen: pulsión, el mundo externo y el superyó.

Waelder (1930) señala que las defensas pueden tener múltiples funciones, como por ejemplo, asegurar gratificación a una pulsión reprimida y al mismo tiempo defenderse de ella (ej. proyección defensiva patológica que incluyen fantasías que resultan ser síntomas).

Shafer (1968) por su parte, enfatiza las propiedades motivacionales del yo en el uso de defensas, que es la búsqueda de gratificación y la evitación del dolor, así como también se defiende de los deseos prohibidos.

Hartmann *et al.* (1964) sugieren que algunas funciones del yo son neutralizadas y no dirigidas contra los impulsos prohibidos. Sugirieron que las defensas y estas otras funciones del yo (sistemáticamente estudiadas por Bellak *a posteriori*) pueden ser dirigidas contra el mundo externo para probar la adaptación del individuo hacia los factores de la realidad. Esta mirada acerca de las defensas las muestra negociando con conflictos intrapsíquicos y adaptando las motivaciones del individuo a las demandas e imposiciones del mundo externo. Lazarus y Folkman (1984) estudian los mecanismos de afrontamiento como mecanismos concientes, dejando de lado la perspectiva de la defensa y la pulsión.

Kernberg (1967, 1975, 1983) por su parte, trabaja la relación entre defensa y representación del objeto y sugiere que las defensas pueden ser divididas en tres niveles de organización del yo: psicóticas, borderline y neuróticas, en donde cada una está asociada con ciertas defensas predominantes. En cada nivel de organización, las defensas sirven para proteger al individuo de la ansiedad producida por las representaciones internalizadas del yo y del objeto (por ej. en personalidades borderline, predomina la disociación –splitting- por sobre la represión, mientras que esta última es característica de las neurosis).

Premisas básicas acerca de las defensas

“Una defensa es aquella respuesta automática psicológica de un individuo a estresores internos o externos o conflictos emocionales. Las defensas son disparadas por la angustia señal que aparece cuando se dan conflictos entre los deseos o las pulsiones y las prohibiciones internalizadas o la realidad objetiva”. (Perry y Cooper, 1990)

Estos autores sostienen que las defensas actúan automáticamente, sin un esfuerzo conciente. A menudo el individuo es totalmente inconciente de la operación defensiva aunque a veces tiene una conciencia parcial. Los rasgos de carácter se forman en parte por el uso de ciertas defensas específicas utilizadas en diversas situaciones. Las defensas pueden ser vistas como disposiciones subyacentes que se manifiestan bajo determinados estados estresantes.

Las defensas afectan la adaptación, aunque cada defensa presumiblemente es altamente adaptativa en ciertas situaciones. (Por ej. en niños abusados por un familiar con quien conviven, el uso de la disociación probablemente les sirva para coexistir con el abusador de quien dependen para satisfacer sus necesidades básicas).

A pesar de que muchas veces la defensa permita una mejor adaptación, hay algunas más adaptativas que otras en un orden jerárquico. Cuando las defensas son poco adaptativas, protegen al individuo de la conciencia de los estresores y los conflictos asociados bajo el precio de restringir la conciencia, una sensación de no-libertad de elección y poca flexibilidad para maximizar resultados positivos. Cuando las defensas son más adaptativas, maximizan la expresión y la gratificación de deseos y necesidades, minimizan las consecuencias negativas y proveen un sentido de libertad para elegir.

Perry (1989) se refiere a las defensas en términos de desarrollo, como inmadura o madura (Por ej. el *acting out* en la niñez puede evolucionar más adelante hacia una formación reactiva y finalmente en el altruismo).

Una revisión reciente de Perry y Cooper (1986) inventarió 42 tipos de mecanismos de defensa trabajados por diversos autores.

Perry y Cooper (1989) subdividen las defensas inmaduras defensas de acción y de repudio, también discriminan las defensas de distorsión de la imagen en *borderline* y narcisistas. Al mismo tiempo, distinguen las defensas obsesivas del resto de las neuróticas.

De la aplicación de estas clasificaciones los autores obtienen las siguientes conclusiones:

- 1) Hay importantes asociaciones entre las defensas y los diagnósticos descriptivos de personalidad, pero pocos son altamente específicos. Por ej. la proyección es una defensa específica en las paranoias, también en las personalidades antisociales y en los acting out.
- 2) La defensa prevalente en casi todos los desórdenes es la desmentida.
- 3) Cuando dos cuadros clínicos comparten defensas, éstos comparten factores etiológicos comunes. Perry y Cooper (1986) encontraron una relación entre psicopatología antisocial y narcisista (la primera medida descriptivamente, la segunda, dinámicamente).
- 4) Las defensas maduras no implican salud psíquica
- 5) Posiblemente la calidad de la infancia del paciente contribuya a su mejor desarrollo.

Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)

(Escala de Clasificación de los Mecanismos de Defensa, 1990, quinta edición)

El DMRS es un sistema para guiar la inferencia clínica en la identificación de mecanismos de defensa específicos. La primera versión fue creada en 1981. Incluye 30 mecanismos de defensa, una definición de cada una de ellas, una descripción de su función, comenta cómo se la discrimina de las otras, tiene una escala de tres puntos acompañada de ejemplos de usos probables y usos definidos de las defensas.

En general este método es empleado con fines diagnósticos, no tanto para la evaluación de cambio clínico.

Puede ser utilizado de modo cuantitativo, cualitativo o mixto. Para ello es indispensable que existan dos evaluadores que escuchen la cinta a medida que van siguiendo la desgrabación. Cada defensa es identificada con una notación en el margen izquierdo,

cuando la defensa comienza y termina de operar. Comparando las mediciones de los dos jueces, este procedimiento cuantitativo ha dado una confiabilidad de .70 por sesión. Además, cada defensa puede ser evaluada dentro de una jerarquía de defensas en 7 niveles (1= menos adaptativo, 7=más adaptativo). Para el autor es importante la escucha de la cinta, ya que sin ella se pierden datos no lingüísticos, especialmente el matiz afectivo.

Toma como base la clasificación de Vaillant (1985), de cuatro niveles de defensas y la complejiza en siete. Las defensas psicóticas no están incluidas en el manual pero sí en el apéndice y están aún bajo revisión.

Identificación de las defensas

Las defensas están agrupadas en 7 niveles de adaptación, de mayor a menor:

- 7) maduras -de alto nivel de adaptación- (afiliación, altruismo, anticipación, humor, autoafirmación, autoobservación, sublimación, supresión).
- 6) obsesivas (aislamiento, intelectualización, anulación)
- 5) neuróticas (a. histéricas: represión, disociación; b. otras: formación reactiva, desplazamiento).
- 4) narcisistas (devaluación*, omnipotencia, idealización*).
- 3) de repudio (desmentida, proyección, racionalización, fantasía autista**)
- 2) borderline (*splitting* (disociación) de la imagen de los otros, *splitting* de la imagen propia, identificación proyectiva)
- 1) de acción (acting out, agresión pasiva, queja que rechaza la ayuda)

* en general devaluación e idealización se dividen en dos, como el *splitting*: ej. devaluación de la propia imagen o de la imagen de los otros.

** aunque no se trate de una defensa de repudio, se la ubica en este nivel.

El manual sugiere cómo detectar posibles indicadores de los mecanismos de defensa: aparición de un afecto inesperado, un repentino cambio en el tono de voz, expresión de un afecto que no es compatible con las ideas del texto, ausencia de afecto, cuando éste sería esperable, expresión de un afecto del cual no se puede hablar directamente, perturbación en la prosodia o la fluidez del discurso, expresión de una idea que es poco probable de ser cierta, clara contradicción entre dos o más ideas sin resolución, afirmaciones inesperadas acerca del entrevistador, discurso o comportamiento

repentino, potente o descontrolado, cambio inesperado de tema o de objeto de la conversación, evitación del tema de la conversación, hablar acerca de un tema de un modo excesivamente cargado emocionalmente, ofenderse cuando no parece haber motivo o no se puede observar ninguna causa para dicha ofensa, descripción distorsionada de sí mismo o de otros, irreal o excesivamente buena o mala, cuando no se llega a captar el sentido de lo que dice, o cuando las razones que se dan parecen distorsionar la realidad.

Los rasgos de la escala de evaluación propuesta por los autores son: 1) definiciones de las defensas con un ejemplo de su función y con una explicación acerca de cómo discriminarla de otras afines, 2) cada definición va acompañada de una evaluación en la escala, con los ejemplos correspondientes, 3) las escalas miden un funcionamiento, con el mínimo uso de la inferencia, 4) las escalas son aplicables tanto a las entrevistas clínicas cuanto a las viñetas acerca de sucesos vitales.

Existen tres alternativas en la escala: no presente, probablemente presente, seguramente presente. La escala es aplicable a los datos de las entrevistas de orientación dinámica.

Puntuación

Existen dos tipos de puntuación: cualitativa y cuantitativa.

a) Puntuación cualitativa

El DMRS fue originalmente diseñado para puntuar la presencia de defensas en una entrevista de 50 minutos. Esta puntuación se puede realizar sólo si se tiene acceso a la filmación o transcripción de la entrevista. Brinda información acerca del uso actual de la defensa, pero no acerca de la frecuencia con la cual la misma se emplea. Para la puntuación se tienen en cuenta los eventos ocurridos en la entrevista, tales como el diálogo, acciones del paciente, silencios, ruidos con la lengua, etc. así como viñetas reportadas por fuera de la entrevista siempre y cuando hayan ocurrido en los últimos dos años.

b) Puntuación cuantitativa

Para utilizarlo de este modo, el juez identifica cada defensa cuando ésta ocurre, poniendo entre paréntesis la parte del texto en la cual ésta opera. No se utiliza la distinción de tres puntos. La distinción temporal (distante o no) acerca del uso de la defensa tampoco es tenida en cuenta. Se incluyen todos los ejemplos. Se calcula un

porcentaje en el uso de las defensas, según la clasificación en niveles. Se utiliza un programa computarizado especial para hacer los cálculos cuantitativos.

Características de los evaluadores

Perry *et al.* (1990) estiman que los evaluadores deben poseer la habilidad de realizar inferencias y correlaciones; uso de autoobservación, autoafirmación y afiliación; se desaconseja incluir en el individuos que hacen uso de la agresión-pasiva. Deben tener experiencia clínica, es decir que estén entrenados en pensar dinámicamente, la capacidad para identificar las defensas pero también para pensar de nuevos modos. Se refiere a lo que cada evaluador trae como aprendizaje previo, que puede ser contradictorio con lo que el manual explica. También deben poseer un modo de trabajo afín al equipo (abierto, cooperativo y colaborador).

Entrenamiento de los evaluadores

El uso del manual se aprende de modo repetitivo, utilizándolo como una referencia. Se sugiere utilizar primero el método cualitativo, que demanda juicios más globales. En el entrenamiento con material clínico, es mejor comenzar con video y transcripciones dado que las transcripciones solas son más complejas de abordar. Mientras el evaluador observa la entrevista, la puntúa. En el abordaje cualitativo debe justificar su puntuación. Se cuenta con puntuaciones ya realizadas por expertos, para comparar y discutir la ejercitación realizada. El entrenamiento se da mejor en pequeños grupos que de modo individual y para completarlo se espera que al menos los evaluadores hayan practicado con cinco cintas en grupos de entrenamiento. Esto generalmente se continúa con diez cintas en donde luego de puntuar, se intenta lograr un consenso. Este procedimiento se realiza para dar confiabilidad al método.

Supervisión y calibración

Luego del entrenamiento, el autor realiza una supervisión para calibrar las sesiones. En ellas, los evaluadores, traen las sesiones luego de haber sido consensuadas en parejas. Estas reuniones tienen un objetivo didáctico. La segunda función de las sesiones de calibración es permitir a los evaluadores dar ejemplos desde el texto en donde les resultó difícil lograr un consenso. Estas reuniones son sumamente útiles ya que promueven una mayor confiabilidad al método y sirven además para mejorar el nivel de los evaluadores.

Métodos para comparar los resultados del DMRS

Existen al menos tres métodos para comparar los resultados del DMRS:

- 1) Puntuación individual de las defensas
- 2) Puntuación del nivel de las defensas
- 3) Funcionamiento defensivo general y nivel de adaptación

1) Puntuación individual de las defensas

Se utiliza la tabla de 30 defensas divididas en los 7 niveles. Los individuos o grupos pueden ser comparados por su puntaje de una defensa específica. Un ejemplo de esto puede ser intentar responder a la siguiente pregunta: “¿Los pacientes que padecen un trastorno obsesivo-compulsivo obtienen más alta puntuación que aquellos que padecen depresión mayor en relación con defensas como aislamiento del afecto, formación reactiva y desplazamiento?”

2) Puntuación del nivel de la defensa

Aquí se tiene en cuenta el nivel jerárquico de las defensas, que se agrupan para ser evaluadas. Esto favorece la comparación estadística de grupos de pacientes. Por ejemplo, la suma de aislamiento más intelectualización más anulación da un alto puntaje en defensas obsesivas. Un estudio inicial demostró que 1) los cuadros *borderline* es correlativa de defensas *borderline* y de acción; 2) los cuadros antisociales son correlativos de defensas de tipo repudio y narcisistas; 3) los cuadros de tipo bipolar II son correlativos de defensas obsesivas (Perry y Cooper 1986).

3) Funcionamiento defensivo general (ODF) y nivel de adaptación.

Se calcula agrupando las defensas según su jerarquía y luego multiplicando cada defensa por un peso acorde a su lugar (en el cuadro de 7 puntos) y tomando el peso promedio de todas las defensas puntuadas en la sesión. Las referencias del funcionamiento defensivo general son las siguientes: 1) puntajes por debajo de 5.0 están asociados con trastornos de personalidad o depresiones agudas, 2) puntajes entre 5.0 y 5.5 se asocian con caracteres neuróticos, 3) puntajes entre 5.5 y 6.0 se asocian con un funcionamiento neurótico saludable y 4) puntajes por encima de 6.0 están asociados con un funcionamiento neurótico saludable superior.

Direcciones potenciales para el estudio de las defensas en psicoterapia

El análisis de las defensas puede servir para: evaluar los resultados de un tratamiento psicoterapéutico, medir el funcionamiento dinámico del individuo, brindar un soporte empírico desde el punto de vista de una jerarquía adaptativa de las defensas, si evaluamos teniendo en cuenta el funcionamiento defensivo general y/o evaluar procesos de cambio en psicoterapia.

A continuación se enumeran diversas áreas de investigación que (Perry y Henry, 2004) sugieren profundizar, utilizando el DMRS:

El ODF da una pauta predictiva acerca de cómo puede darse la alianza terapéutica, y cómo deben ser las intervenciones del terapeuta (de apoyo o exploratorias, por ej.).

El estudio de la relación entre estresores externos, deseos y temores, afectos y modelos específicos de funcionamiento defensivo.

Estudios de proceso en donde se pueda describir una relación entre intervención del terapeuta y defensa del paciente.

Estudio de la evolución de determinados funcionamientos defensivos, según el tipo de tratamiento recibido.

En un estudio Perry *et al.* (2010) se proponen investigar cómo la evaluación de los mecanismos de defensa producen indicadores del avance de un proceso de psicoterapia. Empleando el DMRS que mide ODF, toma cuatro casos para poner a prueba distintas hipótesis:

- 1) Como los individuos cambian, aumenta su nivel general de funcionamiento defensivo, y al mismo tiempo, la variabilidad en el funcionamiento defensivo tiende a disminuir, lo que indica mayor resistencia al estrés.
- 2) El cambio en el tipo de defensa empleada se produce de una manera gradual. Generalmente se suelen utilizar defensas más bajas en jerarquía, luego las intermedias y finalmente las más maduras.
- 3) Los individuos y los grupos tienen sus propios estilos de cambio, que pueden variar según las condiciones de tratamiento. Los pacientes que presentan estados depresivos generalmente realizan inicialmente grandes cambios que luego tienden a desacelerarse, mientras que los individuos que presentan trastornos de personalidad puede tener largos períodos iniciales de inducción

en el proceso terapéutico, antes de que se inicie el cambio y el tratamiento se convierta en un proceso más o menos lineal.

- 4) Cuando el funcionamiento defensivo se complejiza, disminuyen los síntomas y el funcionamiento general mejora.

Aunque entiende que los casos individuales no prueban hipótesis sino que las generan, éstos ofrecen apoyo empírico, al tiempo que demuestran claramente el valor de la investigación en este campo. Por otra parte, la identificación de las defensas en entrevistas y sesiones de psicoterapia permite el análisis microanalítico del aparente efecto de las intervenciones sobre el funcionamiento defensivo, lo cual, para el autor amerita una mayor profundización.

En este estudio Perry *et al.* (2010) comparan los aspectos antes mencionados en cuatro casos (variabilidad del funcionamiento defensivo, temporalidad en el cambio de la defensa, estilos de cambio y funcionamiento general) de distinto diagnóstico y duración.

6. La discapacidad en la adultez

Las investigaciones sistemáticas revisadas casi en su totalidad se encuentran dentro del abordaje cognitivo-conductual. Sin embargo existen diversas perspectivas desde las cuales la bibliografía existente aborda el tema de la discapacidad en la adultez. Dichas perspectivas orientan las propuestas clínicas, que tienen que ver con qué se entiende por discapacidad y a quienes afecta. Numerosos autores, entre ellos Botero (2013) sostienen que la discapacidad en la adultez es una condición transversal que afecta todos los ámbitos y componentes de la calidad de vida de las personas que tiene un carácter permanente, irreversible y promueve la necesidad de generar adaptación. En general, las investigaciones actuales sobre la temática de la discapacidad en la adultez, tienen por objetivo indagar acerca de las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida, tratamiento y rehabilitación y adherencia a los tratamientos tanto de la persona afectada –en mayor medida- como de su grupo familiar –en menor medida-.

Para enmarcar el presente rastreo bibliográfico diremos que en torno al abordaje actual de la discapacidad se propone en la actualidad un modelo denominado ecológico (Organización Mundial de la Salud, 2001), que se contrapone con el modelo médico, este último basado en el conocimiento científico que ubica la discapacidad como un problema en el cuerpo de la persona. Mientras que este abordaje propone a las personas con discapacidad el rol de pacientes (Palacios, 2008), eminentemente pasivo, el modelo ecológico entiende la discapacidad como el resultado de la relación entre las personas y su entorno. Las propuestas clínicas se dirigen en consecuencia hacia los ámbitos familiares y comunitarios, en donde el centro de la acción se ubica en el contexto, apuntando a mejorar las limitaciones y restricciones de las personas. Este modelo biopsicosocial ubica la discapacidad como un problema en el seno de la sociedad, que no es exclusivo de una persona, en donde se ve al ser humano como el eje central, teniendo presentes elementos biológicos, psicológicos y condiciones sociales (Botero, 2013).

En el año 1980, la Organización Mundial de la Salud elaboró la CIDDDM, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. En este primer documento, definía tres conceptos:

Deficiencia (*impairment*): “*Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función física, psíquica o anatómica*”.

Discapacidad (*disability*): “Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad dentro de la forma o el margen que se consideran normales para un ser humano”.

Minusvalía (*handicap*): “Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)”.

El término Discapacidad alude a un fenómeno social y visible, constituido fundamentalmente por una situación de menoscabo sensorial, motriz o intelectual. De las definiciones antedichas se desprende que el déficit, que circunscribe una situación funcional, tiene consecuencias a nivel psíquico, vincular y socio-económico. La discapacidad afecta no sólo a la persona que padece el déficit sino a quienes constituyen su grupo familiar. El efecto tampoco se agota en la familia, sino que se extiende a la sociedad, quien debe dar respuesta desde distintos sectores (salud, educación, trabajo, por ejemplo) a una parte de su población. Por este motivo, en los últimos tiempos la temática de la discapacidad es abordada desde una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria.

Tanto el déficit como la minusvalía pueden promover en el sujeto un mayor grado de discapacidad. En el caso del déficit, la discapacidad se ve afectada en la experiencia que el individuo tiene del mismo. La vivencia subjetiva acerca del déficit está profundamente marcada, en caso de déficits tempranos, por el procesamiento de la situación traumática y la experiencia parental. En el caso de la minusvalía, interviene lo social. En la actualidad la tecnología y la posibilidad de acceso a ella promueven un menor grado de minusvalía, dependiendo del nivel educativo y socioeconómico que a su vez aporta a una experiencia subjetiva de la discapacidad, afectando en menor grado sus capacidades para realizar determinadas actividades.

Existen distintos tipos de discapacidad, que se suelen categorizar en cuatro grupos: sensorial (sordera, hipoacusia, ceguera, baja visión, sordoceguera), motriz y neurolocomotora (enfermedades reumáticas, polio), intelectual (retardo mental, síndrome de Down) y mixta (espina bífida, mielomeningocele). Cada una de ellas puede ser pensada desde sus particularidades.

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud publica un segundo documento denominado Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), en el que ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de funcionamiento, discapacidad y salud.

El funcionamiento es entendido como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano; la Discapacidad constituye un término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano y la salud es el elemento clave que relaciona a los dos anteriores.

En la CIF, la OMS se propone un modelo integrador biopsicosocial que categoriza la discapacidad desde las deficiencias en las funciones y/o estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona que posee una condición de salud determinada en interacción con factores ambientales y personales. Desde esta perspectiva, la discapacidad puede ser entendida como una forma de funcionamiento de la persona en relación con sus capacidades, su estructura corporal y las expectativas de su entorno personal y social. La definición propuesta por la CIF, produjo una mirada diferente a partir de los factores contextuales que favorecen la calidad de vida de las personas.

El concepto de calidad de vida está ampliamente estudiado en el ámbito de las distintas discapacidades y las investigaciones actuales, relacionadas con el tema que nos interesa, se centran en los conceptos de adaptación y afrontamiento. Rodríguez-Porrero Miret (2000) define la calidad de vida como la posibilidad del individuo de decidir y organizar su propia vida, en relación consigo mismo, con los demás y con el medio. El medio o entorno debe ser accesible y adecuado a las necesidades y expectativas de la persona y permitir una relación enriquecedora participativa y no discriminatoria. Joyce-Moniz y Barros (2007) sostienen que en la discapacidad física la calidad de vida está determinada por la experiencia del ajuste a las limitaciones cotidianas que ésta genera, junto con los síntomas somáticos -por ejemplo el dolor crónico asociado-, las reacciones emocionales que se producen y la percepción de control que la persona puede tener en relación con el manejo de su situación de discapacidad. Al respecto, Botero (2013) sostiene que las personas con discapacidad reconocen que sus limitaciones restringen su

participación en las actividades de la vida diaria, lo cual genera la exclusión de ciertos ámbitos. Moreno *et al.* (2006) hacen hincapié en la combinatoria entre discapacidad y falta de recursos económicos, donde esta última obstaculiza aún más la participación en actividades educativas, laborales, recreativas y religiosas de la comunidad a la que pertenecen, limitando sus posibilidades de desarrollo y de inclusión; Cano *et al.* (2006) por su parte sostienen que la calidad de vida incluye la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y disminución de oportunidades a causa de la discapacidad.

En cuanto al papel de la familia en la calidad de vida de la persona con discapacidad, Córdoba *et al.* (2008) y Botero (2013) señalan la existencia de dos enfoques: el tradicional y el positivo. El enfoque tradicional apunta a determinar cuál es el efecto en la familia de la discapacidad de uno de sus integrantes, evaluando aspectos tales como el estrés, las estrategias de afrontamiento, las prácticas parentales, el ambiente familiar, la relación marital, las necesidades familiares, entre otros. El enfoque positivo por su parte, toma en cuenta la calidad de vida centrándose en la familia como unidad de apoyo, valorando las fortalezas de la familia para afrontar la situación de discapacidad de uno de sus miembros.

Según la investigación de Park *et al.* (2002) las familias perciben una mayor calidad de vida cuando sus integrantes tienen sus necesidades satisfechas, disfrutan de tiempo juntos y posean oportunidades para alcanzar sus metas. Diversos autores han estudiado los factores que generan mayor impacto en la calidad de vida de las personas. Kojima *et al.* (2009), Krethong *et al.* (2008), Gaviria *et al.* (2007), Vinaccia *et al.* (2006) y Stuijbergen *et al.* (2005) entre otros señalan que dentro de las condiciones de salud lo que más afecta la calidad de vida es la severidad de los síntomas físicos. La condición de enfermedad y/o discapacidad adquirida o congénita es abordada por Uppal (2006) y Ford *et al.* (2001). Ballesteros *et al.* (2006) estudian la calidad de vida según el tipo de discapacidad o limitación y Pérez *et al.* (2005) se ocupan del grado de independencia y autonomía en las actividades cotidianas como factores que afectan la calidad de vida.

En cuanto a la relación entre discapacidad y afrontamiento, también se trata de un tema estudiado por diversos autores. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento se relaciona con los esfuerzos cognitivos y conductuales que desarrolla un individuo para manejar las demandas internas y/o externas del ambiente.

Así es como González y Padilla (2006) afirman que acontecimientos como el advenimiento de una discapacidad son fuentes importantes de estrés y malestar físico y emocional que requieren el empleo de recursos de afrontamiento, tanto para prevenir el daño como para adaptarse al mismo.

Se han estudiado las estrategias de afrontamiento en discapacidades específicas: por ejemplo Abbott *et al.* (2008), estudian el afrontamiento en la fibrosis quística, y aseguran que para las personas que padecen enfermedades crónicas resulta más adaptativo utilizar una estrategia de afrontamiento enfocada en el problema, Pucheu *et al.* (2004) investigan cómo se da el afrontamiento en situación de diálisis, Taylor *et al.* (2008) se ocupan de pacientes con enfermedad pulmonar terminal, Contreras *et al.* (2007) estudian pacientes con insuficiencia renal crónica, Vinaccia *et al.* (2006) pacientes con lupus eritematoso sistémico, Carlisle *et al.* (2005), mujeres con artritis reumatoidea y Desmond y MacLachlan (2006), personas con amputación de miembro inferior.

En relación con los programas de tratamiento y rehabilitación, Jensen *et al.* (2009) han encontrado que su efecto genera una mejoría altamente significativa en el bienestar subjetivo y la calidad de vida de las personas.

Por último, la adherencia a los tratamientos es otro tema investigado en la discapacidad en la adultez. Botero (2013) afirma que las intervenciones terapéuticas exitosas se encuentran directamente relacionadas con la comprensión de estilos de afrontamiento utilizados por el paciente.

Capítulo 2: Marco teórico

1. Clínica y cambio psíquico

Distintos autores definen el cambio psíquico de distintos modos, coinciden en que todos ponen el acento en los mecanismos de interiorización y en las transformaciones de la dinámica intersistémica. Para la escuela kleiniana, los cambios centrales deben producirse a nivel de las relaciones objetales, tanto internas como externas. Klein (1934) entiende el cambio psíquico como el pasaje de la posición esquizo-paranoide a la depresiva, para su posterior elaboración. Desde Bion (1975), la idea de cambio psíquico está ligada a la de crecimiento o decrecimiento mental. El crecimiento mental se realciona con el hecho de conocer aspectos desconocidos de la propia realidad y elaborarlos con mayor capacidad de abstracción, sin perder el contacto con las emociones. Esto implica tolerar momentos de cambios catastróficos en donde se superan “cesuras” con elaboraciones posteriores. Tanto Bion (1975) como Meltzer (1988) destacan que el cambio psíquico se observa en la tolerancia a la frustración, el contacto creciente con la verdad en la experiencia psíquica, una curiosidad acerca de sí mismo y la disminución de factores que se oponen al crecimiento mental.

Kernberg (1991) señala que el concepto de cambio estructural intrapsíquico refleja la meta de obtener una profunda reestructuración de la vida emocional, la capacidad para conocerse y reflexionar acerca de uno mismo, la posibilidad de crecer emocionalmente y plasmar ese crecimiento en relaciones objetales satisfactorias y un trabajo eficaz. Relaciona esta conceptualización con los resultados obtenidos por Luborsky y Chrits-Cristoph (1990), producto de la aplicación del método CCRT, que estudia las relaciones objetales en la transferencia. En el mismo sentido, valora las investigaciones de Horowitz quien también aborda el estudio de las relaciones objetales en su evaluación del cambio psíquico. Kernberg (1991) señala que el cambio intrapsíquico estructural se presenta en la situación de tratamiento, a través de cambios significativos en los modelos transferenciales dominantes en la organización de las relaciones objetales internalizadas. Diferencia el cambio estructural de la mejoría sintomática y establece que como agentes del cambio, contribuyen tanto el paciente como el psicoanalista. Kernberg (1991) destaca que los indicadores de cambio estructural intrapsíquico se evalúan estableciendo para cada paciente individualmente las relaciones de objeto

internalizadas dominantes y activadas en la transferencia, su cambio significativo es resultado de la interpretación, y la concientización y comprensión de aspectos de conflictos relevantes previamente reprimidos, disociados o proyectados.

Al mismo tiempo señala que el cambio estructural puede ser observado en el contexto del *setting* psicoanalítico, como la capacidad del paciente de llegar a ser conciente de funciones previamente inconcientes del mismo.

García Badaracco (1991) señala que el cambio está asociado indisolublemente al *insight*. Sostiene que éste constituye el mecanismo central para el cambio psíquico y que está promovido por la interpretación, teniendo en cuenta que *insight* y elaboración son dos aspectos de un mismo proceso. Ahora bien, plantea el problema inherente al hecho que si el *insight* es indispensable para el cambio psíquico, dado que muchas veces se producen cambios que están mediatizados por otros agentes que no son el *insight*. También señala que el cambio psíquico se da con el desprendimiento de los objetos internos patógenos y de las identificaciones patógenas, entendiendo el cambio psíquico como una reestructuración identificatoria en el aparato psíquico. Siguiendo a Pichon Rivière señala que cambio e *insight* son dos momentos de un proceso dialéctico que se suceden en espiral: el cambio permite el *insight* y el *insight* un nuevo cambio. De este modo, no concibe al cambio como un cambio único sino como un proceso.

La idea de cambio psíquico trae consigo la de resistencia al cambio, fundamentada en la compulsión a la repetición y en las demás fuentes resistenciales señaladas por Freud (1920g, 1933^a, 1937), que tienden a la estereotipia del aparato psíquico como sistema (Arbiser, 1990; García Badaracco, 1991). Sor y Gazzano (1990) señalan la presencia de tres elementos constituyentes del cambio psíquico para Bion (1965): invariancia, alternación del sistema que conlleva cambio y violencia, a los que ellos agregan tres más: turbulencia, transitoriedad e invariancia.

La presente investigación se desarrolla dentro del campo del psicoanálisis freudiano y post-freudiano (Lieberman, Maldavsky, 1975, Maldavsky 1980, 1986, 1990, 1992, 1995a, 1995b, 1998a, 1998b, 1999, 2003; Maldavsky, et al. 2006). Toma como base el concepto de pulsión desarrollado por Freud (1915c) es decir, la pulsión y su expresión en el deseo, y los mecanismos de defensa, como destinos de pulsión.

Partimos del concepto de pulsión y sus distintos modos de procesamiento individuales que llevan a cada quien a otorgarle diferentes cualidades, tanto a través de sus representantes psíquicos (afecto y representación), como de los procesos de pensamiento (lógicas y mecanismos de defensa) (Freud, 1940^a, 1915c).

El lenguaje es un modo de expresión de los procesos subjetivos y otros serían la percepción, la motricidad, la espacialidad. El análisis del lenguaje -como modo privilegiado de expresión de la mayoría de las personas- permite acceder de un modo más preciso al estudio de los recursos implementados para el procesamiento pulsional y de la posibilidad individual de ajuste a los imperativos de la realidad y de la instancia crítico-valorativa que encarna a los ideales.

Maldavsky (2004) señala que en la evaluación de los procesos terapéuticos se pueden distinguir tres criterios: uno de ellos es descriptivo y consiste en la evaluación de la mejoría en los síntomas, en los rasgos de carácter y el malestar que aqueja al paciente. Otro criterio de evaluación deriva del establecimiento de parámetros específicos, como el logro o el incremento del *insight*, la recuperación de la calidad de los vínculos afectivos y/o laborales del paciente. Un tercer criterio deriva del estudio de los cambios en los mecanismos de defensa.

Tanto el criterio sintomático como el de los parámetros específicos podrían llevarnos a conjeturar cambios en las defensas. Lo mismo se podría decir de la modificación de los rasgos patológicos de carácter o del incremento del *insight*. Sin embargo no siempre estos cambios se corresponden con cambios estructurales sino que tienen que ver con otro tipo de cambio ligado a la maduración vital, la modificación de las circunstancias ambientales o la sugestión.

Freud (1913c) señala: *“Sólo puede sobrevenir una alteración [de los procesos psíquicos] si el proceso conciente del pensar avanza hasta el lugar y vence ahí las resistencias de la represión. [...] Pero agreguemos, a modo de enmienda, que la comunicación conciente de lo reprimido no deja de producir efectos en el enfermo. Claro que no exteriorizará los efectos deseados –poner término a los síntomas-, sino que tendrá otras consecuencias. Primero incitará resistencias, pero luego, una vez vencidas estas, un proceso de pensamiento en cuyo decurso terminará por producirse el esperado influjo sobre el recuerdo inconciente”*. Más adelante agrega: *“La transferencia a menudo basta por sí sola para eliminar los síntomas del padecer, pero ello de manera sólo provisional, mientras ella misma subsista. Así sería sólo un*

Ruth Kazez

tratamiento sugestivo, no un psicoanálisis. Merecerá este último nombre únicamente si la transferencia ha empleado su intensidad para vencer resistencias” (págs. 142-144). Cabe señalar la importancia que Freud le otorga al cambio en la defensa en relación con el *insight*.

Al respecto Maldavsky (2004) remarca que el mejor indicio de una mayor estabilidad de los cambios clínicos es la sustitución de una defensa patógena por otra más benigna. Cuando se combinan los tres factores: cambio en la defensa, *insight* y mejorías sintomáticas o caracteriales, los indicios con que contamos para inferir el éxito o fracaso del tratamiento son más sólidos. Maldavsky (2004) sostiene que la meta central de un tratamiento psicoanalítico es el cambio en la defensa patógena por otra más benigna. Nuestro trabajo parte de estas premisas centrales, a través de las cuales evaluaremos el cambio psíquico estudiando de manera longitudinal los deseos y mecanismos de defensa presentes en el discurso del paciente.

2. Metapsicología.

El psicoanálisis, ciencia de la subjetividad

Comencemos entonces por definir a qué nos referimos cuando hablamos de subjetividad. El problema de la subjetividad puede ser considerado desde la perspectiva freudiana al menos desde tres concepciones (Maldavsky, 1997): la de la oposición actividad-pasividad (1915c), la de la identificación primaria (Freud, 1921c), y la de la conciencia inicial (1950^a, en el *Proyecto de una psicología para neurólogos*).

En “Pulsiones y destinos de pulsión”, Freud (1915c) desarrolla la concepción acerca de la oposición actividad-pasividad. Allí considera la relación entre pulsión, yo y objeto, y postula una premisa: la pulsión es activa para lo anímico mientras que lo anímico es pasivo frente a la pulsión. El yo por su parte, puede salir de la pasividad a la que inicialmente se encuentra sometido frente a la pulsión al conquistar una posición activa frente a un objeto, he ahí la esencia de lo subjetivo. Recordemos el juego del carretel (Freud, 1920g): en donde esto se da exitosamente: el yo logra ocupar la posición-sujeto (que arroja el carretel), activo respecto de un objeto (el carretel, arrojado), en nombre de la pulsión (arrojar). Si el yo no pudiera ser activo, cedería la posición sujeto a otro (la madre que se va), ante la cual se ubicaría como objeto pasivo (ser arrojado por el otro) o bien como pasivo frente a la pulsión y en lugar de arrojar el carretel, se arrojaría a sí mismo de la cuna.

La motricidad como modo de ligar la pulsión, nos lleva a la segunda teoría acerca del sujeto, que complementa la anterior con la hipótesis de la identificación primaria. En *Psicología de las masas y análisis del yo*, Freud estudia qué tipo de vínculo se establece entre el yo y aquel sujeto que ocupa el lugar de ideal. Se trata de una relación particular, puesto que no es objetal: el yo no aspira a tener a ese otro en lugar de ideal sino a ser el otro. En este vínculo se desarrolla en el yo una identificación primaria con ese otro en posición de ideal o modelo, obteniendo como ganancia la posibilidad de sentirse a sí mismo. Cuando el yo se identifica con el ideal ocupa la posición sujeto. La subjetividad desde esta perspectiva está dada por el logro de una identificación primaria. Así como la primera de las teorías incluye la fuente pulsional, aquí aparece la realidad mundana representada en el modelo. La actividad y la identificación primaria se articulan, de modo tal que el yo establece un vínculo con la pulsión, con la realidad y posteriormente con el superyó como instancia representante de ambas.

La teoría acerca de la conciencia inicial (1950^a), habla del nacimiento de lo anímico cualitativo como una novedad frente a lo previo, los aumentos y disminuciones de tensión pulsional. El surgimiento de la subjetividad está dado por la aparición de la conciencia como lugar de cualificación de la pulsión a través de sus representantes, primero como afectos y luego como representaciones. El afecto aparece como primitiva forma de conciencia, como un tempranísimo registro de la propia vitalidad, mientras que las representaciones, en tanto representantes ideativos de la pulsión, se organizan a posteriori como estratos de huellas mnémicas, surgen en períodos sucesivos y poseen un modo de funcionamiento particular.

En síntesis, los procesos subjetivos se originan en el empuje pulsional que, en el encuentro con la subjetividad ajena, culmina en el desarrollo de una cualidad en la conciencia, de donde derivan los afectos y el universo representacional. Los procesos subjetivos tienen su punto de partida en el enlace entre la libido y las percepciones, y comienzan a desarrollarse con el surgimiento de la conciencia, que sólo puede darse en el encuentro con semejantes con una postura empática. Los afectos representan una particular ligadura del incipiente sujeto con sus propios procesos pulsionales.

Si nos proponemos estudiar los procesos subjetivos, debemos partir de la pulsión y sus distintos modos de procesamiento individuales que llevan a cada quien a otorgarle diferentes cualidades, tanto a través de sus representantes psíquicos (afecto y representación), como de los procesos de pensamiento (lógicas y mecanismos de defensa).

El lenguaje es sólo un modo de expresión de los procesos subjetivos, otros serían la percepción, la motricidad, la espacialidad. El análisis del lenguaje -como modo privilegiado de expresión de la mayoría de las personas- permite acceder de un modo más preciso al estudio de los recursos implementados para el procesamiento pulsional y de la posibilidad individual de ajuste a los imperativos de la realidad y de la instancia crítico-valorativa que encarna a los ideales.

Las pulsiones y su puesta en juego

En *Tres ensayos de teoría sexual*, Freud (1905d) describe diferentes actividades sexuales infantiles en las cuales señala que a través de la anáclisis la pulsión sexual se apoya en la pulsión de autoconservación. En este texto surge el concepto de organización o fase. Respecto de las fases de la libido, en 1933^a Freud convalida la

propuesta de Abraham (1924) de discriminar en dos tanto la fase oral como la anal. La fase oral estaría subdividida en dos: una primera fase oral de succión y una segunda fase oral sádica o canibalística; la fase anal por su parte, quedaría diferenciada en dos momentos: una primera fase anal expulsiva y una segunda fase anal retentiva; la fase fálica también estaría separada en dos organizaciones: fálico-uretral y fálico-genital. A este conjunto, Maldavsky (1988a) agregó otro tipo de organización que Freud (1926d) menciona en *Inhibición, síntoma y angustia*, en que la pulsión inviste los órganos internos: una fase preoral intrasomática.

Cada una de estas fases posee un goce erógeno específico, un tipo de motricidad, un tipo de ensambladura de la libido con la pulsión de autoconservación y con la pulsión de muerte –ensambladura que depende en gran medida de las posibilidades de puesta en juego del sadismo a través de la motricidad disponible-, de formalización de la sensorialidad, de huella mnémica y de lógica que rige el pensar inconsciente.

El yo, en tanto, es una estructura compleja que tiene un origen que corre en forma paralela al de las pulsiones. El yo es escritura: inscribe la historia del individuo con la energía que aportan las pulsiones. En la “Carta 52” Freud (1950^a) habla de la constitución del psiquismo por estratificación sucesiva y de reordenamientos o retranscripciones según “nuevos nexos” que reciben las huellas mnémicas preexistentes y que se dan en la frontera entre dos épocas sucesivas de la vida, dándose una suerte de traducción del material psíquico. Cada una de estas retranscripciones es cada vez más compleja y supone la instalación de la inscripción de la anterior y su superación. Cada una de ellas posee funciones distintas y evidencia una diversa relación del individuo con el medio. En el seno del yo se realizarán las retranscripciones y allí también se articularán las distintas lógicas: simultaneidad, contigüidad, analogía y causalidad (Freud, 1900^a, 1912-13, 1950^a, Maldavsky, 1980a).

Ahora bien, el yo tiene que procesar a través de determinados procesos psíquicos distintas exigencias: las pulsionales -para luego estar en condiciones de expresarlas-, las de la realidad inmediata y las del superyó. Tengamos en cuenta que el yo funciona gracias al empuje de las pulsiones que ha acogido en su seno, de las cuales se erige como representante. En este intento de procesamiento y de conciliación se dan distintos desenlaces. Por ejemplo, si no logra una transacción entre las exigencias de estas instancias, el yo está en condiciones de desarrollar determinados mecanismos de defensa, que pueden: o bien, ponerse del lado de la realidad y de las instancias

valorativas, contra la vida pulsional y desiderativa (como la represión) -se trataría de un yo en conflicto con una o varias pulsiones indómitas, que no ha podido acoger-, ubicarse del lado de la insistencia sensual, contra la censura de la realidad y de las estructuras morales e ideales (como la desmentida y la desestimación), o bien, del lado de la pulsión de muerte contra la complejidad de Eros (desestimación del afecto). Todas ellas pueden ser funcionales (normales) o bien patógenas (interfieren en el proceso de complejización yoica). En este último caso, determinan la producción de ciertas estructuras clínicas: neurosis de transferencia (represión), estructuras narcisistas no psicóticas (desmentida) o psicóticas (desestimación de la instancia paterna o de la realidad) o patologías del desvalimiento –tóxicas o traumáticas- (desestimación del afecto).

El estudio de las defensas presenta centralmente un interés clínico, dado que un modo de evaluar el progreso clínico puede ser el cambio de una defensa patógena por una más benigna. Sin embargo, el análisis de las defensas no es el único elemento a tener en cuenta si se trata de estudiar los cambios clínicos, ya que resulta fundamental distinguir si se ha producido algún cambio a nivel pulsional (como ejemplos, en el período de latencia la aparición de los diques psíquicos ante la sexualidad que determina la aparición de formaciones reactivas, en la pubertad la articulación entre las pulsiones parciales y su subordinación frente a la pulsión genital, o bien hacia el fin de la adolescencia, cuando se detiene el crecimiento corporal y la pulsión que hasta ese momento se aplicaba al crecimiento debe encontrar nuevos destinos).

La figurabilidad de la pulsión en los deseos

En “La negación” Freud (1925h) hace alusión a un *“lenguaje de las mociones pulsionales orales”* (pág. 254) refiriéndose a los términos desde los cuales en un sujeto pueden expresarse determinados juicios atributivos. En otro texto, “La predisposición a la neurosis obsesiva” (Freud, 1913i) se refiere a un caso en el que en una misma paciente dos tipos de neurosis parecen coexistir por lo que *“quizá pudiera reclamar el valor de un documento bilingüe y mostrar cómo un contenido idéntico es expresado por las dos neurosis en lenguas diferentes”* (pág. 339). En estas dos oportunidades, Freud se refiere al modo en que las pulsiones se manifiestan a nivel consciente, en el sentido que cada pulsión está en condiciones de encontrar un lenguaje expresivo que la caracterice. Al mismo tiempo afirma que existiría una variedad de lenguajes (en el segundo ejemplo, combina dos) que expresan deseos diversas coexistentes simultáneamente en

un mismo sujeto y que pueden tener destinos psíquicos diversos (mecanismo de defensa, sublimación, entre otros). Esta hipótesis acerca de los lenguajes del erotismo, expuesta por Freud en al menos estos dos textos, se ve apoyada por la experiencia clínica, cuando observamos que cuando un paciente se expresa, lo hace con un un estilo singular.

En “Pulsiones y destinos de pulsión” (Freud, 1915c) Freud habla acerca de los distintos destinos pulsionales. Esto ha servido de sustrato a algunos otros autores que se propusieron realizar investigaciones sistemáticas, como Holt (2007), en Estados Unidos, y Perron (2007) en Francia, aunque ninguno de ellos desarrollo instrumentos específicos para desarrollar investigaciones sistemáticas.

Cukier (1993) al respecto, habla de la organización del discurso del paciente a partir de un acervo de criterios, por parte del terapeuta, a partir de una formalización que él le imprime gracias a su formación analítica como un intento de formalizar la escucha. Es decir que podemos pensar en los lenguajes del erotismo desde dos vertientes: una, partiendo de la pulsión hacia la conquista de un lenguaje, otra, partiendo de la clínica del lado del terapeuta e intentando formalizar las manifestaciones del paciente teniendo en cuenta ciertos criterios.

Dado que en esta oportunidad sólo nos interesa el primero de los caminos, surge un interrogante, y es cómo puede un erotismo determinado formalizarse como lenguaje. Para comenzar a responderlo, resulta indispensable considerar el hecho que entre el goce erógeno particular de cada fase y la producción del lenguaje expresivo existe un estamento intermedio cuya función es dar una primera formalización a la pulsión.

Analizaremos en primer lugar el decurso de la pulsión hasta su encuentro con la percepción. En el punto de inicio está la libido, que tiene como meta el satisfacer la pulsión en la fuente. El desplazamiento pulsional, que devendrá pensamiento inconsciente, va poco a poco vinculando entre sí las representaciones teniendo en cuenta la lógica vigente. Freud (1923b) señala: “*El pensamiento es el desplazamiento de energía anímica en el camino hacia la acción*”. El pensamiento inconsciente contiene una acción aún no desplegada, se trata de un proceso puramente interno (Freud, 1915e) que va desde lo inconsciente hasta la conciencia, poniendo de manifiesto la insistencia de la libido por alcanzar una cualificación sensorial. Dicho de otro modo, el pensamiento inconsciente es de inicio pulsión que circula hasta transformarse en

ligaduras intrapsíquicas. La trasmudación de la libido en sensorialidad, abre el camino al enlace entre pulsión y representación. De este modo la pulsión, a través de los pensamientos inconscientes, logra ligarse a percepciones. Gracias a este proceso se crea la diferencia, la cualidad, junto con la posibilidad de representarlo. Las huellas mnémicas, en tanto primeras inscripciones de la cualidad en el psiquismo, se crean como consecuencia de la unión entre el transcurrir de la pulsión y el encuentro con una percepción.

Sólo en un segundo momento la percepción adquiere significatividad. En conjunto, estos dos momentos se aprecian por ejemplo, cuando para un niño pequeño el mundo sensorial comienza a ser significativo por el enlace de la pulsión con la percepción a través de un proceso de investidura. Es decir que habría dos momentos: el primero, en que se crea la cualificación y el segundo, en donde esa cualificación adquiere significatividad.

Hay un momento en la producción de la significatividad del mundo en donde todavía no hay palabras sino escasas cualidades sensoriales, elementos diferenciales mínimos, por ejemplo un color, una textura, un sonido (en un momento anterior, lo único diferencial son las frecuencias). Aquí hay diferencias de cualidades y el trabajo del yo consiste en encontrar a qué abrocharlas. Sólo cuando se logra dar significatividad a eso que surge como cualidad, se está dando el enlace entre pulsión y representación. Ahora bien, este enlace significativo entre pulsión y representación se da gracias a una tarea desarrollada por el yo en su intento por ser activo frente a la pulsión. Dicho enlace refleja un trabajo en el yo por dotar de significatividad a los procesos pulsionales. En ese intento de producción de la significatividad, el yo intentará -primero de un modo más rudimentario y luego de otros más complejos- volver sensible lo voluptuoso.

Un segundo elemento constituyente de este estamento intermedio merece nuestro detenimiento: la motricidad. En primer lugar, diremos que la motricidad resulta esencial para el yo, ya que le brinda la posibilidad de conquistar la pulsión sádica para luego trasponerla en sensorialidad, para lo cual resulta necesario el desarrollo de la musculatura.

Si tomamos la hipótesis de Klein (1945): *“Las fases libidinales se superponen desde los primeros meses de vida en adelante. Las tendencias del Edipo positivo y del invertido, mantienen una estrecha interacción desde que se incoan”* (pág. 416), acerca de un

momento inicial en el que se superponen y coexisten en el aparato psíquico los distintos erotismos, podríamos pensar que en la medida en que se va dando la maduración neurobiológica en el individuo, éstos van pudiendo procesarse –entre otros factores- gracias al desarrollo de la musculatura aloplástica. La motricidad es un modo de expresión de la pulsión, ya que cada pulsión exige tramitación a través de una gama de acciones a las cuales ese erotismo se liga. Hay motricidades de distinto tipo, sólo por dar algunos ejemplos podemos hablar de aquellas ligadas a la satisfacción de necesidades (respirar), a la actividad perceptual (olfatear), a la expresión afectiva (sonreír), al desempeño aloplástico (arrojar), a las prácticas rituales, al contacto o bien ligadas a la estética, en donde las cuatro primeras muestran claramente el pasaje de un estado de mayor inermidad -tanto frente a la pulsión como frente a los estímulos externos- a otro, en donde apropiarse de la motricidad permite la tramitación de la exigencia sobre todo, pulsional. En “Pulsiones y destinos de pulsión” Freud (1915c) manifiesta cómo se ponen en juego (en el ejemplo, en relación al amor) las metas pulsionales, ligadas a desempeños motrices: *“Etapas previas del amar se presentan como metas sexuales provisionales en el curso del complicado desarrollo de las pulsiones sexuales. Discernimos la primera de ellas en el incorporar o devorar, una modalidad del amor compatible con la supresión de la existencia del objeto como algo separado, y por lo tanto puede denominarse ambivalente. En la etapa que sigue, la de la organización pregenital sádico-anal, el intento de alcanzar el objeto se presenta bajo la forma de apoderamiento, al que le es indiferente el daño o la aniquilación del objeto”* (pág. 133).

La pulsión está al acecho (Freud, 1919e) del acontecimiento gracias al cual logra figurabilidad. Cada pulsión va acompañada de un saber hereditario acerca de cuál es el vivenciar al que puede enlazarse (Freud, 1940a [1938]); nos referimos a una formalización determinada filogenéticamente acerca del mundo sensorial y de la motricidad y una serie de características que se le piden a los contenidos motrices y perceptibles. Hay un componente formal y otro de contenido, en el cual se puede jerarquizar uno o el otro. Del tipo de formalización que se le aplique a la materia sensible, dependerá qué contenidos se destacarán. La motricidad, a diferencia de la percepción, implica el procesamiento pulsional a través del propio cuerpo, la forma y el contenido son propios, en cambio para la percepción el contenido proviene del mundo y

sólo la forma está dada por el sujeto. Para cada uno de los siete lenguajes del erotismo, la formalización diferirá³.

En el estrato intermedio entre la voluptuosidad y el lenguaje se combinan cuatro elementos, que se organizan entre sí: pensamiento, motricidad, percepción y memoria. Estos elementos están al servicio de la figurabilidad de cada pulsión, que a su vez les exige determinado modo de organización. Dicho de otro modo: la tramitación psíquica de determinado erotismo consiste en extraer de éste una lógica que se apoya y se desarrolla sobre la base de una preparación filogenética. Una vez conquistada y organizada la sensorialidad, poco a poco los pensamientos inconscientes irán encontrando modos cada vez más efectivos de hacerse conscientes. Primero, se apelará al registro visual y, luego a un registro motriz (Freud, 1950^a), hasta que finalmente será la palabra el modo más eficaz de lograr hacer consciente lo inconsciente, cuando el aparato psíquico logre su división en instancias (ello, yo, superyo) y sistemas (inconsciente, preconsciente, consciente), luego de producida la represión primordial.

El preconsciente y su legalidad interna

A lo largo de distintos trabajos, Maldivsky (1979, 1985, 1986a, 1988a, 1989b, 1997) estudia la estructura del preconsciente. Destacaremos un aspecto esencial de dicha estructura: su función. El preconsciente tiene como función principal hacer consciente lo inconsciente (Freud, 1915e), a lo cual se añade otra, la de permitir el intercambio interindividual.

En “Pegan a un niño”, Freud (1919e) describe el preconsciente, prestando atención a su enlace con los procesos pulsionales: su límite inferior lo constituye la primera censura y linda con lo inconsciente; su límite superior lo separa de la conciencia a través de la

³ A modo de ejemplo, tomaremos el “observar el aspecto de un semejante” desde los siete lenguajes del erotismo para poner en evidencia cómo frente a una misma vivencia, la formalización difiere:

Libido intrasomática: captará frecuencias por ejemplo, la intensidad tonal del iris de los ojos, que delataría –de ser muy excesiva- una enfermedad hepática.

Oral Primaria: tratará de entender la lógica, las proporciones, la ingeniería del cuerpo. Será un cuerpo que habla de coordenadas.

Oral Secundaria: intentará captar los registros afectivos, por ejemplo, las expresiones faciales, o los hombros caídos.

Anal Primaria: captará la capacidad transformadora de la realidad exterior por parte de los elementos motores del cuerpo. Se trata de un cuerpo en acción, por ejemplo, impartiendo una orden.

Anal Secundaria: reparará en el aspecto: la limpieza, la pulcritud, el orden.

Fálico Uretral: se preocupará por ejemplo, por las distancias que establece con los otros.

Fálico Genital: tendrá en cuenta el componente estético, por ejemplo, la belleza.

segunda censura. En esta estructura tienen especial valor por un lado, los procesos acontecidos en el ello que buscan cualificación y por otro, ciertas normas consensuales, que permiten y al mismo tiempo condicionan el modo de intercambio con los semejantes. En este texto, Freud propone la existencia de una estratificación de fantasías, unas sepultadas por la represión primordial (integrantes de diversos complejos: Edipo, castración, fraterno) y otras más cercanas a la conciencia, separadas de ella por la segunda censura. Las fantasías integran elementos de los deseos como expresiones de la pulsión, de la representación anímica de la realidad y del superyo, y de acuerdo con cuál sea la defensa puesta en juego, será el carácter de la formación preconciente.

En el primer estrato del preconsciente, el contenido consiste en un conjunto de fantasías masoquistas (Maldavsky, 1980^a, 1986, 1997). En este nivel, cada pulsión encuentra representantes: cada uno de los siete lenguajes pulsionales posee un tipo específico de goce, de procesos afectivos, de lógica del pensamiento, de motricidad eficaz, de formalización de la sensorialidad y de manifestaciones, verbales y sonoras, que verá representados fundamentalmente en palabras.

En el segundo estrato del preconsciente las fantasías primordiales se expresan como historias que en cada lenguaje del erotismo se organiza de un modo diferente (Maldavsky, 1980^a). Alude a dos estados y tres transformaciones: un estado inicial (fantasía de vida intrauterina), una primera transformación (fantasía de seducción), una segunda transformación (fantasía de escena primordial), una tercera transformación (fantasía de castración) y un estado final.

En el tercer estamento, la segunda censura aplica transformaciones a través de ciertas reglas de decibilidad -o normas consensuales-, que desfiguran el material anímico según determinados criterios. Maldavsky (1980^a, 1986^a, 1992, 1997^a) propone distinguir entre seis tipos de condiciones impuestas a las formaciones sustitutivas para acceder a la conciencia y la manifestación: orgánicas, fonémicas, sintácticas, semánticas, pragmáticas y lógicas. Los procesos retóricos establecen modos reglados de trasgresiones a dichas reglas, que ponen de manifiesto los recursos anímicos del yo para encontrar transacciones entre sus tres amos. La defensa funcional permite operar las transformaciones retóricas como expresión de determinado lenguaje del erotismo. En su libro sobre el chiste, Freud (1905c) describe un repertorio de juegos retóricos, que pueden ser descriptos como trasgresiones regladas de las normas consensuales y que representan transacciones entre el deseo y la realidad representadas en el psiquismo. La

defensa patógena se presenta como una perturbación retórica que afecta a un sector definido de dichas normas. Es decir que el yo debe encontrar transacciones entre el erotismo que busca ser expresado en palabras y las reglas de decibilidad, lo que da como resultado para cada erotismo, estilos, contradicciones, una temporalidad, una espacialidad. Las fantasías en este estrato reciben diferentes alteraciones y retoques, producto del efecto que han tenido sobre ellas los procesos retóricos.

Anteriormente nos hemos referido a la coexistencia de varios lenguajes del erotismo en un mismo sujeto, al tiempo que coexisten distintos sistemas defensivos. Desde esta perspectiva, es posible identificar y determinar preeminencias en el material analizado y detectar cuáles son los puntos de urgencia clínicos.

Los mecanismos de defensa

Freud sostenía que todas las defensas se caracterizan por la tentativa de desalojar algo (un pensamiento, un recuerdo, un juicio, una percepción) de la vida psíquica y reemplazarlo por una formación sustitutiva. Maldavsky (2013) propone, para diferenciar entre las defensas, tomar en cuenta aquello que el yo pretende desalojar de sí en cada ocasión y aquello a lo que recurre como reemplazo de lo rechazado. Aquello que pretende desalojar queda investido en la vida anímica y aquello que lo reemplaza queda sobreinvertido. Aquello que el yo pretende desalojar, y con lo cual está en conflicto, puede ser un deseo, un juicio derivado de percepciones, un juicio valorativo y un matiz afectivo.

Siguiendo a Freud, definimos los mecanismos de defensa como procesamientos desarrollados por el yo para enfrentar los conflictos en que debe mediar entre tres sectores que a menudo se encuentran en conflicto: las pulsiones y los deseos, la realidad y el superyó. Los mecanismos de defensa intentan reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad, constancia y equilibrio del sujeto. El agente de estas operaciones es el yo. Las defensas tienen una meta genérica y otra específica. La meta genérica es mantener algún tipo de equilibrio narcisista y se relaciona con el destino de la pulsión. La meta específica se relaciona en cambio con la oposición a uno de los amos del yo. Algunas de ellas son opuestas al deseo (a la pulsión), otras a la realidad y otras al superyó.

Una primera clasificación de las defensas tiene en cuenta si son patógenas o funcionales. Tanto unas como otras pueden presentarse en tres estados: exitoso, fracasado o mixto. Las defensas patógenas son aquellas que promueven grados de descomplejización en el aparato psíquico mientras que las defensas funcionales son aquellas que promueven grados de creciente complejización.

En cuanto a los estados, debemos tomar en cuenta si las metas genéricas y específicas se han logrado. Puede ocurrir que solo una de ellas se alcance (oponerse a uno de los amos del yo), pero no la otra (por ende, que el esfuerzo de la defensa representado por el mantenimiento del narcisismo no se logre eficazmente).

Caracterización de los mecanismos de defensa

Los distintos cuadros psicopatológicos, se diferencian entre sí sobre la base de la organización del preconciente, ya que el inconciente está constituido sobre una serie de contenidos y organizaciones formales universales.

Como veremos, las defensas pueden clasificarse de distintos modos. Un modo de clasificación posible de la defensa puede ser desde la perspectiva del lugar en que el yo queda ubicado, en relación con la pulsión y la realidad. El yo puede quedar del lado de la pulsión y producirá, entonces, una defensa contra la realidad, si por el contrario, queda del lado de la realidad, la defensa será contra la pulsión.

En el caso que la defensa sea ante la realidad, respondiendo al principio de placer, estamos hablando de los mecanismos de desmentida y desestimación.

En el caso que la defensa sea ante el deseo como representante de la pulsión, nos encontramos con la represión.

En el caso que la defensa sea ante el afecto como representante de la pulsión, la defensa es la desestimación del afecto.

Cada una de las defensas centrales puede diferenciarse por aquello que el yo pretende desalojar, pero también por aquello a lo cual el yo recurre para colocar en lugar de lo rechazado. Cuando lo rechazado es el representante de un deseo, en su lugar el yo coloca nuevas representaciones, por lo general embellecedoras y acordes con las exigencias valorativas. Cuando lo rechazado es un juicio representante de la realidad, el yo apela a otras percepciones, que permiten reemplazar el juicio al cual el yo se opone por otro. Cuando lo rechazado es un juicio valorativo, el yo suele sustituirlo por

imágenes de sí mismo de carácter grandioso. Por fin, cuando lo rechazado es un matiz afectivo, el yo apela a sustituirlo por placeres orgánicos.

Cada defensa, funcional o patológica, implica algún tipo de empobrecimiento de alguno de los sectores de la vida psíquica. Una defensa opuesta a un deseo es psíquicamente menos costosa que una opuesta a la realidad u opuesta al juicio valorativo del superyó, pero la defensa más costosa es aquella que pretende eliminar el matiz afectivo y sustituirlo por estados corporales. Cuando esta defensa es patológica, conduce al desarrollo de tipos de manifestaciones clínicas (ver cuadros 10, 11 y 12)

Defensas funcionales

También las defensas funcionales centrales tienen su costo, ya que implican volverse contra alguno de los sectores en conflicto en el yo, con excepción de la defensa acorde a fines. Algunas cuestionan los deseos, otras la realidad y/o las normas del superyó. Todas ellas pueden combinarse con cualquiera de los deseos.

La creatividad se opone a deseos y al mismo tiempo a percepciones y juicios, apelando a recursos que al mismo tiempo implican un reconocimiento de la realidad y sobre todo de la ley. En el humor por ejemplo, puede darse un triunfo sobre la realidad displacentera gracias al amparo del superyó (Freud, 1927d).

Permite alcanzar un placer simultáneo con la producción de una manifestación; es decir, el preconiente no opera con la contrainvestidura del deseo sino que altera regresivamente su forma (no su contenido) para dar expresión a un deseo sin que al mismo tiempo se dé una elevación de los ideales.

La sublimación se opone a deseos y al mismo tiempo a percepciones y juicios, apelando a recursos que al mismo tiempo implican un reconocimiento de la realidad y sobre todo de la ley. Puede darse la ilusión de sustituir una realidad inmediata por un producto generado por la propia mente, al mismo tiempo que se respetan ciertas leyes, entre ellas las propias de la práctica en cuestión.

Le impone a la pulsión sexual un cambio de meta, la desexualiza, lo cual se combina con una elevación de los ideales, que imponen el desarrollo de manifestaciones con un valor social.

Cuadro XI – Estructuras clínicas, componentes y defensa central

Estructuras	Neurosis de transferencia	Caracteropatías narcisistas no psicóticas	Psicosis	Patologías tóxicas y traumáticas
Componentes	Histeria de conversión Histeria de angustia Neurosis obsesiva	Caracteropatía transgresora o perversa Caracteropatía depresiva Caracteropatía esquizóide	Paranóia Melancolia Esquizofrenia	Adicciones Afecciones psicósomáticas Neurosis traumáticas
Defensa central	Represión	Desmentida	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna	Desestimación del afecto

Fuente: Maldavsky (2004:167)

Cuadro XII– Similitudes y diferencias entre las defensas centrales contra la realidad: desmentida, desestimación, acorde a fines, inhibición, creatividad y sublimación

Defensa	Se opone a	Procedimiento	Recurso	Estructura clínica
Desmentida	Percepción y/o afectos, juicios objetivos, juicios críticos contra el yo	Refutación del juicio objetivo y/o crítico	Extraído de la realidad objetiva (p.e. fetichismo)	Caracteropatías narcisistas (esquizoides, depresivas, paranoides, sobreadaptadas)
Desestimación		Abolición del yo que formula el juicio objetivo y/o crítico (yo real definitivo) o del yo sujeto del afecto (yo real	Producido en el yo mismo como sustituto de la realidad abolida (p. e. alucinación o hacer cuentas)	Psicosis (esquizofrenia, melancolía, paranoia) y perturbaciones tóxicas y traumáticas

		primitivo)		
Acorde a fines		Transacción funcional entre la pulsión (desexualizada), la realidad y el superyó.	Actividad estudiantil o laboral	
Inhibición		Freno de la consumación de la pulsión		
Creatividad		Regresión formal del preconscious al funcionamiento inconsciente (con el aval del superyó)	Humor, artes culinarias	
Sublimación		Cambio de meta de la pulsión y elevación del ideal	Obra con valor cultural	

Fuente: Maldivsky (2013:34)

Cuadro XIII– Similitudes y diferencias entre las defensas opuestas al deseo: represión con y sin rasgos caracterológicos, acorde a fines, inhibición, creatividad y sublimación

Defensa	Se opone a	Procedimiento	Recurso	Estructura clínica
Represión más rasgos caracterológicos	Deseos	Desinvestidura preconscious (que no da cabida a contenidos inconscientes) y sobreinvestidura de objetos decepcionantes	Rasgos de carácter en los nexos intersubjetivos	Caracterologías neuróticas
Represión	Deseos	Desinvestidura preconscious (que no da cabida a contenidos inconscientes) y contrainvestidura del preconscious	Formación sustitutiva	Neurosis de transferencia
Acorde a fines		Transacción		

		funcional entre la pulsión (desexualizada), la realidad y el superyó		
Creatividad		Regresión formal del preconscious al funcionamiento inconsciente (con el aval del superyó)	Chiste	
Sublimación		Cambio de meta de la pulsión y elevación del ideal	Obra con un valor cultural	

Fuente: Maldivsky (2013:35)

Cuadro XIV– Similitudes y diferencias entre defensas no patológicas

	Freno de la consumación de una pulsión	Armonía con el contexto	Respeto de normas	Desafío reglado de normas	Desafío reglado de normas y exigencia de trabajo sobre la producción precedente
Acorde a fines		X	x		
Inhibición	x	X	x		
Creatividad		x	x	x	
Sublimación		x	x	x	x

Fuente: Maldivsky (2013:35)

Defensas patológicas

Represión

La represión primordial surge cuando existe un conflicto entre deseos: el deseo amoroso hacia la madre está interferido por la supuesta amenaza proveniente del padre. El deseo hostil hacia el progenitor del mismo sexo es contradictorio con el amor hacia él. La necesidad de preservar el narcisismo y el amor de los padres lleva a sepultar del deseo prohibido en un territorio psíquico separado que es el inconsciente. La necesidad de mantener alejado este deseo de la conciencia, determina la separación de las tres instancias (inconsciente, preconscious y conciencia), cada una de las cuales es regida por

leyes diferentes. Por el efecto de esta defensa se produce una modificación en el yo placer para defenderse de la amenaza de castración.

La represión propiamente dicha o secundaria surge cuando una instancia conciente o preconciente rechaza un contenido hacia el inconciente. La atracción que lo reprimido primariamente ejerce sobre estos nuevos contenidos, hace que cualquier idea, imagen o recuerdo relacionado, sea objeto de la represión. Cuando esta nueva representación entra en contacto con lo que provocó el rechazo inicial, ambas representaciones forman una nueva estructura. Dado que lo reprimido continúa actuando y generando derivados, el mantenimiento de la represión requiere un constante gasto de energía, lo cual redundará en un empobrecimiento general desde el punto de vista clínico.

En la represión secundaria hay dos mecanismos en juego: el retiro de la investidura de ciertas representaciones palabra y la conrainvestidura. La represión se ejerce sólo sobre la representación, pero no sobre el monto de afecto al cual la representación se halla ligada. La representación se convierte en inconciente y el afecto en preconciente. El destino de este monto de afecto ligado a la representación puede tener diferentes posibilidades: 1) quedar totalmente sofocado, 2) reaparecer bajo la forma de un afecto cualquiera o 3) transformarse en angustia. La represión secundaria puede ser exitosa o fracasada. Es exitosa cuando logra sofocar por completo los deseos rechazados. Cuando fracasa, se da el retorno de lo reprimido bajo la forma de lapsus, actos fallidos, olvidos o síntomas.

Desmentida

Así como la represión primordial surge frente a los deseos incestuosos, la desmentida surge en relación a un juicio traumatizante ligado a una percepción que amenaza romper un vínculo de identificación primaria. En el caso de la desmentida, el yo placer se mantiene, a costa de rechazar un juicio. Freud (1927e) sostiene que el niño ante la percepción de la falta del pene supuesto en la madre, se opone al juicio que afirma esta ausencia. El juicio que sostiene esta percepción traumatizante es el juicio de existencia, que caracteriza al yo real definitivo.

Freud (1925h) define el juicio de existencia como una decisión que toma el yo real definitivo acerca de si algo que ha sido representado existe o no en la realidad externa. Debe entonces, aceptar o impugnar el enlace entre representación y realidad. Ya no

importa sólo lo que es placentero, sino además, si lo representado se puede reencontrar en la realidad, supuestamente objetiva.

El yo, ante el registro de la supuesta falta en la madre, se opone al juicio de existencia, que afirma la ausencia, y realiza un desplazamiento a otra percepción a partir de la cual puede sostenerse en él la creencia de la madre fálica. Esta defensa no supone que aquella parte del yo que sostiene el juicio traumatizante se desorganice sino que lo que ocurre es una escisión en el yo, una de cuyas partes sostiene una afirmación contradictoria con el juicio de la otra. El yo placer sostiene la existencia del falo materno, mientras que el yo real definitivo sostiene la percepción de la falta.

Esta defensa promueve una escisión del yo donde por un lado éste acepta una realidad objetiva y legal displacentera y en consecuencia procura por un lado, decidir y actuar de acuerdo con ello, y por otro, refuta el reconocimiento de los hechos y de la ley para mantener una determinada satisfacción pulsional. Se trata de una defensa que cuando es exitosa, sostiene la paradoja de rechazar la realidad estando conectado, pero también puede fracasar. Dicha escisión del yo determina la existencia de dos organizaciones preconcientes que poseen reglas diferentes, en un caso predomina el vínculo de ser y en el otro el vínculo de tener y de hacer. Por un lado encontramos las identificaciones primarias, coincidentes con el mantenimiento de los deseos incestuosos, mientras que por el otro estas identificaciones entran en contradicción con las investiduras edípicas de objeto. La corriente psíquica de la desmentida es compatible con el mantenimiento de deseos incestuosos, que en cambio se vuelven traumáticos para la otra corriente psíquica, que se relaciona con la represión.

La desmentida tiende a conservar, por un lado, la investidura de alguien como modelo - en su origen la madre fálica y luego el padre, también fálico, omnipotente- y por otro, el autoerotismo. El yo mantiene con la persona investida en el lugar psíquico de modelo una relación de sujeto, que lo provee de un ilusorio sentimiento de sí. Por esta razón, y como consecuencia de la pérdida o bien de la idealización de quien ha sido investido como modelo, o de la posibilidad de sostener la identificación con ese modelo, la amenaza de trauma consiste en que se desorganice en el aparato psíquico un vínculo de identificación primaria. Otra alternativa consiste en que el yo no se enfrente con el trauma de la desidealización del modelo, sino con el de su propia diferencia con respecto a él, en cuyo caso, el sentimiento de sí resulta igualmente inaccesible aún cuando el ideal se mantenga.

Cuando esta defensa es exitosa, suele presentarse como desarrollo de relatos con un carácter eufórico así como cuando fracasa, aquello que durante su éxito origina el sentimiento de sí y permite mantener la identificación, se presenta invertido de signo y determina el sentimiento de lo siniestro. El éxito de este mecanismo defensivo implica la puesta de una percepción, su recuerdo o bien una acción en el lugar del registro traumático. En el caso del fetichismo lo que se coloca en el lugar del registro de la diferencia es un objeto generalmente construido a partir del mismo canal perceptivo que registró la falta: la vista.

El éxito de la desmentida deja al yo a merced de los deseos incestuosos e involucra: 1) poder mantener la conexión con la exterioridad en la medida en que los demás contribuyan a apuntalar la defensa, 2) rechazar fragmentos específicos de la realidad y la ley, 3) sostener la ilusión de omnipotencia. Su fracaso puede abarcar a alguno o varios de estos tres objetivos e implica que el yo asuma el juicio de existencia antes desmentido y cambie de posición al encontrar siniestro lo que anteriormente hallaba familiar. Si fracasa en los dos primeros aspectos, se observa en el plano de las manifestaciones que el paciente está replegado, en donde fracasa la conexión con la realidad y el sostén del narcisismo, pero no por eso se da un retorno de lo desmentido.

Otra alternativa es que no sólo fracasen la conexión con la realidad y el sostén del narcisismo sino que también fracase el rechazo de la realidad y de la instancia paterna, con lo cual se da un retorno de lo desmentido.

El retorno de lo desmentido supone cuatro cuestiones: 1) aparición de afectos displacenteros, 2) retorno de la ley (en su versión sádica), 3) cambio de signo en el doble, 4) prevalencia de un lenguaje del erotismo sádico anal secundario, fálico uretral o fálico genital, en versiones no patógenas.

Desestimación de la realidad

Así como la desmentida genera una escisión en el yo, en el caso de la desestimación, encontramos una inhibición del yo real definitivo. Es un modo de reacción frente a lo displacentero que pretende la no constitución de la estructura psíquica generadora de la realidad.

En las estructuras narcisistas el yo que sostiene el juicio traumatizante se mantiene escindido, mientras que en las psicosis queda abolido. La escisión fracasa al no haber un yo real definitivo que sostenga un juicio traumatizante. En la psicosis, la desestimación está ejercida por el yo placer y se dirige contra una percepción.

Del yo placer, sólo se mantiene como estructura una parte omnipotente, narcisista, que es proyectada hacia un otro del cual el paciente se supone víctima, es decir que el psicótico queda ubicado en el lugar de ayudante de un yo placer que se ha vuelto exterior y hostil. La proyección del yo placer, deja al paciente desubjetivado, convertido en objeto. También quedan proyectados los restos desarticulados del yo real definitivo que retornan bajo la forma de delirios, alucinaciones y autorreproches.

Desestimación del afecto

En relación con la desestimación del afecto, Maldavsky (1992) tiene en cuenta las formulaciones expresadas por Freud (1923d) acerca de una defensa de la pulsión de muerte en contra de Eros, es decir una tendencia a vaciar lo anímico de toda energía de reserva y dejar al yo en estado de desfallecimiento.

La desestimación del afecto puede entenderse a partir de la definición general del mecanismo, la oposición a lo nuevo. Cuando lo nuevo es el afecto, la desestimación que se opone a él tiende a eliminar el sujeto del sentir y suele ser el complemento de la desmentida o de la desestimación de la realidad y de la instancia paterna.

Esta defensa puede ser exitosa o fracasar. Si es exitosa, el paciente mantiene su equilibrio narcisista, mientras que si fracasa puede caer la ilusión de omnipotencia, pero no por ello retornar el afecto abolido. El retorno de lo desestimado suele ocurrir bajo la forma de intrusión orgánica y de dolor somático. En algunos casos puede retornar el afecto desestimado acompañado de un estado de dolor orgánico y de angustia.

Estudio de los mecanismos de defensa

Maldavsky (2004) sostiene que podemos abordar la investigación sistemática de los mecanismos de defensa desde cuatro puntos de vista:

- 1) Teórico
- 2) Psicopatológico
- 3) Técnico
- 4) Clínico

Teórico

Desde el punto de vista teórico, los mecanismos de defensa se pueden pensar desde dos enfoques, uno de mayor grado de generalidad y otro de abarcatividad menor:

- 1) como destinos de pulsión en el yo, como por ejemplo la transformación en lo contrario, la vuelta contra la propia persona, la represión, la sublimación, la formación reactiva, la identificación, la proyección y otros mecanismos más, sean normales o patológicos. La desestimación y la desmentida son defensas que se oponen a la realidad y/o a la instancia paterna, por lo tanto no podríamos afirmar en estos casos que tales defensas sean destinos pulsionales en el yo, sino más bien de la realidad y/o del superyó. Sin embargo, podemos pensarlo de otro modo: estas defensas con ciertas transformaciones dejan libre curso a la pulsión, y en este sentido también son un destino de ésta en el yo.
- 2) como efecto del conflicto que el yo tiene con sus tres amos, pulsión, realidad y superyó. Como no siempre el yo puede encontrar transacciones aceptables entre estos tres amos en pugna, debe colocarse a favor de uno y en contra de otro.

Freud (1950^a) afirma que la pulsión exige la conquista de representantes en lo anímico: los afectos y las representaciones. Ahora bien, éstas no son las únicas manifestaciones pulsionales ya que otros destinos de pulsión son los procesos de pensamiento. Dentro de éstos ubicamos las lógicas anímicas y los mecanismos de defensa.

Freud (1915c) define como destinos de pulsión la transformación en lo contrario, vuelta sobre sí mismo, represión, sublimación. Estas defensas son destinos de pulsión en un yo.

En relación con la desmentida y la desestimación, se trata de defensas que se oponen a la realidad y/o al superyó. Podemos decir que estas defensas son destinos de la realidad y no de la pulsión o del superyó en un yo. Sin embargo, son defensas que dejan libre curso a la pulsión. Desde aquí podemos también pensarlas como destinos de pulsión.

Las defensas poseen dos objetivos:

- 1) mantener una ilusoria integridad yoica, sostener el sentimiento de sí
- 2) oponerse a alguno de los amos del yo (realidad, pulsión, superyó), siendo esta última un medio para alcanzar la primera.

Para preguntarnos por el éxito o el fracaso de la defensa debemos seguir dos orientaciones (Maldavsky, 2004):

- 1) si logra o no su meta ligada al narcisismo,
- 2) si logra o no mantener sofocados a los representantes anímicos de ese amo al que se opone.

Cuando la defensa no logra alcanzar la segunda meta, nos hallamos ante el retorno de lo sofocado (de lo reprimido, de lo desmentido, de lo desestimado).

Cuando la defensa no logra alcanzar la primera meta nos hallamos ante estados afectivos displacenteros, pero no necesariamente ante un retorno de lo sofocado.

Entonces, si queremos evaluar el estado de una defensa, debemos tomar en cuenta si se han logrado ambas metas.

En el análisis de los mecanismos de defensa pueden darse tres alternativas. Que la defensa resulte:

- 1) totalmente exitosa
- 2) totalmente fracasada
- 3) parcialmente exitosa/fracasada

La investigación sistemática de los deseos y las defensas nos permite realizar inferencias acerca de los tipos de yo en juego, su funcionamiento y su estado. Si prevalece el erotismo intrasomático, es posible investigar sobre el yo real primitivo, si predomina la oralidad primaria, el autoerotismo inicial, y así sucesivamente, como lo indica el siguiente cuadro:

Cuadro XV – Deseos y estructuras yoicas

Deseos	Estructuras yoicas
LI	Yo real primitivo
O1	Autoerotismo
O2/A1	Yo placer purificado
A2/FU/FG	Yo real definitivo

Fuente: Maldivsky (2004: 29)

Psicopatológico

La teoría de la defensa en el conflicto del yo con sus tres amos categoriza estructuras psicopatológicas. Según cuál defensa prevalezca, cambia la estructura clínica. Las defensas opuestas a la pulsión y el deseo están representadas básicamente por la represión, aquellas opuestas a la realidad son la desmentida y la desestimación de la realidad. Las defensas dirigidas al superyó pueden ser represión, desmentida y desestimación. La defensa de la pulsión de muerte contra las pulsiones de vida es la desestimación del afecto (Maldivsky, 1992, 1995^a). En las neurosis de transferencia

(histerias de conversión y de angustia y neurosis obsesivas) predomina la represión. En las estructuras narcisistas no psicóticas (caracteropatías trasgresoras y perversas, caracteropatías depresivas y caracteropatías esquizoides) prevalece la desmentida. En las psicosis (paranoia, melancolía, esquizofrenia), la desestimación de la instancia paterna y habitualmente también de la realidad. En las neurosis tóxicas (afecciones psicósomáticas, adicciones) y traumáticas, tiene hegemonía la desestimación del afecto:

Cuadro XVI – Defensas prevalentes en las distintas estructuras clínicas

Estructuras	Neurosis de transferencia	Caracteropatías narcisistas no psicóticas	Psicosis	Patologías tóxicas y traumáticas
Componentes	Histeria de conversión Histeria de angustia Neurosis obsesivas	Caracteropatía trasgresora o perversa Caracteropatía depresiva Caracteropatía esquizoide	Paranoia Melancolía Esquizofrenia	Adicciones, afecciones psicósomáticas Neurosis traumáticas
Defensa central	Represión	Desmentida	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna	Desestimación del afecto

Fuente: Maldavsky (2004: 167)

Tanto la represión, la desmentida, la desestimación como la desestimación del afecto son comunes a varias estructuras clínicas. Desde esta clasificación no podemos dar cuenta de las diferencias entre los distintas subcategorizaciones dentro de cada estructura. Además de estos cuatro mecanismos ya considerados, que permiten diferenciar entre estructuras de un modo grueso, otros dos factores dotan de rasgos distintivos, más finos, a ciertas configuraciones. Tales factores son:

- 1) las fijaciones pulsionales (que se convierten en puntos a los cuales la erogeneidad y/o el yo, como lenguaje de pulsión, regresan en el proceso defensivo)
- 2) las defensas que complementan a las básicas.

Respecto de las fijaciones pulsionales, podemos establecer algunos de sus nexos con las defensas genéricas ya mencionadas:

Cuadro XVII – Defensas como destinos de una pulsión sexual

Erogenicidad	LI	O1 O2 A1	A2 FU FG
Defensa	Desestimación del	Desmentida	Represión

	afecto	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna	
--	--------	--	--

Fuente: Maldivsky (2004: 173)

También podemos establecer nexos entre fijaciones pulsionales, defensas y estructuras:

Cuadro XVIII – Fijaciones pulsionales, defensas y estructuras

Estructura	Histeria de conversión	Histeria de angustia	Neurosis obsesiva	Esquizofrenia	Caracteropatía trasgresora	Paranoia
Erogeid ad	FG	FU	A2	O1	A1	A1
Defensa	Represión	Represión	Represión	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna	Desmentida	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna

Estructura	Melancolía	Caracteropatía esquizoide	Caracteropatías depresivas	Patologías tóxicas y traumáticas
Erogeid ad	O2	O2	O1	LI
Defensa	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna	Desmentida	Desmentida	Desestimación del afecto

Fuente: Maldivsky (2004: 173)

El punto de vista psicopatológico incluye un grupo principal de estructuras y otro derivado. El principal comprende: 1) neurosis de transferencia, 2) caracteropatías narcisistas no psicóticas, 3) psicosis, 4) patologías tóxicas y traumáticas. Como derivadas, ubica las caracteropatías histéricas, fóbicas y obsesivas (en las cuales un síntoma neurótico se asocia con un rasgo de carácter que deriva de una fijación pulsional sádico anal secundaria, fálico uretral o fálico genital), las caracteropatías psicóticas (en las cuales una alucinación o un delirio se combina con una alteración del carácter producto de la fijación pulsional oral primaria, sádico oral secundaria y sádico anal primaria) y las caracteropatías sobreadaptadas (en las cuales un rasgo de carácter derivado de la fijación en el erotismo intrasomático se combina con patologías tóxicas transitorias). En estas caracteropatías se observa una identificación con un objeto

decepcionante, y en casi todas (salvo la caracteropatía psicótica) una desmentida secundaria a los mecanismos principales. Hay otro derivado de la neurosis de transferencia: las psicosis (o locuras) histérica, fóbica y obsesiva. Entre ellas predomina la desestimación de la realidad por culpa.

En resumen, Maldavsky (2004) plantea el siguiente agrupamiento de las estructuras clínicas:

- 1) Neurosis de transferencia. Caracteropatías derivadas. Psicosis derivadas
- 2) Caracteropatías narcisistas no psicóticas
- 3) Psicosis. Caracteropatías derivadas
- 4) Patologías tóxicas y traumáticas. Caracteropatías derivadas.

Clínico

La teoría de la defensa sirve para evaluar procesos psicoterapéuticos, entre los cuales distinguimos tres criterios de evaluación:

- 1) descriptivo
- 2) establecimiento de parámetros específicos que el terapeuta decida medir, tales como: mejoría en la calidad de los vínculos afectivos o laborales
- 3) estudio de los cambios en las defensas de una patológica a otra más benigna.

De los tres criterios, el último resulta un mejor indicio de mayor estabilidad de los cambios clínicos.

Técnico

Propone discriminar cuál es la defensa central sirve para establecer el tipo de escucha, el tipo de intervención, qué se le pide al paciente, en definitiva hacia adónde apunta el proyecto del terapeuta. La meta es la sustitución de una defensa patógena por una más benigna.

Corrientes psíquicas

Freud (1918b) utilizó el término "corriente psíquica" en términos generales cuando trató de explicar la complejidad de la estructura psíquica del Hombre de los Lobos: *“Al final subsistieron en él lado a lado, dos corrientes opuestas, una de las cuales abominaba de la castración, mientras que la otra estaba pronta a aceptarla y consolarse con la feminidad como sustituto. La tercera corriente, más antigua y profunda, que simplemente había desestimado la castración, con lo cual no estaba todavía en cuestión*

el juicio acerca de su realidad objetiva, seguía siendo sin duda activable. Justo de este paciente he referido en otro lugar una alucinación que tuvo a los cinco años” (p. 78-79).

En el párrafo citado Freud (1918b) hace referencia a la coexistencia de tres corrientes en un mismo paciente: una de ellas acepta de la realidad de la castración cuya consecuencia es la sofocación del deseo, otra desestima la castración y la tercera corresponde a lo que luego designaría como desmentida (Freud, 1927e).

Las corrientes psíquicas hablan de un yo que no es una unidad completa y homogénea, sino que se encuentra fragmentado de acuerdo a los diferentes destinos de pulsión, en una serie de sectores que coexisten. A este concepto recurren autores de la escuela kleiniana, entre los que se encuentran Bion (1967) y Steiner (1992, 2012).

En nuestras latitudes, Maldavsky (1990) lo retoma en su lectura de la obra freudiana señalando que se trata de un concepto útil para conectar la discusión teórica y las manifestaciones clínicas, y en el Algoritmo David Liberman, en cuyo eje se encuentra operacionalizado en términos de deseos y defensas (Maldavsky, 1996).

Freud (1923b) hace referencia al triple vasallaje del yo respecto de la pulsión, la realidad y el superyó, señala que entre estos tres amos del yo suelen presentarse conflictos, donde cada corriente psíquica se diferencia por el modo en que aspira a resolverlos. También (Freud, 1924b) sostiene que las estructuras clínicas pueden entenderse teniendo en cuenta el principal conflicto que el yo tiene que enfrentar. En las neurosis, el conflicto (y la defensa) se da respecto de los deseos, en las psicosis, el conflicto (y la defensa) se da respecto de la realidad, y en la melancolía, el conflicto (y la defensa) se da respecto del superyó. Al respecto Maldavsky (2004) afirma que este concepto surge cuando Freud intenta conectar esas propuestas con los problemas clínicos, encuentra que son restrictivas, dado que las circunstancias clínicas exigen una concepción más compleja. Bion (1957) se refirió a una parte psicótica y otra no psicótica de la personalidad. De este mismo modo lo entendieron Liberman (1970), Meltzer (1974, 1975, 1992), O'Schaughnessy (1981), Steiner (1995), Grinberg (1976, 1977), Bleger (1967, 1971, 1972), Marucco (1998) y otros. Maldavsky (2013) señala al respecto que algunos de estos autores dieron un nombre a cada sector de la vida psíquica, entre ellos “posición”, o “parte”, mientras que otros hablaron acerca del conflicto entre dos defensas del yo, cada una de ellas como expresión de un sector enfrentado con el otro. Sostiene que esta propuesta permite dar un lugar a múltiples componentes psíquicos y matices en un conjunto complejo y heterogéneo.

Freud (1927e, 1940e) señala que las corrientes psíquicas constituyen orientaciones alternativas para resolver el conflicto entre los complejos de Edipo y de castración. Es así que en un mismo paciente puede darse una coexistencia entre varias corrientes, con un predominio relativo y transitorio o duradero de alguna de ellas. Describe una corriente que acepta una realidad desagradable, mientras que la otra lo rechaza. Las dos corrientes hacen transacciones diferentes.

Maldavsky (2004) advierte que en un mismo paciente pueden coexistir dos posiciones que permiten inferir la presencia de dos corrientes psíquicas: una que se opone a deseos y otra que se opone a la realidad. Una de ellas por ejemplo, puede avalar el deseo edípico y enfrentarse a los representantes psíquicos de la realidad y del superyó; mientras que otra, puede avalar estas instancias contra los representantes psíquicos de la pulsión y una tercera puede contraponerse más específicamente a las instancias valorativas y críticas, sea que estas representen a la pulsión, o bien a la ley. Cuando estas corrientes se despliegan y entran en conflicto, se desarrollan las defensas correspondientes: represión, desmentida, desestimación de la realidad y de la instancia paterna, desestimación del afecto (Maldavsky, 1986, 1992, 1999, 2002a). Se trata de defensas centrales que constituyen la base de las estructuras clínicas, las cuales se complementan con otras defensas, secundarias a la principal.

La aplicación clínica de este concepto se da en el hecho que permite vincular un enfoque global de un paciente con un estudio minucioso de los matices de ese mismo paciente. Podríamos decir que este es un concepto que se encuentra en el cruce entre investigación teórica y clínica. En la investigación clínica sistemática, la variable "corriente psíquica", corresponde a un estrato conceptual intermedio, menos abstracto que los conceptos de yo, ello y superyó, y menos empírico que represión o desmentida. Sus dimensiones son los deseos y las defensas. Esta categorización permite realizar estudios comparativos de un mismo paciente, como es el presente estudio, o bien entre distintos pacientes.

3. Psicopatología

Trauma y Neurosis traumáticas

Las pulsiones y lo traumático. Acerca del dolor y su posibilidad de tramitación anímica

Las pulsiones son el motor de la vida psíquica. Al respecto, podríamos dar dos definiciones (Roitman, 1999): 1) concepto límite entre lo psíquico y lo somático, 2) concepto que alude a la aspiración a retornar a un estado anterior. Este motor, presenta conflictos en su interior, dado que existen dos tipos de pulsiones: pulsiones de vida o Eros, que resultan una exigencia de trabajo para lo psíquico y pulsiones de muerte, que exigen el inmediato retorno a lo inerte y representan una exigencia de trabajo para Eros (Maldavsky, 1992). Dentro de las pulsiones de vida encontramos las pulsiones de autoconservación, que representan los intereses del yo y son egoístas y las pulsiones sexuales. Las primeras, están reguladas por el principio de constancia y, apuntaladas en éstas, se organizan las pulsiones sexuales. Las pulsiones de autoconservación invisten al propio cuerpo y también a los objetos que satisfacen las necesidades, mientras que las pulsiones sexuales pueden investir al cuerpo bajo la forma de autoerotismo, al yo bajo la forma de narcisismo y a los objetos.

La pulsión de muerte es descripta inicialmente por Freud (1920g) a través de los fenómenos de compulsión a la repetición, que observa en tres campos diferentes: el juego infantil, las neurosis de transferencia y las neurosis traumáticas, que distinguen dos tipos de repetición: tanto en el juego infantil, en que el niño intenta repetir experiencias placenteras, como en las neurosis de transferencia, en donde el paciente presenta resistencias a romper antiguas represiones, la repetición está al servicio del principio de placer. El tercero de los campos, el de las neurosis traumáticas, presenta otro tipo de repetición, al servicio de la exigencia del principio de Nirvana: un intento de llevar al aparato psíquico a una inactividad absoluta, en donde éste pareciera pasivo frente a una repetición que se le impone.

Freud (1926d) sostiene que el concepto de trauma es esencialmente económico, y se define como la invasión de exigencias endógenas o exógenas que irrumpen en el sistema (psíquico o neuronal) cuya tramitación resulta imposible, que determina un desprendimiento de libido narcisista bajo la forma de un afecto displacentero que inunda la conciencia. Si se trata de una imposibilidad respecto de exigencias endógenas,

sobreviene una estasis de la autoconservación; si la imposibilidad se da respecto de exigencias exógenas, la consecuencia es el surgimiento de un dolor que no cesa.

Para pensar lo traumático, debemos desarrollar previamente dos conceptos: el de dolor y el de conrainvestidura. Neves y Hasson (1994) distinguen en la obra de Freud tres tipos de dolor: 1) aquel del cual es posible fugar, que se encuentra en el fundamento de los mecanismos de defensa, 2) aquel ligado al incremento de la tensión de necesidad (vivencia de dolor), 3) aquel del cual no se puede fugar y que exige una interferencia que opere sobre el sistema nervioso (dolor). Freud (1950) distingue entre vivencia de dolor y dolor: en la primera, se conserva el matiz afectivo mientras que en el segundo éste desaparece, el sistema neuronal queda atravesado por la magnitud que lo arrolla y suprime las diferenciaciones estructurales. En el caso del dolor el sistema en su totalidad se transforma en pasadero, dejando como resultado una marca duradera: la disposición a hacer retornar el trauma.

Respecto de la conrainvestidura, este concepto es utilizado en el contexto de las neurosis de transferencia (1915d y 1926d), y de las neurosis traumáticas (1920g) (Roitman, 1993). En este último caso, Freud (1920g) desarrolla el modelo de la conrainvestidura teniendo en cuenta el concepto de dolor: *“Es probable que el displacer específico del dolor corporal se deba a que la protección antiestímulo fue perforada en un área circunscrita. Y entonces, desde este lugar de la periferia, afluyen al aparato anímico central excitaciones continuas como las que, por lo regular, sólo podrían venirle del interior del aparato. Y qué clase de reacción de la vida anímica esperaríamos frente a esa intrusión, una investidura energética de nivel correspondiente. Se produce una enorme “conrainvestidura” a favor de la cual se empobrecen todos los otros sistemas psíquicos, de suerte que el resultado es una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica”* (pág. 29-30). Esta operación de conrainvestidura interna, económica, con libido sustraída de otros lugares empleada para contornear la zona de intrusión y frenarla, resulta en definitiva empobrecedora del resto de la economía anímica. Esto puede evitarse si al esfuerzo de neutralización se le agrega una elaboración psíquica eficaz o el auxilio del contexto empático.

Volvamos a la cuestión de lo traumático. Debemos tener fundamentalmente en cuenta un modelo económico del aparato psíquico inicial: se trata de un aparato que intenta

mantenerse libre de estímulos, dado que no se encuentra en condiciones de tramitarlos. A tal fin, crea una coraza de protección antiestímulo (1950^a, 1920g) cuya función es proteger al aparato de los estímulos mecánicos, y se construye sobre la base de la introyección de una función inicialmente cumplida por un agente externo empático, que actúa como filtro. Si esta función de filtro no se puede efectuar adecuadamente, este mecanismo puede volverse patógeno, en cuyo caso la armonización de libido intrasomática es sustituida por una tendencia a la descarga de energía psíquica al modo de una hemorragia donde el aparato tiende a vaciarse hasta llegar a un cero absoluto. Esta tendencia al cero absoluto es denominada por Freud (1920g) principio de Nirvana y es considerado el principio que rige la pulsión de muerte. En este caso, se daría un trauma sin conrainvestidura simbólica.

En el caso que la protección antiestímulo logre consolidarse y resulte luego perforada, se produce un trauma psíquico. Esta perforación se produce como consecuencia de una combinatoria entre intensidad del estímulo, la posibilidad que tiene ese aparato de desarrollar un apronte angustiado y desarrollar la investidura de atención y en tercer término, el grado de organización del yo. Esta combinatoria conjuga dos factores: el factor externo, mecánico: la intensidad, y un factor interno: la posibilidad del aparato de regular el impacto traumático y de desarrollar la angustia señal.

La coraza de protección puede erigirse contra los estímulos exteriores pero no contra los interiores, que no puede reducir. Es decir que el trauma por la pérdida del asistente en función materna se produce no sólo porque frente a este tipo de estímulo no existe barrera protectora sino porque desde el aparato psíquico surge, ante el incremento de la tensión de necesidad una investidura de anhelo que no encuentra un objeto para investir. Como consecuencia, la energía pulsional es tomada por el aparato como si fuera mecánica, volviéndose hiperintensa e intramitable. Con el trauma se produce un drenaje hemorrágico que impone el vaciamiento pulsional del aparato, que se manifiesta como estupor o pérdida de conciencia. Un primer esfuerzo psíquico impondría el intento de dominar el trauma y ligarlo psíquicamente, y con este fin, se daría una repetición activa del mismo. Cuando se recupera el dominio sobre la pérdida de energía psíquica, el aparato está en condiciones de volver a funcionar bajo el imperio del principio de placer. Si por el contrario, se produce una fijación al trauma, se da una imbricación entre el estancamiento de la autoconservación y un dolor que no cesa.

En el caso en que la coraza protectora queda perforada en un punto, se desarrolla una conrainvestidura interna, mientras que en los casos en que la coraza no llega a constituirse o queda arrasada, resulta imposible recurrir a la conrainvestidura, dado que no se encuentra disponible, por lo cual la energía del sistema queda nivelada en cero. En el caso del dolor que no cesa, la energía de conrainvestidura resulta insuficiente, y como consecuencia se pierde esa tensión vital propia de Eros, arruinándose. Tanto en el trauma por arrasamiento de la coraza antiestímulo como en el dolor que no cesa, se da un pasaje de la vivencia de dolor al dolor (Maldavsky, 1995). La economía pulsional queda atravesada como por un rayo (una frecuencia diversa de la neuronal) y esta pérdida de la tensión vital deja como cicatriz una duradera viscosidad erótica sin aplicación, derivada de un estancamiento de la autoconservación. Lo notable de esta cicatriz –que implica en sí misma una tendencia a hacer retornar el trauma- es que hace que se repita por compulsión a la repetición, algo que jamás fue conciente dado que nunca fue cualificado. Se trata de una memoria de acontecimientos puramente económicos. Por tratarse del mecanismo de compulsión a la repetición, está presente el componente libidinal que se liga en este caso con la irrupción de una energía mecánica desmesurada. En lo traumático, la energía fluye, pero por una efracción en el yo, por la cual la energía se escapa hemorrágicamente. Las repeticiones se producen a expensas de la pulsión de vida, intentando enlazar las representaciones entre sí para frenar el drenaje libidinal.

El valor de las incitaciones mecánicas en las neurosis traumáticas

La articulación entre dolor y estasis de la autoconservación que se da en las neurosis traumáticas parece derivar de una incitación mecánica. Freud (Nunberg y Federn, 1967) opone las incitaciones mecánicas a las químicas (pulsionales): dado que mientras unas operan en el mundo físico, las otras intervienen respecto de lo anímico. Compara las neurosis traumáticas con las neurosis actuales, destacando que en las segundas la incitación es química mientras que en las primeras es mecánica, pese a que posiblemente promuevan un efecto químico: la estasis de la autoconservación.

Señalemos que la mecánica de los cuerpos vivos (motilidad voluntaria o involuntaria) está en el terreno de la respuesta activa ante incitaciones endógenas o exógenas, mientras que la mecánica de los cuerpos inertes son las incitaciones mecánicas propiamente dichas. Las incitaciones mecánicas en general son captadas por los órganos

sensoriales y su frecuencia es traducida a cualidades sensoriales. En este caso la coraza de protección antiestímulo no resulta afectada, dado que el estímulo no es desmesurado para ese aparato en particular, y se da la posibilidad de registro como impresiones sensoriales.

Agregaremos a la ya descrita (Maldavsky, 1995) cuatro consecuencias posibles de la articulación entre incitaciones mecánicas y químicas:

- 1) el desarrollo de la coraza antiestímulo: en este caso las frecuencias tienen una función neutralizadora tanto de hipertrofias sensoriales que no pueden ser ligadas, como de la tendencia al drenaje libidinal. Como generalmente estas dos alternativas funcionan en conjunto, la función de la incitación mecánica aportaría una dirección a la homeostasis, que Maldavsky (1992, Waddington, 1957) denomina homeorrhesis. En este caso la excitación sensual se sosiega por una incitación mecánica complementaria, como se da por ejemplo en el acunamiento.
- 2) desarrollo de excitaciones sensoriales: aquí la incitación mecánica tiene un valor erótico (Freud, 1905d), en donde para generar una tensión ligada al principio de placer, debe darse una articulación entre ritmos endógenos e incitaciones exógenas, fundamentalmente representadas en la figura de la madre.
- 3) intrusiones dolorosas: se dan cuando la incitación mecánica atraviesa la coraza de protección antiestímulos y surge el dolor que exige una contrainversión económica interna.
- 4) arrasamiento de la energía pulsional: aquí la incitación mecánica arrasa la coraza, de modo tal que resulta imposible una contrainversión interna. En este caso, el esfuerzo por recuperar un enlace entre la incitación mecánica y el quimismo pulsional puede dar origen a una autoestimulación rítmica que opera a modo de una contrainversión del trauma, tal como se da en los denominados “procedimientos autocalmantes”.

Estos procedimientos son descritos por Smadja (1993) Fain (1993) Donabedian (1993) y Szweic (1993) y se definen como un conjunto de recursos para dominar la excitación apelando a la percepción o a la motricidad, en donde el yo es sujeto y objeto. Dichos estímulos rítmicos aumentan la tensión endógena como modo de prevenir las aceleraciones sensoriales hipertróficas. Smadja (1993) se refiere a estos procedimientos como relacionados con traumas tempranos que retornan en el presente, y establece una relación: “*los procedimientos autocalmantes del yo son a la angustia (de) desvalimiento lo que los síntomas neuróticos son a la angustia de castración*” (pág. 21). Se trata de

procedimientos implementados por el yo, que no constituyen conrainvestiduras simbólicas frente a un trauma sino conrainvestiduras económicas. Podremos pensarlos como efecto de una fijación a una vivencia de dolor, en donde el yo sobreinvierte su motricidad para regular sus tensiones y no entrar en desesperación. En la situación traumática, el desvalimiento del yo suele provenir de la combinatoria de un dolor orgánico desmesurado y la estasis de la autoconservación. En estos casos el vaciamiento de las pulsiones de vida resulta máximo y en consecuencia el estancamiento pulsional atañe no sólo a las pulsiones de autoconservación sino también a las sexuales. Especialmente una pulsión, la de curación (Freud, 1933a) sufre las consecuencias. Esta pulsión aspira a reconstituir una armonía vital perturbada por determinadas circunstancias y el estancamiento en la autoconservación puede conducir a una alteración en dicha disposición: ocurre un cambio en las aspiraciones vitales que potencia situaciones tóxicas, que se vuelven duraderas, en lugar de luchar por restaurar o sostener una tensión vital constante. Freud (1923b) sugirió que ante la aparición de una amenaza externa desmesurada en relación con los recursos anímicos disponibles, surge en el aparato psíquico la vivencia de haber sido abandonado por los padres protectores. En consecuencia, se produce como desenlace el retiro de la investidura de autoconservación y libidinal del yo: el yo se deja morir.

Masoquismo erótico y toxicidad pulsional en las neurosis traumáticas

“En las neurosis traumáticas prevalece un criterio consistente en la tendencia a trasmudar la energía química en mecánica. Este último pasaje puede presentarse como un estallido de furia devastadora contra el propio estado de inermidad”. (Maldavsky, 1995, pág. 175)

Freud relaciona a lo largo de su obra al masoquismo a dos conceptos: uno, el de sadismo; otro, el de pulsión de muerte, que reflejan la evolución de su pensamiento en dos momentos diversos: para el primero, la hipótesis de la oposición pulsional vigente en 1914: pulsiones sexuales vs pulsiones del yo, mientras que para el segundo, incluye el concepto de pulsión de muerte. Ambas explicaciones son esencialmente económicas, es decir que se tienen en cuenta esencialmente pulsiones y afectos (Roitman, 1993).

En relación con el primero, Freud (1905d, 1915c y 1919e) lo relaciona con el sadismo, su par antitético. En 1915 desarrolla una articulación entre sadismo y masoquismo, en donde postula la existencia de un sadismo presexual cuyo único placer consiste en la

agresión y la destrucción, y de un momento posterior masoquista, en que el dolor despierta un incremento de la excitación sexual. Aquí propone la existencia de una pulsión de dominio, derivada de las pulsiones de autoconservación, que se proyecta parcialmente al exterior gracias al uso de la musculatura aloplástica, cuyo fin es el apoderamiento. Se abren preguntas en torno de la ganancia de placer a partir del dolor, que encuentran un desarrollo ligado a un planteo cuantitativo acerca de cantidades irrumpientes y su modo de cualificación.

En lo que concierne al segundo, en 1924 Freud alude a una nueva combinatoria pulsional: entre Eros y pulsión de muerte, que refleja el esfuerzo por parte de la primera por neutralizar a la segunda, que opera en el interior del organismo. Freud (1924c, pág 169) sostiene lo siguiente: *“En el ser vivo (pluricelular), la libido se enfrenta con la pulsión de destrucción o de muerte; ésta, que impera dentro de él, querría desagregarlo y llevar a cada uno de los organismos elementales a la condiciones de la estabilidad inorgánica (...). La tarea de la libido es volver inocua esta pulsión destructora; la desempeña desviándola en buena parte-y muy pronto con la ayuda de un sistema de órgano particular, la musculatura- hacia afuera, dirigiéndola hacia los objetos del mundo exterior. Recibe entonces el nombre de pulsión de destrucción, pulsión de apoderamiento, voluntad de poder. Un sector de esta pulsión es puesto directamente al servicio de la pulsión sexual, donde tiene a cargo una importante operación. Es el sadismo propiamente dicho. Otro sector no obedece a este traslado hacia fuera, permanece en el interior del organismo y allí es ligado libidinosamente con ayuda de la coexcitación sexual antes mencionada; en ese sector tenemos que discernir el masoquismo erógeno, originario”*. En este texto señala la presencia de un masoquismo originario, que pese a ser posteriormente proyectado en gran medida bajo la forma de sadismo, permanece en el interior bajo la forma de masoquismo erógeno que ha devenido un componente de la libido (gracias a la ligadura entre pulsión sexual y pulsión de muerte) y que sigue conservando al mismo tiempo como objeto al propio yo. Un sector de la pulsión de muerte impone la repetición del trauma y no puede procesarse a través del surgimiento de las pulsiones de destrucción, que pasan a ser pulsiones derivadas. La ligadura entre Eros y pulsión de muerte, como modo de neutralización de la segunda, es un intento de libidinizar un trauma, que se expresa como compulsión a la repetición y que se manifiesta como goce en el dolor. Freud (1940^a) postula que como consecuencia de los traumas y de la defusión pulsional puede

producirse un trastorno en las pulsiones de autoconservación, por lo cual el individuo sólo busca su autodestrucción. Freud (1924c, pág 170) añade: *“El masoquismo erógeno acompaña a la libido en todas sus fases del desarrollo, y le toma prestados sus cambiantes revestimientos psíquicos. La angustia de ser devorado por el animal totémico (padre) proviene de la organización oral; el deseo de ser golpeado por el padre, de la fase sádico-anal (...)”*. Dado que a las fases del desarrollo que Freud postula, Maldavsky (1992) agrega la de libido intrasomática, cabe la pregunta acerca de la forma que toma el masoquismo erógeno en esta fase. Al respecto, Maldavsky (1986, págs, 51-52) escribe: *“Freud (1915c) describió (...) que la sensación de hambre deriva de la acidez que corroe la mucosa del estómago, y que la sensación de sed proviene de la sequedad de la mucosa de la garganta. En uno y otro caso advertimos que la pulsión de autoconservación alcanza un modo provisorio y autodestructivo de cancelación de la tensión al tomar a una parte del organismo como objeto, en el contexto del privilegio de la pulsión de muerte. Este proceso de autofagocitación en que las vicisitudes abarcan sobre todo a la autoconservación, parece ser un fundamento, una matriz, la misma del dolor orgánico (...) para el desarrollo posterior del masoquismo erógeno, en que las vicisitudes abarcan sobre todo la sexualidad. En el caso del hambre, sólo la puesta de un objeto alimenticio permite la detención del proceso de autofagocitación que desestructura a un organismo complejo y lo vuelve a su forma elemental, anorgánica. En el caso del sadomasoquismo autoerótico primordial, el proceso sólo puede ser interferido por un agente exterior al infante, pero este requisito necesario debe acompañarse por otro, por un movimiento psíquico que arroja el objeto fuera de la fuente erógena y sensorial”*.

En los casos no patológicos, se produce una fusión entre pulsiones sexuales y de autoconservación, los estímulos mecánicos se distinguen de los pulsionales, se constituye una energía de reserva y el sistema neuronal deja de ser pasadero. Las percepciones y los afectos logran matices diferenciales y la coraza antiestímulo se pone al servicio de proteger un equilibrio endógeno. El principio de Nirvana es neutralizado por el dicho acople pulsional y surge el primer desenlace: el surgimiento de los afectos primordiales, de carácter automático, y que caracterizan un momento en que se desarrolla una cualidad inicial en la conciencia, que depende del encuentro con un interlocutor empático.

En estos otros casos, el trauma expresa la irrupción de cantidades en un yo no preparado para elaborarlas. Ahora bien, la inermidad del yo puede estar dada, o bien por fallas en la constitución de la coraza protectora, o bien por perforaciones en una coraza ya constituida. Dichas perforaciones pueden darse en los casos en que el sistema nervioso queda atravesado por una frecuencia muy diversa de la neuronal: la incitación mecánica propia de lo traumático sustituye a la cualificación sensorial y la conciencia desaparece. La incitación pulsional (química) debe ajustarse a otra frecuencia, acorde con la estructura del sistema neuronal, pero en el grado tóxico -cuando ocurre un estancamiento- se modifica el modo en que es procesada la incitación endógena. Ésta es tomada por el aparato como si fuera exógena (dado que es exterior al sistema neuronal mismo), diluyéndose la diferencia entre incitación mecánica y química. Maldavsky (1995) define este proceso patógeno en donde la energía química se transforma en mecánica como aceleración tóxica. Ésta no sólo tiene un carácter arrasador, imposible de ser elaborado, sino también una naturaleza carente de vitalidad, que pone en evidencia la vigencia del principio de Nirvana.

Cuando predomina este principio, las exigencias pulsionales son procesadas al modo de la energía mecánica, como si evitara una intrusión en una estabilidad previa. En este caso, como no existe energía de reserva en el sistema porque fue expulsada, y ésta es la energía disponible para la producción de acciones específicas, se generan estasis libidinales y de la autoconservación. En este caso el dolor y la estasis de la necesidad coinciden, dado que el estímulo endógeno y el quimismo pulsional son equiparables a lo mecánico. *“Parecería que este criterio inicial, en que lo químico es procesado como mecánico, como exógeno e intrusivo para el sistema neuronal, se enlaza con el desacoplamiento entre sexualidad y autoconservación, con la falta de apuntalamiento de la primera en la segunda, en lugar de lo cual aparece un goce orgánico por la descarga de toda tensión vital”* (Maldavsky, 1995, pág. 176).

Los estímulos mecánicos conmocionan el sistema a tal punto que defusionan su nivel de organización más complejo, en cuyo caso la pulsión de muerte (regida por el principio de Nirvana) desplaza al principio de placer. Freud (1926d) señala que a consecuencia de este estado de inermidad del yo, el aparato psíquico repite el trauma, en un intento de investir al yo, para que éste esté en condiciones de elaborarlo. El problema de estos intentos de elaboración de los traumas bajo la forma de compulsión a la repetición, es que siguen teniendo como base un yo inerte, que sólo los padece. Se trata de un

proceso puramente económico, en donde se ponen en juego procesos de descarga pulsional, en donde no están presentes representaciones y cuyo objetivo consiste en restablecer un mundo simbólico que permita la cualificación de dichas cantidades. Como consecuencia se produce aquello que Roitman (1993, pág 148) señala: “(...) *por qué ciertos montos pulsionales, inicialmente presentados como tensión sexual somática y luego como libido insuficientemente tramitada, producen efectos corporales que no pueden ser tramitados como psíquicos.(...) Las cantidades, o la angustia se constituyen en traumáticas, no procesables por falta de complejización del psiquismo, configuran una estasis inicial, tóxica. Se produciría una fragmentación temprana del psiquismo, con un punto de fijación primitiva, con inhibición (parcial) del desarrollo, especialmente el desarrollo del yo*”. Estos traumas tempranos, producidos por magnitudes irrumpientes coinciden en gran medida con la presencia de fallas en la función de filtro materna, dejando facilitaciones permanentes hacia la compulsión a la repetición. En esencia, lo que se repite es el no registro de las necesidades como propias, la imposibilidad de realizar acciones específicas, la fijación a la intrusión mecánica, la falla en el encuentro con otro empático.

En el apartado anterior hacíamos referencia a las consecuencias de la aparición de una amenaza externa desmesurada, al hecho que el yo se deje morir. Este fenómeno implica al menos tres procesos (Maldavsky, 2000): 1) una fijación a un objeto en el cual se combinan una violencia desmesurada y una falta de investidura del sujeto. 2) una tendencia a neutralizar los esfuerzos de cualquier fragmento pulsional residual que pretenda la complejización. Esta oposición esterilizante es realizada activamente contra las aspiraciones de Eros. En este caso, la libido se alía a la pulsión de muerte, contra la pulsión de autoconservación. 3) El tercer proceso corresponde a una sobreinvestidura de estados como la apatía y el sopor.

Perturbaciones en el yo real primitivo

En el inicio de la vida del niño, el yo no está diferenciado del ello, sino que nos encontramos con dos elementos: las incitaciones pulsionales y el sistema nervioso. La tendencia a la descarga a través del arco reflejo es contraria a la conservación de la vida orgánica, dado que el aparato psíquico, para funcionar, necesita disponer de un monto energético de reserva. Esto implicaría que la tendencia a la descarga masiva poco a poco vaya siendo sustituida por otros mecanismos alternativos frente a las cantidades, como

por ejemplo, la fuga (Freud, 1915c). La diferenciación entre los estímulos provenientes del exterior y del interior se realiza a través del empleo de este mecanismo ya que sólo puede fugarse de los estímulos exógenos. Por lo tanto, aquello de lo que se puede fugar, comienza a conformar un exterior desinvertido, indiferente, diferenciable de un interior investido. Según Roitman (1997) el interior, investido, está integrado por montos pulsionales que toman la forma de: a) angustia y desarrollos de afectos, como procesos que tienden a la desinvertidura y que al mismo tiempo proporcionan tensiones a lo anímico, b) investidura de órganos, que dará origen a un proceso representacional cuya base se origina en la ligadura de la pulsión con la sensorialidad. Es el yo realidad originario (Freud, 1915c), también denominado por Maldavsky (1992) yo real primitivo, quien organiza el pasaje de un momento inicial en que predominan las cantidades a un momento posterior en que dichas cantidades adquieren cualidad. Con este fin, las frecuencias relacionadas con la transmisión de energía, y la posibilidad de organización de una coraza de protección antiestímulos permite que los estímulos externos lleguen al sistema disminuidos y fraccionados. En este momento, la alteración interna coincide con la acción específica. A través de la alteración interna se logra satisfacer la pulsión (dormir, respirar, por ejemplo), y también surgen los afectos y las somatizaciones. Asimismo, por alteración interna se crea una coraza tónica como defensa ante ciertos dolores de la periferia interior.

Roitman (1997) señala que la hipertrofia de esta coraza puede testimoniar un estado tóxico, de una estasis pulsional temprana, en cuyo caso quedaría perturbada la base de la conciencia originaria. Se trata de una conciencia referida a los propios estados internos, y la posibilidad de registro representacional a través de huellas mnémicas, distinta de la conciencia pensar secundaria. Esta conciencia originaria es una de las condiciones para que el aparato psíquico se desarrolle, está en los orígenes del yo real primitivo y se va formando con la organización de la coraza de protección antiestímulos. Como contenidos de esta conciencia originaria encontramos los afectos. Roitman (1999) sostiene al respecto: *“puede ocurrir que un déficit en este terreno conduzca al énfasis en la atención dirigida hacia un mundo exterior, mientras que un resto de pulsión, que no puede cualificarse por este camino y permanece en estasis, promueva el desarrollo de una acción motriz inespecífica, tipo hiperkinesia. El precio pagado por la combinación entre hipertonicidad y sobreinvertidura del mundo sensorial distal, ambas con un valor defensivo patológico, consiste en una falta de cualificación (ligadura)*

pulsional, una tendencia fallida a la tramitación inespecífica vía motilidad hiperkinética y una disposición a las somatizaciones en lugar del desarrollo de afecto” (pág. 259).

La base de las representaciones-cosa podríamos referirla a las representaciones-órgano (Roitman, 1997), como primera unión de las pulsiones con la sensorialidad interoceptiva –corazón, pulmones, aparato digestivo- que es investida en el tránsito de la vida uterina a la extrauterina (Freud, 1926d). La posibilidad de registrar como propios ciertos estímulos derivados de los órganos va constituyendo una representación-cuerpo. Esta investidura se constituye sobre la base del dolor corporal, con el modelo de la conrainvestidura. Una vez que el dolor cesa, permanece la investidura del órgano. Cuando varias de las investiduras de órganos se ligan entre sí con cierta armonía, en torno del principio de constancia, se constituye el yo real primitivo.

En un momento posterior el yo se complejiza, configurando el yo placer purificado, ya que deja de organizarse según haya aumentos o disminuciones de la tensión para pasar a organizarse según la polaridad placer-displacer (Freud, 1911b, 1915c), que registra los aumentos de excitación en términos de displacer y su alivio a través de la acción específica, que constituye la vivencia de satisfacción. Este yo reconoce como propios los estímulos placenteros y proyecta los displacenteros.

Clínica

Discapacidad y psicoanálisis

El ingreso a la discapacidad. Aportes a la conceptualización de Jorge Cantis

El ingreso a la discapacidad implica una situación potencialmente traumática, entendiendo a lo traumático como un conjunto de incitaciones improcesables para un yo que carece de apronte angustiado, por lo cual queda en estado de indefensión. Este estado se equipara al del neonato, quien depende de un asistente que realiza por él determinadas acciones específicas, para que subsista y se desarrolle tanto biológica como psíquicamente. La irrupción del déficit, puede reeditar una invasión de la cantidad de tal magnitud que la elaboración psíquica resulte imposible. Se trata de estímulos que por su intensidad pueden no ser cualificados por la conciencia bajo la forma de impresiones sensoriales, sino que perforan o arrasan la coraza de protección antiestímulo. La situación descripta produce dolor, acompañado de una abolición de la conciencia, que deja una fijación duradera.

Las causas que producen el déficit pueden ser congénitas o adquiridas; y ocurrir en la infancia, la adolescencia, la adultez o la vejez. También puede producirse de modo accidental, abrupto o progresivo (Cantis, 1995). En este último caso será conveniente tener en cuenta si la discapacidad que advino fue evitable o no en algún momento.

La combinatoria entre las causas del ingreso a la discapacidad, el modo y el momento vital en que se produjo da por resultado una articulación específica, que en cada caso se conjuga dentro del esquema de las series complementarias, tal como intentaremos mostrar a continuación:

a) Causas del ingreso: Éstas pueden ser heredadas o adquiridas. Cuando se da una discapacidad heredada, el individuo queda expuesto a un trauma producido no sólo desde el propio cuerpo, sino desde las generaciones precedentes. ¿Qué sentido anímico se le da a este padecimiento, producido por “causas ajenas”? ¿Es vivido como propio? ¿De qué modo es significado desde el mito familiar? En relación con la enfermedad congénita, Freud (1916d) dice: *“En una de las pacientes de este tipo se instaló tal actitud frente a la vida al enterarse ella de que un doloroso padecimiento orgánico, que le había impedido alcanzar sus metas vitales, era de origen congénito. Mientras creyó que ese padecimiento era una adquisición tardía y contingente, lo*

sobrellevó con resignación; desde que se la esclareció sobre su carácter hereditario, se alzó en rebeldía” (pág. 320).

b) Modalidad de ingreso: Puede ser accidental, abrupta o progresiva y además provenir desde la realidad o bien estar asociada a motivos internos o interno-externos. El hecho de haber sido accidental, abrupta o progresiva implicará tener en cuenta si ha podido existir alguna anticipación del advenimiento de la discapacidad, y si ésta ha sido evitable (si ha requerido algún cuidado específico y se produjo porque ese cuidado no fue tenido en cuenta -por ejemplo, la amputación de una pierna en un diabético-). Cuando el trauma proviene desde la realidad, se trata de un estímulo mecánico irrumplente captado por los órganos sensoriales, pero que perfora la protección antiestímulo de que dispone ese yo. En el caso del trauma asociado a motivos internos, es un estímulo desbordante que proviene del propio organismo: lo pulsional (lo químico) se vuelve mecánico, en el sentido que se convierte en exógeno para el sistema neuronal. Es el cuerpo mismo o una parte de éste quienes ya no responden, producto de una modificación del grado de integración entre pulsiones de vida y pulsión de muerte. Tanto los traumas exógenos como aquellos asociados a motivos endógenos, reconocen como mecánica la energía que los provocó. Sin embargo, no podemos desestimar la importancia del factor anímico en un trauma cuya etiología se asocia a motivos internos. Como ejemplos de traumas asociados a motivos endógenos podemos encontrar aquellos producidos por patologías o déficits orgánicos, congénitos o hereditarios o patologías orgánicas autoinmunes y como ejemplos de traumas exógenos, se encuentran los accidentes. Existe otro tipo de trauma, de origen diverso, que articula lo psíquico y lo orgánico, donde distinguimos aquellos producidos por accidentes a repetición, por déficits autoprovocados, por patologías orgánicas evitables, de individuos que han “desobedecido las voces del propio cuerpo” (Cantis, 1995).

c) Momento vital en que el déficit se produjo: Siguiendo esta línea y el tipo de déficit en juego podemos evaluar el tipo de impacto que produjo en el aparato psíquico, teniendo en cuenta el grado de estructuración del mismo y las posibilidades que éste disponía para elaborar lo traumático. Békei (1981) al referirse a niños con enfermedades crónicas tiene en cuenta tres grados de gravedad: relativamente leve, tempranamente tratable e irremediable, y señala que el daño desorganizador es mayor cuanto más temprano se produce y más se prolonga. Asimismo señala la gravedad que siempre revisten los daños corporales en niños pequeños, dado que interfieren en su proceso de individuación y de desarrollo psíquico.

En los déficits adquiridos en la niñez, la inmadurez psíquica resulta un factor a tener en cuenta no sólo porque el niño no posee la capacidad intelectual para comprender determinadas situaciones sino que ciertos hechos se vivencian como “impensables” y en consecuencia, traumáticos (Manson, 1994).

Neurosis traumática familiar

Dado que la discapacidad afecta al individuo y a su contexto, el análisis de un caso de discapacidad incluye pensar de qué modo impacta el déficit de ese sujeto en cada uno de los integrantes de una familia, de qué modo se elabora, y cuál es el efecto en los vínculos familiares. Asimismo tendremos que dar importancia a las representaciones acerca de qué es “lo social”. Cabe destacar que la sociedad en su conjunto - fundamentalmente a través de sus legislaciones e instituciones- juega un rol fundamental en la exclusión o en la participación social de las personas que poseen algún déficit. En este interjuego se encuentra la familia, que puede favorecer o entorpecer la integración a grupos más extensos de la persona con discapacidad.

Tomando el esquema de las neurosis traumáticas, para la familia existe un estímulo exógeno irrupiente, un golpe, que se recibe en el momento del diagnóstico. Suponemos que éste en la mayoría de los casos, produce un impacto que implica la necesidad de un reordenamiento libidinal entre los integrantes de la familia, donde se observan trastornos en la dinámica familiar y en la economía pulsional de los individuos.

Maldavsky (1995c) se refiere a la neurosis traumática familiar como aquella que sobreviene cuando aparece en una familia un individuo incapacitado para valerse por sí mismo. Señala que la perturbación económica se extiende a todos los miembros de la familia con diferentes modalidades. Sin embargo lo común es que la afección del individuo se vuelve una fuente estimulante para el conjunto -al modo del dolor-, como si existiera una “cuerpo familiar”, una comunidad pulsional entre los miembros del grupo.

Cantis (1993), alude a una situación de corte, de un antes y un después a partir del diagnóstico, así el déficit sea padecido por un hijo, un hermano o uno de los progenitores. Describe distintos modos de funcionamiento familiar, marcados por el duelo patológico: la persona con discapacidad se encuentra aislada dentro del grupo familiar; el grupo familiar todo se encierra; algún integrante resulta expulsado del grupo

familiar y finalmente, el grupo toma la discapacidad del familiar como rasgo propio. El primero de los casos, puede manifestarse cuando por ejemplo no se lleva a la persona con déficit a los paseos o a las reuniones familiares, pero también de otros modos menos evidentes. Por ejemplo, cuando se trata de personas sordas que posiblemente realicen múltiples actividades fuera de la casa, pero en el hogar nadie habla la lengua de señas (si habla esta lengua) o bien, si está oralizado, en las charlas durante las comidas o cuando se ve televisión nadie le habla de frente para facilitar la lectura labial. Este individuo está rodeado de gente y aparentemente integrado, pero vive en la soledad más absoluta dentro de su casa. En estos casos, muchas veces hay un familiar -generalmente un hermano- que se ofrece como “oído” del que no oye y oficia de traductor entre su hermano y los otros.

En la segunda modalidad, toda la familia se aísla, generando una comunicación intrafamiliar. Esto se extiende a todos los integrantes de la familia que, si bien se muestran muchas veces bien adaptados, trabajan o estudian, manifiestan una gran dificultad de generar proyectos duraderos con personas ajenas al núcleo familiar. No pueden suponerse fuera del grupo, sienten que si se van, traicionan al resto. Toda la libido está volcada hacia las relaciones endogámicas.

En el tercero de los casos, uno de los integrantes del grupo familiar resulta expulsado o se auto-expulsa. Puede darse por ejemplo en uno de los hermanos para quien el procesamiento de la exogamia sólo puede realizarse si establece un corte violento con su familia. Salen de la lógica que homologa los cuerpos, del aglutinamiento, rompiendo el cuerpo familiar.

Finalmente, otra modalidad se da cuando los integrantes de la familia toman la discapacidad como rasgo propio y se presentan ante el mundo desde esta posición. Esta identificación con los rasgos del individuo con déficit implica el planteo de cambios en los proyectos vitales y un reordenamiento de los conflictos previos a la aparición del déficit.

Korff-Sausse y su propuesta para la investigación en este campo

Korff Sausse (2004) psicoanalista francesa dedicada al abordaje teórico clínico de la discapacidad, propone cuatro ejes para el estudio de esta temática: a) el trauma, b) duelo, depresión y defensa maníaca, c) construcción identitaria del niño con discapacidad y d) discapacidad, psicosis y perversión. La autora sostiene que la discapacidad es un área que, más que cualquier otra, genera confinamiento, rutina,

agotamiento del cuidador y de los padres. También genera desaliento en las familias, evitación de los psicoanalistas y rechazo por parte de la sociedad. Según la autora, esto se debe a que la discapacidad moviliza representaciones inconscientes, tanto individuales como colectivas, particularmente inquietantes, en relación con las fantasías de procreación prohibida, de parentesco y de transmisión peligrosa. Estas representaciones generan lo siniestro, produciendo una ruptura psíquica y una petrificación intelectual frente a esta persona con discapacidad, figura aterradora que bajo un manto de respeto, es mejor ignorar o evitar.

Korff Sausse (1996) sostiene que la discapacidad devuelve a quienes la miran un espejo roto, en las fronteras de lo que se considera humano, y aunque se presente de un modo "políticamente correcto", ineludiblemente convoca a lo mortífero. En la discapacidad predominan mecanismos de defensa masivos, que generan tensiones irreversibles que afectan no sólo la evolución psíquica del paciente y la contratransferencia del psicoanalista, sino también el modelo que el investigador utiliza para conceptualizar los fenómenos que estudia. La autora propone evitar el efecto paralizante que la discapacidad genera, con el fin de constituir un objeto de investigación y definir ciertas condiciones para la investigación aplicando lo que ella entiende por transversalidad.

Las características de la investigación sobre la discapacidad tienen puntos de analogía con otras temáticas como las de las cárceles, los hospitales, las guarderías, el trabajo en el área de cuidados paliativos, entre otras. Ella denomina este tipo de clínica, la clínica "de lo extremo", y en algunos casos "de lo irreversible". La autora critica la circunscripción de los campos clínicos de investigación separados según las categorizaciones: nosología psicopatológica, territorios institucionales, afiliaciones administrativas, los ciclos vitales.

Korff-Sausse (1995) apoya la idea que una tipología de la discapacidad no es relevante desde un enfoque psicoanalítico, dado que desde su punto de vista esta clínica no admite las categorizaciones propuestas por otros campos. También entiende que en el plano de la investigación este tipo de clasificación empobrecería su estudio, dado que la generalización de los resultados conduce a un modo de comprensión de la clínica que deja de lado la singularidad del individuo o la universalidad de los procesos psíquicos. Propone, para salir de un sistema de pensamiento de causalidad lineal entre determinantes biológicos y efectos psicológicos, pensar en un interjuego de dinámicas

entre datos biológicos y devenir psíquico, subrayando que en el campo de la discapacidad lo multidisciplinario se vuelve más necesario que en otros campos. El impacto de lo orgánico y la invasión por parte de la realidad producen una opacidad y pueden tener un efecto reduccionista tanto para la clínica como para la investigación.

La transversalidad que promueve la autora supone al psicoanálisis interactuando con la investigación antropológica, médica, sociológica, histórica, estética, para explorar los ejes de la integridad, la extrañeza, la anormalidad, la alteridad y la identidad, tomándolos como conceptos ubicados en el cruce de varias disciplinas. Propone abrirse a otros campos de la investigación para mantener la vitalidad del pensamiento. Korff-Sausse considera a Devereux (1955) un precursor de estas búsquedas transversales a través de la noción de complementariedad, que establece correspondencias entre la vida psíquica individual y el campo socio-cultural. El estudio en paralelo de obras de arte, historias mitológicas, etnológicas y el funcionamiento psíquico de las personas con discapacidad o de su entorno, devela un proceso que ilumina tanto la vida psíquica individual de los sujetos implicados como el estudio de las obras.

Así, el estudio de la vida y la obra de Toulouse-Lautrec pone de manifiesto una serie de mecanismos psíquicos como la defensa maníaca o el exhibicionismo, que se observa en personas con discapacidad o con alguna deformidad. Y a la inversa, el conocimiento de la construcción de la identidad entre los niños con discapacidad permite comprender la personalidad del pintor y su pintura. Sin estos cruces, es probable que el estudio de la discapacidad continúe en un nivel de reflexión pobre y permanezca excluido del campo psicoanalítico y sólo abordado por la medicina y la educación. Tal como escribe Kristeva (2003) en su informe, una reflexión sobre la discapacidad es una reflexión sobre el significado de la vida donde, se trata de reconocer que la sociedad se compone de seres diferentes. La autora señala que los investigadores en este campo se encuentran en condiciones de promover un método que explote los recursos de la multiplicidad.

Sugiere construir puentes para facilitar el movimiento de los conceptos y métodos entre campos heterogéneos, que abogan por la apertura a la novedad y a lo desconocido. Rescata a Bion (1997), a quien considera el psicoanalista que sienta las bases epistemológicas más pertinentes para el modelo de la transversalidad, cuando considera al psicoanálisis como un universo en expansión, que se expande más rápido de lo que el analista puede pensar. Esto obliga al terapeuta a desarrollar su capacidad negativa, de

tolerar lo desconocido, y a asumir la trilogía "sin memoria, sin deseo, sin conocimiento". Encuentra que esta ética austera, difícil, resulta pertinente en la clínica de lo extremo, en el límite del psicoanálisis y del psicoanalista. Los límites son múltiples: a su conocimiento, a su deseo de curar, frente a un paciente que padece un déficit irreparable, a los poderes del pensamiento con los pacientes marcados por la organicidad, a la memoria en lo que respecta hechos traumáticos precoces o a la capacidad de rememoración en sujetos de edad avanzada. En el modelo teórico de Bion al que adscribe la autora, se trata de construir un aparato "para pensar los pensamientos".

Para que la transversalidad sea posible, es necesario romper ciertas barreras. En primer lugar, es de suma importancia el diseño de puentes entre el mundo académico y los profesionales que trabajan en el campo. La autora lo ha denominado como "teoría en la vida cotidiana" dado que se trata de un conocimiento que ya está allí, sólo hay que mirarlo. El investigador no es quien tiene el conocimiento para proporcionar a otros, sino que éste está disponible para que el saber de cada uno se desarrolle en el intercambio con los demás.

La transversalidad propone el desafío de sostener un enfoque psicoanalítico clínico de "lo extremo" a pesar de los obstáculos. Las nuevas clínicas obligan por un lado a precisar las prácticas y los conceptos del psicoanálisis, por otro, la renovación del pensamiento teórico puede abordar campos clínicos que hasta ahora han sido poco explorados. Asimismo la autora sostiene que el psicoanálisis contemporáneo está sujeto a una doble necesidad. En primer lugar, la necesidad de incorporar en el campo intrapsíquico la dimensión intersíquica, es decir, pensar la vida psíquica incluyendo al otro no como un elemento añadido, sino como un elemento constitutivo, centrándose en los aspectos contratransferenciales. En segundo lugar, la de articular la realidad psíquica con otras modalidades de la realidad que se imponen en la clínica actual: las del cuerpo, de la sociedad, de la historia, de la cultura. Desde su punto de vista, el psicoanálisis contemporáneo debe privilegiar los procesos psíquicos más que sus contenidos y apunta no solamente a hacer conciente lo inconciente sino también a la exploración del surgimiento del pensamiento.

Dentro de la transversalidad que propone para la investigación, la autora subraya que no se trata de compartir un tema de investigación sino un proceso, un recorrido: la

liberación de los procesos psíquicos, transversalmente, a partir de diversos y múltiples objetos de investigación. Con este enfoque transversal, dichos campos clínicos, que tienen la reputación ser refractarios a los enfoques de tratamiento y la investigación psicoanalítica, aparecerán como un lugar ejemplar para ensayar y profundizar la teoría y el método psicoanalítico.

La autora ubica los primeros fundamentos epistemológicos de la transversalidad en el enfoque freudiano. De hecho, el investigador–psicoanalista reproduce en alguna manera el pensamiento inaugural de Freud, que en lugar de adoptar un enfoque racional y científico sobre la histérica, dio paso a la palabra de la histérica. Hay una segunda inversión, en el estatuto del objeto y del sujeto. El sujeto que estudia no está en una posición radicalmente diferente de la del objeto estudiado y su subjetividad opera en el modo de conocer y en el contenido del saber al que se aproximará. A esta inversión sigue una tercera, que implica cuestionar la oposición entre lo normal y lo patológico. Freud abrió la posibilidad de pensar que el conocimiento de la enfermedad puede aumentar el conocimiento de la normalidad y viceversa.

La propuesta de Canguilhem (1943, 1966) es para ella un punto de referencia central. Las formas de vida “anormales” no se oponen de modo binario a la normalidad, sino que se trata de dos modos de funcionamiento de la vida. *“No hay hechos normales o patológicos en sí mismos. La anomalía o mutación no son en sí mismas patológicas. Expresan otras posibles normas de la vida”* (p. 91). Esta es la idea central de Canguilhem (1966): *“Me gustaría destacar la posibilidad y la obligación de esclarecer el conocimiento sobre formaciones monstruosas y normales. Sugeriría aún con más fuerza que no existe en sí a priori una diferencia ontológica entre una forma de vida exitosa y una forma fallida”* (p. 4). A partir de esta idea la autora propone pensar la anomalía como una forma diferente de lo vivo. No habla en términos de falta sino de potencialidades.

Rescatando el modelo de binocularidad de Bion (1974) propone investigar la discapacidad desde distintos lugares: la clínica del trauma, la filiación en las nuevas parentalidades o bien la estética, a través de la autorepresentación y la mirada del otro. Se abren abanicos entre la clínica de la vejez y la infancia, entre el autismo y el proceso de creación, entre el alcoholismo y la psicosis, entre las patologías orgánicas y los estudios de género. La analogía no se da, según Bion (1974) por la similitud entre una

cosa y otra, sino por la relación entre ambas. El conocimiento de las habilidades del recién nacido a partir del método de la observación de bebés puede vincularse con los estudios sobre la pérdida de las habilidades en la demencia senil. El estudio de la clínica de niños pequeños donde se hace hincapié en el funcionamiento cuando el aparato se encuentra en vías de constitución, puede aplicarse al proceso inverso, de modalidades psíquicas deconstrucción. Con el mismo espíritu, las observaciones recogidas de los niños con enfermedad progresiva contribuyen al debate sobre la atención paliativa de salud o el cáncer, en términos de las posibilidades del ser humano de representar su propia muerte inminente, y mantener las investiduras libidinales hasta el último momento de la vida.

Así, el encuentro transversal puede aclarar los puntos comunes y puede contribuir a refinar el conocimiento de los procesos psíquicos que están en juego. Identificar lo que es diferente y similar a la vez ofrece una manera de pensar que no es ni totalmente general ni totalmente específica. Hay potencialidades en cada campo de investigación que se manifiestan a través de la explotación de la diversidad mediante la comparación de campos heterogéneos.

Resumiendo, Korff-Sausse (1995) apoya la idea que una tipología de la discapacidad no es relevante desde un enfoque estrictamente psicoanalítico. Habla acerca del empobrecimiento que representa relacionar psicopatología y discapacidad y dice que el pensamiento transdisciplinario lleva a enriquecer los aportes. Señala la distancia que existe entre investigación y clínica y propone una investigación de la clínica cotidiana. Propone la transversalidad como eje para, a partir de la analogía entre ciertos cuadros, potenciar la investigación de la diversidad.

Al denominarla clínica de “lo extremo” o de “lo irreversible” propone cuatro ejes centrales a ser explorados: a) el trauma, b) duelo, depresión y defensa maníaca, c) construcción identitaria del niño con discapacidad y d) discapacidad, psicosis y perversión.

Rescata la lectura de Kristeva, Canguilhem y Bion, de quien toma la conceptualización acerca de los momentos tempranos de constitución del aparato psíquico para cuadros con trastornos severos, en donde la clínica no sólo incluye el hacer consciente lo inconsciente sino que incluye construir un aparato para pensar los pensamientos. Desde un punto de vista el psicoanálisis contemporáneo debe apuntar solamente a hacer consciente lo inconsciente sino también a la exploración del surgimiento del pensamiento.

También se refiere a la contratransferencia y los mecanismos de defensa presentes en estos casos, que suelen ser masivos. Por esta razón, sugiere incorporar la dimensión intersíquica en el campo intrapsíquico considerando al otro no como un elemento añadido, sino como un elemento constitutivo dado que el otro es entendido como fundante y partícipe de la vida psíquica de la persona con discapacidad.

Entiende la necesidad de articular la realidad psíquica con otras modalidades de la realidad que se imponen en la clínica actual: las del cuerpo, de la sociedad, de la historia, de la cultura.

Todo lo expuesto anteriormente nos lleva a pensar en la originalidad y la cercanía de su propuesta a la de nuestro marco teórico dado que la clínica de “lo extremo” o “lo irreversible” poseen puntos de contacto con las patologías del desvalimiento. Por otro lado, al hacer hincapié en un abordaje metapsicológico, cuestiona el abordaje de la discapacidad por tipologías.

Articulación de los tres campos en un acercamiento a las características de la paciente

Descripción del citomegalovirus

Carballal, Requeijo, Videla y Martínez (1999) definen al citomegalovirus (CMV) como un virus perteneciente a la familia Herpetoviridae. La característica del grupo al que pertenece es el establecimiento de infecciones latentes luego de la primoinfección. En situaciones de inmunodepresión, tanto fisiológicas (embarazo, por ejemplo) como adquiridas (tratamientos de inmunosupresión o por HIV/SIDA) puede darse la reactivación del virus latente con replicación, eliminación prolongada del virus por secreciones y presencia o no de enfermedad activa.

La infección con CMV puede adquirirse por vía vertical (transplacentaria o perinatal) o por vía horizontal, por contacto con secreciones infectadas, siendo ésta la vía más frecuente. Durante la replicación activa, el virus está presente en la sangre y se elimina por secreciones faríngeas, genitales, leche, saliva, lágrimas y orina.

La infección por CMV se da con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo o en áreas de bajo nivel socioeconómico y escasa higiene. En países desarrollados, la adquisición del CMV durante la infancia crece a medida que aumenta la edad y, al llegar a la pubertad, el 20% de la población es seropositiva. En Argentina, pese a los escasos estudios que se han hecho sobre el tema, se puede afirmar que la seroprevalencia de anticuerpos en poblaciones de bajo nivel socioeconómico es del 95% mientras que en las de nivel medio o alto es de sólo el 55%.

Sostienen los autores que la primoinfección se adquiere generalmente en la primera infancia, por contacto con secreciones faríngeas infectadas ya sea en la escuela o en el ámbito familiar. En individuos inmunocompetentes es habitualmente subclínica o asintomática. Luego de la primoinfección el organismo produce anticuerpos específicos.

Infección congénita

La infección congénita por CMV se detecta en el 0,5% al 2,5% de todos los nacidos vivos en Estados Unidos. Señalan los autores que para nuestro país no existen artículos publicados.

En países o áreas con alto nivel socioeconómico y con elevados hábitos de higiene, y teniendo en cuenta la seroprevalencia de anticuerpos en la comunidad, hasta el 50% de las mujeres en edad fértil pueden ser susceptibles al virus, ya que no han adquirido la primoinfección en la infancia. Por el contrario, en países en vías de desarrollo o en áreas

de bajo nivel socioeconómico e inadecuados niveles de higiene, sólo el 15% de ellas serían susceptibles ya que el resto adquirieron la infección antes del embarazo.

Los autores advierten que la infección congénita es más usual cuando una madre seronegativa adquiere la primoinfección con CMV durante el embarazo. La transmisión intrauterina ocurre en el 30-40% de las embarazadas con primoinfección por CMV, debido a la viremia materna. En el 10% de los niños infectados se presenta un cuadro característico de enfermedad de inclusión citomegálica (EIC) al nacer y, de éstos, el 10-20% muere. Por otro lado, la infección congénita por reactivación del CMV latente durante el embarazo es menos frecuente y menos severa.

La EIC se caracteriza por hepatoesplenomegalia, bajo peso al nacer, plaquetopenia, trastornos del SNC (hidro o microcefalia, calcificaciones cerebrales). A veces se presentan manifestaciones tardías de la infección congénita en la edad preescolar (sordera, corioretinitis, alteraciones en la dentición o retardo mental). Un dato importante a tener en cuenta es que el CMV es la primera causa de retardo mental en países desarrollados.

El bebé de alto riesgo neuropsíquico

En el libro *Los hijos de las máquinas* Zorzi (1992) individualiza distintos grupos de bebés a quienes define como de “alto riesgo neuropsíquico” que define como neonatos cuya supervivencia se encuentra en riesgo debido a una combinatoria de distintas variables. Las más importantes son: edad gestacional, peso y patología. Los grupos son los siguientes:

- 1) Los neonatos de peso sumamente bajo y de edad gestacional muy baja: son aquellos con peso inferior a los 1500 y edad gestacional inferior a las 33 semanas.
- 2) Los neonatos a término o cercanos al término, asfícticos, son aquellos que, por patologías maternas, útero-placentarias o cordonales (se considera que cerca del 90% de las asfixias son determinadas por hechos prenatales – Volpe, 1987), sufren un stress hipóxico-isquémico. La complicación más grave es la encefalopatía hipóxico-isquémica, que implica un riesgo de cuadriplejía, convulsiones o retardo mental y también, aunque no con frecuencia, hemiplejía y atetosis.
- 3) Los neonatos con infección congénita o adquirida del sistema nervioso central. Los agentes infecciosos del grupo TORCH (T: toxoplasmosis; O: otros; C: citomegalovirus; H: herpes) pueden dañar al feto en su desarrollo endouterino y determinar patologías complejas, que con frecuencia involucran al sistema nervioso

central, ya sea con alteraciones inflamatorias-destructivas o con alteraciones del desarrollo. Según Volpe (1987) sólo 1/3 a 1/4 de las cerebropatías TORCH son sintomáticas al nacimiento.

Un posible desencuentro inicial

Sabemos que todo niño posee una disposición a investir su cuerpo tal como es, pero para que esto pueda darse necesita de la investidura por parte de su madre. Tanto la madre como el niño necesitan uno del otro como espejo donde mirarse, un espejo que inicialmente devuelve sólo estados afectivos. Corominas (1995) señala que en los casos en que el niño nace con alguna discapacidad, la ansiedad causada en la madre por la disparidad física puede enfrentarla al peligro de desintegración psíquica. Frente a este peligro, la madre puede buscar protegerse distanciándose del bebé. El niño funciona entonces como un espejo que la madre siente inadecuado. De este modo, la madre, como contracara de la fusión inicial, puede retirarse psíquicamente del vínculo dando lugar a fallas en la constitución del yo del niño. Podemos pensar aquí en el complejo de la madre muerta (Green, 1980) en que el bebé se identifica con la ausencia psíquica de la madre y el trauma se acompaña de la pérdida de investidura por parte de la madre.

Meltzer (1989) por su parte se refiere al enlace estético inicial entre la madre y el niño: *“La madre devota hermosa corriente presenta a su bebé hermoso corriente un objeto complejo de interés abrumador, tanto sensual como infrasensual. Su belleza exterior, concentrada en el pecho y el rostro, complicada en cada caso por los pezones y los ojos, lo bombardea con una experiencia emocional de cualidad apasionada, resultado de su capacidad para ver estos objetos como “hermosos” (...). La madre le resulta enigmática”* (pág. 17). El enigma de la belleza materna reside en que la hermosura externa se vuelve amenazante en su interior. Maldavsky (1997a) por su parte, define la cuestión de la belleza como *“encuentro armónico entre elementos diferentes”* (pág. 333). Lebovici (1983) al referirse a la relación entre el niño pretérmino y su madre, se refiere a la dificultad para establecer una interacción armoniosa. La dificultad puede darse, entre otros motivos porque ese bebé ha transitado sus primeros días conectado a una máquina y teme qué pueda ocurrir si ésta no está, porque no es el niño esperado, porque siente culpa acerca de lo que ha ocurrido. Lo cierto es que suelen darse situaciones iniciales en donde en lugar de producirse un encuentro, ocurre la inversa. El concepto de enlace estético puede resultar de utilidad, ya que en los casos en que éste no se da o se arruina tempranamente, se inscribe un desencuentro inicial.

Ahora bien, qué consecuencias tiene este desencuentro inicial en el desarrollo psíquico del niño y del adulto? Tomaremos dos textos de Freud que nos son útiles para reflexionar: Freud (1933) al referirse al sentimiento de inferioridad, comenta en una anécdota acerca de Guillermo II las consecuencias de la privación de amor materno: *“Una personalidad histórica de nuestro tiempo (...), conserva cierta atrofia en un miembro por una lesión que sufrió durante su nacimiento (...) Lo común es que la madre a quien el destino ha deparado un hijo enfermo o con alguna otra tacha busque resarcirlo de esa injusta desventaja mediante un exceso de amor. En el caso en cuestión la orgullosa madre se comportó de otro modo: privó de su amor al hijo debido a su deformidad. Cuando el niño se convirtió en un hombre de gran poder, probó de manera inequívoca con sus acciones que nunca había perdonado a su madre”* (págs. 61-62).

En otro texto, Freud (1916d) estudia “las excepciones”, refiriéndose a determinados individuos cuya neurosis se anuda *“a una vivencia o a un sufrimiento que los habían afectado en la primera infancia, de los que se sabían inocentes y pudieron estimar como un injusto perjuicio inferido a su persona”* (pág. 320). Como consecuencia de este sentimiento de injusticia, el individuo reclama privilegios por sobre los demás. En ese texto, Freud describe en una viñeta a Ricardo III, de Shakespeare. Describe en él ciertos rasgos de carácter ligados a la excepcionalidad, que ilustra del siguiente modo: *“La naturaleza ha cometido conmigo una grave injusticia negándome la bella figura que hace a los hombres ser amados. La vida me debe un resarcimiento, que yo me tomaré. Tengo derecho a ser una excepción, a pasar por encima de los reparos que detienen a otros. Y aún me es lícito ejercer la injusticia, pues conmigo se la ha cometido”* (pág. 322). Freud se refiere a dos rasgos de carácter: por un lado, una combinatoria entre sentimiento de inferioridad y ambición, por el otro, a un afán de venganza ligado a un sentimiento de injusticia.

El desarrollo psíquico temprano

El pasaje de la vida intrauterina a la vida en el exterior deja al niño abrumado frente a la acumulación de estímulos. Debe reacomodarse ante los intercambios químicos, por ejemplo la respiración, y resistir el impacto de los estímulos mecánicos, por ejemplo el parto. Respecto de lo anímico, se da una lucha para lograr un bienestar de base, regido por el principio de constancia. El mundo del bebé es inicialmente sólo frecuencias, que armonizan o perturban los ritmos pulsionales. En este aspecto es la madre quien se ocupará de filtrarlas para que no resulten abrumadoras para el niño. Este filtro tenderá a

mantener en un nivel constante los estímulos externos, ni desbordantes ni nulos. El niño estará entonces en condiciones de distinguirlos de los estímulos internos, de los cuales no puede huir. Comienza a crearse en el yo una primera orientación en el mundo (Freud, 1915c) en donde comienza, sobre esta base, la distinción entre el adentro y el afuera. Si el bebé no contara con el auxilio de la madre como filtro, no podría tramitar sus pulsiones.

Freud (1950) sostiene que la madre es tanto el primer objeto amparador, que le proporciona la acción específica necesaria como el primer objeto hostil, cuando no está presente ante la necesidad del niño. Bion (1963) habla de la capacidad de *rêverie* materna, como aquella que permite a la madre captar las necesidades del bebé y desintoxicarlo. Spitz (1954) por su parte, se refiere a la empatía cenestésica, gracias a la cual la madre está en condiciones de captar las necesidades corporales del bebé. Roitman (1999) agrega que todas ellas forman parte de la base de las primeras identificaciones corporales del niño con su madre.

Dicha autora, (Roitman, 1999) señala respecto de los estímulos que éstos surgen eminentemente del cuerpo pero no se dan todos al mismo tiempo, sino que van siendo jerarquizados. *“Primero se consideran los estímulos interoceptivos, conjuntamente con los táctiles y los propioceptivos (posición, equilibrio, resistencia a la gravedad, tonicidad) y luego se les agregan los exteroceptivos. En esto influye la maduración neurológica. Ocurre una progresiva mudanza de investiduras desde los órganos internos hasta los receptores de superficie (la periferia exterior, según Freud 1926d) que captan las propiedades del mundo exterior. Al mismo tiempo se da un pasaje de la alteración interna a la acción específica. La mediación en el pasaje de las investiduras hacia la percepción distal se logra gracias al desarrollo y la sobreinvertidura de las zonas erógenas que entran en contacto con el mundo exterior”* (pág. 248). Nos interesa subrayar el hecho que la investidura somática, de inicio, recae sobre todo en corazón y pulmones –para asegurar la supervivencia- e inmediatamente se dirige hacia las sensaciones viscerales de posición en el espacio, resistencia a la gravedad, sensaciones vibratorias, táctiles y térmicas (Roitman, 1993).

Los estudios realizados en lactantes, a partir de la década del '50 con Spitz, concluyen que el recién nacido nace con ciertas cualidades y capacidades. Actualmente estos estudios esencialmente centrados en la observación y en la construcción a partir de la psicopatología, se ven complementados con otros facilitados por adelantos técnicos. Los

estudios realizados acerca de las interacciones tempranas por Winnicott (1963, 1971, entre otros), Kreisler, Fain y Soulé (1973) y Lebovici (1983) entre otros resultan centrales para entender las alteraciones en dichas interacciones y para proponer medidas terapéuticas. Roitman (1999) señala que el vínculo puede alterarse por muy motivos muy diversos: conflictos infantiles reprimidos de la madre, sobrecarga de trabajo y cansancio, celotipia del padre o falta de trabajo, enfermedad terminal de los abuelos, entre otros. Partiendo desde un vínculo temprano alterado, la autora se plantea para cada caso, cuál es el atajo que tomó el bebé, entre los múltiples posibles.

Las escisiones psíquicas tempranas

En un artículo denominado “Las escisiones psíquicas tempranas, la representabilidad y su relación con la vida pulsional”, Roitman (1999) expone los resultados de una investigación teórico-clínica que parte de un interrogante acerca de pacientes en quienes se presenta una coexistencia escindida, de por lo menos dos fragmentos anímicos: uno relativo a componentes neuróticos o con un grado de equilibrio que les permite un ajuste apropiado a la realidad coexistente con otro que no había alcanzado el logro psíquico que supone el pasaje de la alteración interna a la acción específica, al menos en lo que concierne a su predominancia. En ese texto, Roitman retoma la hipótesis que Freud maneja en la Carta 52 y en otros textos respecto de la constitución del aparato psíquico en estratos sucesivos, y al respecto plantea que al existir distintos niveles de organización correlativos de diferentes momentos evolutivos, las escisiones son una forma de alteración que, cuando se producen tempranamente, pueden modificar la estructura y producir alteraciones en la organización representacional.

Esta coexistencia de fragmentos psíquicos tan diversos nos interesa particularmente para pensar el caso de Ercilia, ya que podemos apreciar la presencia de un fragmento altamente organizado, que le permite desarrollarse en su vida cotidiana con independencia (vivir junto con su amiga, ocuparse de su casa, trabajar, viajar, movilizarse), junto con otro fragmento ligado a su déficit orgánico y a lo traumático (por ejemplo, los accidentes).

Percepción y motricidad

No nos interesa profundizar en el estudio de la percepción y de la motricidad, sino focalizar en ciertos aspectos de las mismas dado que el déficit de la paciente abarca ambos aspectos en forma parcial. Deseamos subrayar que la motricidad y la percepción

permiten la ligadura con los procesos pulsionales y con los objetos del mundo, aunque de modo diverso.

La percepción capta estímulos externos e internos a través de receptores exógenos y endógenos. Los receptores exógenos son los órganos sensoriales y cumplen la función de pantallas que la protegen de los efectos perjudiciales de las magnitudes de excitación que pudieran generar. Se trata de estímulos visuales, acústicos, cutáneos, olfatorios y gustativos, que derivan del exterior y a los cuales se les puede aplicar el mecanismo de fuga por la vía de la motricidad. La percepción de estímulos endógenos se efectúa a través de terminaciones nerviosas libres, que no poseen órganos sensoriales sino que reciben estímulos endógenos que tienen como fuente un conjunto de sistemas de órganos. Podemos diferenciar dos modalidades de estímulos: cenestésicos y cenestésicos. Los cenestésicos brindan noticias acerca del cuerpo, que abarcan sensaciones de estados poco diferenciados hasta sensaciones de tensión sexual, hambre o sed, por ejemplo, mientras que los cenestésicos incluyen datos acerca de la posición y de los movimientos del cuerpo. (Moreira, 1997). De los diferentes estímulos que provienen del soma sólo algunos de ellos, los pulsionales, requieren trabajo a la vida anímica.

La motricidad voluntaria puede alterar los objetos del mundo y el estado de la fuente pulsional, lo cual en ambos aspectos la diferencia de la percepción. La motricidad permite al yo que se adueña de ella, ser activo frente a la pulsión

Tono muscular temprano y respuesta a la fuerza de gravedad

Respecto del tema de la motricidad, sólo nos abocaremos al estudio del tono muscular y la respuesta a la fuerza de gravedad, dos ejes iniciales en el desarrollo de la misma. El tono muscular es el grado de contracción de los músculos en estado de reposo. De Ajuriaguerra (1984) se refiere a un tono de base que se relaciona con la extensibilidad de las articulaciones y la consistencia de los músculos. Describe las fases del desarrollo motor: la primera se refiere al eje axial, la organización tónica de fondo, la organización e información propioceptiva y la desaparición de reacciones primitivas. Las fibras neuromotoras suministran información propioceptiva y están relacionadas con receptores cutáneos (tacto, presión) y de dolor. Se alcanzan cambios en el tono postural a través de la estimulación laberíntica, centrada en el equilibrio, y mediante la estimulación de la sensibilidad propioceptiva a través de caricias, baños tibios y balanceo.

Roitman (1999) para referirse al equilibrio, hace referencia al capítulo dedicado a Anatomía Cósmica del tratado de Anatomía humana (Prives, Lisenkov, Bushkovich, 1975), que nos ha resultado de particular interés. Se trata de un estudio realizado sobre los astronautas y las consecuencias que tienen sobre su aparato locomotor la experiencia de salida al cosmos. La salida al cosmos implica penetrar en un espacio con dos características eminentemente distintas: ausencia de atmósfera aérea y de atracción terrestre. Esto posibilita el estudio de cierto tipo de cambios que se producen, entre ellos en el aparato locomotor, al que estudian como un sistema de superación de la gravitación. El aparato de superación de la gravedad, dentro del campo de atracción de la tierra, trabaja en unión con el analizador estatocinético. Según la autora, éste es considerado no sólo como un analizador del equilibrio, la estática y la dinámica del cuerpo sino como un analizador de las fuerzas de atracción terrestre. Este analizador está ligado con el del oído y el del equilibrio (órgano vestibulococlear). Añade que existen receptores de esta información en las articulaciones y arterias. Es decir que toda la evolución del hombre favoreció la aparición de un órgano especial, ajustado a la fuerza de gravedad terrestre, cuyo desarrollo es paralelo al del órgano del oído y del cual se fue separando hasta transformarse en autónomo. En consecuencia, a los órganos de los sentidos conocidos se sumaría otro, el analizador de la atracción terrestre y la posición en el espacio.

Este hallazgo, nos remite a pensar en los neonatos y a preguntarnos en qué momento se logrará estabilizar la respuesta frente a la gravedad, en cuyo caso podemos relacionarlo con lo expuesto previamente respecto del tono. Quizás un modo de respuesta desmesurada por parte de los bebés a la fuerza de gravedad sea o bien la hipertrofia de la tonicidad o bien el desarrollo de conductas de apego (Roitman, 1999).

Pulsión visual

En diversos momentos de su obra Freud (1891b, 1900, 1915c, 1923b) hace referencia a la importancia de las impresiones visuales. El ver es postulado por Freud (1915c) como acto prototípico de una región sensible que pone un objeto como exterior, y se atiene a las leyes generales del funcionamiento psíquico. Así como existen distintos momentos en la constitución del aparato psíquico, tenemos que discernir entre distintos momentos lógicamente sucesivos en la concepción del espacio exterior y de los objetos contenidos en él, todo lo cual deriva de un proceso proyectivo del espacio anímico (Freud, 1941f, Maldavsky, 1980^a, 1986). Para centrar esta problemática en términos psicoanalíticos,

nos interesa subrayar la importancia de la proyección en el desarrollo de la actividad visual.

No realizaremos un estudio exhaustivo de esta problemática, simplemente sentaremos algunas bases para nuestra reflexión posterior. En principio diremos que el ver impresiones sensoriales se articula inicialmente con registros táctiles, motrices y ciertos estímulos ópticos que corresponden a la captación de la periferia interior de los órganos sobreinvertidos y a la captación del propio funcionamiento visual. Los ojos pueden recibir al menos dos tipos de estímulos: como zona de mucosa (recibe la estimulación del párpado, por ejemplo) y como captadores de estímulos ópticos. Señalaremos también la importancia de la visión en el desarrollo de la investidura de atención (Maldavsky, 1986).

La percepción visual en personas con baja visión

“Una persona con baja visión es un individuo que aún teniendo trastornos visuales severos, puede utilizar su visión para funcionar visualmente en algunas áreas de su actividad” (Maciel, 1997).

Checa Benito (2000) señala que el funcionamiento visual depende de varios factores: la agudeza visual (capacidad de ver un objeto y sus detalles a una determinada distancia), el campo visual, la visión central o periférica, la capacidad de percepción de los colores, la luminosidad ambiental y la capacidad de adaptación a la luz. Las anomalías visuales traen aparejados problemas de habilidad para comprender y procesar la información recibida a través de la vista, tales como falta de organización espacial, memoria visual inestable o falta de relaciones espaciales. Todo esto trae aparejadas dificultades para ver aspectos relacionados con: objetos de tamaños grandes o pequeños, representaciones de figuras tridimensionales, objetos que están en movimiento, objetos de poco contraste con el fondo, objetos poco iluminados o bien, pequeños detalles de los objetos. Las personas con baja visión, para suplir su deficiencia suelen adoptar posturas especiales caracterizadas por: pegar la cara ante el papel, adelantar la cabeza, adelantar el cuerpo, adelantar el objeto hacia la cara.

Eficiencia visual

Según Checa Benito (2000) tiene más importancia la eficiencia visual (el grado en que la visión es aprovechada para obtener información) que la agudeza visual (la capacidad para ver un objeto y sus detalles a una determinada distancia), ya que la primera es

educable. En un niño con visión normal, la eficiencia visual se logra espontáneamente: el niño desarrolla su capacidad de atención, y observa con mayor sistematicidad. A través de la experiencia diaria unifica lo que percibe a través de los sentidos. El niño de baja visión por su parte, no está en condiciones de obtener información a través de la vista, *“necesita ser enseñado en el proceso de discriminación de formas, colores, figuras que no han sido objetos de su atención”* (Checa Benito, 2000, pág. 222). La agudeza visual, el nivel cognitivo, la edad en que comenzó su entrenamiento para lograr eficiencia visual, el nivel sociocultural de la familia, el grado de implicación de las personas que interactúan con el alumno son factores que inciden en el logro de una mayor eficiencia visual.

Checa Benito (2000) señala que para una mejor eficiencia visual de una persona con baja visión, resulta fundamental centrarse en el desarrollo del aspecto perceptivo-cognitivo. Según este autor, las funciones visuales pueden dividirse en tres componentes: óptico, óptico-perceptivo y perceptivo-visual. La primera se asocia con el control fisiológico de los músculos del ojo, tanto interno como externo. De ella dependen las funciones de fijación, seguimiento, acomodación, enfoque y movimiento, que se dan de modo simultáneo o alternado. Las actividades óptica y perceptiva interactúan, en la medida que la primera se va tornando más estable, la interpretación perceptiva se afianza. Se establece entonces entre estas dos variables una relación directa: a mayor discriminación y reconocimiento, mejor interpretación. Al mismo tiempo, se da un aumento la memoria visual y la identificación de lo que se ve. Por último, la función perceptivo-visual se caracteriza por la diferenciación figura/fondo, la complementación visual, la relación entre partes y todo y la asociación visual, en donde la percepción y la identificación juegan un rol fundamental.

Existen programas de entrenamiento para el logro de la autonomía personal, que se centran fundamentalmente en dos aspectos: orientación y movilidad y habilidades de vida diaria. Para ello, se realizan secuencias de entrenamiento con el fin de desarrollar habilidades visuales con y sin ayudas ópticas, cada una con objetivos distintos. Resulta importante puntualizar que hay elementos ambientales que incrementan la eficacia de la visión, tales como la iluminación del ambiente, la adaptación al contraste luz-oscuridad y la discriminación de colores. Cuando se intenta lograr el desarrollo de habilidades sin ayudas ópticas, se apunta a: la exploración, la fijación, el trazado, el seguimiento, el cierre visual, la visión excéntrica y la percepción de la profundidad en los objetos.

Ruth Kazez

Cuando se emplean ayudas ópticas, se apunta a la localización, el enfoque, la exploración y el seguimiento de los mismos.

El logro de la eficiencia visual reside en la capacidad de controlar la musculatura del ojo, percibir e interpretar lo percibido recurriendo a diversos elementos, proporcionados por el entrenamiento. Esta tarea exige a la persona un trabajo intelectual intenso, ya que está apoyada no sólo en la discriminación y el reconocimiento de los estímulos visuales, sino en su capacidad de interpretarlos y asociarlos de manera eficaz con experiencias anteriores.

Segunda Parte: Instancia Empírica

Capítulo 3: Metodología

Objetivos

Objetivo general

Analizar el proceso de cambio psíquico de una paciente con discapacidad sensorial y motriz en dos momentos de un tratamiento psicoanalítico.

Objetivos específicos

- a) Detectar los deseos presentes en el discurso de una paciente en cada una de las sesiones del proceso terapéutico.
- b) Determinar cuáles son las defensas en el discurso de una paciente en cada una de las sesiones del proceso terapéutico.
- c) Examinar microanalíticamente los tres niveles de análisis en el análisis intrasesión.
- d) Establecer elementos convergentes y divergentes en los tres niveles en la totalidad de las sesiones.

Se trata de una investigación descriptiva, de caso único, generador de hipótesis (Lijphart, 1971). El criterio de selección de la muestra se centra por el interés que nos despertó en este caso en particular, muestra orientada por la información

Las unidades de análisis, siguiendo el esquema propuesto por Samaja (1993), tienen al menos tres niveles de agregación.

En el nivel supraunitario, la unidad de análisis es la paciente.

En el nivel de anclaje, la unidad de análisis es el discurso de la paciente en las sesiones estudiadas

En el nivel subunitario, la unidad de análisis son los deseos y las defensas presentes en el discurso de la paciente.

Presentación global de la muestra: La paciente desarrolla a lo largo de las sesiones varios temas, entre los cuales se encuentra el trabajo, el vínculo con su madre, el vínculo con su padre, el vínculo con sus amigos, los viajes, su cuerpo.

Procedimiento de recolección y armado de la muestra: Se grabaron 30 sesiones de la paciente, de las cuales se seleccionaron 6, 3 correspondientes a un momento anterior a un accidente sufrido por la paciente y 3 posteriores al mismo.

Criterio de selección: El criterio de selección de la muestra fue temático. Seleccionamos los fragmentos en donde la paciente habla de su cuerpo y del vínculo con su madre, dado que atraviesan transversalmente todo el material.

Método utilizado para el análisis del material: Algoritmo David Liberman

El ADL es un método de estudio psicoanalítico del lenguaje elaborado por David Maldavsky entre 1997 y 2013. Se trata de un método que estudia el lenguaje en tres niveles: el nivel de las palabras, los actos de habla y los relatos, tomándolo como el modo de expresión privilegiado de los procesos subjetivos. Detecta deseos y defensas, así como su estado.

Maldavsky (1997) señala: *“Del mismo modo que la física (y quizá la química inorgánica) hace de base de las ciencias que estudian la materia inerte, y la biología es la ciencia madre de las que operan en el terreno de lo viviente, el psicoanálisis lo es en relación con las demás ciencias que toman como fundamento la consideración de los procesos subjetivos”*.

Descripción del ADL

El ADL es un método mixto de análisis del discurso, que estudia –desde un marco teórico psicoanalítico- los deseos y las defensas en un mismo material, en tres niveles diferentes: nivel micro o nivel de redes de palabras, nivel intermedio o nivel de actos de habla y nivel macro o nivel del relato. Los tres niveles, en su combinatoria, le dan mayor validez y confiabilidad al resultado. El método es mixto dado que si bien para el estudio del nivel micro se aplica un programa computacional de tipo cerrado, para el estudio de los otros dos niveles se recurre a la aplicación de categorías ligadas al análisis de los lenguajes del erotismo.

Los programas computacionales cerrados –como el del nivel micro en el ADL- contienen una base de datos que permite reconocer ciertos términos de un discurso como representativos de un grupo significativo. A modo de ejemplo, mencionaremos el modelo de Mergenthaler y Bucci (1993), que es estadístico. En el ADL, en cambio,

como veremos más adelante, se privilegia el factor cualitativo aunque también otorga cierta importancia al factor cuantitativo.

Para el estudio de las narraciones -también como ejemplo- Mergenthaler, ha desarrollado un instrumento que analiza las fases en un ciclo referencial, de la afectividad a la reflexión, en el discurso. Es decir que tanto el método desarrollado por Mergenthaler y Bucci como el de Maldavsky complementan su estudio de las palabras con otro más amplio: el del discurso. Para el estudio de este nivel de análisis, a diferencia del que trabaja con las palabras, no aplican un programa computacional sino que lo hacen de un modo inductivo, disponiendo de ciertas categorías previas.

El programa computarizado del nivel de las redes de palabras categoriza las palabras proferidas por un paciente a partir del interrogante psicoanalítico sobre el deseo en juego. Este programa “marca” las palabras como expresión de una u otro deseo a partir de las bases de datos de 700.000 palabras contenidas en el instrumento. El informe producido por el programa requiere de una serie de actividades complementarias por parte del investigador, que describiremos más adelante. Se prestará atención a componentes fonológicos y semánticos de las palabras.

Parte de la originalidad de este método reside en el análisis de actos de habla, ya que los otros ya descriptos toman los otros dos niveles: palabras, relatos, o ambos. Maldavsky (1987^a, 1990b, 1992, 1998b, 1999, 2003a) sostiene que el análisis de los actos de habla resulta de particular interés para observar los deseos. Siguiendo a Freud, otorga importancia por ejemplo, a la frase de promesa en la histérica, en donde los verbos, sustantivos, adjetivos o adverbios poseen una función definida.

En cuanto al método de análisis de secuencias amplias, se estudian el deseo y la defensa. La hipótesis central consiste en que el relato permite detectar el deseo del paciente en sesión, y que la defensa se infiere por la posición del hablante en las escenas que narra. Ya hemos hecho referencia a un repertorio acotado de deseos (siete) y de defensas eficaces (que a su vez pueden entrar en múltiples combinatorias), y la existencia correlativa de un repertorio también acotado de escenas y de posiciones alternativas en que pueden ubicarse los personajes.

Las escenas definidas para un relato son cinco: un estado inicial de equilibrio, el surgimiento de un deseo, la tentativa de consumarlo, las consecuencias de dicha

tentativa, el estado final, todas ellas fantasías propias del período edípico. Así, pues, contamos con dos estados (inicial y final) y tres transformaciones, todos los cuales pueden ser pensados psicoanalíticamente en el marco de las fantasías primordiales. Para Freud (1916-17, 1918b, 1939^a) estas fantasías son de carácter filogenético y por lo tanto constituyen un conjunto de formas y contenidos universales. Dichas fantasías, al articularse con la percepción, los afectos y la vida pulsional pasan de ser universales a ser generales, ya que como resultado de esta combinatoria nos encontramos con grupos de pacientes que poseen ciertas características comunes, pertenecientes a determinado lenguaje del erotismo, es decir que para cada estructura clínica es el deseo quien aporta el matiz diferencial de las fantasías primordiales. Cada deseo se manifiesta en un grupo acotado de relatos que reúnen el deseo con las fantasías primordiales, configurando un relato matriz que da cuenta de los diversos contenidos para las escenas según el erotismo en juego (Maldavsky, 2003a).

En lo que concierne a los mecanismos de defensa, se infieren en primer lugar, por la posición del narrador en las escenas que relata o bien, que despliega en la sesión, en segundo lugar, por el análisis de los procesos y perturbaciones retóricas y en tercer lugar, por el análisis de las prevalencias y modificaciones de los deseos en el discurso del paciente. En consecuencia las defensas, pueden ser investigadas en este nivel. También importarán el estudio de los ideales y la representación-grupo, los afectos, la percepción, las motricidades, la proxémica, las formaciones sustitutivas (fantasías y dobles), la temporalidad y la espacialidad.

Aplicación del ADL

El método requiere de la aplicación a los tres niveles (redes de palabras, actos de habla y relato) y del contraste entre los tres de una misma unidad de análisis.

El análisis sigue siempre una secuencia: una posibilidad entre otras consiste en primer lugar, en fragmentar el material siguiendo criterios temáticos ligados a las manifestaciones, no teóricos. En segundo término, realizar una síntesis que agrupa los diversos fragmentos en temas, luego, ordenar los relatos de cada tema en una misma secuencia narrativa. En cuarto lugar, una vez con el material ordenado en relatos sintetizar los distintos fragmentos –teniendo en cuenta la redundancia interna- en uno más abarcativo, configurándose un relato ordenado en una serie de escenas determinadas que se contrastará con las descripciones de los tipos de secuencias narrativas de los diferentes deseos. Es muy posible que en un mismo relato –tal como

ocurre también en el nivel de las palabras y el de los actos de habla- testimonie la presencia de varios deseos coexistentes, entre las cuales se vuelve necesario detectar prevalencias y subordinaciones relativas.

Cuando existen diferencias entre los resultados de los análisis en el nivel del relato, el de los actos de habla y los de los análisis del nivel de las redes de palabras, es preferible dar crédito a los resultados de los análisis del nivel más global, el de las secuencias narrativas.

Redes de palabras

El análisis de las redes de palabras o redes de signos pretende establecer el predominio de determinado lenguaje del erotismo dentro de un texto. Dado que un problema habitual consiste en que muchas palabras tienen una significación múltiple, puede ocurrir que su expresión corresponda a más de un deseo. La restricción de la significatividad de las palabras se efectúa cuando se las inserta en redes, y en determinadas secuencias narrativas. Los distintos niveles de análisis favorecen recíprocamente su eficacia respecto de la investigación clínica.

Tengamos en cuenta que este nivel de análisis sirve para cuestionar o avalar el análisis de las secuencias narrativas, al tiempo que nos ofrece datos acerca de una anticipación acerca de relatos que aún no han sido desplegados. Es decir que este nivel de análisis tiene ante todo una función de control del nivel de los relatos.

El programa computarizado se emplea fundamentalmente para el análisis del primer nivel, dada su eficacia, y bien puede ser contrastado con el análisis de las redes de palabras en el sentido “manual”. Éste tiene distintas funciones: distribuye los términos detectados en columnas correspondientes a cada uno de los deseos, describe las características gramaticales de las palabras detectadas (esto sirve para luego decidir cuál es el valor correcto de la palabra en esa frase). Por ejemplo, la palabra “como” puede tener el valor de verbo, adverbio o preposición según el deseo en juego⁴. Para poder

⁴ Ej: Como en calidad de verbo:

Erotismo intrasomático: ligado a la autoconservación. Ej: “Cada mañana, como dos tostadas y un té”

Erotismo oral secundario: implica un vínculo con otros. Ej: “Todas las semanas como con mis amigos”.

Erotismo fálico genital: está vinculado con el placer. Ej: “Como los más exquisitos manjares”.

Como en calidad de adverbio:

Erotismo fálico uretral: indica una medida. Ej: “Su cabello rubio, como desteñado”.

Erotismo fálico genital: indica un modo. Ej: “Todos corrieron como locos”.

optar, es indispensable ver en qué contexto está ubicada dicha palabra. Una vez que el programa arrojó los resultados debemos efectuar una serie de operaciones: despeje, crítica contextual, complemento y contraste. El despeje se basa en detectar redundancias entre las columnas que corresponden a los distintos deseos, la crítica contextual consiste en elegir alternativas que el programa presenta (tal como hemos presentado con la palabra “como”), el complemento detecta ya sea palabras compuestas (acuso recibo), localismos (bondi) y palabras extranjeras (sport), y el contraste reside en comparar los resultados obtenidos con el programa y manualmente.

El programa computacional sirve para este nivel de análisis y sólo si luego de haberlo utilizado se aplica la calibración (tanto al programa lexicométrico como al análisis manual). Sin su aplicación, los resultados no son comparables con los niveles de análisis de frases y de relato. Dicha calibración es resultado del discernimiento que la base de datos de palabras para cada lenguaje del erotismo era desproporcionada, siendo mucho más numerosa la del erotismo anal secundario. Posiblemente tenga que ver con que la palabra a partir de esa fase del desarrollo libidinal se configura como unidad del preconiente, y como modo privilegiado de manifestación de los pensamientos, afectos y deseos.

Actos de habla

Para el ADL tanto los actos de habla como las redes de palabras reflejan deseos dado que allí la defensa patógena se expresa como perturbación retórica. Los actos de habla desde el ADL se definen en términos semánticos, centrados en la significatividad erógena. Maldavsky (2002) propone dos análisis paralelos en cuanto al acto de habla: palabra y línea melódica. En cuanto al análisis del acto de habla, subordina el contenido a la forma (por ejemplo si se trata de una reflexión abstracta, una exclamación), de modo tal que en este nivel de análisis se asocian dos criterios para determinar prevalencias relativas: el del relato (que jerarquiza el valor lógico del final del relato) y el de la palabra (que acepta que una misma palabra tenga simultáneamente múltiples valores erógenos, si bien pueden resultar conflictivos). El análisis que subraya el valor

Como en calidad de preposición:

Erotismo anal secundario: indica un valor. Ej: *“Lo fantástico, como ruptura de lo conocido, nos presenta lo inadmisibile dentro de la realidad cotidiana”*.

de las prevalencias relativas se da dentro de cada uno de los dos niveles: los componentes paraverbales y los actos de habla como conjunto de palabras.

El estudio de los actos de habla permite analizar el vínculo transferencial. En relación con los componentes paraverbales, éstos tienen un triple valor: por un lado, tienen un valor sintáctico, en el sentido de establecer intuitivamente la extensión de la frase y la organización interna de sus fragmentos, que transcrita a la escritura se pone de manifiesto con las notaciones sintácticas: puntos, comas, paréntesis, dos puntos, etc. Otro valor se pone de manifiesto cuando la frase va connotada de algún matiz afectivo (por ejemplo una exclamación). Un tercer valor consiste en su componente pragmático: una orden de no interrumpir al hablante hasta que no haya completado su frase.

La grilla que se ve a continuación incluye las manifestaciones verbales y paraverbales inherentes a los actos de habla.

Cuadro XIX - Deseos y actos de habla

FG	FU	A2	A1	O2	O1	LI
Alabanza.	Refranes.	Proverbios, sentencias y máximas.	Ofensa, blasfemia o imprecación.	Lamentos.	Deducción abstracta.	Estado de cosas.
Felicitaciones.	Premoniciones.	Invocaciones ritualizadas y religiosas.	Maldición.	Reproches y autorreproches.	Pensamiento místico o metafísico.	Referencias a estados y procesos corporales.
Celebración.	Consejos.	Citas.	Detracción o difamación.	Condolencia y pésame.	Paradoja lógica.	Banalidad.
Dedicatoria.	Advertencias.	Referencia a un saber consensual.	Amenazas.	Queja.	Metalenguaje.	Adulación.
Agradecimiento.	Preguntas o afirmaciones referidas a la orientación témporo-espacial.	Abreviaturas y siglas.	Incitación.	Pedidos de disculpa y perdón.	Ambigüedad y falta de definición.	Forzamiento en el discurso del otro.

Promesa.	Vocalizaciones de desorientación.	Imperativos condicionales.	Burla triunfalista.	Ruego e Imploración.	Vocalización en clave.	Cuentas.
Juramento privado.	Recuperación o mantenimiento de la orientación.	Órdenes e indicaciones acordes con la ley.	Exhibición de poder.	Exigencia.	Negación que crea una contradicción lógica ante la afirmación ajena.	Catarsis.
Brindis.	Referencia a acciones rutinarias.	Juramento público e imposición de obligaciones.	Rendirse o declararse por vencido.	Demanda de amor, reconocimiento y aprobación.	Referencias a estados corporales perturbados.	Ecolalia o perseveración.
Repetición de la vocalización ajena.	Interrupciones del discurso ajeno o el propio.	Contratos.	Interrupción intrusiva.	Manipulación afectiva.		Onomatopeyas de sonidos de objetos inanimados.
Convocatoria al oyente.	Acompañamiento del discurso ajeno.	Enlace causal.	Tergiversación.	Sentimiento de la inutilidad propia o ajena.		
Invitación.	Saludos y otras formas de contacto.	Afirmación.	Provocaciones.	Sometimiento o apaciguador.		
Manifestar un deseo.	Acercamiento y alejamiento cautelosos.	Justificación de acciones, palabras e ideas.	Órdenes abusivas de hacer algo contrario con la ley o los preceptos morales.	Comprensión empática.		
Exclamaciones.	Acercamiento excesivo.	Deducción, conjetura o inferencia concreta.	Denuncias y acusaciones.	Exaltación del sacrificio.		
Mostración.	Vocalizaciones	Generalización	Delación.	Referencia a		

	s de desconfianza.	concreta.		estados afectivos.		
Interjección.	Muletillas.	Anticipación de hechos concretos.	Confesión de acciones contrarias con la ley o los preceptos morales.	Referencia al estado climático, el paso del tiempo o los objetos.		
Exageración y énfasis.	Apócopes.	Toma de decisión.	Justificación de transgresiones de la ley.	Referencias a estar realizando una acción.		
Dramatización .	Vocalizaciones en suspenso.	Detallar.				
Ejemplos.	Minimizadores.	Clasificación.				
Redundancia sintáctica.	Chismes y rumores.	Definición.				
Juegos de palabras y chistes.	Evitación.	Autocrítica.				
Completamiento de la vocalización ajena.	Expresión de potencia-impotencia.	Proyecto de acción.				
Comparación entre cualidades.	Desafío competitivo.	Control del recuerdo, el pensamiento y/o la atención propios y/o ajenos.				
Comparación metafórica.	Pedido de ayuda.	Información de hechos concretos.				
Relación causal en que el factor determinante es la intensidad de	Referencias a la casualidad o la suerte.	Descripción de situaciones concretas.				

una cualidad.						
Ecuación entre las cantidades de las cualidades.		Contraste entre las creencias y los hechos.				
Vocalización de rareza o incredulidad.		Pedido de permiso.				
Preguntas o afirmaciones referidas a la forma.		Consultas.				
Referencia a estados corporales desagradables.		Críticas valorativas acordes con la moral, la limpieza, la cultura y el orden.				
Referencia a una realidad desagradable.		Ordenamiento.				
Devaneo embellecedor.		Presentación de alternativas.				
Onomatopeya de sonidos de objetos animados.		Duda.				
		Objeciones.				
		Vocalizaciones opositivas o negaciones de una exageración.				
		Comparación entre rasgos objetivos o jerárquicos.				
		Referencia a las posiciones				

		objetivas o jerárquicas.				
		Corrección de las vocalizaciones propias o ajenas.				
		Confirmación (o rectificación) de la opinión ajena o pedido de confirmación de la propia.				
		Rectificación sintáctica.				
		Síntesis.				
		Introducción o cierre de un tema.				
		Preguntas y otras formas de solicitar información.				
		Preguntas tendientes a establecer las causas.				
		Aclaración.				
		Puntualizaciones y señalamientos.				

Fuente: Maldavsky (2013)

Secuencias narrativas

El análisis de las secuencias narrativas abarca fundamentalmente el análisis de la posición-sujeto en la escena: las relaciones objetales, las acciones, el ideal, la representación-grupo, los afectos dominantes, las concepciones témporo-espaciales, los tipos diferenciales de actividad motriz, de representación-cuerpo, de representación-grupo, la configuración del ideal del yo, tienen un alto grado de especificidad, ya que para cada lenguaje del erotismo adquieren cualidades particulares.

El análisis central de la secuencia narrativa está centrado en el análisis de las escenas correspondientes a las fantasías primordiales para cada erotismo. En *Pegan a un niño* Freud (1919e) explica el procesamiento de las fantasías, según el predominio de determinado mecanismo de defensa, de modo tal que las manifestaciones serán producto tanto el lenguaje del erotismo predominante como de la defensa en juego. Las fantasías originarias son de carácter filogenético: vida intrauterina, seducción, escena primaria y castración (Freud, 1916-17, 1918b, 1939^a) y según el erotismo en juego se presentarán de determinado modo. Se trata de fantasías propias del período edípico, momento en el cual se configura una organización psíquica de base. Maldavsky (1999) señala al respecto: *“Dado que la hipótesis referida a las fantasías originarias abarca al conjunto íntegro de los individuos, y se ensambla con la teoría de la percepción, los afectos y la vida pulsional, resulta apta para dar cuenta de una base común, del cual derivan, a su vez, variedades que no son ni particulares (que abarcan a un individuo) ni singulares (que corresponden a un aspecto específico de éste), sino generales (que incluyen a un conjunto de sujetos, pero no a todos). El cruce de las hipótesis sobre las fantasías primordiales con el de la erogeneidad permite realizar un pasaje de lo universal a lo general, para lo cual es necesario hallar un camino”* (pág. 75). Es decir que el carácter universal de las fantasías primordiales, sumado a la posibilidad de encontrar en ellas características generales para diversos conjuntos de sujetos configura una posibilidad para el estudio de los lenguajes del erotismo según cada estructura.

Las narraciones están compuestas por cinco escenas. Dos de ellas constituyen estados; las otras tres, transformaciones de dichos estados. La narración contiene un estado inicial de equilibrio inestable, quebrado por una primera transformación, correspondiente al despertar del deseo, luego por una segunda, inherente a la tentativa de consumarlo, y por una tercera, que incluye las consecuencias de dicha tentativa. De allí se pasa al estado final. En el discurso del paciente podemos encontrar supresiones (narraciones solo del estado final, o de la escena en que el deseo despierta), redundancias, permutaciones o bien, condensaciones.

En este nivel de análisis importa estudiar si los lenguajes del erotismo se presentan en versiones eufóricas o disfóricas. Muchas veces se plantean ambas variantes. Dado que este tipo de análisis tiene en cuenta las prevalencias y las subordinaciones en los actos de habla, lo importante será analizar cuál de las versiones es la predominante. Es importante señalar que en la mayoría de las oportunidades no contamos con el relato

Ruth Kazez

completo, sino que nos encontramos o bien con fragmentaciones u omisiones, redundancias, inversiones o sustituciones.

El siguiente cuadro presenta una versión sintética del conjunto de las escenas que aparecen en las secuencias narrativas que caracterizan los diferentes deseos:

Cuadro XX - Esquema de las escenas inherentes a las secuencias narrativas de cada deseo

DESEO ESCENA	FALICO GENITAL	FALICO URETRAL	ANAL SECUNDARIO	ANAL PRIMARIO	ORAL SECUNDARIO	ORAL PRIMARIO	LIBIDO INTRASOMATICA
Estado inicial	Armonía estética	Rutina	Orden jerárquico	Equilibrio jurídico natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilibrio de tensiones
Primera transformación: despertar del deseo	Deseo de Completud estética	Deseo ambicioso	Deseo de dominar y espiar a un objeto	Deseo justiciero	Tentación. Expiación	Deseo cognitivo abstracto	Deseo especulativo
Segunda transformación: tentativa de consumir el deseo	Recepción de un don-regalo.	Encuentro con una Marca paterna en el fondo del objeto	Discernimiento de que el objeto es fiel a sujetos corruptos	Venganza	Pecado Reparación	Acceso a una verdad	Ganancia de goce por la intrusión orgánica
Tercera transformación: consecuencias de la tentativa de consumir el deseo	Embarazo Desorganización estética	Desafío aventurero Desafío rutinario	Reconocimiento por su virtud Condena social y expulsión moral	Consagración y Reconocimiento del Liderazgo Impotencia motriz, encierro y Humillación	Perdón y reconocimiento amoroso Expulsión del paraíso	Reconocimiento de la genialidad Pérdida de lucidez, de esencia, para el goce cognitivo ajeno	Euforia orgánica Astenia

Estado final	Armonía compartida Sentimiento duradero de Asquerosidad	Aventura Rutina pesimista	Paz moral Tormento moral	Evocación del pasado heroico Retorno a la paz natural Resentimiento duradero	Recuperación del paraíso Valle de lágrimas	Goce en la revelación Pérdida de la esencia	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia duradera
--------------	--	----------------------------------	---------------------------------	--	---	--	--

Fuente: Maldivsky (2002)

En el relato se pone de manifiesto la teoría de la defensa en el plano de las manifestaciones. Como las defensas son destinos de pulsión, ellas mismas son también parte de los deseos. Las defensas y los relatos son formas diferenciales en que el yo da cabida psíquica a un deseo. Para este estudio, Maldavsky (2002) propone un inventario de las defensas dominantes y de las complementarias en cada deseo, y la grilla antes expuesta de las escenas en los relatos por lenguaje del erotismo. De la unión entre estos dos elementos se obtienen conclusiones acerca de las defensas dominantes en cada relato.

Si bien cada relato es indicio de la presencia un grupo de defensas, por este medio no podemos decidir ni si tales defensas son normales o patógenas, ni si, siendo patógenas, han tenido éxito o han fracasado. El autor (Maldavsky, 2002) considera que para decidir si la defensa es normal o patógena resulta elemental considerar la posición del relator. Sostiene que, si el relato es producto del deseo, la posición del relator en las escenas que describe es indicio de la normalidad o la patología de la defensa.

En el mismo texto, categoriza distintas las posiciones según las hipótesis freudianas consideradas sobre todo en tres textos (Freud, 1914c, 1919h, 1921c): modelo (M), objeto (O), rival (R), ayudante (A), sujeto (S) y doble idéntico (DI). El sujeto (que es activo respecto de su deseo) posee un modelo o ideal, un objeto de deseo, un rival y ayudantes, así como sus dobles, pero también el objeto y el rival poseen sus dobles, sus modelos y ayudantes. Se trata de clases de personajes, definidos por sus funciones, en las que el modelo, el sujeto y el doble idéntico se encuentran en posiciones ligadas al ser, mientras que el rival y el objeto de deseo están ligados al tener y el hacer. Si el individuo no logra identificarse con la posición sujeto, la cede a otro quien la desarrolla a costa de él.

Maldavsky (2002) distingue cuatro alternativas en estudio de las defensas en el nivel de las narraciones: la de quien desarrolla defensas no patógenas, la de quien sufre los efectos de una represión, la de quien padece rasgos patológicos de carácter, derivados de la combinatoria entre identificaciones defensivas y desmentida (secundarias y no secundarias a la represión), y la de quien tiene momentos psicóticos determinados por una desestimación de la realidad. En todas las ocasiones el lenguaje del erotismo aporta la escena, y la defensa define la posición del sujeto que narra en ella.

En la escena el paciente: 1) puede ubicarse en la línea de la tentativa de avanzar según su deseo, 2) puede frenarse en esta tentativa o arruinarla, 3) puede hipertrofiar este avance a costa de quienes lo rodean, 4) puede interferir el avance no solo en sí mismo

Ruth Kazez.

(hasta el punto de no consumir acción alguna acorde al deseo) sino en otros, 5) tanto si hay hipertrofia a si hay interferencia contra sí mismo y contra un tercero, puede desorganizarse en un estallido violento y/o perdurar en un encierro solitario. La primera corresponde a la defensa no patógena, y la segunda, a la represión (y eventualmente a su fracaso). La tercera y la cuarta son inherentes a las caracteropatías, y la quinta, a los momentos psicóticos.

Capítulo 4: Presentación de la paciente

Ercilia

La paciente se llamará Ercilia, y tenía al momento de la consulta veintitrés años. Soltera, única hija del matrimonio de Victoria y Andrés. Durante el embarazo, Victoria contrajo citomegalovirus sin saberlo y contagió a Ercilia por vía vertical. También durante el embarazo tuvo hipertensión. El cuerpo de Ercilia muestra aún hoy las huellas de un nacimiento traumático: su parto fue prolongado y se usó fórceps. Pesó dos kilos al nacer. No lloró enseguida, nació asfixiada y tuvo reanimación. Al día siguiente de nacida tuvo un paro cardiorrespiratorio, seguido de convulsiones. Al tercer día, se le perforó el estómago y se la operó de inmediato. Ni bien nació se la colocó en incubadora, recibió respiración asistida y allí estuvo durante quince días, en los márgenes de la vida. No fue amamantada por Victoria porque cuando salió de la incubadora no tenía fuerza para succionar y su madre casi no tenía leche. Fue una niña a quien no le gustaba comer. Rechazaba casi todos los alimentos y por este motivo tomó la mamadera hasta los cinco años. A los cinco meses se la operó del ojo derecho, dado que el citomegalovirus que había afectado su sistema nervioso central le había provocado una neuritis óptica. Tuvo varias operaciones del ojo derecho. Comenzó a gatear a los doce meses y caminó a los veinte, aproximadamente. Comenzó a vestirse sola a los ocho años. Su vocabulario fue siempre muy rico, emitió sus primeras palabras alrededor de los ocho meses. La afección del sistema nervioso central también tuvo secuelas a nivel motriz, ya que Ercilia posee una hemiparesia derecha. A esto se sumaron problemas bronquiales que superó llegada la pubertad. Desde su nacimiento se realiza controles neurológicos anuales. La baja visión del ojo izquierdo y la pérdida del derecho, junto con la hemiparesia derecha han impreso su huella en cada una de sus actividades de la vida cotidiana.

Sumado a esto, y pese a que una señora estaba permanentemente a su cuidado, durante sus tres primeros años de vida ocurrieron los siguientes acontecimientos: sufrió accidentes a repetición (que incluyeron en dos oportunidades puntos en la cabeza), tuvo una quemadura de tercer grado con leche hirviendo y se tragó un tornillo. Todo esto llevó a que en varias oportunidades volviera a estar internada.

Al momento de la grabación de las entrevistas la paciente llevaba dos años de tratamiento ininterrumpido, con sesiones individuales de una frecuencia semanal. Se toman las sesiones 80, 81, 82, 89, 93 y 94. Entre las sesiones 89 y 93 hubo once

semanas de intervalo debido a un accidente padecido por la paciente el día anterior a la sesión 89 que la obligó a permanecer en cama, y luego entre la 93 y la 94 hubo dos semanas de intervalo.

Una historia del origen

La familia materna de Ercilia es de origen español. Sus abuelos pertenecían al partido republicano durante la época franquista. La madre de Victoria tenía ya una hija de 4 años cuando debieron esconderse en una buhardilla en donde transcurrieron los últimos meses de embarazo y el nacimiento de Victoria. Doblemente triunfante, consiguió nacer pese a la realidad que la amenazaba: por un lado, la guerra, por otro, un embarazo difícil, casi en cautiverio. Su nacimiento y sus primeros años estuvieron signados por el peligro. Probablemente los tres embarazos (tuvo dos abortos espontáneos de 5 meses de gestación, uno tres años antes del nacimiento de Ercilia y otro dos años después) marcados con el mismo signo, tengan alguna relación con este momento.

Los padres de Victoria se establecieron con sus dos hijas en la ciudad de Buenos Aires. El padre, asociado con otros compatriotas se dedicó al negocio de bares. Victoria se casó alrededor de los 25 años.

La familia de Andrés es de origen italiano: padre comerciante, madre ama de casa. Andrés tiene también un hermano ingeniero, que actualmente vive junto a su familia en la provincia de Chubut y trabaja para una empresa extranjera.

Cuando Victoria conoció a Andrés, él cursaba sus últimas materias en la facultad de Ciencias Económicas para recibirse de contador público. Al poco tiempo, comenzó a trabajar como gerente de una empresa multinacional. Esta pertenencia del padre signó la vida de la familia e incidió en el progresivo deterioro de la pareja. Victoria, con un fuerte apego a su familia de origen; Andrés, abocado a un trabajo absorbente: la pareja parece no haber logrado sostener un vínculo fructuoso.

Luego del nacimiento de Ercilia, tanto Victoria como Andrés se consagraron de lleno a trabajar -según la joven- debido a las necesidades económicas que su rehabilitación requería (fundamentalmente estimulación temprana, que luego se transformó en kinesiología y terapia ocupacional), y delegando el cuidado de la pequeña en Rosa, una señora a quien Ercilia recuerda con mucho afecto. De los primeros años, los recuerdos de Ercilia incluyen a esta mujer, fuerte, robusta y afectuosa, que contrastaba con su madre tanto en la contextura como en el tipo de contacto físico que establecía con ella.

De su temprana infancia en Buenos Aires, Ercilia evoca la insistencia de su madre en que concurriera a sus clases de piano, actividad que practicaba varias horas diarias por recomendación de su pediatra, quien sostenía que este era el modo más adecuado de entrenar la motricidad fina y desarrollar la audición, dados sus problemas visuales.

La mudanza a la India fue decidida hacia el año 1987 y duró hasta fines de 1993, debido al trabajo de Andrés. Ercilia, con 11 años se mudó a Killaharo, dejando en Buenos Aires a Rosa, su escuela, sus amigos y su gato.

De India recuerda haber tomado con alegría la suspensión de sus clases de piano, pese a nunca haberle manifestado a la madre cuán intolerable le resultaba dicha actividad. También recuerda afectuosamente a sus amigos y profesores, con quienes estableció un vínculo duradero. A estos recuerdos los acompañan otros, no tan gratos, ligados a un estado de vigilia permanente debido a los terremotos. Sumado a esto, la dificultad para orientarse cuando alguna de estas situaciones ocurría. Cabe señalar que Ercilia en el transcurso de su infancia en Buenos Aires y durante el período en India, si bien recibió estimulación y rehabilitación, nunca concurrió a un colegio especializado en su problemática, al punto que nunca estuvo en contacto con personas con sus mismas dificultades.

A los 17 años de Ercilia, la familia decide su regreso a Buenos Aires debido a un gran terremoto sufrido en India que destruyó por completo la ciudad donde vivían. A partir de allí, la familia se instala en la ciudad de Buenos Aires, en donde Ercilia concurre al colegio secundario y al mismo tiempo a una institución social y deportiva para personas con discapacidad, pese a la oposición inicial de sus padres. La joven reclama independencia, termina el colegio secundario con excelentes notas, comienza la carrera de abogacía, que culmina pocos meses antes de comenzar su psicoterapia.

La consulta se da en el mes de marzo del '99, casi tres meses después que Ercilia rindiera su último examen final. Exhibe una situación crítica en el vínculo con su madre: *“ya no podemos convivir, yo lo conversé con papá, en cualquier momento me mudo”*, *“no soporta a mis amigos, no tolera mis salidas, me cuestiona que esté todo el tiempo con ciegos”*. Su padre se presenta de inicio como un aliado, un proveedor en un estricto sentido económico.

Hacia fines del año 2000, sus padres le regalan un pequeño departamento a pocas cuadras de la casa parental, adonde convive con su amiga Maribel -que tiene una problemática visual más severa que la de ella- de un modo relativamente apacible, con algunos altibajos. Aunque intentan sostenerse solas económicamente, generalmente

recurren a algunos aportes económicos de sus respectivas familias. Con respecto al plano afectivo, si bien tuvo encuentros esporádicos con algunos varones, nunca mantuvo una relación estable.

Acerca del vínculo con el terapeuta

Inicialmente el vínculo con el terapeuta se caracterizó por una combinatoria entre competencia intelectual y desconfianza, en donde la paciente intentaba conocerlo a través de distintos medios, por fuera del consultorio. Por ejemplo, pasaba largas horas navegando por Internet, donde se dedicaba a buscar información acerca de él. Una vez leída y analizada la información, se lo comunicaba en la sesión, pero no directamente, sino como si hubiera estudiado las frases o las ideas expuestas por escrito y fueran propias. El terapeuta tenía una sensación de familiaridad ominosa, lo desconcertaba encontrarse dicho en boca de la paciente. Finalmente dedujo lo que ocurría y se lo comunicó a Ercilia, quien luego de expuesta la situación, e interpretado su deseo de conocer la lógica de sus reflexiones, así como el intento de dominar sus pensamientos a través del conocimiento, asintió.

Cuando las resistencias iniciales cedieron, apareció una joven desvalida, con estados de abrumamiento psíquico casi siempre ligados al dolor físico. Llamaba la atención que así como no le resultaba para nada difícil hablarle al terapeuta de su dolor, pocas veces se lo hubiera referido a su madre. En algunas oportunidades, cuando el dolor era muy intenso, se proponía ante el terapeuta como objeto de investigación, intentando que el elabore una teoría, quizás apelando a una modalidad propia de salida de estados de aturdimiento: dedicarse a estudiar o a trabajar. Este tipo de salida del abrumamiento pone de manifiesto dos cuestiones: por un lado, una identificación con sus padres en su frenesí por el trabajo y con su madre en un modo de tramitación de los procesos internos. Por otro lado, un intento de sobreinvertir lo intelectual ya que ni la motricidad ni la percepción resultan herramientas del todo eficaces como freno ante el dolor hemorrágico.

Resulta importante destacar cómo cuando ella no está en condiciones de imponer el pensar como tapón frente al dolor –es decir que no puede ubicarse en la posición activa cede su lugar, se lo propone al terapeuta, claudica en su actividad para proponerse como objeto al servicio del pensar del otro. El terapeuta posee un vínculo empático con la paciente, quien a veces intenta transformarlo en una relación entre pares.

Tercera Parte: Instancia Operativa

Se presenta a continuación el análisis de seis sesiones, aplicando el Algoritmo David Liberman. En primer lugar, realizaremos un análisis cualitativo, microanalítico y transversal de cada una de las seis sesiones, aplicando el ADL en sus tres niveles (ADL-R, ADL-AH, ADL-P). Previo a realizar el análisis, éstas fueron divididas en dos grupos. El grupo 1 estaba conformado por las sesiones 80, 81 y 82 y el grupo 2 estaba conformado por las sesiones 89, 93 y 94. El criterio de agrupamiento tenía que ver con un accidente padecido por la paciente el día anterior a la sesión 89, que la llevó a ausentarse de las sesiones y a tener estricto reposo en cama. Entre la sesión 89 y la 93 hubo once semanas de distancia. El análisis cualitativo consistió en detectar en cada sesión fragmentos en los que la paciente habla acerca de los dos temas seleccionados: su propio cuerpo y la relación con su madre. Luego se detectaron subtemas (estado actual, trabajo, la calle, etc.) y posteriormente se construyeron los relatos. Los mismos fueron analizados aplicando el ADL-R, por dos jueces. Al momento de la evaluación, al detectarse diferencias, se dirimieron con un juez.

Los mismos párrafos fueron analizados desde el punto de vista de los actos de habla y de las palabras. Los actos de habla fueron segmentados por dos evaluadores y luego analizados con el mismo procedimiento que los relatos, aplicando la grilla ADL-AH. Luego fueron calibrados. En cuanto a las palabras, se empleó el diccionario computarizado, y luego los resultados también fueron calibrados. Posteriormente se interpretaron los resultados de cada nivel teniendo en cuenta las dos variables estudiadas: deseos y defensas -y sus estados-. Finalmente se compararon los resultados de los tres niveles.

Del análisis cualitativo transversal de cada sesión se obtuvieron resultados que fueron trasladados al análisis cuantitativo. El análisis cuantitativo se encaró de manera longitudinal, comparando los resultados de los tres niveles para las seis sesiones, divididas en dos grupos. Se estableció un rango para evaluar la variación de deseos en relatos en cada sesión: muy bajo hasta 5%, bajo hasta 10%, medio hasta 20%, alto hasta 35% y muy alto más de 35%. Las sesiones fueron analizadas por grupos (1 y 2) y luego fueron comparadas de a pares. Luego de realizados los análisis y producto de los mismos, quedaron configurados dos grupos de sesiones. El grupo A, formado por las

sesiones 80, 81, 82 y 94 y el grupo B, formado por las sesiones 89 y 93. En el punto sobre Análisis volveremos sobre este tema.

En segundo lugar se expone un análisis longitudinal y cuantitativo, de donde se desprenden resultados cualitativos acerca del proceso de cambio clínico.

Capítulo 5: Sesión 80

Procedimiento y muestra

Se estudió una sesión donde se analizaron 14 secuencias narrativas, 137 actos de habla y el total de las palabras ligadas con la temática del cuerpo y el vínculo con su madre. Para la segmentación del material se tuvo en cuenta los temas desarrollados en la sesión por la paciente, que dio por resultado la distribución del texto en 4 partes (segmentos A, B, C y D). Una vez realizado este fraccionamiento, se estudiaron secuencias narrativas en cada uno de los segmentos y luego, en el análisis global de los tres niveles se incluyeron los actos de habla y las redes de palabras.

Del estudio pormenorizado de las dominancias y complementariedades en los actos de habla, hicimos foco en una secuencia narrativa en particular (XIV), que nos interesó por ser la única en la que se reproducen los resultados globales de la sesión. Elegimos ese relato para analizarlo también desde el punto de vista de las escenas desplegadas en sesión en el nivel de las secuencias narrativas.

A. Estado actual

I. La paciente está cansada, acelerada y estresada. Pese a eso, está bien

B. Trabajo

II. Tiene que encarar dos cosas urgentes de su trabajo. Se está dejando tiempo para eso.

III. Para estos dos trabajos urgentes tiene que usar la computadora. Con eso le alcanza y le sobra

IV. Usa la computadora de manera frecuente. Está acostumbrada a vivir conectada a un cable.

V. No quiere perder ningún proyecto. Siempre corre detrás de alguno.

VI. Desea que en el Colegio de abogados haya computadoras adaptadas. Quiere transformar ese deseo en algo rentable. No consigue que le paguen por eso.

VII. Trata de construir nuevos espacios. Intenta preservar el espacio que ya tiene. Duda a qué dedicarle más energía.

C. La calle

VIII. Fue a votar. La última vez que fue tuvo que subir por una escalera caracol. Esta vez no se animó y pidió que bajen la urna.

IX. Quiere participar en un congreso en San Luis. Podría hacerlo personalmente. Si lo hace vía Internet, lo haría sin usar la cámara para no tener que arreglarse especialmente.

X. No quiere tener que salir a la calle a saltar baches. Se conecta con otros abogados a través de Internet. Cumple su deseo de estar conectada al mundo.

D. Relación con su amiga ciega

XI. Maribel su mejor amiga ciega, le pidió que le corrija la ortografía de un texto. Aunque le resultó difícil, se negó porque estaba cansada. Después se sintió culpable.

XII. Recuerda una salida con dos amigas que son hermanas, una ciega y la otra no. Cuando Ercilia quiso ir al baño, la hermana vidente le ofreció acompañarla. Ella dijo que no.

XIII. Durante la salida la hermana vidente estaba pendiente de lo que ella pudiera necesitar. Pensó que era como un lazarillo.

XIV. El día que ella cambió sus anteojos y veía borroso, Maribel la guió a ella por la calle. La gente que las veía pensaba que ella guiaba a Maribel. Le resultaba gracioso.

Análisis de las secuencias narrativas. Sesión 80

Cuadro XXI – Secuencias narrativas. Sesión 80

Secuencia Narrativa	Deseo		Defensas	Estado
	Dominante	Complementario/s		
I	LI		Acorde a fines	E
II	A2		Acorde a fines	E
III	FG	O1	Acorde a fines	E
IV	FU	O1	Acorde a fines	E
V	LI	FU	Acorde a fines	E
VI	FU	LI	Represión	F

VII	A2	LI + FU	Represión	F
VIII	FU	LI	Acorde a fines	E
IX	FG	LI	Represión	F
X	O1	FU	Acorde a fines	E
XI	O2	LI	Desmentida	F
XII	A2	O2	Acorde a fines	E
XIII	O1		Creatividad	E
XIV	FG	O1	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida	E

Fuente: Elaboración propia

Cuadro XXII- Deseos prevalentes en las secuencias narrativas. Sesión 80

Deseos	Cantidad de relatos	Porcentaje
Libido Intrasomática	2	14,30%
Oral Primario	2	14,30%
Oral Secundario	1	7,10%
Anal Primario	0	0%
Anal Secundario	3	21,40%
Fálico Uretral	3	21,40%
Fálico Genital	3	21,40%
Total	14	99,90%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro XXIII- Tipo de defensa en las secuencias narrativas. Sesión 80

Defensas		Relatos	Porcentaje	Total
Defensas normales o funcionales	Estado	Defensa		
	Exitosas	Creatividad	1	7,2%
		Acorde a fines	8	57%
	Total defensas funcionales exitosas			64,2%
Total defensas funcionales			64,2%	
	Exitosas	Represión +	1	7,2%

Defensas patológicas		Rasgos caracterológicos + Desmentida			
	Total defensas patológicas exitosas				7,2%
	Fracasadas	Represión	3	21,4%	
		Desmentida	1	7,2%	
	Total defensas patológicas fracasadas				28,6%
Total defensas patológicas				35,8%	
Total defensas				100%	

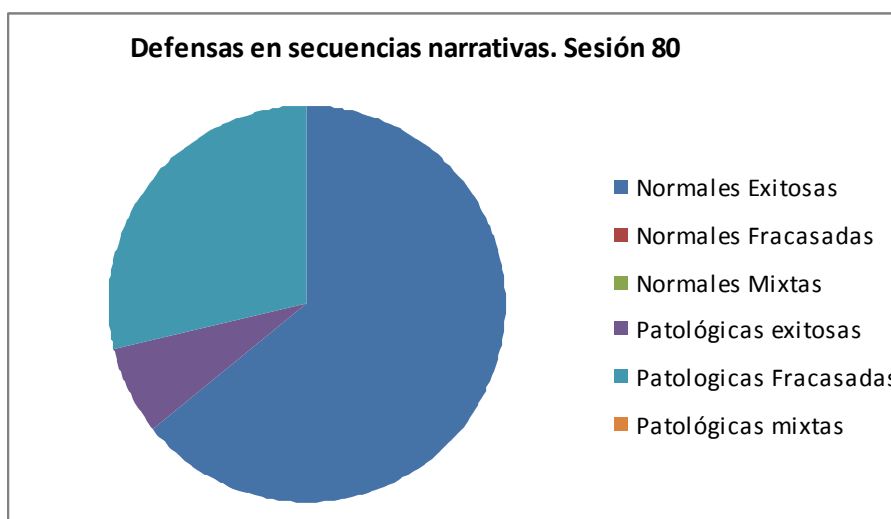
Fuente: Elaboración propia

Cuadro XXIV- Visión de conjunto de las defensas en las secuencias narrativas. Sesión 80

Defensa			Relatos
Tipo	Estado	Defensa	
Funcionales	Exitosa	Acorde a fines	I, II, III, IV, V, VIII, X, XII.
		Creatividad	XIII
Patógenas	Exitosa	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida	XIV
	Fracasada	Represión	VI, VII, IX, XI.

Fuente: Elaboración propia

Gráfico I - Defensas en secuencias narrativas. Sesión 80



Fuente: Elaboración propia

Del total de las 14 secuencias narrativas, tres deseos comparten la misma cantidad (3 de 14): A2, FU y FG. Luego, LI y O1 se dan en dos secuencias narrativas y el deseo O2 se da en una. La presencia del deseo O1 resulta significativa ya que no sólo resulta central en dos de los catorce casos sino que es complementario en otros tres, con lo cual está presente en una tercera parte de las secuencias narrativas. En el caso del deseo LI resulta central sólo en dos de los casos pero resulta llamativo que esté presente como deseo complementario en cinco de las secuencias narrativas. Es decir que el deseo LI está presente en la mitad los relatos, ya sea de manera central o complementaria.

La sesión comienza con la presentación de la paciente y la descripción de su estado físico actual, al referirse a un estado eufórico del deseo LI. Su deseo ambicioso se liga a la posibilidad de disponer de energía de reserva. El hecho de disponer o no de energía resulta decisivo al momento de elegir qué alternativa tomar. Teresa tiene muchos proyectos, cuando ella se siente bien físicamente, puede “correr” detrás de ellos para no perderlos, en un movimiento virtual (O1).

El deseo A2 se relaciona con dos secuencias narrativas, una ligada a su propia organización para trabajar y otra relativa a su negativa cuando la hermana de su amiga le ofrece acompañarla al baño.

Por último, el deseo O1 se pone de manifiesto a través de las conclusiones que ella elabora, por ejemplo, acerca de que la hermana de su amiga se proponía como un lazarillo. Ahora bien, en el resto de la sesión este deseo aparece combinado con otros, dando siempre por resultado relatos eufóricos. Cuando se acopla con el deseo FU, el uso

habitual de la computadora la hace estar acostumbrada a vivir conectada a un cable, al mismo tiempo que el uso de Internet le permite evitar la salida a espacios peligrosos y cumplir su deseo de estar conectada al mundo. Relacionado con los espacios potencialmente peligrosos, cuando va a votar evita pasar por una situación peligrosa y solicita que bajen la urna para ella. En cuanto a la combinatoria del deseo O1 con el FG, siente que le alcanza y le sobra con la computadora para hacer los trabajos urgentes que debe realizar y también le resulta gracioso el hecho que los demás saquen una conclusión equivocada respecto de su situación con su amiga ciega.

En cuanto a las combinatorias de distintos deseos con resultados disfóricos, resulta interesante analizar que, en todos los casos, el deseo complementario es el LI. Ya sea que se combine con el deseo FU, ambicionando en vano que su sueño de que haya computadoras adaptadas se transforme en algo rentable para ella, o bien que se combine con el erotismo FG, cuando el deseo de embellecerse se combina con otro, de disponer de energía para dedicarle a su arreglo personal. Al fracasar la defensa, decide no viajar ni encender la cámara *web* y participar del congreso sin desplazarse ni arreglarse, a lo cual tendría que destinarle su esfuerzo. En una tercera combinatoria, el deseo A2 se liga a LI cuando duda si construir nuevos espacios o preservar el que ya tiene, relacionándolo con el monto de energía del que dispone para dedicarle. Por último, el deseo O2 se liga con el LI cuando su estado de astenia genera que le niegue ayuda a su amiga y esto la hace sentir culpable.

Para el análisis cuantitativo de las defensas tenemos en cuenta dos criterios: 1) el tipo de defensa, según sea normal o patológica y 2) si ésta es exitosa o fracasada.

En el cuadro III observamos que del total de las defensas detectadas en la muestra, un 64,2% corresponde a defensas funcionales y un 35,8% a defensas patológicas.

Las defensas funcionales exitosas son en su mayoría acorde a fines, formando parte de 8 de los 14 relatos totales, mientras que la creatividad sólo forma parte del repertorio de una única secuencia narrativa. En esta sesión no detectamos defensas funcionales fracasadas ni mixtas.

En relación con las secuencias narrativas donde se encuentran presentes las defensas patológicas, éstas constituyen un poco más de un tercio del total. En cuanto a las defensas exitosas, están presentes en una única secuencia narrativa donde observamos la represión + rasgos caracterológicos + desmentida mientras que las defensas patológicas fracasadas presentan un repertorio de 3 secuencias narrativas donde hallamos la represión y una donde se encuentra la desmentida.

Ya en un terreno cualitativo, comenzaremos analizando las escenas relatadas en la sesión. Si enfocamos en el análisis de las defensas patógenas exitosas, observamos que la desmentida en su versión eufórica se presenta cuando hace referencia a su cambio de anteojos, cuando su amiga ciega la guiaba a ella por la calle, la gente que las veía pensaba que era al revés y esta situación le resultaba graciosa. En este relato la paciente pone de manifiesto una actitud sarcástica frente a los demás, quienes en su fantasía conjeturan acerca de cuál de las dos amigas lleva a la otra. Lo que a ella la deja en una posición eufórica es suponer que los otros equivocan su conclusión mientras sólo ella y su amiga saben cuál es la realidad. Más adelante retomaremos esta escena no desde el punto de vista de las escenas relatadas sino de las escenas desplegadas en la sesión.

En cuanto a las defensas patológicas fracasadas, aparecen la represión y la desmentida. La represión en estos casos se liga a deseos laborales y estéticos fracasados, y a la duda que no le permite definir hacia donde desplegar su deseo de construcción de nuevos espacios por falta de energía. En cuanto a la desmentida, se relaciona con el conflicto con la realidad de su propio cuerpo y su agotamiento físico. Cuando decide dar crédito a su propio cansancio, cae el sentimiento de ilusoria omnipotencia física y le manifiesta a su amiga que no puede colaborar con ella. Luego, el estado disfórico se desprende del sentimiento de culpa generado por un fragmento propio, contenido en dos funciones del superyó, la autoobservación que la compara con el ideal del yo y la conciencia moral que la acusa de haber sido egoísta por no haberse esforzado en ayudar a su amiga, generando el sentimiento de culpa.

En cuanto a las defensas normales, están representadas en los mecanismos acorde a fines, todos en versión exitosa. La mayoría de ellas implica la adaptación de la paciente a su discapacidad física y se pone de manifiesto en las situaciones en donde ella manifiesta por ejemplo que está acostumbrada a vivir conectada a cables, que puede estar comunicada con el mundo a través de Internet o que pidió que para votar bajen la urna especialmente para ella. En cuanto a la creatividad, se evidencia cuando ella llega a conclusiones o a pensamientos acerca de hechos concretos de la realidad.

Cuando la defensa normal es exitosa predominan tres temas, en primer lugar, la oposición entre movimiento virtual y movimiento real. Entendemos al movimiento virtual como un movimiento ligado a las ideas, al cual la paciente se refiere cuando dice correr detrás de algún proyecto, o vivir conectada a un cable. El movimiento real, objetivo, es lo que la cansa, la acelera o la estresa en la realidad. En el movimiento virtual su cuerpo no se mueve, lo que se desplazan son sus pensamientos. El segundo

tema es la construcción de espacios y la energía que eso le insume y la agota físicamente y en tercer lugar, el sacar conclusiones acerca de los pensamientos ajenos.

Los temas presentes en las escenas donde la defensa fracasa incluyen por un lado los proyectos que no logra realizar y no logra que sea rentables y por otro el cuerpo desde tres distintos aspectos: cuando el movimiento real se impone y no puede ser sustituido por el virtual, cuando no quiere arreglarse especialmente para usar la cámara, cuando por estar cansada le niega su ayuda a su amiga Maribel.

Desde el punto de vista de las escenas desplegadas en sesión, en la secuencia narrativa XIV observamos que la paciente presenta una escena en donde se invierte el rol de lazarillo. Quien aparentemente es conducido es el que puede ver mientras que el lazarillo es el ciego. Hay un observador que termina siendo engañado. Posiblemente esta escena refleje un intento de la paciente de desmentir la posición de conductor del terapeuta, haciendo uso del sarcasmo.

Análisis de los actos de habla. Sesión 80

Desde el punto de vista paradigmático, es posible advertir cinco deseos. El más pregnante es el LI, presente a través de referencias a estados corporales. En segundo lugar, observamos el deseo FU, que se pone de manifiesto a través de: referencia a acciones rutinarias, interrupción del discurso propio o ajeno, muletilla, minimizador, expresión de potencia e impotencia. El tercer lugar es ocupado por el deseo A2, que adquiere la forma de: relato de escena concreta, enlace causal, justificación, orden, objeción, deducción conjetura o inferencia concreta, anticipación de hechos concretos propios o ajenos, aclaración, imperativo condicional, duda, confirmación o rectificación de la opinión ajena o pedido de confirmación de la propia, presentación de alternativas, proyecto de acción y aclaración. En cuanto al cuarto lugar, éste está compartido por los deseos FG y O2, este último representado por referencia a estados afectivos, referencia a estar realizando una acción o estar pasando por un estado. El deseo FG se expresa a través de repetición de la vocalización propia o ajena, manifestación de un deseo, énfasis y exageración, dramatización, convocatoria al oyente, pregunta por la forma y comparación metafórica.

Cuadro XXV – Actos de habla. Sesión 80

	Nº	%	P
LI	6	4.38	85
O1	0	0	10-30
O2	4	2.92	45
A1	0	0	10-50
A2	75	54.74	52
FU	33	24.09	55
FG	19	13.87	45
Total	137	100	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la combinatoria de actos de habla y narraciones, nos interesó analizar una, en donde la paciente relata que el día que ella cambió sus anteojos y veía borroso, Maribel la guió a ella por la calle. La gente que las veía pensaba que ella guiaba a Maribel y eso le resultaba gracioso. En el nivel del relato, ese fragmento en el nivel de los deseos se corresponde con FG dominante y O1 complementaria mientras que en el de las defensas, predomina la represión + rasgos caracterológicos + desmentida exitosa. Desde el punto de vista de los actos de habla, en el análisis observamos que los percentiles se mantienen prácticamente iguales en relación a la sesión completa. Podemos observar en el cuadro VI la relación entre los actos de habla de la sesión completa y de la secuencia narrativa XIV. Aquí podemos ver que en la sesión completa, los actos de habla LI son seis, cinco de los cuales se encuentran en la secuencia narrativa XIV. Esto coincide con el percentil +90 de las redes de palabras.

Estos resultados se dan porque este fragmento concentra la mayor parte de los actos de habla correspondientes al deseo LI (80%). Siguiendo la propuesta de Maldavsky (2013), podemos entender que en este fragmento se da una hipertrofia de este deseo, ya que el valor se ubica por encima del percentil 85. La abundancia de referencias a estados y procesos corporales, que reflejan la realidad de un cuerpo doliente es desmentida exitosamente gracias a una posición sarcástica que asume respecto de quienes la ven. En un discurso en donde abundan las justificaciones (A2), conjeturas (A2) y muletillas (FU), la paciente intenta presentar una escena en donde los ciegos terminan mostrando una realidad engañosa a los videntes, entre los cuales se encuentra el terapeuta.

Cuadro XXVI- Comparación entre percentiles de la sesión completa con la secuencia narrativa XIV. Sesión 80

Deseo	Sesión completa			Secuencia narrativa XIV		
	Nº	%	Percentiles	Nº	%	Percentiles
LI	6	4.38	85	5	18.52	+90
O1	0	0	10-30	0	0	
O2	4	2.92	45	0	0	
A1	0	0	10-50	0	0	
A2	75	54.74	52	15	55.55	52?
FU	33	24.09	55	7	25.93	55?
FG	19	13.87	45	0	0	
Total	137	100		27	100	

Fuente: Elaboración propia

Análisis de redes de signos. Sesión 80

Para el análisis de redes de palabras empleamos un diccionario computarizado que permite distinguir la significatividad de las palabras según el deseo que representan en las verbalizaciones de la paciente. Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes LI y FG y coinciden con los deseos predominantes en el nivel de los actos de habla (LI) y de los relatos (FG). Retomaremos la articulación entre ambos deseos en la Discusión.

Como palabras representativas del deseo LI encontramos verbos como “doler”, “marear”, “dormir”, sustantivos como “computadora”, “trabajo”, “ciega” y adjetivos como “rentable”, “cansada”, “acelerada” y “boleada”, todos ellos ligados a estados corporales, dolor y agotamiento físico.

En cuanto al deseo FG, hallamos verbos como “disfrutar”, “empezar”, “querer”, sustantivos como “deseo”, “cuento”, “modelo”, “imagen” y como adjetivos “importante”, “interesante”, “larguísimo”, “despeinada”, “demasiado”. Remiten a una búsqueda de impactar estéticamente al intentar configurar la propia imagen según lo que el otro espera.

Cuadro XXVII- Redes de signos. Sesión 80

Deseo	Percentil
LI	+90
O1	35
O2	15
A1	35
A2	35
FU	23
FG	+90

Fuente: Elaboración propia

Discusión. Sesión 80

Cuadro XXVIII- Panorama de deseos en los tres niveles de análisis. Sesión 80

Nivel de análisis	Sesión 80		
	Deseo	Porcentaje	Percentil
Análisis de relatos	LI	14,30%	
	O1	14,30%	
	O2	7,10%	
	A1	0%	
	A2	21,40%	
	FU	21,40%	
	FG	21,40%	
Análisis de actos de habla	LI		85
	O1		10-30
	O2		45
	A1		10-50
	A2		52
	FU		55
	FG		45
Análisis de redes de signos	LI		+90
	FG		+90
	O1		35
	A1		35
	A2		35
	FU		23
	O2		15

Fuente: Elaboración propia

Desde el punto de vista paradigmático, el análisis de las combinatorias entre deseos y defensas en los relatos demuestra que los deseos A2, FU y FG resultan centrales. De los deseos complementarios cabe destacar el LI, presente en la mitad de los relatos, ya sea de manera central o complementaria y el oral primario, presente en cinco de catorce relatos.

En el nivel de los actos de habla, el deseo LI se impone, en el percentil 85, mientras que en las redes de palabras coinciden en el percentil 90 tanto el deseo LI como el FG. El deseo FG es uno de los más frecuentes en el análisis de los relatos, está presente en tres de los catorce relatos.

Observamos que cuando el deseo LI aparece acompañado de una defensa exitosa, la paciente logra conservar un sentimiento de omnipotencia respecto de deseos ligados a concretar proyectos o a lograr éxito laboral (deseos FU). Esto viene acompañado de su necesidad de mantenerse en movimiento, que se formatea según el deseo O1. La paciente no se desplaza a San Luis sino que se comunica a través de Internet y cumple, sin ponerse a saltar baches en la calle, su deseo de estar conectada con el mundo. Mientras ella conserva cierta omnipotencia en relación a lo somático (deseos LI acompañados de defensa exitosa o acorde a fines), logra sentirse en movimiento, aunque lo que se desplace sean sus ideas. El componente O1 formatea la motricidad, transformándola en motricidad de ideas, la quietud le permite conservar energía para que lo que se muevan sean sus pensamientos.

El fracaso en la defensa que acompaña el deseo FG y FU, pone de manifiesto el fracaso del ideal de armonía estética y de sus deseos de conquista de nuevos espacios. Cuando se trata de la conquista de espacios haciendo uso de lo intelectual, la defensa es exitosa, mientras que cuando se trata de una espacialidad física, la defensa fracasa o es acorde a fines.

La paciente se plantea de qué manera conectarse con el mundo. Ella establece dos formas: una a través de la computadora, otra, a través de su desplazamiento espacial. El mundo implica que ella se desplace. En esta sesión ella sale de un estado de mayor repliegue.

De los catorce relatos estudiados, diez presentan un componente eufórico que articula los tres componentes antedichos (A2, FU y FG). Pese a sus limitaciones físicas, la paciente “corre” para no perder proyectos, “construye” nuevos espacios, siempre haciendo uso del componente O1 combinado con la desmentida. Las imposibilidades quedan depositadas en su amiga Maribel.

Luego de la intervención del terapeuta, ella produce la secuencia narrativa XIV, cualitativamente distinta respecto de las trece restantes que componen la muestra de esta sesión. En el nivel de los actos de habla este fragmento es LI mientras que en el de los relatos es FG + O1. En este relato, ella se identifica con un fragmento de Maribel: ella es quien está mareada y Maribel la conduce, sólo que las personas que las ven no se dan

cuenta. Es decir que ese fragmento propio, con limitaciones, que en la sesión aparece proyectado en Maribel, en el relato XIV retorna y puede ser incorporado como un fragmento propio. Los rasgos patológicos de carácter se ponen en evidencia en el despliegue del deseo ambicioso y de control, reflejados en este fragmento analizado en particular, en donde la paciente incorpora un fragmento propio: el de la imposibilidad de ser de manera permanente el lazarillo de Maribel, hay oportunidades en que Maribel es su lazarillo. El cierre del relato, “le resultaba gracioso”, tiene que ver con que sólo ella y su amiga conocen la realidad, su desvalimiento queda disimulado frente a “la gente”, dado que su amiga es ciega. En la escena narrada, ella le hace creer algo a los demás, a ella le resulta gracioso que los otros saquen una conclusión equivocada.

Esta secuencia narrativa está compuesta por tres escenas en donde la paciente expresa un modo posible de salida al mundo. En la escena inicial, paradójica, la ciega guía a la disminuida visual, en la escena intermedia ella lee el pensamiento de la gente y finalmente ambas engañan a los que las miran.

Observamos una primera situación predisponente, una segunda situación precipitante y la tercera, el cierre. La situación predisponente, condicionante, parece ser tener que salir a la calle. El elemento precipitante, el que contribuye a la producción del desenlace, es el hecho que ella lee el pensamiento ajeno, que consiste en una interpretación errónea de los otros. El cierre implica un resultado eufórico y la transformación de disfórico en eufórico se da en la escena intermedia.

Esta secuencia narrativa es tanto cronológica como causal. Se pone en evidencia que sus limitaciones corporales, que reflejan el deseo LI en su versión disfórica se resuelven en las dos escenas siguientes, con la combinación entre O1 y FG. El camino para llegar a lo FG, que es el desenlace triunfalista final, tiene que ver con el hecho de poder mirar la mirada del otro. La secuencia narrativa que tiene un inicio disfórico, cambia de signo en la escena intermedia caracterizada por el deseo O1 y finaliza con un desenlace triunfalista que se pone de manifiesto en la escena final, FG.

En cuanto a las escenas desplegadas, se invierte el rol del lazarillo, quien aparentemente es conducido es quien puede ver mientras que el lazarillo es el ciego. Hay un observador que termina siendo engañado.

Capítulo 6: Sesión 81

Procedimiento y muestra

Se estudió una sesión donde se analizaron 18 secuencias narrativas, 94 actos de habla y el total de las palabras ligadas con la temática del cuerpo y el vínculo de la paciente con su madre. A pesar de tratarse de los mismos ejes de selección que en las otras, en esta sesión las referencias al propio cuerpo son escasas mientras que abundan los relatos referidos al vínculo con su madre.

En el armado de la muestra se tuvieron en cuenta los subtemas desarrollados. Esto dio por resultado la distribución del texto en cuatro segmentos, A, B, C y D. Una vez realizado este fraccionamiento, se estudiaron las secuencias narrativas correspondientes a cada uno de los segmentos y luego, en el análisis global de los tres niveles se incluyeron los actos de habla y las redes de palabras. Los subtemas son: A) relatos de hechos de la paciente a) acerca del trabajo, b) acerca del cuerpo, c) acerca de su madre; B) relatos de conjeturas de la paciente a) acerca de su entorno, b) acerca de sus cambios y c) acerca del funcionamiento de la mente de la madre; C) relatos acerca de acciones realizadas por la madre que tienen consecuencias sobre ella, y D) relatos acerca de la identificación con su madre en esas acciones.

A. Relatos de hechos de la paciente

a) Trabajo

I. Como es noviembre se avecina la feria judicial. Por eso es un mes complicado de trabajo. Pese a eso ella está bien.

b) Cuerpo

II. En sesión está obligada a permanecer en posición horizontal y quieta. Esto no le sucede seguido.

III. Disfruta de esta situación en la sesión. Ella lo siente como un valor agregado.

c) Madre

IV. Luego de un mes de no verse, la mamá la llamó para encontrarse. También ella tenía ganas de verla. Acordó encontrarse con su mamá.

V. Se encontraron. En el encuentro, ella le contó lo que había hecho en esas semanas.

VI. Luego del encuentro la madre la llamó. Le dijo que sintió que estaba con un par. Se sorprendió gratamente.

VII. Antes entre ellas había cortocircuitos. Ahora para su madre el encuentro fue gratificante. Para ella eso es importante.

B. Relatos de conjeturas de la paciente

a) acerca de sus cambios

VIII. Se pregunta en qué han cambiado sus acciones. Enseguida se pregunta si quiere o no descubrirlo. Duda que saberlo no le sirva o arruine el logro.

IX. Las personas con dificultades para ver necesitan determinadas condiciones respecto de la luz. Ella aprendió ubicarse para ser percibida por esas personas. Con su madre aprendió a colocarse en el ángulo correcto.

b) acerca del funcionamiento de la mente de la madre

X. A ella algo le está pasando. El entorno está percibiendo los cambios. Ella ha crecido.

XI. No sabe si su madre puede o no hacer sus propios movimientos para percibirla. Sería injusto no reconocerlos. Ella cree que los ha hecho.

XII. Su madre podría o no hacer el movimiento correcto. Ella podría quedarse quieta, pendiente los movimientos de su madre. En su fantasía, esto le resultaría muy frustrante.

XIII. Su madre está aprendiendo a mirarla. Que su madre encuentre el ángulo correcto, no depende de la paciente.

C. Relatos acerca de acciones realizadas por la madre que tienen consecuencias sobre ella

XIV. Su madre se salvó de morir en manos de los republicanos en la Guerra Civil Española. A su madre no le importaba si se moría. Su madre sentía que tenía siete vidas como los gatos.

XV. Había riesgo de vida si su madre quedaba embarazada. Su madre no siguió las indicaciones médicas. Corrió el riesgo de dejarla huérfana

D. Relatos identificación con la madre en esas acciones

XVI. Ella tiene muchas ganas de quedar embarazada. El riesgo ahora es dejar a sus padres sin hija

XVII. Todos se comportan como si un embarazo implicara un riesgo para su vida. Para ella no hay riesgo

XVIII. Su madre debe haber tenido una fuerte sensación de invulnerabilidad. Ella caminaba por la calle sin ver. Concluye que lo aprendió de su madre.

Análisis de las secuencias narrativas. Sesión 81

Cuadro XXIX -Secuencias narrativas. Sesión 81

Secuencia Narrativa	Deseo		Defensa	Estado
	Dominante	Complementario		
I	LI		Acorde a fines	E
II	LI	FU	Acorde a fines	F
III	LI	FG	Acorde a fines	E
IV	FG		Acorde a fines	E
V	FG		Acorde a fines	E
VI	FG	FU	Acorde a fines	E
VII	FG		Acorde a fines	E
VIII	A2	O1+FG	Represión	F
IX	A2	O1	Acorde a fines	E
X	A2	FG	Acorde a fines	E
XI	A2	O1	Acorde a fines	E
XII	O1	FU	Acorde a fines	F
XIII	O1		Acorde a fines	F
XIV	LI	FU	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida + Desestimación del afecto	E
XV	LI	FU	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida + Desestimación del afecto	F
XVI	LI	FG + FU	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida + Desestimación del afecto	F
XVII	LI	FU	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida +	E

			Desestimación del afecto	
XVIII	O1	LI+FU	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida + Desestimación del afecto	E

Fuente: Elaboración propia

Cuadro XXX- Deseos prevalentes en las secuencias narrativas. Sesión 81.

Deseos Prevalentes	Cantidad de relatos	Porcentaje
Libido Intrasomática	5	31%
Oral Primario	3	19%
Oral Secundario	0	0%
Anal Primario	0	0%
Anal Secundario	4	25%
Fálico Uretral	0	0%
Fálico Genital	4	25%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro XXXI - Deseos prevalentes en las secuencias narrativas acerca de acciones realizadas por la madre. Sesión 81.

Deseos Prevalentes	Cantidad de relatos	Porcentaje
Libido Intrasomática	2	100%
Oral Primario	0	0%
Oral Secundario	0	0%
Anal Primario	0	0%
Anal Secundario	0	0%
Fálico Uretral	0	0%
Fálico Genital	0	0%
Total	2	100%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro XXXII- Tipo de defensa en las secuencias narrativas (porcentajes). Sesión 81.

Defensas		Relatos	Porcentaje	Total
Defensas normales o funcionales	Estado	Defensa		
	Exitosas	Acorde a fines	9	56,25%
	Total defensas funcionales exitosas			56,25%
	Fracasadas	Acorde a fines	3	18,75%
	Total defensas funcionales fracasadas			18,75%
	Total defensas funcionales			75%
Defensas patológicas	Exitosas	Represión	1	6,25%
		Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida + Desestimación del afecto	2	12,5%
	Total defensas patológicas exitosas			18,75%
	Fracasadas	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida + Desestimación del afecto	1	6,25%
		Total defensas patológicas fracasadas		
	Total defensas patológicas			25%
Total defensas				100%

Fuente: Elaboración propia

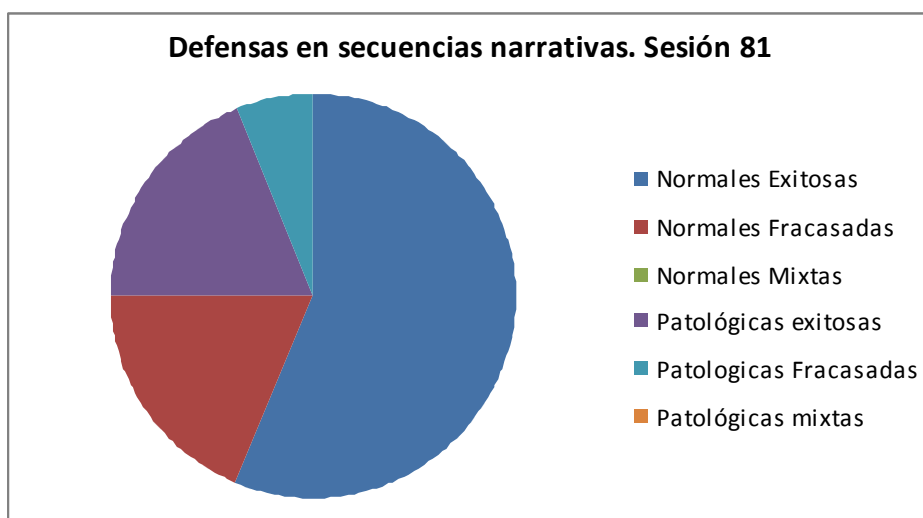
Cuadro XXXIII- Visión de conjunto de las defensas en las secuencias narrativas. Sesión 81.

Defensa			Relatos
Tipo	Estado	Defensa	
Funcionales	Exitosa	Acorde a fines	I, III, IV, V, VI, VII, VIII, X, XI.

	Fracasada	Acorde a fines	II, XII, XIII.
Patógenas	Exitosa	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida + Desestimación del afecto	XVII, XVIII.
		Fracasada	IX.
		Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida + Desestimación del afecto	XVI

Fuente: Elaboración propia

Gráfico II - Defensas en secuencias narrativas. Sesión 81



Fuente: Elaboración propia

Cuadro XXXIV- Visión de conjunto de las defensas presentes en los relatos acerca de acciones realizadas por la madre. Sesión 81.

Defensa			Relatos
Tipo	Estado	Defensa	
Patógenas	Exitosa	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida +	XIV

		Desestimación del afecto	
	Fracasada	Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida + Desestimación del afecto	XV

Fuente: Elaboración propia

De las 18 secuencias narrativas estudiadas, 16 de ellas corresponden a la paciente y 2 corresponden a acciones atribuidas a la madre de la paciente. Aquí se presentó un problema metodológico que más adelante explicaremos cómo fue resuelto. En principio diremos que a los fines del análisis, estas secuencias narrativas de distinta naturaleza fueron analizadas por separado: 16 + 2, y de este modo figuran en los cuadros que se presentan a continuación.

En cuanto a los deseos, en un 31% se pone en evidencia el deseo LI mientras que un 25% corresponde al deseo FG, otro 25% al deseo A2 y el 19% al deseo O1.

El deseo LI en un sentido general se liga a dos tipos de secuencias: aquellas en donde describe bienestar físico con un resultado eufórico y otras en donde hace referencia a riesgos corporales tanto en ella como en la madre, con un resultado disfórico. En cuanto a la articulación entre el deseo LI y el FG, éste se presenta como el disfrute de una situación de comodidad inherente al cuerpo en la sesión que se transforma en un valor agregado. Se produce una traducción desde un disfrute por un estado de bienestar a un deseo que cuantifica y formatea transformándolo en un valor.

La combinatoria del deseo LI con el FU se pone de manifiesto a través de un rasgo caracteropático de la paciente en donde desmiente patológicamente los riesgos, identificada con ese mismo rasgo de intrepidez en su madre. A través de este rasgo de temeridad, tanto ella como su madre cuestionan con su accionar a una instancia protectora ligada a la autoconservación.

A lo largo de toda la sesión la paciente reflexiona acerca de aprendizajes realizados por ella y por su madre. Nuevamente aquí se da el funcionamiento en espejo, de identificación. No es sólo su madre quien aprende a mirarla (XIII), ella también ha aprendido a colocarse en el ángulo correcto (IX). No es sólo ella quien tiene dificultades para enfocar (IX), su madre también las tiene (XI). El predominio del deseo A2 se

observa en las escenas en donde ella oscila entre querer saber y no saber, y en donde ella se ve desde los ojos de los otros. La articulación del deseo A2 y el deseo O1 se ponen de manifiesto en situaciones en donde ella concluye haber aprendido o haber llegado a alguna conclusión sobre un aprendizaje realizado. Ella aprendió a colocarse en el ángulo correcto, ella ha hecho cambios, el entorno –su madre- percibe que ella creció. Cuando se combinan el deseo FU y O1 disfórico, se presenta una conjetura de la paciente: su madre está aprendiendo a mirarla, a lo que sigue el pesimismo de la paciente respecto de no saber si encontrará o no el ángulo correcto. La paciente pareciera hacer referencia a una escena vivida previamente, en donde espera a una madre que no sabe mirarla, que no encuentra el ángulo correcto. Ella supone en su madre problemas de visión, como los que ella padece (la paciente tiene dificultades para enfocar). La narración representa también la caída de un pensamiento omnipotente “no depende de ella”, con lo cual también pone en tela de juicio cuánto su madre ha aprendido a mirarla. La paciente se refiere a la desilusión que implicaría quedarse esperando los movimientos de su progenitora. Ella llega a esta conclusión a través de su pensar lúcido. Esta parece ser la escena posterior a una de desencuentro, de cortocircuito, contracara de la escena de encuentro armónico, en donde la paciente decide de manera pesimista no esperar aquello que no está segura si va o no a venir.

La paciente valora sus propios cambios, aunque no sabe si quiere descubrir qué ocurrió dado que teme que se arruine. Se aprecia la combinatoria entre el deseo A2 y FG. La paciente ha logrado con esfuerzo construir una armonía con su madre, teme que al acceder al conocimiento acerca de qué ha ocurrido, algo se arruine. Se observa aquí una antinomia entre el deseo de conocer ligado al erotismo A2 y el deseo FG, de alcanzar una armonía estética.

Lo gratificante del encuentro con su madre se da a la luz de los cortocircuitos previos entre ambas, en donde prevalece la armonía actual. Se puede observar en esta secuencia narrativa la combinatoria entre los deseos FU -correspondiente a los cortocircuitos- y el FG que alude a la sorpresa y a la armonía actual.

La paciente relata una escena fuera de lo acostumbrado, que incluye que debe permanecer en sesión en posición horizontal y quieta. Esto pone en evidencia el deseo LI con el FU. Sendos deseos se conjugan junto con el deseo FG, cuando la paciente expresa que quiere quedar embarazada.

Las dos secuencias narrativas que incluyen a la madre, se refieren a acciones y decisiones que afectan a la paciente. Ambas manifiestan un componente LI y FU que se

combina con un andamiaje defensivo compuesto por represión + rasgos caracterológicos + desmentida + desestimación del afecto, en uno de los casos con un estado exitoso (XIV) y en otro, fracasado (XV). Las narraciones que se presentan a continuación corresponden a la identificación de la paciente con esos rasgos maternos, como en espejo. La escena XV de la madre que se refiere a que la madre corrió el riesgo de dejarla huérfana se espeja en la escena XVI en donde la paciente habla del riesgo de dejar a sus padres sin hija. El relato XVIII gira en torno de la sensación de invulnerabilidad, aprendida de su madre. Identificada con los rasgos de carácter maternos, ahora es ella quien no teme a morir si queda embarazada o si camina por la calle sin ver.

A diferencia de las otras cinco sesiones que componen la muestra, en esta se observa una proporción distinta en cuanto a los temas propuestos en la sesión. Si bien la selección tuvo en cuenta siempre las mismas temáticas (cuerpo y vínculo con la madre), en esta sesión la paciente se refiere en mayor medida a su madre. Así es que cuando nos referimos a los 4 subtemas detectados, todos la tienen como personaje central: los hechos narrados, las conjeturas son ante todo acerca del funcionamiento de la mente de la madre, las acciones de su madre y por último la identificación de la paciente con los rasgos caracteropáticos de su madre previamente descriptos y ligados a un exceso de temeridad en su accionar.

Para el análisis de las escenas relatadas tendremos en cuenta que se trata de situaciones de distinta naturaleza tales como hechos, conjeturas acciones realizadas por la madre que afectan a la paciente y relatos de la identificación de la paciente con esas acciones. En cuanto al relato de hechos (I a IX), éstos se refieren al trabajo, a su cuerpo y a su madre. En su mayoría éstos están acompañados de defensas acorde a fines. En esta primera parte, la paciente alude a los desencuentros con su madre y le da un particular valor específico a la armonía encontrada en la actualidad.

Los relatos ligados a conjeturas (X a XIII), se refieren fundamentalmente a procesos inferenciales acerca del funcionamiento de la mente de su madre. Presentan la particularidad de no ser relatos de hechos ocurridos sino hechos puramente mentales. En este punto resulta importante establecer una diferencia entre conjetura y fantasía. En la conjetura se realiza un juicio acerca de las cosas o sucesos basado en indicios y observaciones provenientes de la realidad. En las matemáticas por ejemplo, el concepto de conjetura remite a una afirmación que se supone cierta pero que aún no ha sido probada ni refutada. La fantasía, por su parte es el “guión imaginario en el que se halla

presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo, y en último término, de un deseo inconsciente” (Laplanche y Pontalis, 1967). En la fantasía, a diferencia de la conjetura, hay una tendencia a embellecer los hechos. En este caso los relatos no reflejan tanto una actividad de fantaseo en un sentido estricto, sino que se refiere a sus conjeturas acerca de los pensamientos del otro, son relatos de sucesos puramente mentales. Podemos hacer una analogía entre esta dicotomía y la que la paciente establece entre su vida interior y su conexión con el mundo.

Como comentábamos más arriba, las acciones realizadas por la madre nos plantearon un problema metodológico: la paciente hace referencia a acciones y pensamientos de su madre, para luego reflexionar acerca de la propia posición al respecto. Maldavsky (2013) plantea que es factible incluir determinados relatos que representen al hablante, ya sea por identificación o por oposición.

En cuanto a las defensas, el estudio cuantitativo de las 16 secuencias narrativas correspondientes a la muestra de la paciente en esta sesión, observamos que las tres cuartas partes presentan defensas funcionales y una cuarta parte defensas patógenas.

Respecto de las defensas funcionales exitosas, sólo se dan defensas acorde a fines, en más de la mitad de los casos (9 de 16), mientras que las defensas normales fracasadas, también acorde a fines, alcanza un total de 3 de 16.

Las defensas patológicas exitosas son represión, en un caso y represión + rasgos caracterológicos + desmentida + desestimación del afecto en otros dos casos. Las defensas patológicas fracasadas represión + rasgos caracterológicos + desmentida + desestimación del afecto, en sólo un caso.

En cuanto a las dos secuencias narrativas correspondientes a la madre de la paciente, corresponden a defensas patológicas, represión + rasgos caracterológicos + desmentida + desestimación del afecto, una con desenlace exitoso y otro fracasado.

Cuando la defensa resulta exitosa, podemos ubicar dos ejes. Un primer eje es el tema del movimiento: la posición horizontal y la quietud en la sesión como un valor agregado, su crecimiento, el cambio en sus acciones. También, respecto del movimiento podemos observar la referencia al movimiento exitoso en su madre, quien tiene que encontrar el ángulo correcto para mirarla, como una persona que tiene dificultades para ver (defensa acorde a fines normal). En cuanto a la identificación con su madre: se identifica con el sentimiento de invulnerabilidad con la posibilidad de dejarla huérfana (defensas patológicas).

Si tenemos en cuenta las escenas en donde las defensas fracasan, podemos observar los mismos dos ejes, cambiados de signo. En cuanto al tema del movimiento, la paciente hace referencia al sentimiento de frustración que le generaría quedarse esperando que su madre haga el movimiento correcto (defensa acorde a fines normal). En relación con la identificación con la madre, es ahora ella quien puede dejar a sus padres sin hija (defensas patológicas).

Análisis de los actos de habla. Sesión 81

Detectamos diferencias entre escenas relatadas (relatos) y escenas desplegadas (actos de habla). Hay coincidencia entre deseo correspondiente a LI y FG en los relatos. En los actos de habla, lo dominante es A2, dado que el discurso de la paciente abunda en conjeturas, relatos de escenas concretas, enlaces causales, justificaciones, orden, objeciones, deducciones o inferencias concretas, anticipación de hechos concretos propios o ajenos, aclaraciones, imperativos condicionales, dudas, confirmaciones o rectificaciones de la opinión ajena o pedidos de confirmación de la propia, presentaciones de alternativas, proyectos de acción y aclaraciones. Este modo de expresión encuentra un correlato en el modo en que percibe la paciente, en tanto persona con baja visión (ver capítulo 2)

Siempre dentro del análisis del deseo A2, tomamos el análisis de la intervención central del terapeuta (*Qué será? Qué vos cambiaste o que tu mamá puede ver?*), que intenta focalizar en un detalle del relato de la paciente. Nos preguntamos cuánto peso tiene el estilo del terapeuta en el estilo que la paciente despliega en la sesión, teniendo en cuenta que los actos de habla reflejan el intercambio intersubjetivo.

Se presenta el deseo O2 en segundo lugar, representado por referencia a estados afectivos, referencia a estar realizando una acción o estar pasando por un estado.

En tercer término, el deseo FU, que se pone de manifiesto a través de: referencia a acciones rutinarias, interrupción del discurso propio o ajeno, muletilla, minimizador, expresión de potencia e impotencia. Por último el deseo FG se expresa a través de repetición de la vocalización propia o ajena, manifestación de un deseo, énfasis y exageración, dramatización, convocatoria al oyente, pregunta por la forma y comparación metafórica. A diferencia de las otras sesiones, el deseo LI no resulta central dado que prácticamente no hay referencias a estados corporales.

Hay una discordancia entre análisis de relatos por un lado y el análisis de actos de habla y palabras por otro. Observamos una fuerte alianza entre palabras y actos de habla.

Cuadro XXX- Deseos presentes en los actos de habla (percentiles). Sesión 81

Deseo	Nº	%	P
LI	0	0	-10
O1	0	0	10-30
O2	4	4.25	65
A1	0	0	10-50
A2	61	64.89	+90
FU	19	20.21	35
FG	10	10.64	23
Total	94	100	

Fuente: Elaboración propia

Análisis de redes de signos. Sesión 81

Para el análisis de redes de palabras empleamos un diccionario computarizado que permite distinguir la significatividad de las palabras según el deseo que representan en las verbalizaciones de la paciente. Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes A2 en primer lugar, y en segundo lugar LI, O1, O2 y FG.

Los deseos A2 se expresan a través de verbos como “obligar”, “jurar”, “pensar”, “aprender”, sustantivos como “historia”, “pacto”, “diablo”, “soldado” y como adjetivos “equilibrada”, “diferente”, “real”. Como palabras representativas del deseo LI encontramos verbos como “comprar”, “esforzar”, sustantivos como “peligro”, “físico”, “embarazo” y adjetivos como “comprado” y “riesgoso”, todos ellos ligados a estados corporales, dolor y agotamiento físico. En cuanto a los deseos O1, hallamos verbos como “percibir”, “registrar”, “tomar conciencia”, “creer”, sustantivos como “pensamiento”, “cuestión”, “razón”, “información”. Los deseos O2 se ponen de manifiesto a través de verbos como “estar”, “salvar”, “sentir”, “pasar”, “poner”, sustantivos como “esfuerzo”, “muerte”, “sacrificio”, “soldado” y como adjetivos “bien”, “madura”, “frustrante”. En relación con los deseos FG, hallamos verbos como “disfrutar”, “sorprender”, “gratificar”, “empezar”, sustantivos como “valor”, “ganas”, “angustia”, “riesgo” y como adjetivos “importante”, “evidente”, “gratificante”. La paciente se mueve para ser vista por el otro. Crea el contacto, buscando colocarse en su campo de visión, para agradecer al otro. Esto se repite en la sesión, donde la efectúa un movimiento (FU) entre hechos (A2) y conjeturas (O1).

Cuadro XXXVI- Deseos presentes en las redes de signos. Sesión 81

Deseo	Percentil
LI	65
O1	65
O2	65
A1	30
A2	85
FU	-10
FG	65

Fuente: Elaboración propia

Discusión. Sesión 81

Cuadro XXXVII- Panorama de deseos en los tres niveles de análisis. Sesión 81

Nivel de análisis	Sesión 81		
	Deseo	Porcentaje	Percentil
Análisis de relatos	LI	31%	
	O1	19%	
	O2	0%	
	A1	0%	
	A2	25%	
	FU	0%	
	FG	25%	
Análisis de actos de habla	LI		-10
	O1		10-30
	O2		65
	A1		10-50
	A2		+90
	FU		35
	FG		23
Análisis de redes de signos	LI		65
	FG		65
	O1		65
	A1		30

	A2		85
	FU		-10
	O2		65

Fuente: Elaboración propia

Si tenemos en cuenta un análisis sintagmático de los relatos, la paciente comienza refiriendo que se encuentra bien pese a que se acerca la feria judicial (I). En cuanto al relato II, donde la paciente muestra al terapeuta un disfrute en la quietud y en la posición horizontal, podemos entenderlo como una escena final respecto de otro relato macro que comenzaría con el encuentro de la paciente con su madre: la paciente llega a la sesión en un estado de disfrute luego de la grata sorpresa que le ocasiona que su madre comience a percibir sus cambios (VI). Al mismo tiempo, el goce que exhibe se relaciona con una oscilación entre un permanente estado de dolor físico, y el cansancio que le genera el desplazamiento espacial. Es decir que por un lado, estaríamos en presencia de un estado armónico en el que ella disfruta de la quietud, pero pensándolo desde quien relata la frase, no podemos dejar de tener en cuenta la incidencia del deseo LI (LI + FG en relato III).

Luego de esta introducción, la paciente se dirige al terapeuta con una frase de promesa: *“Te quiero contar una cosa”*. La narración que sigue, como *matrioshkas* que se incluyen unas a las otras, remiten a la consumación de esta frase: en términos transferenciales promete algo y cumple con lo que promete.

La narración prometida es la que transcurre entre los relatos IV y VII donde describe el encuentro gozoso entre ella y su madre. *“Tenía ganas de verla porque hacía bastante que no la veía”* implica el despertar de un deseo FG, de completud estética, es el motivo por el cual decidieron encontrarse. Este momento contiene algo de paradójico dado que habla del *“ver”*. La segunda transformación contiene un deseo exhibicionista en donde se da a ver, con el fin de recibir un don a cambio: *“y bueno, más o menos le conté en lo que andaba haciendo en ese momento, las cosas que había hecho durante las dos, tres semanas que hacía no la veía...”*. Nuevamente aparece la paradoja, ya no ligada al ver sino al *“andar”*. En la tercera transformación aparecen las consecuencias del acto exhibicionista: *“Y no sé qué fue, porque yo no registré nada distinto a como es siempre que nos encontramos después de un tiempo de no vernos. Pero después me llamó para decirme que me veía tan adulta, madura, tan equilibrada, que había sentido que estaba con un par”*. Aquí surgen las consecuencias de la tentativa de consumir el deseo, la

madre la considera un par y alaba su equilibrio y su crecimiento (Recordemos que la paciente tiene un problema motriz, ligado al equilibrio, y otro visual consecuencias ambos del virus que afectó su sistema nervioso durante el embarazo de su madre y de su permanencia en la incubadora al nacer; por otro lado ella es pequeña en estatura). La escena final implica una armonía compartida: *“algo está pasando y el entorno lo está percibiendo”*. El cambio da un fruto que consiste en que la madre, el entorno, empieza a notar algo.

La paciente hace una comparación en la que realiza el cambio: en la realidad ella no crece en estatura, sino que emplea la fantasía como embellecimiento de los hechos, lo que da cuenta que por un lado ella representa la vida de fantasía y por el otro van los hechos. Por este motivo subrayamos la distancia que existe entre los hechos (relatos A) y las conjeturas (relatos B). Tengamos en cuenta que las conjeturas de las que hablamos son conjeturas que denotan su intento de mentalización acerca del funcionamiento psíquico materno, en palabras de Fonagy (2003, pp. 191): *“La mentalización es fundamentalmente la capacidad de comprender e interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales subyacentes. . . Se desarrolla a través de un proceso de haber experimentado uno mismo en la mente de otro durante la infancia dentro de un contexto de apego y sólo madura en el contexto de un entorno seguro”*.

Al profundizar en el análisis del relato, comprobamos que la escena, “formateada” desde el deseo FG incluye un encuentro armónico: ella, su madre, el terapeuta. Para la paciente, ella y su terapeuta configuran una pareja fecunda que rinde sus frutos frente a la madre.

Pareciera que la intervención del terapeuta *“Qué será? Qué vos cambiaste o que tu mamá puede ver?”*, es la que desbarata la organización defensiva inicial para que se ponga de manifiesto el lenguaje del deseo O1.

En el relato IX la paciente explica el cambio descrito desde una ilusión de autoengendramiento, pareciera decir *“el cambio en mi madre es sólo una ilusión”*, en donde la percibe como si fuera un ojo fijo que sólo puede mirarla si ella logra encontrar el punto en donde su madre puede enfocarla. Se degrada el deseo FG en O1. La motricidad desplegada por Ercilia está al servicio de ser vista por su madre, hacer cuadro para ella, ser investida perceptualmente por ella, quien sólo puede hacer uso de una motricidad ocular. Esta motricidad para percibir, es una motricidad sensorial característica del lenguaje del deseo O1.

Otra interpretación posible de este “único ángulo de mira” localizado en la madre es pensar que la paciente proyecta en su progenitora la situación padecida cuando estuvo internada en terapia intensiva (neonatal en un inicio, luego debido a las diversas operaciones que padeció), en donde su propio ángulo de mirada era limitado. Winnicott (1945) se refiere a que la relación primaria con la realidad externa por parte del bebé se construye sobre la base de los momentos de encuentro e ilusión con la madre, en los cuales un fragmento de la experiencia del bebé pasa a ser considerado como perteneciente a la realidad externa o una alucinación. En esa relación se abre el camino a la evocación de un fragmento del mundo que la madre le presentó y que el niño creó desde su experiencia en ese encuentro con la madre. Solo cuando el bebé cree la realidad externa que la madre le presenta, habrá ocurrido algo del orden del encuentro. Ercilia pareciera remitir a ese momento de ilusión, también de fijación O1, en donde la madre aparece allí donde ella la requiere, superponiendo ilusoriamente percepción y alucinación.

Este relato también desde el deseo FU: en primer lugar (VI) la paciente ubica a su madre como quien le otorga elogios y alabanzas (FG) mientras que luego (IX) se transforma en una mujer con dificultades para ver, que cae como modelo. Allí (IX, X, XI, XII) es donde Ercilia parece desplegar la fantasía de restituirle la posibilidad de ver al ubicarse ella en el ángulo correcto.

En el relato VIII puede interpretarse un desenlace disfórico desde el deseo FG, en donde “descubrir qué es” arruinaría una supuesta armonía entre ella y su madre. Esto puede representarse como un acto en el que se levanta un velo y queda al descubierto la cabeza de Medusa. Por otro lado, desde este desenlace, formateado desde el deseo O1 implica un descubrimiento contextualizado desde el afán por investigar.

Respecto del plano de la motricidad descrita por Ercilia, establecemos tres posibilidades: del lado de la madre quedan los movimientos oculares, perceptivos; en Ercilia el despliegue de la motricidad cenestésica, mientras que en el padre queda la impotencia motriz. Esto nos lleva a reflexionar acerca de la representación-cuerpo en juego, que tiene que ver con un cuerpo entregado a la compulsión a la repetición, cuya tendencia a actuar debe ser frenada por otros: esto ocurre tanto en las escenas narradas, cuando hace referencia al tema del deseo de quedar embarazada (XVI, XVII, XVIII) y a que sus padres la frenan y por otro lado, la escena actuada en transferencia, donde sería el terapeuta quien la obligaría a permanecer en posición horizontal y quieta (II). Se trata de un cuerpo que entrega a la pulsión de muerte ligada a un goce inercial. El fragmento

ligado a Eros y al superyó está proyectado o bien en el terapeuta o bien en sus padres, que son quienes la “obligan” a detener el movimiento. Desde aquí señalamos la importancia de la motricidad corporal al servicio de los procedimientos autocalmantes (Smadja, 1993), que actúan al modo de contrainversión de la vivencia de dolor.

Siguiendo el recorrido sintagmático de los deseos en juego en este fragmento, podríamos decir que el cuerpo que presenta en un inicio (I, II, III) haciendo referencia a los procedimientos autocalmantes relativos al deseo LI, luego a través del deseo A2 (VIII) cuando se pregunta qué acciones realiza, cuando duda si saber puede servirle o no, para finalizar con el deseo O1 (IX), en donde intenta dilucidar qué hay en la mente del otro.

En cuanto al contenido del ideal en juego, pareciera alternar entre un intento de lograr una totalización estética, obtener el amor de su madre y acceder a una verdad acerca de cuál es el ángulo correcto en el cual debe ubicarse para que su madre logre verla.

En la secuencia narrativa XVIII concluye haber aprendido de su madre el hecho de caminar sin ver. Esta inferencia proviene de la comparación de la primera sentencia y la (Su madre debe haber tenido una fuerte sensación de invulnerabilidad) y la segunda (Ella caminaba por la calle sin ver). En esta secuencia narrativa ella no se concentra en el estado de la mente del otro sino en la propia mente.

En resumen, en el nivel de las secuencias narrativas se pone en evidencia que a medida que avanza la sesión, el deseo FG que aparece inicialmente (IV, V, VI y VII), va siendo sustituido por otros deseos más regresivos. Los vínculos centrales son los que incluyen a la progenitora, al terapeuta y –por omisión- al padre. La madre como la destinataria final de sus acciones, aquella que desconoce o reconoce a Ercilia según se encuentre o no dentro de su extremadamente limitada posibilidad de “enfocarla”. Si lo logra y se encuentra con un cambio, es capaz de reconocerlo. Nótese que en el discurso de la paciente, aquello que inicialmente se presentaba como un encuentro fructífero entre dos, termina siendo formulado desde una hipótesis de partenogénesis, en donde Ercilia reconoce que es ella quien efectúa los movimientos para ser vista por su madre.

Ya desde el punto de vista paradigmático, el análisis de los relatos, muestra que el primer valor está dado por LI y luego en segundo lugar, tenemos el valor de A2 y FU. Por último, el valor de O1.

Si analizamos los resultados obtenidos en los tres niveles, observamos una fuerte concordancia entre los resultados del nivel de las palabras y en el de los actos de habla. En el nivel de los actos de habla, en primer lugar A2 y en segundo lugar O2, mientras que en

el nivel de las palabras, A2 ocupa el primer lugar y en el segundo lugar se encuentran LI, O1, O2 y FG.

Los deseos A2 en los actos de habla y en las palabras denotan un intento por parte de la paciente de organizarse, esto tiene sentido cuando se lo articula con las escenas relatadas por ella en donde predomina A2.

El deseo FG en el nivel de los relatos y en el de redes de palabras, se liga al embellecimiento defensivo para neutralizar las diferencias. Todo esto da cuenta de la eficacia de la desmentida como defensa frente a juicios provenientes de la realidad y sobre todo de ese otro exterior que es su propio cuerpo. La apariencia histérica pareciera estar al servicio de mantener un exceso de competencia característico del deseo FG. Este deseo se pone en evidencia al considerarse causa de la restitución de la posibilidad de ver a su madre, quien queda en un lugar de impotencia.

Capítulo 7: Sesión 82

Procedimiento y muestra

Se estudió una sesión donde se analizaron 33 secuencias narrativas, 180 actos de habla y el total de las palabras. Para la segmentación del material se tuvo en cuenta los intercambios centrales con el terapeuta, que dio por resultado la distribución del texto en 6 partes (segmentos A, B, C, D, E y F). Una vez realizado este fraccionamiento, se estudiaron secuencias narrativas y actos de habla en cada uno de los segmentos y luego, en el análisis global de los tres niveles se incluyeron las redes de palabras. La exploración de las secuencias narrativas se realizó desde dos perspectivas, tuvimos en cuenta las escenas relatadas y las desplegadas al narrar. Dicho de otro modo, analizamos los deseos y las defensas en los relatos y también la función de los mismos. Del total de 33 escenas analizadas, 32 corresponden a la paciente y una corresponde a su madre. Se exponen más abajo las razones por las cuales se decidió incluir en la muestra el análisis de la escena en cuestión.

A. La paciente comienza diciendo que cambió su horario de terapia para organizar a continuación la rehabilitación. Esto le permitió acomodarse y siente que su mente y su cuerpo llegaron a un cierto arreglo. Hace referencia al cambio de consultorio del terapeuta, quien ahora la atiende en un lugar que le permite juntar la rehabilitación física y la terapia. Antes, como el viaje era más largo, terminaba “molida”. Ahora, su cansancio es de trabajo físico o mental (Relatos I a III).

B. Comenta que luego de cada sesión suele tomar un café, pero que después de la sesión precedente se fue a dormir la siesta. Hizo un esfuerzo muy grande, tenía sensación de agotamiento (Relatos IV a V).

C. Se quedó pensando en lo que dijo en la sesión anterior y al respecto hace una generalización: ella debe moverse para que los otros la perciban, esto vale para la relación con sus padres y además se aplica a muchas otras cosas. (Relatos VI a VII).

D. Como fin de año es época de balances, necesitaría hacer un movimiento entre el pasado y el presente. A propósito menciona que a principios de año tuvo accidentes, y comenzó el año en condiciones físicas “calamitosas”. Se centró en remontar ese estado

durante la primera parte del año, cree que respecto del autocuidado cambiaron muchas cosas. Ante la pregunta del terapeuta en relación con el registro de sus posibilidades de estar atenta cuando ocurrieron los accidentes, responde que a principios de año cree haber estado aturdida, no distraída. Sin embargo, al momento de la sesión, afirma estar en condiciones de evitar situaciones como en las que se accidentó. Da una serie de ejemplos en donde describe sus cambios respecto del momento de los accidentes: al bajar una escalera, al caminar por la vereda, al cruzar la calle, al subir al medio de transporte. Siente que encontró “estrategias” para evitar accidentes que ahora empezó a implementar. (Relatos VIII a XIII). Dice también que el hecho de pedir colaboración a otros, para cruzar la calle por ejemplo, le ha ocasionado un dolor en el brazo del cual la toman las personas que la ayudan a cruzar, ya que lo hacen con fuerza. Finaliza diciendo que a fin de año la gente camina por la calle acelerada y que esta época es propicia para un “tortazo” (Relatos XIV a XIX).

E. Luego comenta que estuvo pensando que quisiera ser madre soltera y pensó en quedar embarazada de un donante. Esa idea la hizo sentir feliz y decidió comunicárselo a su madre. Como su madre estuvo en desacuerdo, quedó inundada de angustia. Comenzó a sentir que no podía diferenciar lo propio de lo ajeno, entonces decidió no pensar más en el embarazo. Luego sus padres vinieron a hablarle y le plantearon las cosas de un modo que no podía discutirse. Esa situación le molestó, porque considera que puede cuidarse bien, y que también podría cuidar a otra persona, aunque también piensa que a veces no se puede cuidar del todo a quien se ama y eso es doloroso. Si bien ellos siempre le han hablado del cuidado, esta vez, le causaron mucho sufrimiento. Ella siente que sus padres, al pensar en el hijo de ella son egoístas. Considera que en algún momento tendrá que definir su rol ante ellos y eso constituye un esfuerzo enorme. Retoma el tema del movimiento y dice que si ella se mueve de determinada manera, puede lograr que su madre la perciba, mientras que con su padre es como hacerle señas a un ciego, como si él no la viera. Ella quisiera hablar con él acerca del embarazo, pero eso es imposible (Relatos XX a XXX).

F. Su madre y sus abuelos maternos nacieron en situaciones de riesgo, no hay en la familia historias de nacimientos felices. Le gustaría que en el caso de su hijo sea diferente. Su madre sabía que el nacimiento de su segundo hijo podía ser complicado y al no cumplir con las indicaciones médicas, estuvo a punto de morir en el parto. Es un

modelo de maternidad complicado. A diferencia de su madre, ella quiere cuidarse y piensa que su hijo va a nacer en una cesárea (Relatos XXXI a XXXIII).

Análisis de las secuencias narrativas. Sesión 82

Cuadro XXXVIII- Análisis de deseos y defensas en el relato. Sesión 82

Secuenci a Narrativa	Deseos		Defensas	Estado
	Dominante	Complementario		
I	LI	FU	Acorde a fines	E
II	LI	FU	Acorde a fines	E/F
III	LI	FU	Acorde a fines	E/F
IV	LI		Acorde a fines	F
V	LI		Acorde a fines	E/F
VI	O1		Creatividad	E
VII	O1		Creatividad	E
VIII	O1		Creatividad	E
IX	LI		Acorde a fines	F
X	LI		Acorde a fines	E
XI	O1	LI	Acorde a fines	E
XII	LI		Acorde a fines	E
XIII	A2	LI	Creatividad	E
XIV	A2	LI	Acorde a fines	E
XV	A2	LI	Acorde a fines	E
XVI	A2	LI	Acorde a fines	E
XVII	LI		Acorde a fines	F
XVIII	LI		Acorde a fines	F
XIX	LI		Acorde a fines	F
XX	FG	LI	Acorde a fines	E
XXI	LI		Desestimación del afecto	F
XXII	A2		Represión	E
XXIII	O2		Acorde a fines	F
XXIV	O2		Desmentida	E

XXV	O2		Desmentida	F
XXVI	O2	LI	Acorde a fines	F
XXVII	LI		Acorde a fines	E
XXVIII	O1		Creatividad	E
XXIX	O1		Acorde a fines	F
XXX	FU		Acorde a fines	F
XXXI	FU		Acorde a fines	E
XXXII	LI		Desestimación del afecto (en la madre)	F
XXXIII	LI	FG	Acorde a fines	E

Fuente: Elaboración propia

Escenas relatadas

En un análisis cuantitativo de las 32 + 1 secuencias narrativas podemos diferenciar dos grandes grupos: aquellos en donde predominan las defensas funcionales o normales, que constituyen casi el 90% y el 10% restante, en donde predominan las defensas patológicas. En cuanto a los deseos dominantes, aproximadamente un 44% corresponden al deseo LI (cuadros II y III). Nos referimos a 32 secuencias narrativas de la paciente y una secuencia narrativa correspondiente a su madre.

En el cuadro I que expone el análisis cualitativo de deseos y defensas en el relato, podemos observar que los segmentos A y B resultan introductorios, articulan su bienestar físico con la llegada al consultorio. En el segmento C la paciente hace uso de su creatividad combinada con O1 y extiende una conclusión a la que ya había llegado en la sesión 81: ella debe moverse para que otros la perciban, eso aplica a muchas situaciones de su vida. Este relato resulta central, ya que se desplegará a lo largo de toda la sesión.

Identificamos como nucleares a los segmentos D y E, en donde se da la oposición entre defensas exitosas y fracasadas. En el segmento D la paciente, empleando defensas funcionales exitosas, refiere una situación de cambio. Este segmento comienza con un movimiento a través del pensamiento, haciendo una propuesta de desarrollar un balance entre el pasado y el presente. Muestra estrategias en las que despliega la oposición antes-ahora. En los relatos que se dan a continuación (XII a XVI) predominan defensas funcionales que se presentan junto con una combinatoria de deseos LI ó LI + A2, en su mayoría en versión exitosa, donde la paciente encuentra estrategias para resolver

problemas prácticos, ligados a la evitación de accidentes. La resolución de problemas se aplica a frenar la tendencia a la hemorragia libidinal y dejar de exponerse a posibles lesiones (XIII, XV). Tengamos en cuenta que la representación cuerpo correspondiente al deseo intrasomático, lo entiende como fuente pulsional, marcado por procesos económicos y frecuencias ajenas, donde la subjetividad no encuentra representante.

En el segmento E predominan las defensas fracasadas en torno de la fantasía de embarazo, contando con una proporción levemente mayor de defensas patógenas respecto de las normales. Aquí se observa el fracaso de la desmentida funcional en tanto defensa que le permite realizar acciones armónicas con el contexto. Emplea una desmentida patológica opuesta a un fragmento de la realidad –su patología renal- al fantasear su maternidad. Esta defensa se erige frente al juicio traumatizante que dictamina que su cuerpo no resistiría un embarazo, intentando rechazar la herida narcisista.

La palabra de sus padres sintoniza con el juicio de realidad que impone la autoconservación, y hace que fracasen tanto la desmentida como la desestimación del afecto. Es así que en las secuencias narrativas XXIII, XXV y XXVI componentes O2 en versión disfórica.

Se observa un intento de desidentificarse respecto de su madre quien ha hecho caso omiso de las indicaciones médicas, lo que la llevó a casi perder la vida junto con la de su segundo hijo en el parto. Este relato remite al desenlace disfórico del deseo LI en el relato correspondiente a la madre, mientras que a lo largo de la sesión intenta mostrar que ha logrado cuidarse, a través de la combinatoria de componentes A2 + LI, en donde enumera las estrategias encontradas para resolver problemas prácticos, ligados a la evitación de accidentes. En última instancia, esta desidentificación respecto de su madre implica aceptar la sugerencia de su padre de no quedar embarazada.

Puesta frente a la posibilidad de desarrollar una contradicción orgánica (ante el aumento de la tensión, se generaría un esfuerzo por incrementarla o ante la disminución de la misma se daría una tendencia a la hemorragia libidinal), en caso que siguiera adelante con el proyecto de embarazo en una situación de soledad o de exposición física, la paciente realiza un doble movimiento apelando primero a la creatividad y luego a la represión que consiste en el intento de rechazar el modelo de maternidad de su madre y decidir no pensar más en el embarazo. Sin embargo estima que el movimiento definitivo tendría que ver con replantear su rol frente a sus padres.

En este segmento observamos dos combinatorias de componentes. La primera, FG + LI se expresa a través de la fantasía de embarazo, a través del cual ella lograría un estado de felicidad. Su cuerpo, marcado por tensiones y astenias, lograría una homeostasis (XX). La combinatoria LI + O2 puede observarse en la situación en la cual imagina que puede sustraerse de quedar a merced de las intrusiones angustiantes de sus tíos. En esa situación, que demandaría mucho esfuerzo, ella redefiniría su rol ante su familia (XXVI). Cuando la paciente habla de embarazo con sus padres se ubica a merced de ellos, reproduciendo un vínculo que conjuga apego y desconexión. Esto se pone de manifiesto al expresar la imposibilidad de la comunicación con su tío. Lo define como a un ciego, un personaje egoísta que no la percibe. Su madre en cambio, si ella hace el movimiento correcto, puede verla. Aunque se esfuerza por establecer diferencias entre estos dos personajes centrales de quienes depende, no puede evitar el estado final: queda inundada por los afectos de quienes parecieran alcanzar un equilibrio a costa de ella. En la necesidad de hallar una salida subjetivante de esta situación, va a la búsqueda de representaciones acerca de la historia de los nacimientos familiares. Tanto padres como abuelos representan para ella dobles anteriores –ayudantes- de quienes busca diferenciarse.

La oposición entre los resultados del análisis de los segmentos D y E en el nivel de los relatos nos lleva a pensar en un modo de funcionamiento de la paciente donde se alternan desmentidas patológicas y funcionales. Entendemos que las defensas funcionales pueden ser las mismas que las patológicas, pero a diferencia de éstas, no suponen una tendencia a frenar o hacer retroceder la complejización psíquica (Maldavsky, 2007). La desmentida patológica por su parte consiste en refutar juicios provenientes de la realidad o del superyó recurriendo a retirar el interés hacia otros aspectos o hacia detalles de la realidad o del yo propio. Recordemos que las defensas patógenas tienen dos funciones, por un lado mantener o aumentar la ilusión de omnipotencia y por otro, rechazar algo: un deseo, un afecto, una realidad. El resultado de su aplicación puede tener tres desenlaces, si es exitosa mantiene la ilusión de omnipotencia y rechaza algo fuera del yo. En el caso que la defensa fracase, se produce una herida narcisista y el retorno de lo rechazado, mientras que si la defensa es exitoso-fracasada se mantiene algo rechazado pero no se logra mantener la ilusión de omnipotencia (Maldavsky, 2007).

En el segmento D los relatos correspondientes a defensas acordes a fines permiten rechazar una realidad dolorosa manteniendo el sentimiento de omnipotencia del yo y la

identificación con el ideal. Cuando estas defensas son exitosas, ella se siente orgullosa de sus logros (X, XII, XIII, XIV, XV y XVI) mientras que cuando es fracasada o mixta, retorna la realidad de su cuerpo sufriente (IX, XVII, XVIII, XIX). En este segmento, la paciente recurre a la realidad que la avala, al servicio de la defensa funcional, mientras que en el segmento E, la desmentida es patógena ya que amenaza con arrasar las pulsiones de autoconservación y la deja expuesta a la realidad dolorosa. El uso de la creatividad como defensa funcional, combinado con el deseo O1 le permite lograr una exigua reorganización.

Finalmente en el segmento F retorna la idea del embarazo, esta vez desde la perspectiva de su madre. Aquí se planteó el problema metodológico antedicho, ya que el relato XXXII está referido a su madre y no a ella. El método indica que las escenas deben reflejar una posición del hablante, lo cual no ocurre en este caso. Se trata de una secuencia narrativa donde la madre no hizo caso a las instrucciones médicas y como consecuencia estuvo a punto de perder la vida en el parto de su segundo hijo. Entendemos que esta escena debe ser incluida dado que representa a un personaje decepcionante con quien la paciente se identifica, lo cual queda expuesto cuando desoye las voces de cuidado. Su ambivalencia se refleja en el hecho que intenta diferenciarse escuchando a sus tíos cuando al mismo tiempo se accidenta o piensa en embarazarse, apegada a su madre.

En cuanto a la combinatoria entre deseos LI y O1, podemos observar que el recurso al pensamiento está al servicio de sustraerla de su tendencia a exponerse somáticamente. El esfuerzo al que hace referencia corresponde al efecto de la lucha entre quien es activo en la intrusión sobre quien la padece. Conociendo las consecuencias de una acción semejante queda en el plano de una fantasía que la paciente piensa llevar a cabo en algún momento. En este caso, ambos deseos se conjugan con el deseo fálico genital de un hijo. Al pensar en el nacimiento, logra organizar una situación fantaseada en la que se desidentifica de su madre y abuelas. Observamos una combinatoria LI + FG + O1. El cuerpo como fuente pulsional, en una homeostasis gracias al embarazo, es proyectado hacia el momento del parto. Aquí la paciente piensa que su hijo nacerá en una cesárea. A diferencia de su madre, ella quiere cuidarse (XXXIII).

En un análisis paradigmático de las defensas observamos que de las 32 secuencias narrativas, un total de 29 corresponden a defensas funcionales. Del total de secuencias narrativas donde predominan defensas funcionales, hay 16 (50% del total) que corresponden a defensas exitosas, 11 acorde a fines y 5 creatividad. Las secuencias

narrativas con defensas normales fracasadas alcanzan a 10 y las exitoso-fracasadas, acorde a fines, son 3.

En cuanto a las defensas patológicas exitosas, una secuencia narrativa corresponde a la represión y una a la desmentida, mientras que la fracasada es solo una y corresponde a la desmentida. El total de secuencias narrativas con defensas patológicas es menor al 10%.

Escenas actuadas

La paciente apela a su riqueza en recursos para intentar persuadir al terapeuta acerca de la ausencia de riesgo de quedar embarazada y que como ella ha aprendido a cuidarse, puede cuidar a otros. A tales fines recurre a la estrategia de actuar el relato en sesión en donde la paciente promueve la misma escena frente al terapeuta que frente a su tío. Dicha estrategia persuasiva, desde la perspectiva del relato como función, presenta en un orden interno que nuevamente nos recordó a las *matrioshkas* o muñecas rusas. Del mismo modo que estas muñecas contienen en su interior otra muñeca más pequeña, un relato engloba lo que desplegará el posterior. Mientras una primera secuencia narrativa hace de marco introductorio, la segunda es más específica, la que sigue es un despliegue de la segunda y las últimas son ejemplificaciones de la anterior. Por ejemplo, la paciente concluye que debe moverse para que los otros la perciban (secuencia VII), este año cambiaron muchas cosas (X), encontró estrategias para evitar accidentes (XIII) y a partir de allí enumera una serie de hechos en los que las cosas cambiaron, las estrategias que encontró para que esto no ocurra (XIV a XVII).

Cuando la paciente refiere que quiere hacer un balance, busca ser mirada por el terapeuta intentando desde lo actuado en la sesión rectificar la escena disfórica que relata en relación con su tío.

La escena extratransferencial desplegada en sesión nos lleva a reflexionar acerca de las estrategias para convencer que emplean algunos pacientes, que terminan escenificando la reproducción del trauma. Es como si a través de estas escenas actuadas exhibieran ante el terapeuta el núcleo del riesgo a repetir la situación traumática. En estos casos, el intento de convencer se encuentra al servicio de la compulsión a la repetición.

Cuadro XXXIX- Deseos prevalentes en secuencias narrativas (porcentajes) Sesión 82

Deseo	Relatos	Porcentaje
Libido Intrasomática	14	43,75%
Oral Primario	6	18,75 %
Oral Secundario	4	12,50 %
Anal Primario	0	0%
Anal Secundario	5	15,63 %
Fálico Uretral	2	6,25 %
Fálico Genital	1	3,12 %
Total	33	100%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro XL- Tipo de defensa en secuencias narrativas (porcentajes) Sesión 82

(se tuvieron en cuenta las 32 narraciones centradas en la paciente, se excluyó la escena correspondiente a su madre)

Defensas		Relatos	Porcentaje	Total	
Defensas normales o funcionales	Estado	Defensa			
	Exitosas	Acorde a fines	11	34,38%	
		Creatividad	5	15,62%	
	Total defensas funcionales exitosas			50%	
	Fracasadas	Acorde a fines	10	31,25%	
		Total defensas funcionales fracasadas			31,25%
	Mixtas	Acorde a fines	3	9,37%	
		Total defensas funcionales mixtas			9,37%
	Total defensas funcionales				90,62%
	Defensas patológicas	Exitosas	Represión	1	3,12%
Desmentida			1	3,12%	
Total defensas patológicas exitosas			6,24%		
Fracasadas		Desmentida	1	3,12%	
		Total defensas patológicas fracasadas			3,12%
Total defensas patológicas				9,36%	
Total defensas				99,98%	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico III- Defensas en secuencias narrativas. Sesión 82



Fuente: Elaboración propia

Análisis de los actos de habla. Sesión 82

Desde el punto de vista paradigmático, es posible advertir cinco deseos: A2 (relatos de escenas concretas, enlaces causales, justificaciones, órdenes), O2 (referencia a estados afectivos), LI (referencias a estados corporales), FU (autointerrupciones, muletillas) y FG (manifestación de deseos, exageraciones, dramatizaciones) (Ver cuadro IV).

Desde la perspectiva sintagmática, los resultados del segmento A (5% de la sesión) combinan relatos LI (referencias a estados corporales) con O2 (referencias a estar pasando por un estado) y A2 (información de hechos concretos), mientras que en el B (2% de la sesión) encontramos sólo la combinatoria LI y A2. En el tercer segmento (6% de la sesión) no hay referencias a estados corporales y predominan las referencias a estados afectivos (O2) junto con conjeturas, control del recuerdo y enlaces causales (A2). El segmento D (28% de la sesión) contiene referencias a estados corporales (LI) una variedad de elementos correspondientes al deseo anal secundario (deducciones, introducción de un tema, información de hechos concretos, imperativos, aclaraciones, proyectos de acción, dudas, enlaces causales, justificaciones, órdenes e indicaciones acordes a la ley), referencia a estados afectivos (O2), manifestaciones de deseos y dramatizaciones (FG). En este segmento, la información de hechos concretos culmina o bien con una referencia a un estado corporal, una dramatización o una referencia a un estado afectivo, es decir que el deseo anal secundario queda subordinado a los otros tres.

En los segmentos E y F el deseo LI no participa, a diferencia de los momentos A, B y D en donde el percentil era muy alto. Esto se debe a que en los primeros dos, hacía alusión a su estado físico actual, al llegar a la sesión, y en el cuarto realiza la descripción de sus cambios respecto de nuevos hábitos de cuidado y cómo esto la ha beneficiado somáticamente. En las escenas relatadas, en el segmento D la paciente refiere haber aprendido a cuidarse y realiza una comparación entre el pasado y el presente, entre actitudes anteriores de no cuidado y otras de prudencia, actuales. Todo esto se ve sostenido por defensas funcionales. Esto coincide con las escenas desplegadas en sesión, en donde prevalecen LI y A2, junto con O2.

El deseo O2 se presenta con percentil alto en los segmentos C, D y E, y parece estar ligado con los estados afectivos que tiene cuando supone que el otro no le cree o no la registra, a pesar que ella se mueva para ser vista. Este mismo deseo predomina en el nivel del relato en los relatos XXIII a XXVI.

El segmento E (42% del total) se da un equilibrio mayor entre los distintos deseos en ausencia de LI. Predomina A2 (enlaces causales, justificaciones, deducciones, información de hechos concretos) junto con O2 (referencia a estados afectivos) y FG (dramatizaciones). Se repite el mismo esquema del segmento anterior, pero cambiando los deseos de cierre: se mantiene el deseo A2 pero el cierre lo dan los deseos O2 y FG. La descripción del hecho finaliza con una referencia a un estado afectivo o bien con una dramatización. Esto se relaciona con los relatos acerca de su deseo de embarazo y la falta de aprobación por parte de su padre. Puede observarse el cambio en la defensa, de funcional a patógena, con el consecuente retorno en la realidad, desde la palabra de su tío a quien no logra convencer. En el nivel de los actos de habla, el deseo A2 se combina fundamentalmente con O2, afecto que se desprende cuando también fracasa en su intento de convencer al terapeuta.

En el sexto momento (17% del total), prevalece la organización A2 (información de hechos concretos, deducciones), junto con dramatizaciones (FG) y autointerrupciones y muletillas (FU). Los deseos A2 tienen una función organizadora, ya que la paciente presenta hechos concretos a raíz de los cuales intenta sacar conclusiones o realizar inferencias.

Cuadro XLI- Panorama de deseos en actos de habla, en los seis momentos de la sesión y global (percentiles) Sesión 82

Deseos	Número de segmento y porcentaje respecto del total						Global (100%)
	A (5%)	B (2%)	C (6%)	D (28%)	E (42%)	F (17%)	
	Percentil	Percentil	Percentil	Percentil	Percentil	Percentil	Percentil
LI	95+	95+	-	80	-	-	78
O2	95	-	95+	70	50	-	85
A2	90	90	70	75	65	90	85
FU	5	-	5	65	35	50	45
FG	-	-	15	5	40	30	23

Fuente: Elaboración propia

Análisis de redes de signos. Sesión 82

Para el análisis de redes de signos empleamos un diccionario computarizado que permite distinguir la significatividad de las palabras según el deseo que representan en las verbalizaciones de la paciente. Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes LI en primer lugar y en segundo lugar encontramos deseos O1 y FU.

Como palabras representativas del deseo LI encontramos verbos como “*dormir*”, “*descansar*”, sustantivos como “*accidentes*”, “*esfuerzo*”, “*agotamiento*”, “*cansancio*”, “*golpes*”, “*brazo*”, “*mano*”, “*embarazo*”, “*parto*” y “*cesárea*” y adjetivos como “*aturdida*” y “*acelerada*”, todos ellos ligados a estados corporales, dolor y agotamiento físico. Para sustraerse de estos estados caracterizados por la intrusión orgánica, la paciente recurre a pensar estrategias para no accidentarse. En esta bisagra surge un cambio de lógica, de la alteración orgánica al deseo cognitivo, que se pone en evidencia en el recurso a deseos O1 ligados a la búsqueda de un conocimiento abstracto acerca de cómo no accidentarse, que luego de curarse intentará llevar a la práctica.

Los deseos O1 se encuentran representados por los verbos “*registrar*”, “*indicar*” y “*percibir*” por un lado, y “*diferenciar*”, “*pensar*”, “*creer*”, “*calcular*” y “*saber*” por otro. También están presentes sustantivos como “*mente*” o “*indicación*” y adjetivos como “*preciso*” o “*literal*”. La vigencia de este tipo de deseo da lugar a pensar que la paciente emplea un lenguaje abstracto relativo a su realidad conceptual, que tiende a prescindir de hechos concretos. En otra oportunidad analizamos una secuencia presente en las redes de signos de una paciente con disminución visual (Kazez, 2010), en donde

la expresión de los deseos O1 adquiriría un valor particular debido a su tipo de visión. Cuando existe un déficit en la agudeza visual, la discriminación de formas, colores, figuras, no consiste en una operación que sólo se apoya en la percepción sino que se convierte en una actividad intelectual, necesita del desarrollo de una actividad perceptivo-cognitiva. Una persona con baja visión debe en primer lugar prestar atención para ver, luego el proceso de discriminación es cognitivo y finalmente llega a una conclusión acerca de cuál es el objeto percibido. Este tipo de percepción obliga a desarrollar de modo compensatorio una modalidad de actividad cognitiva que contribuye no sólo a dar cualidad a las percepciones poco definidas en la sensorialidad, sino que también, como en este caso, puede hacerse extensivo a otros ámbitos. Por ejemplo la paciente, desde la actividad intelectual se esfuerza por diferenciar y precisar sus pensamientos describiendo sus matices.

En cuanto a los deseos FU, en segundo lugar junto con O1, hallamos verbos como “pasar”, “llegar”, “dar vueltas”, “poder”, “encontrar”, “acostumbrar”, “evitar”, sustantivos como “visita”, “cruce”, “angustia”, “riesgo” y como adjetivos “tranquila”, “equivocada”, “inevitable”. Estos términos denotan un intento de regulación de distancias, desplazamiento espacial y establecimiento de contacto. La paciente se mueve para ser vista por el otro. Crea el contacto, buscando colocarse en su campo de visión y para lograrlo realiza los movimientos correspondientes. Esto se repite en la sesión, donde la efectúa un movimiento entre ideas, entre el pasado y el presente, comparando lo que hacía antes cuando no lograba cuidarse y ahora cuando lo consigue. A través de ese movimiento de ideas, donde se combina componentes FU con O1, busca ubicarse donde ella supone es el lugar al que el terapeuta dirige su mirada.

Cuadro XLII- Deseos presentes en las redes de signos (percentiles). Sesión 82

Deseo	Percentil
LI	85
O1	65
O2	24
A1	27
A2	27
FU	65
FG	45

Fuente: Elaboración propia

Discusión. Sesión 82

Este estudio constituye un aporte al estudio de los relatos y de los nexos entre los relatos. Nos interesa focalizar en dos cuestiones: por un lado los relatos poseen distintas funciones: una narrativa de hechos ya acontecidos, y otra actuada donde la paciente produce hechos en sesión. Maldavsky (2007) señala que para poder distinguir entre una función y otra, debemos apoyarnos en las escenas relatadas y luego observar si éstas se repiten o no de manera actuada en la transferencia. Por otro lado, proponemos un modelo de análisis para los relatos actuados en donde establecemos una jerarquía entre ellos, que se desarrollan en el transcurso de la comunicación terapéutica.

En cuanto a las dos funciones antedichas hay una secuencia narrativa que las condensa, cuando la paciente indica que ella debe moverse para que otros la perciban (VII). A pesar de ello, en la narración refiere no haber logrado convencer a su padre que ella podrá llevar adelante su embarazo sin riesgos (XXI, XXVI, XXIX, XXX). Al intentar ubicarse en el lugar correcto para ser percibida por sus padres, proyecta en ellos sus dificultades de visión: a los otros les cuesta verla. Por otro lado, a partir de esa secuencia narrativa, comienza a desplegar relatos frente al terapeuta, tendientes a mostrarle que puede cuidarse y de este modo efectúa movimientos concretos para que el terapeuta la registre. Es aquí que observamos el relato actuado, que despliega una acción tendiente a persuadirlo (XIII, XIV, XV, XVI, XXIV), que puede ser entendida como la repetición del hecho extratransferencial de intento fallido de convencer al tío.

La diferencia central entre el relato como acción y el narrado es que en este último el desenlace se presenta como disfórico (XXV) correspondiente a la combinatoria de deseos O2 y la desmentida patológica fracasada, mientras que en el actuado, frente al terapeuta, combina deseos O1 y creatividad exitosa (VII). Este análisis coincide con el resultado del análisis de las redes de signos, en donde la paciente intenta revertir estados de desfallecimiento orgánico (LI) a través del recurso al pensamiento abstracto (O1).

El desenlace disfórico de la secuencia relatada muestra el retorno de lo sofocado: la desmentida fracasada pone en evidencia un fragmento de la realidad que retorna junto con el afecto desestimado, frente a la negativa de sus tíos ella queda inundada de angustia (XXI). El deseo O2 combinado con la desmentida fracasada predomina cuando ella descubre que no ha prosperado su intento persuasivo.

La paciente intenta convencer al terapeuta apelando a la estrategia de actuar el relato en sesión. Detectamos que dicha estrategia para convencer, desde la perspectiva del relato

como función, posee un orden interno. Del mismo modo que las muñecas rusas albergan en su interior una nueva muñeca de menor tamaño, un relato contiene lo que despliega el siguiente. Tomemos como modelo lo que ocurre a partir de la secuencia narrativa VII, que incluye al relato X. El X a su vez comprende al XI, XII y XIII, y finalmente los relatos XIV a XVII despliegan lo que enuncia el XIII. Siguiendo este orden jerárquico, podemos observar dominancias y subordinaciones entre los relatos, donde la tendencia está marcada por el primero.

Ya en un plano metodológico, en el estudio de las secuencias narrativas desde la perspectiva de su función, dado el orden jerárquico antedicho, en el análisis se plantean subordinaciones. En este ejemplo, al ser dominante el primero (VII) caracterizado por deseos O1 y creatividad exitosa, los relatos contenidos en éste quedan subordinados a sus características, más generales.

Se nos plantea el interrogante si este modelo de análisis de secuencias narrativas desde el punto de vista de la función, donde se establecen jerarquías y una anticipa lo que desarrolla la posterior, podrá repetirse en otros casos.

Cuadro XLIII- Panorama de deseos en los tres niveles de análisis. Sesión 82

Nivel de análisis	Sesión 82		
	Deseo	Porcentaje	Percentil
Análisis de relatos	LI	43,75 %	
	O1	18,75 %	
	O2	12,50 %	
	A1	0 %	
	A2	15,63 %	
	FU	6,25 %	
	FG	3,12 %	
Análisis de actos de habla	LI		78
	O1		10-30
	O2		85
	A1		10-50
	A2		85
	FU		45
	FG		23

Análisis de redes de signos	LI		85
	O1		65
	O2		23
	A1		27
	A2		27
	FU		65
	FG		45

Fuente: Elaboración propia

Si analizamos los deseos, podemos observar en el cuadro VI la presencia de componentes LI en primer lugar tanto en el nivel de relatos como en las palabras, mientras que en los actos de habla se encuentra en segundo lugar. Como hemos destacado anteriormente, en los tres niveles coincide la alusión a un mundo del cual provienen golpes e intrusiones orgánicas y la relación con un personaje que ella equipara con un ciego, su tío, que no puede verla. Al mismo tiempo consideramos la identificación con su madre que corrió riesgo de vida en todos sus embarazos, cuando planea quedar embarazada desoyendo las advertencias médicas.

Los deseos O1 le ofrecen una vía de salida respecto del entrapamiento orgánico y la astenia. La paciente comienza a imaginar estrategias para no accidentarse, que no puede llevar adelante dado que se encuentra aún en recuperación. Desarrolla pensamientos abstractos que apoyados en su creatividad la rescatan del dolor hemorrágico. Esto puede apreciarse en el segundo lugar que ocupan estos deseos tanto en el plano de los relatos como en el de las palabras.

En el nivel de los relatos este segundo lugar es compartido con A2, esto se evidencia cuando ella comienza a implementar las estrategias encontradas para evitar accidentes. Este componente encuentra su máxima expresión en el plano de los actos de habla, con una gran riqueza de recursos. La paciente no sólo realiza esfuerzos por organizar sus ideas y exponerlas de modo ordenado sino que se impone a sí misma un tener que hacer como medida protectora (FU) para evitar un desenlace semejante al de su madre.

Los deseos FU ponen de manifiesto tanto su exigencia de desarrollar medidas que le sirvan para evitar accidentes como su necesidad de realizar desplazamientos espaciales ligados a colocarse en el ángulo de visión de su interlocutor.

Por último, los deseos O2 en versión disfórica hacen referencia al estado afectivo de desazón que se produce en ella cuando su estrategia para convencer a su padre o a su terapeuta no resulta efectiva.

En el plano de las defensas, más de dos tercios son acordes a fines. Particularmente la desmentida se presenta en dos variantes: funcional y patológica. Nos interesa focalizar en la desmentida funcional, ya que es un mecanismo habitualmente presente en personas con discapacidad sensorial o motriz. Esta defensa, presenta características acorde a fines y se da generalmente en contextos adversos, en donde la realidad está caracterizada por los obstáculos o la hostilidad. Esta defensa permite, al estar contextualizada en un proyecto más abarcativo ligado a la vitalidad, desplegar pensamientos o acciones tendientes a la complejización psíquica, aún cuando esto implique desconocer un fragmento de la realidad. Por ejemplo en este caso la paciente para poder ir a trabajar, debe desmentir funcionalmente sus condiciones físicas o las condiciones en las que viaja. Si se impone la realidad, ella queda expuesta a su desvitalización anímica. Este concepto es retomado en el último capítulo.

Del análisis de los actos de habla y del relato actuado con el terapeuta, se desprende que la desmentida funcional es exitosa, mientras que del análisis del relato narrado se desprende una secuencia, en primer lugar la desmentida funcional es exitosa (XII a XX), hasta que luego fracasa la desestimación del afecto (XXI), y a posteriori aplica la desmentida patológica (XXIV).

En cuanto a la tendencia de la paciente a la repetición de situaciones traumáticas, observamos en el segmento D y en el segmento E la ambivalencia respecto de la identificación con su madre: en el nivel del relato intenta mostrar hasta qué punto ella ha logrado aprender a cuidarse y diferenciarse de ella, mientras que en el nivel de los actos de habla, en el intento de convencer al terapeuta de que puede cuidarse y quedar embarazada, la paciente pareciera proponerse seguir el destino materno.

Capítulo 8: Sesión 89

Procedimiento y muestra

Se estudió una sesión donde se analizaron 22 secuencias narrativas, 245 actos de habla y el total de las palabras ligadas con la temática del cuerpo y el vínculo de la paciente con su madre.

En el armado de la muestra se tuvieron en cuenta los subtemas desarrollados. Esto dio por resultado la distribución del texto en cuatro segmentos, A, B, C, D, y E. Una vez realizado este fraccionamiento, se estudiaron las secuencias narrativas correspondientes a cada uno de los segmentos y luego, en el análisis global de los tres niveles se incluyeron los actos de habla y las redes de palabras. Los temas son: A) la llegada al consultorio, B) el accidente, C) anécdotas, D) relatos acerca del dolor físico, E) relatos acerca del vínculo con la madre.

A. Llegada al consultorio

- I. Hay mucha gente en la calle, no quiere accidentarse. Camina lentamente.
- II. El tren llegó a tiempo a la estación, viajó bien.

B. El accidente

- III. Tenía que ir al juzgado, hacía mucho calor a la mañana. Conjeturó que podía desmayarse.
- IV. La gente estaba haciendo cola bajo la lluvia, ella no podía estar parada en esas condiciones. Intentó entrar.
- V. La gente empezó a hacer presión, quedó prensada.
- VI. Le aplastaron la columna, quedó dolorida.
- VII. Empezó a gritar, alguien se dio cuenta. Fue asistida.
- VIII. Suele vivir este tipo de situaciones, se cansa.
- IX. Hizo una hora de fila, luego no podía doblar las articulaciones. Caminaba como un robot.
- X. Estaba dolorida físicamente. No quería hablar con nadie, lloró.
- XI. Ese día en el juzgado predominó la ley del más fuerte, ella no puede pelear a los codazos por un lugar. Se defiende con otras armas.
- XII. Agradece la presencia del diván, no se siente muy lúcida hoy.

XIII. Ella está dolorida. Conjetura que el terapeuta quiere que ella hable acerca del dolor y la bronca.

C. Anécdotas

XIV. En una reunión del Colegio se trataron dos temas a la vez, ella estaba en el medio de las dos conversaciones. Escuchaba en estéreo.

XV. En el supermercado había una mujer anciana delante suyo. El cajero al ver a la paciente tan disminuida la quiso atender primero a ella. La paciente no lo aceptó.

D. Relatos acerca del dolor físico

XVI. Toma calmantes, está adormecida.

XVII. Está golpeada, dolorida. No tiene energía ni para sentir bronca.

XVIII. En determinado momento pudo decir que ciertas situaciones no le gustaban. Empezó a reaccionar.

XIX. Cuando era más chica se sentía inmóvil. No podía pedir auxilio, dependía de que el otro se diese cuenta.

E. Relatos acerca del vínculo con la madre.

XX. Antes el otro estaba convencido de saber lo que ella necesitaba. Ella no podía reaccionar, recibía el golpe.

XXI. En otras situaciones en que recibió golpes, sintió bronca. En esos momentos pudo hacer algo con el dolor.

XXII. Antes, su madre creía saber qué era conveniente para ella y mientras tanto, ella sufría.

Análisis de las secuencias narrativas

Cuadro XLIV- Secuencias narrativas Sesión 89

Secuencia Narrativa	Deseo		Defensas	Estado
	Dominante	Complementario		
I	FU	LI	Represión + Rasgos caracterológicos	E
II	A2		Acorde a fines	E

III	FU	LI	Acorde a fines	E
IV	A2	LI	Acorde a fines	E
V	LI		Desestimación del afecto	F
VI	LI		Desestimación del afecto	F
VII	LI		Acorde a fines	E
VIII	LI		Desestimación del afecto	E/F
IX	LI		Desestimación del afecto	F
X	LI		Desestimación del afecto	E
XI	A1		Desmentida funcional	E
XII	O1		Desmentida	F
XIII	O1		Desmentida	E
XIV	O1		Desmentida	E
XV	A2		Represión + Rasgos caracterológicos	E
XVI	LI		Desestimación del afecto	E/F
XVII	LI		Desestimación del afecto	E/F
XVIII	A2		Acorde a fines	E
XIX	O2		Desmentida	F
XX	LI		Desestimación del afecto	F
XXI	LI		Desestimación del afecto	E
XXII	O2		Desmentida	F

Fuente: Elaboración propia

Cuadro XLV- Deseos prevalentes en los relatos (porcentaje). Sesión 89

Deseos Prevalentes	Cantidad de relatos	Porcentaje
Libido Intrasomática	10	45,5%
Oral Primario	3	13,5%
Oral Secundario	2	9%
Anal Primario	1	4,5%
Anal Secundario	4	18,5%
Fálico Uretral	2	9%
Fálico Genital	0	0%
Total	22	100%

Ruth Kazez.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro XLVI – Defensas en las secuencias narrativas (porcentajes). Sesión 89

Defensas			Relatos	Porcentaje	Total	
Defensas normales o funcionales	Estado	Defensa				
	Exitosas	Acorde a fines	5	23%		
Desmentida funcional		1	4,5%			
Total defensas funcionales exitosas					27,5%	
Total defensas funcionales					27,5%	
Defensas patógenas	Exitosas	Desmentida	2	9%		
		Desestimación del afecto	2	9%		
		Represión + Rasgos caracterológicos	2	9%		
	Total defensas patógenas exitosas					27%
	Fracasadas	Desmentida	3	13,5%		
		Desestimación del afecto	4	18,5%		
	Mixtas	Desestimación del afecto	3	13,5%		
Total defensas patógenas fracasadas					45,5%	
Total defensas patógenas					72,5%	
Total defensas					100%	

Fuente: Elaboración propia

Cuadro XLVII- Visión de conjunto de las defensas en las secuencias narrativas. Sesión 89

Defensa			Relatos
Tipo	Estado	Defensa	
Funcionales	Exitosa	Acorde a fines	II, III, IV, VII, XVIII
		Desmentida Funcional	XI

Patógenas	Exitosa	Represión + Rasgos caracterológicos	I, XV
		Desestimación del afecto	X, XXI
		Desmentida	XIII, XIV
	Fracasada	Desmentida	XII, XIX, XXII
		Desestimación del afecto	V, VI, IX, XX
	Mixta	Desestimación del afecto	VIII, XVI, XVII

Fuente: Elaboración propia

Gráfico IV- Defensas en secuencias narrativas. Sesión 89



Fuente: Elaboración propia

De la totalidad de los relatos, 12 tienen desenlaces eufóricos. En cuanto al deseo LI, éste está presente en una cuarta parte (3 de 12) de estas secuencias narrativas eufóricas como deseo dominante y en otros 3 como deseo complementario. Es decir que el deseo LI está presente en la mitad de los relatos con desenlaces eufóricos. Las secuencias narrativas que cuentan con LI como deseo central, se refieren a situaciones en las que ella está dolorida y llora (X), grita y es asistida (VII) y logra hacer algo con el dolor (XXI).

En cuanto al deseo O1 en su versión eufórica, está presente en dos de las narraciones, en una de ellas, ella saca una conclusión acerca de la mente del terapeuta (XIII) y en la otra ella logra “escuchar en estéreo” (XIV).

Sorprendentemente hay una secuencia narrativa cuyo deseo dominante es A1 (XI), que justamente es la única en donde la paciente hace uso de la desmentida funcional. Se trata de una secuencia narrativa excepcional, dado que ella dice que puede defenderse con otras armas. En este caso en que se da la combinatoria A1 + O1, en donde ella se refiere al modo en que puede defenderse.

Los deseos A2 en su versión eufórica, se dan en 4 de las 12 secuencias narrativas. Se trata de situaciones en donde la paciente logra viajar bien (II), al detectar que no podía estar parada en la fila decide entrar al edificio (IV), no acepta ser atendida en el supermercado antes que una señora anciana (XV) y empieza a reaccionar frente a cosas que no le gustan (XVIII).

De las 22 secuencias narrativas totales, 7 corresponden a deseos en su versión disfórica. De estos 7 relatos, 4 corresponden a deseos LI. Es decir que más de la mitad de las secuencias narrativas disfóricas presentan LI dominante. Esto se da cuando describe el accidente: haber quedado prensada (V), aplastada y dolorida (VI), caminar como un robot (IX) y recibir golpes (XX). Lo central en estas situaciones es su cuerpo dolorido frente a una situación de trauma actual.

Las tres secuencias narrativas restantes corresponden a deseos O1, cuando la refiere no sentirse lúcida ese día (XII) y a deseos O2 que hablan de su sufrimiento, o bien cuando depende que el otro se de cuenta (XIX) o bien cuando su madre suponía qué era conveniente para ella (XXII).

Los deseos mixtos son LI en su totalidad y aluden a la falta de energía: cansancio (VIII), estar adormecida por los calmantes (XVI) y no tener energía ni para sentir bronca (XVII).

Teniendo en cuenta las defensas patógenas en su versión exitosa, podemos observar que privilegia la desestimación del afecto (X, XXI) y la desmentida (XIII, XIV). También observamos la represión + rasgos caracterológicos en un relato (XV) La desmentida es exitosa cuando la paciente cede su lugar de persona con discapacidad a una señora anciana. En esta situación, el relato se corresponde con el deseo A2, ya que apela a la legalidad. En el caso en que predomina el deseo O1, la paciente hace referencia a un tipo de percepción específica, monocanal, que le permite escuchar “en estéreo”, dos conversaciones al mismo tiempo (XIV). La desestimación del afecto exitosa se da en dos narraciones, ambas ligadas a sustraerse de estados de parálisis e impotencia: uno ligado al dolor físico, no quería hablar con nadie y lloró (X) y otra, a hacer algo frente al dolor que sentía (XXI). En el relato IV se ve claramente cómo opera el mecanismo de la

desmentida patógena exitosa: en la primera sentencia “*La gente estaba haciendo cola bajo la lluvia*” ella reconoce una realidad común a todos, ligada al yo realidad definitivo. En la segunda, “*Ella no podía estar parada en esas condiciones*”, ella reconoce otra realidad, la de su propio cuerpo. El conflicto aquí no estaría dado por un conflicto entre el yo realidad definitivo y el yo placer sino por el conflicto entre dos fragmentos del yo real definitivo, que reconocen dos realidades diferentes, que ella no logra integrar: una realidad ligada al mundo externo y otra relativa a sus propias limitaciones. La segunda sentencia, “*Ella no podía estar parada en esas condiciones*”, reconoce los hechos y la ley, y no pretende mantener una satisfacción pulsional específica ni una ilusión de omnipotencia, como ocurre en la desmentida patógena. En la sentencia de cierre se ponen de manifiesto las limitaciones para organizar la totalidad de la información. Esta limitación hace que sólo tenga en cuenta una parte de la misma y esto la lleva a tomar una decisión desafortunada. El retorno de lo desmentido se pone de manifiesto en el final disfórico: 1) la aparición de afectos displacenteros, 2) el retorno de la ley en su versión sádica, 3) cambio de signo en el doble, 4) prevalencia del deseo sádico anal secundario, en este caso ligado al deseo intrasomático.

De las 22 secuencias narrativas, las defensas normales son sólo exitosas y están presentes en 6 relatos cinco de los cuales son acorde a fines y uno presenta la desmentida funcional. Tres de ellos corresponden al deseo A2, uno a FU y otro a LI.

En el cuadro XXXIX que describe el análisis cualitativo de deseos y defensas en el relato, observamos que los relatos I y II (Fragmento A) resultan introductorios y ponen de manifiesto cómo se dio la llegada al consultorio.

Este fragmento se caracteriza por presentar defensas normales, acordes a fines, cuyo estado es exitoso. La combinatoria LI + FU en su versión exitosa pone de manifiesto el modo en que ella logra adaptarse a la cantidad de gente que hay en la calle: caminar lentamente implica para ella caminar de un modo particular, tomando recaudos. El relato III, primero del fragmento B, presenta la misma combinatoria, pero invirtiendo el orden de dominancia y complementariedades. El deseo dominante es FU ya que toma la decisión de ir más tarde al juzgado, pero combinada con LI dado que el motivo es el miedo a desmayarse.

En cuanto a las defensas patógenas fracasadas, predomina la desestimación del afecto (relatos V, VI, IX, XX) en que describe las situaciones de astenia o dolor en que quedó prensada, dolorida. En un caso en donde se da la desestimación del afecto fracasada (IX) se da O1 + LI en una situación en donde hace referencia a la combinatoria entre

astenia y pérdida de lucidez. En cuanto a la desmentida fracasada (XII, XIX, XXII) la paciente en donde se coloca como objeto de investigación de la terapeuta, se ofrece al otro como objeto de investigación, cediendo la posición activa que tendía a ocupar en otras sesiones.

En las sesiones previas (80, 81, 82) observábamos que una defensa patológica presente era la desmentida exitosa, que la llevaba a querer buscar un embarazo pese al riesgo de vida, o a caminar por la calle guiada por su amiga ciega Maribel. En este caso, el desenlace exitoso-fracasado de la defensa tiene que ver con la dificultad para integrar la información.

Análisis de actos de habla. Sesión 89

En cuanto a los actos de habla, domina es el deseo A2, dado que el discurso de la paciente abunda en conjeturas, información de hechos concretos, enlaces causales, justificaciones, aclaraciones, objeciones, deducciones o inferencias concretas, control del recuerdo, anticipación de hechos concretos propios o ajenos, aclaraciones, imperativos condicionales, dudas, confirmaciones o rectificaciones de la opinión ajena o pedidos de confirmación de la propia, presentaciones de alternativas, proyectos de acción y aclaraciones. Este deseo pareciera estar al servicio de su necesidad de organizarse frente al caos que le produjo el accidente de ese día.

Se presenta el deseo O2 en segundo lugar, representado por referencia a estados afectivos, referencia a estar realizando una acción o estar pasando por un estado, que hacen referencia al desamparo anímico sufrido en el accidente, junto con un estado de desesperación. También pone de manifiesto el sentimiento de inferioridad experimentado por la paciente. El deseo LI (referencias a estados corporales) ocupa el tercer lugar. Este pone en evidencia lo desmesurado de los estímulos externos, que la llevan a atravesar estados y procesos orgánicos donde vivencia dolor. El cuerpo como fuente pulsional, a merced de fuerzas mecánicas.

Cuadro XLVIII- Actos de habla. Sesión 89

	Nº	%	P
LI	5	2.04	65
O1	0	0	10-30
O2	14	5.71	83
A1	0	0	10-50
A2	146	59.59	85
FU	52	21.22	45
FG	28	11.43	27
Total	245	100	

Fuente: Elaboración propia

Análisis de redes de signos. Sesión 89

Cuadro XLIX- Redes de signos. Sesión 89

Deseo	Percentil
LI	22
O1	45
O2	45
A1	85
A2	23
FU	73
FG	45

Fuente: Elaboración propia

Para el análisis de redes de signos empleamos un diccionario computarizado que permite distinguir la significatividad de las palabras según el deseo que representan en las verbalizaciones de la paciente. Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes A1 y FU (ver cuadro XLIV).

Como palabras representativas del deseo A1 encontramos verbos como “huir”, “atentar”, “preocupar”, sustantivos como “cuestión”, “ayuda”, y adjetivos como “preocupado” y “ofendido”. Estas palabras reflejan los sentimientos de humillación e injusticia experimentados por la paciente.

El deseo FU se encuentra representado por los verbos “*quedar*”, “*dar vueltas*” y “*poder*”. También están presentes sustantivos como “*situación*” o “*riesgo*” y adjetivos como “*inevitable*” o “*equivocado*”. Estos términos denotan un intento de regulación de distancias, desplazamiento espacial y establecimiento de contacto. La paciente se mueve para ser vista por el otro. Busca el contacto, con el objetivo de colocarse en su campo de visión.

Discusión. Sesión 89

Cuadro L- Panorama de deseos en los tres niveles de análisis. Sesión 89

Nivel de análisis	Sesión 89		
	Deseo	Porcentaje	Percentil
Análisis de relatos	LI	45,5 %	
	O1	13,5 %	
	O2	9 %	
	A1	4,5 %	
	A2	18,5 %	
	FU	9 %	
	FG	0 %	
Análisis de actos de habla	LI		65
	O1		10-30
	O2		83
	A1		10-50
	A2		85
	FU		45
	FG		27
Análisis de redes de signos	LI		22
	O1		45
	O2		45
	A1		85
	A2		23
	FU		73
	FG		45

Nuevamente aquí podemos hacer la distinción entre escenas narradas y escenas actuadas en sesión.

Las escenas narradas aparecen en los relatos, mientras que las escenas actuadas tienen que ver con los actos de habla y con la motricidad de la paciente en la sesión. La sesión comienza con una pregunta de la terapeuta “*Qué te pasó?*”, que alude al estado final de los dos relatos: un estado de astenia evidente y duradera, reflejado en la palidez y en la renguera de la paciente. Como consecuencia de dicha pregunta, la paciente responde con dos series de relatos, una que tiene que ver con la llegada al consultorio (relatos A) y otra con el accidente sufrido ese mismo día (relatos B).

En las escenas actuadas predominan los deseos A2, O2 y LI. La paciente intenta mostrarse organizada, relatando hechos concretos, que se combinan con situaciones en donde predomina un componente afectivo y otras en donde se impone el dolor físico como estado predominante.

Generalmente, los primeros minutos de todas las sesiones son destinados por la paciente a hablar acerca del modo en que recorrió el trayecto que la trajo al consultorio, y generalmente expresan la angustia ligada al deseo FU, debido al desplazamiento espacial. Frente a situaciones traumáticas de agobio físico, Ercilia tiende a compararse con otros sin déficit físico, como modo de sostener una ilusión de omnipotencia. El elemento a subrayar sería que parece que la medida de la limitación para Ercilia no es la propia sino la del otro.

En la escena siguiente, pareciera que el acento no está puesto tanto en el esfuerzo físico cuanto en su posición respecto de la gente que va mirando vidrieras, despacito, en donde se ubica como observadora de una escena en donde los otros disfrutaban paseando. Mientras los demás pasean, disfrutando de lo estético, ella camina, intentando conservar una regulación corporal que le permita desplazarse.

También describe a la gente que mira vidrieras. Ella registra hacia dónde están dirigidas las miradas de los otros, de los que pasean. Nuevamente aquí se presenta la cuestión del desencuentro entre miradas, como inverso del encuentro estético originario entre el bebé y su madre (Meltzer, 1988). Ella mira a la gente, que a su vez mira vidrieras.

En este relato aparece el objeto acompañante (FU), la señora que la acompaña hasta el consultorio. En los espacios abiertos se ponen de manifiesto sus rasgos fóbicos, mientras que en la sesión ocurre algo diverso, se trata de un tipo de espacio en donde no

importa tanto la visión ni el desplazamiento, y en donde ella toma una actitud más ambiciosa y competitiva.

Tanto el relato II como el III intentan reflejar que ella tomó los recaudos necesarios para que todo saliera “bien”, anticipando la intervención del terapeuta, frente a quien se encuentra accidentada, dado que solía mostrarle cómo muchas veces ella se exponía a situaciones de riesgo físico. Ercilia parece querer mostrar que en este accidente ella no tuvo responsabilidad.

Cabe destacar que el accidente se produce en el mes de febrero de 2002 en la puerta del palacio de Tribunales. Los que estaban haciendo la fila bajo la lluvia eran otros colegas que estaban esperando un turno para presentar recursos de amparo en una situación de caos general. Es decir que todos se encontraban allí para reclamar por una situación excepcional. Al llegar surge el deseo especulativo: cuando se acerca a las puertas va a buscar que se las abran excepcionalmente, mientras que para los otros están cerradas. Para lograrlo, muestra su cuerpo haciendo cuadro. Ella va a reclamar por su derecho a entrar, dada su dificultad para movilizarse y para estar parada, en medio de un grupo de gente enojada que espera para entrar a los tribunales bajo la lluvia. En esta escena está puesto en juego el exhibir su cuerpo para conseguir un trato diferencial, con el objetivo que se le restituya algo del drenaje hemorrágico. El deseo especulativo a través del cual ella busca obtener un trato excepcional (por supuesto, equitativo teniendo en cuenta sus dificultades) lleva aparejada la desmentida de la realidad que había percibido previamente (la cuadra de gente enojada bajo la lluvia). Como efecto del fracaso de la desmentida, la realidad se presenta abruptamente, en la tentativa de consumir el deseo, queda prensada entre los dos grupos de personas, sujeta a presiones que la llevan y la traen, con su cuerpo retorcido por fuerzas mecánicas. Se da una ganancia de goce en la intrusión orgánica. Luego sobreviene la astenia a la que llega luego de ser aplastada, para terminar en un estado final de agotamiento duradero que presenta un estado final disfórico, con el que llega al consultorio.

Podemos apreciar también la presencia del deseo FU, teniendo en cuenta la vigencia del azar, del accidente climático y su tendencia a introducirse en un lugar lleno de riesgos. En la situación de andar por la calle para concurrir al consultorio pudo ser resuelto con un objeto acompañante, con lo cual evitó sufrir lo mismo que en el relato de los Tribunales, donde resultó aplastada por la turba. Se aprecia la eficacia de la compañía, de andar despacio y con cautela, como intento de refugio en la rutina, como oposición a un desafío aventurero que termina con un desenlace disfórico.

También está presente el deseo O1, cuando la paciente se coloca como objeto de investigación del terapeuta: *“Así que si querés que sigamos hablando del tema de la hostilidad y el dolor y todas esas cosas, creo que estoy en las condiciones físicas adecuadas”*, cediéndole la capacidad de desarrollar su pensamiento lúcido. Podemos colegir que en los momentos en que Ercilia queda expuesta a un exterior hostil, pierde su ilusión de genialidad, sostenida en una sobreinvertidura del pensar. Para mantener esta ilusión, debe permanecer sin desplazarse motrizmente, dado que el movimiento la haría refutar su ilusión de omnipotencia cognitiva. El recurso al deseo O1 le permite alcanzar mayor ligadura psíquica, un mayor grado de coherencia, que pierde cuando predomina el desenlace disfórico en el deseo LI. Cuando se impone el estado de astenia, el deseo O1 aparece en una versión disfórica, ella queda despojada de algo esencial, gracias a lo cual el terapeuta goza cognitivamente, mientras que queda sin lucidez, en un mundo que le despierta terror y pánico.

Capítulo 9: Sesión 93

Procedimiento y muestra

Se estudió una sesión donde se analizaron 23 secuencias narrativas, 270 actos de habla y el total de las palabras ligadas con la temática del cuerpo y el vínculo con su madre. Para la segmentación del material se tuvo en cuenta los temas desarrollados en la sesión por la paciente, que dio por resultado la distribución del texto en 6 partes temáticas (segmentos A, B, C, D, E y F). Una vez realizado este fraccionamiento, se estudiaron secuencias narrativas en cada uno de los segmentos y luego, en el análisis global de los tres niveles se incluyeron los actos de habla y las redes de palabras.

A. Cuerpo

I. Viene cargando una resonancia. Es grande y pesada. Teme olvidarla en algún lado.

II. Se sintió mal. El médico que la atendió no aportó nada nuevo. Terminó dolorida físicamente.

III. Busca un médico sensible para la complejidad de su problema. Quisiera que le de una solución a su dolor. Le preocupa no encontrar ni un médico ni la solución.

IV. Natación le queda lejos. La falta de energía le dificulta sostenerla

V. Quiere cambiar de médico. Necesita que trabaje bien y le quede cerca. Está expectante con el cambio.

VI. Quisiera poder solventar los honorarios. Estima que es mejor concurrir a una institución.

B. Trabajo

VII. La presionaron para que empiece a trabajar. Necesitaba salir de la inmovilidad. Comenzó a escribir.

VIII. Por su situación de salud necesita tipear lo menos posible. Pide que la ayuden por correo electrónico.

C. India

IX. Un problema físico le impedía mover sus dedos. No pudo escribirles a sus amigos en India. Perdió contacto con esa gente.

X. Comenzó a comunicarse por correo electrónico. Rescató algunos contactos. De vez en cuando recibe noticias.

XI. Ella no decidió cortar el vínculo. Se cortó a la fuerza. Siente que se lo arrancó la vida.

XII. Visitó Buenos Aires. Se enamoró de esta ciudad. Se mudó allí en 1994.

XIII. Estaba ilusionada con vivir en Buenos Aires. Buenos Aires terminó siendo diferente a lo que imaginaba. Está decepcionada.

D. Terremoto

XIV En 1993 hubo un terremoto en India. Se asustó. Decidió mudarse a otro lado.

XV. La despertó el temblor. No sabía qué hacer. Se quedó en su casa.

XVI. Se alejó de las ventanas. Se quedó quieta. Esperó a que pasara el temblor.

XVII. Luego de eso tuvo miedo. Pasó noches sin dormir.

XVIII .Estaba acostada en la cama. No podía cerrar los ojos. Estaba aterrorizada.

XIX. Estaba durmiendo una noche en Buenos Aires. Volaron la AMIA. Se despertó aterrorizada.

E. Indumentaria de India

XX. En India ella y su madre usaban ropa autóctona. Su madre le da lo que ella ya no usa. Ella no quiere desprenderse de esas prendas.

F. Signos plásticos

XXI. Sus accidentes fueron vivencias traumáticas. No quiere hablar de eso. Hace catarsis dibujando.

XXII. Se le empieza a armar una imagen internamente. Quiere representarla en el dibujo. Empezó a trabajar en la modificación de imágenes preexistentes.

XXIII. Sus dolores en los huesos ocupan mucho lugar en su mente. No dejan lugar a otras cosas. Lo siente casi físicamente.

Cuadro LI. Secuencias Narrativas. Sesión 93

Secuencia Narrativa	Deseos		Defensas	Estado
	Dominante	Complementario		
I	A2	LI	Represión	E/F
II	LI		Desestimación del Afecto	F
III	A2		Represión	E/F

IV	LI		Desestimación del Afecto	E/F
V	FG		Acorde a fines	E
VI	A2	LI	Acorde a fines	E
VII	A2	LI	Creatividad	E
VIII	A2	LI	Creatividad	E
IX	FU		Represión+rasgos caracterológicos	F
X	O1	FU	Acorde a fines	E/F
XI	O2		Desmentida	F
XII	FU	FG	Acorde a fines	E
XIII	O2		Desmentida	F
XIV	FU	O1	Represión + Rasgos caracterológicos	E
XV	FU		Represión + Rasgos caracterológicos	F
XVI	FU		Represión + Rasgos caracterológicos	F
XVII	LI		Desestimación del afecto	F
XVIII	LI		Desestimación del afecto	F
XIX	LI		Desestimación del afecto	F
XX	A2	FG	Acorde a fines	E
XXI	LI		Desestimación del afecto	E
XXII	FG	O1	Creatividad	E
XXIII	O1	LI	Desmentida	F

Fuente: Elaboración propia

Cuadro LII- Deseos prevalentes en los relatos (porcentaje). Sesión 93

Deseos Prevalentes	Cantidad de relatos	Porcentaje
Libido Intrasomática	6	26%
Oral Primario	2	8,5%
Oral Secundario	2	8,5%
Anal Primario	0	0%
Anal Secundario	6	26%

Fálico Uretral	5	22%
Fálico Genital	2	8,5%
Total	23	99,5%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro LIII- Tipo de defensa en las secuencias narrativas (porcentajes). Sesión 93

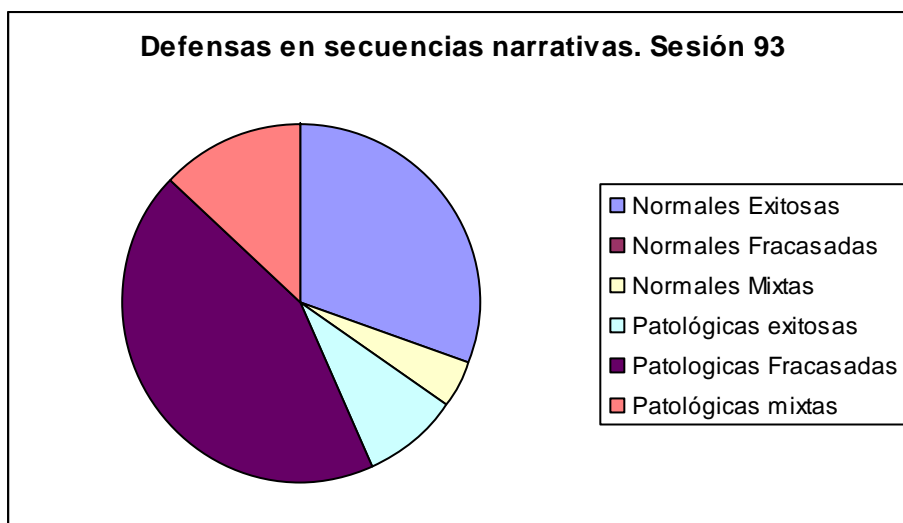
Defensas			Relatos	Porcentaje	Total
Defensas normales o funcionales	Exitosas	Creatividad	3	13%	
		Acorde a fines	4	17,4%	
	Total defensas funcionales exitosas				30,4%
	Mixtas	Acorde a fines	1	4,3%	
	Total defensas funcionales mixtas				4,3%
	Total defensas normales				34,7%
	Defensas patológicas	Exitosas	Represión + Rasgos caracterológicos	1	4,3%
Desestimación del afecto			1	4,3%	
Total defensas patológicas exitosas				8,6%	
Fracasadas		Represión + Rasgos caracterológicos	3	13%	
		Desmentida	3	13%	
		Desestimación del afecto	4	17,4%	
		Total defensas patológicas fracasadas			
Mixtas		Represión	2	8,7%	
		Desestimación del afecto	1	4,3%	
Total defensas patológicas mixtas				13%	
Total defensas patológicas				65%	
Total defensas				99,7%	

Cuadro LIV- Visión de conjunto de las defensas en las secuencias narrativas. Sesión 93

Defensa			Relatos
Tipo	Estado	Defensa	
Funcionales	Exitosa	Acorde a fines	V, VI, XII, XX
		Creatividad	VII, VIII, XXII
	Mixta	Acorde a fines	X
Patológicas	Exitosa	Represión + Rasgos caracterológicos	XIV
		Desestimación del afecto	XXI
	Fracasada	Represión + Rasgos caracterológicos	IX, XV, XVI
		Desmentida	XI, XIII, XXIII.
		Desestimación del afecto	II, XVII, XVIII, XIX
	Mixta	Represión	I, III.
		Desestimación del afecto	IV

Fuente: Elaboración propia

Gráfico V – Defensas en secuencias narrativas. Sesión 93



Fuente: Elaboración propia

Análisis del nivel de las secuencias narrativas. Sesión 93

En un análisis cuantitativo, del total de las 23 secuencias narrativas, en la cuarta parte (6 secuencias narrativas) predominan deseos LI y en igual proporción deseos A2. En segundo lugar se ven representados los deseos FU (en 5 de 23 secuencias narrativas). Predominan las defensas patológicas, en un 65% de los relatos, mientras que las normales constituyen el 35% restante.

En relación con los deseos eufóricos, predominan los A2 (4 de 9). En uno de los casos, se da combinado con LI y en otro con FG. Cuando A2 se combina con LI, en presencia de defensas acorde a fines con desenlace exitoso (VI), la paciente hace referencia a un deseo de poder solventar sus gastos médicos y de rehabilitación sin ayuda de sus padres y por este motivo, la solución que se le presenta es concurrir a una institución. En la otra secuencia narrativa (VII), ya no se refiere a una situación económica sino a una situación de inmovilidad de la que necesitaba salir, y lo hace a través de la escritura. La paciente parte de una posición LI disfórica que gracias a darse cuenta de cómo podría modificarla (creatividad), concluye en una escena eufórica. La otra combinatoria, A2 + FG tiene que ver con atesorar la ropa de India (XX) que tanto les gusta a ella y a su madre. La restante secuencia narrativa en la que predomina A2 tiene que ver con resolver en la práctica una situación problemática (VIII).

Las secuencias narrativas donde predominan deseos FU en su versión eufórica (2 de 9) tienen que ver con sus mudanzas. Ahora bien, en uno de los casos se combina con deseos O1 (XIV). Aquí la mudanza se relaciona con estados de terror producidos por haber vivido un terremoto en donde se derrumbó gran parte de la ciudad donde vivía y hubo un gran número de personas fallecidas. La otra secuencia narrativa (XII) habla de un enamoramiento de la ciudad de Buenos Aires, y eso explica la causa de su mudanza (FU + FG).

En cuanto a los deseos eufóricos LI, éstos se dan en el intento de hacer catarsis, no hablando sino dibujando (XXI).

En lo que concierne a los deseos disfóricos, son en su mayoría LI y se encuentran presentes en 4 de 10 secuencias narrativas. En una de ellas (II) hace referencia a la consulta fallida con el médico mientras que en las otras tres (XVII, XVIII y XIX) se refiere a situaciones de angustia automática relativas a una posible neurosis traumática producto del terremoto vivido en India. En estas narraciones la paciente hace referencia a vivencias de pérdida de contexto afectivo y a estados de terror e insomnio producto

del terror, que se dan en los muy diversos lugares en los cuales ha vivido: Khillaro (India) en 1993 y Buenos Aires (Argentina) en 1994. A raíz del terremoto, donde sobrevivió junto con su familia, murieron cerca de 15.000 personas. A raíz de esto decidieron regresar a Buenos Aires en marzo de 1994. Apenas regresados, en el mes de julio, se produjo el atentado a la AMIA. Frente a esta situación, en la que supone que se escapa definitivamente de una escena terrorífica y se encuentra con otra peor, la paciente alude a la naturaleza de lo traumático, que no cesa de ocurrir. No olvidemos que la paciente ha sufrido accidentes evitables, generalmente en la calle, donde sus déficits visual y motriz han tenido gran peso. Entendemos que para la paciente el terremoto y el atentado se encuentran en una serie que abarca también los accidentes a los que se ha enfrentado en los últimos tiempos y no cesan de repetirse. Es allí donde se pregunta qué le vio a la ciudad de Buenos Aires, respecto de la cual se siente como una mujer desengañada (O2) y golpeada (LI). Tenemos por un lado, el terremoto en India y el atentado a la AMIA, como experiencias ligadas a vivencias externas y por otro los accidentes a repetición ligadas a situaciones interno-externas. Tanto los accidentes como el terremoto y el atentado la llevan a estar en una permanente alerta y a no poder dormir (LI).

Frente a todo esto, que forma parte de las asociaciones producidas en la sesión, el relato actual se refiere a la visita al médico (relato II), a su expectativa de sentirse mejor y a cómo el médico no logra darle una respuesta que pueda aliviarla, con lo cual ella sigue expuesta a un estado de dolor físico permanente.

El deseo FU en su versión disfórica se presenta cuando ella padece el encierro en la situación de terremoto, en un caso porque no podía usar el ascensor (XV) y en el otro porque debieron esperar a que pasara el temblor (XVI). La otra situación tiene que ver con la pérdida de contacto respecto de sus amigos hindúes debido a la pérdida de la motricidad de su mano derecha (IX).

El deseo disfórico O2 se hace presente al referirse a la pérdida de sus vínculos en India, con quienes no pudo continuar el contacto debido a la mudanza de país y a su dificultad para continuarlo a través de cartas puesto que no estaba en condiciones de mover sus manos para escribir. Ella que siente que se los arrancó la vida (XI). También se expresa en la decepción que le generó la desilusión de que la vida en Buenos Aires fuera diferente de lo que imaginaba. Finalmente, el deseo disfórico O1 + LI se pone en juego al referirse al espacio que ocupan en su mente el dolor y sus huesos, al punto tal que logra sentirlo “casi” físicamente (XXIII).

Los deseos mixtos son en su mayoría A2 (2 de 4), en uno de los casos A2 se combina con LI (I). En esta situación, ella carga un estudio médico que teme olvidar en algún lado. La otra secuencia narrativa (III) hace referencia a la búsqueda hasta el momento infructuosas de un médico y un medicamento que la ayuden a resolver su problema. Luego, en una secuencia narrativa (IV) se da el deseo LI en su versión mixta, en donde se hace presente su estado de astenia. Por último, en la secuencia narrativa X hace referencia a haber rescatado algunos contactos de India, a través de la computadora (O1 + LI).

En cuanto a las defensas, en un 34,7% son funcionales y el 65% restante son patológicas. Del total de 8 defensas funcionales, 7 son exitosas 1 mixta y ninguna fracasada. De las 7 defensas exitosas, 2 corresponden a secuencias narrativas donde está presente la creatividad mientras que en las 5 restantes se trata de defensas acorde a fines. La defensa normal que presenta un desenlace exitoso fracasado es la defensa acorde a fines. En cuanto a las defensas patológicas, forman parte de casi los dos tercios de las secuencias narrativas. Las defensas fracasadas son 10 de 15 y el repertorio está compuesto por desmentida, desestimación del afecto y represión + rasgos caracterológicos. Las defensas exitosas están presentes en 2 secuencias narrativas, la represión + rasgos caracterológicos y la desestimación del afecto, mientras que las mixtas son la represión y la desestimación del afecto, en un total de 3.

A diferencia de las restantes sesiones estudiadas, encontramos que aquí los porcentajes entre defensas normales y patológicas se encuentran invertidos. Hay una mayor cantidad de secuencias narrativas donde predominan las defensas patológicas y una menor cantidad de secuencias narrativas donde predominan las defensas normales.

En cuanto a las defensas normales, la creatividad está al servicio de salir de la inmovilidad o bien de resolver problemas, en donde la combinatoria de deseos es A2 + LI (VI y VII), donde se da la siguiente estructura: la paciente parte de un relato LI disfórico (es presionada para trabajar, por su situación de salud necesita tipear lo menos posible), luego ella registra su necesidad (aquí la defensa es mixta) y por último comienza a escribir o bien pide que escriban por ella, como resultado de la creatividad como defensa exitosa (VIII). En otra oportunidad la misma defensa combina otros dos deseos (FG + O1). En la primera escena se le empieza a armar una imagen internamente y luego quiere representarla en un dibujo (O1 eufórico) para finalmente trabajar en la modificación de imágenes preexistentes (FG eufórico). Esto se da en la secuencia

narrativa XXII, en donde se pone de manifiesto el devenir desde el origen mental de la idea inicial hasta la plasmación de la obra plástica.

Cuando la creatividad se expresa a través del deseo A2 combinado con el LI, da cuenta de otro tipo de estrategia creativa. En esta oportunidad no se trata de un intento de plasmar una idea en una obra plástica sino de salir de un estado de inmovilidad a través de la escritura. En el primer caso, la creatividad tiene por objeto exteriorizar, materializar, algo que en su inicio fue idea (FG + O1). En el segundo caso, tiene como fin encontrar un modo de salir de la inmovilidad (A2 + LI).

Cuando esta misma combinatoria (A2 + LI) se conjuga con una defensa acorde a fines, la paciente intenta resolver una encrucijada, una limitación que impone la realidad, que puede ser por ejemplo, no poder solventar los gastos de un tratamiento o no poder mover sus dedos. La solución proviene de una alternativa práctica: concurrir a una institución pública o bien pedir ayuda a colegas vía correo electrónico.

Respecto de las defensas acorde a fines exitosas, se dan dos combinatorias. En una se combina A2 + LI y en otra A2 + FG. En ambas secuencias narrativas la paciente toma decisiones, en un caso resolver sus gastos aprovechando su cobertura social (VI), en otra, conservar su ropa y la de su madre como recuerdo de su estadía en India (XX). En esta referencia a la ropa hindú que ella hereda de su madre y que decide conservar, se representa un modo de conservar físicamente los recuerdos de su vida en Khillaro, al mismo tiempo que representa un modo de preservar una identificación con su madre (A2 + FG).

No observamos defensas normales fracasadas y sólo una acorde a fines mixta, en donde la paciente busca entrar en contacto con sus viejos amigos a través de la computadora (X).

En lo que concierne a las defensas patológicas, éstas constituyen el 65% del total y de éstas las fracasadas conforman el 43% del total, es decir que en su mayoría las defensas patológicas son fracasadas. El repertorio de defensas patológicas fracasadas está compuesto por desmentida, represión + rasgos caracterológicos y desestimación del afecto. La desmentida fracasada se da generalmente combinada o bien con el deseo O2 (XI, XIII), cuando Buenos Aires termina no siendo la ciudad que ella imaginaba o bien cuando ella pierde el vínculo con sus amigos hindúes. Esta defensa patológica fracasada combinada con el deseo O1 + LI da por resultado que ella “sienta casi físicamente” cuánto lugar ocupan en su cabeza el dolor y sus huesos (XXII). La combinatoria entre deseo O1 dominante y LI como complementario remite a un deseo de lograr un

equilibrio de tensiones sin pérdida de energía, pero no a nivel corporal sino a nivel mental. Ella siente que el dolor y los huesos no dejan lugar mental para otras cosas.

Encontramos la represión + rasgos caracterológicos fracasada en tres secuencias narrativas, siempre combinada con el deseo FU. En una de ellas, ella pierde contacto con sus amigos de India (IX), en otra, debido al terremoto debió quedarse en su casa (XV) y en la tercera relata otra escena del terremoto, en la que debieron esperar a que pasara el temblor (XVI).

Finalmente la desestimación del afecto fracasada se da en 4 secuencias narrativas. Sólo una de ellas hace referencia a un hecho actual, el haber terminado dolorida físicamente debido a que el médico no le aportó el medicamento apropiado (II). Las otras tres secuencias narrativas hacen referencia a estados de terror automático desencadenados por el terremoto en India (XVIII, XIX), y reeditado por la voladura de la AMIA (XIX). En esta oportunidad, las secuencias narrativas XVII, XVIII y XIX se refieren a situaciones características de las neurosis traumáticas, de angustia automática.

En cuanto a las defensas patológicas exitosas, se dan en sólo dos secuencias narrativas. La represión + rasgos caracterológicos se combina con el deseo FU cuando en 1987 frente al terremoto en India, ella junto con su familia deciden mudarse a Buenos Aires (XIV). La desestimación del afecto exitosa surge cuando ella no quiere hablar de las situaciones traumáticas vividas y prefiere hacer catarsis dibujando (XXI).

Las defensas patológicas mixtas están representadas por la represión en dos secuencias narrativas y la desestimación del afecto. En el caso de la desestimación del afecto, la paciente hace referencia a la astenia que le impide sostener la actividad de natación (IV), mientras que la represión tiene que ver con el temor de olvidar un estudio médico pesado y estorbo (I) y con no encontrar ni un médico ni una solución para su problema (III).

Análisis de los actos de habla. Sesión 93

Desde el punto de vista paradigmático, en la sesión 93 se expresan sólo cuatro variedades de deseos: en primer lugar el deseo A2 con un percentilo 85, en segundo lugar el deseo O2 con un percentilo 78, en tercer lugar el deseo FU con un percentilo 55 y por último el deseo FG con un percentilo 23. Los otros tres deseos (LI, O1, A1) no han tenido representación en esta sesión.

El deseo A2 como intento de organizar su exposición, se ve representado en relatos de escenas concretas, enlace causal, justificación, orden, objeción, deducción conjetura o

inferencia concreta, anticipación de hechos concretos propios o ajenos, aclaración, imperativo condicional, duda, confirmación o rectificación de la opinión ajena o pedido de confirmación de la propia, presentación de alternativas, proyecto de acción y aclaración. El deseo O2 manifiesta referencias a estados afectivos, sobre todo ligados a la pérdida de sus amigos hindúes y a la decepción que le ocasionó su mudanza a Buenos Aires. También se expresa a través de referencias a estar realizando una acción o estar pasando por un estado. El predominio del deseo A2 combinado con el O2 denota un intento de organizar su pensamiento frente a situaciones cuya afectividad la desborda. El deseo FU combinado con el A2 da cuenta de un intento de desplegar un deseo ambicioso, de concretar objetivos ligados a metas creativas, con distinto origen: por un lado la inmovilidad y el deseo de comenzar a producir movimiento y por otro, la necesidad de formatear una idea como una obra plástica. Allí es donde también se pone de manifiesto el deseo FG, junto con el aspecto de identificación con su madre, de quien recibe como regalo ropa “hermosísima”.

El deseo FU se manifiesta a través de referencia a acciones rutinarias, interrupción del discurso propio o ajeno, muletilla, minimizador, expresión de potencia e impotencia tiene que ver con su necesidad de encontrar un modo de poder realizar determinadas acciones, frente a lo cual la realidad de su cuerpo se presenta como un obstáculo. Finalmente, el deseo FG se manifiesta a través de repetición de la vocalización propia o ajena, manifestación de un deseo, énfasis y exageración, dramatización, convocatoria al oyente, pregunta por la forma y comparación metafórica. Aquí es donde se suma el componente estético, intentando producir un impacto en el terapeuta.

Cuadro LV – Actos de habla Sesión 93

Deseo	Nº	%	P
LI	0	0	-10
O1	0	0	10-30
O2	15	5.56	78
A1	0	0	10-50
A2	162	60	85
FU	64	23.70	55
FG	29	10.74	23
Total	270	100	

Fuente: Elaboración propia

Redes de signos. Sesión 93

Para el análisis de redes de signos empleamos un diccionario computarizado que permite distinguir la significatividad de las palabras según el deseo que representan en las verbalizaciones de la paciente. Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes FG en primer lugar, A1 y FU en segundo lugar y LI en tercer lugar.

En cuanto a los deseos FG, la paciente hace uso de un lenguaje caracterizado por verbos como “*empezar*”, “*querer*”, “*armar*” sustantivos como “*natación*”, “*imagen*”, “*fragmento*” y como adjetivos “*hermosísima*”, “*mucho*”, “*encanto*”. Estas palabras aluden al impacto estético (el enamoramiento respecto de Buenos Aires; ella comenzando a pintar cuadros) y a la promesa (un médico que pareciera ayudarla con su caso; Buenos Aires, la ciudad que va a brindarle lo que Khillaro no le dio).

El deseo A1, que se encuentra representado en verbos como “*aprovechar*”, “*cagar*”, “*usar*”, “*rescatar*” sustantivos como “*golpes*”, “*culo*”, “*cimbronazo*”, “*mierda*” y como adjetivos “*jodido*”, “*aplastado*”, pone de manifiesto el sentimiento de injusticia que adquiere figurabilidad en el nivel de las palabras, lo que no ocurre en los otros dos niveles. La presencia de este deseo denota el sentimiento de impotencia y frente a él, un intento de salir de la inmovilidad, tal como refiere en la secuencia narrativa VII. Tengamos en cuenta que las redes de signos características de este deseo sólo resultan significativas en esta sesión y en la sesión previa, en donde la paciente hace referencia al accidente que padeció en los tribunales.

En cuanto a los deseos FU, éstos hacen referencia a componentes ligados al contacto o a la pérdida del mismo (la distancia respecto de sus amigos en India), y a la expresión de un deseo ambicioso (desea estar en condiciones de solventar su tratamiento, trabajar, mudarse). En cuanto al miedo al que hace referencia la paciente, no lo entendemos como representante del deseo FU sino como angustia automática, manifestación de LI, ya que se trata de un miedo ligado a un estado de terror durante un terremoto ocurrido en India, carente de angustia señal, lo mismo que le ocurrió en Buenos Aires con la voladura de la AMIA. Como representantes de este deseo hallamos verbos como “*poder*”, “*necesitar*”, “*alejarse*”, “*perder*”, “*explorar*”, sustantivos como “*época*”, “*imágenes*”, “*claustrofobia*”, “*lugar*” y como adjetivos “*sobresaltada*”, “*bueno*” y “*poco*”. Cuando se refiere a la pérdida y a la exploración no se refiere una situación que lleva a cabo empleando la motricidad sino más bien lo hace en el terreno de las ideas:

pierde el contacto con amigos hindúes, explora nuevas maneras de plasmar la obra plástica.

Por último, el deseo LI se ve representado en verbos como “dormir”, “descansar”, “despertar”, “dormir”, “cargar”, sustantivos como “huesos”, “patologías”, “cabeza”, “esqueleto”, “vibración” y adjetivos como “golpeada” y “podrida”, todos ellos ligados a estados corporales, dolor y agotamiento físico.

Cuadro LVI – Redes de signos. Sesión 93

Deseos	Percentiles
LI	45
O1	35
O2	35
A1	55
A2	38
FU	55
FG	78

Fuente: Elaboración propia

Discusión

La paciente manifiesta problemas concretos (ligados al cuerpo, al trabajo) que necesitan ser resueltos. Partiendo de un lugar disfórico, la creatividad o las defensas acorde a fines contribuyen para revertir la posición en eufórica, una vez que encuentra una solución.

También presenta otras situaciones, como por ejemplo la de la pérdida de contacto con sus amigos de India que se dio cuando no pudo encontrar solución al problema de su dificultad para escribir. Otra situación donde la joven queda atrapada en la angustia es la del terremoto, en donde la alternativa que encuentra frente al terror experimentado es, a posteriori, mudarse de país junto a su familia. En ambas situaciones angustiosas, nuevamente aparecen dos exteriores: el propio cuerpo y la realidad.

Se trata de dos tipos de secuencias narrativas, unas en donde queda atrapada en la angustia (II, III, IX, XI, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX) y otras en donde encuentra la manera de salir de la angustia (VII, VIII, X, XIV, XXII).

El quedar atrapada en la angustia puede combinarse con a) el hecho de no sentirse captada por el otro de quien ella depende, en este caso el médico, que pondría de manifiesto la vigencia del deseo LI (II), b) sentir que su dolor óseo ocupa demasiado

lugar en su mente y llega a sentirlo casi físicamente (O1, XXIII), c) sentir que a sus amigos se los arrancó la vida (O2, XI), d) perder el contacto con sus amigos (IX) o bien quedar atrapada en el terremoto (XV) lo cual evidencia la vigencia de FU.

El intento de no quedar atrapada en la angustia se pone de manifiesto en situaciones que logra resolver, generalmente combinando A2 + LI ó FG y defensas normales. Esto se evidencia cuando ella finalmente logra trabajar, mudarse, consultar con el médico, comenzar a pintar.

La paciente hace referencia al conflicto que le genera tener que ocuparse de sus dolores corporales y sus huesos, mientras ella quisiera “dejar lugar” para otras cosas. Los relatos con este tipo de desenlace presentan o deseos LI o A2 dominantes, que ponen de manifiesto la tensión entre por un lado, la astenia duradera provocada por las experiencias imprevisibles y traumáticas, la dificultad para sostener actividades que la benefician como la natación, y por otro, el intento de retornar a un orden de cosas previsible como podría ser el hecho de encontrar un médico que le de una solución. La importancia del deseo A2 está dado por el hecho de seguir intentando encontrar una solución concreta a sus problemas.

En el nivel de las secuencias narrativas se trata de una sesión atípica, ya que los deseos LI, A2 y FU abarcan el 74% de los relatos. El deseo LI y el A2 coinciden en una proporción de 6 sobre 23 mientras que el deseo FU abarca 5 sobre 23. Dentro de los mecanismos de defensa, predominan los mecanismos acorde a fines exitosos y la desestimación del afecto fracasada, ambos con un 17,4%.

Ercilia alterna entre la búsqueda de soluciones concretas, sobre todos para sus estados y procesos orgánicos y quedar a merced de estímulos externos desmesurados (terremoto), de los cuales no puede huir.

Teniendo en cuenta el análisis de los tres niveles, el único deseo que está presente en un porcentaje y percentil significativo es el FU (22% en relatos; percentil 55 en actos de habla y percentil 55 en redes de signos). En cuanto a los otros deseos presentes en relatos: A2 y LI no son significativos en los otros dos niveles. Lo mismo ocurre con el deseo O2 y A2 en los actos de habla, y A1 y FG en las redes de signos.

Aquí nos resulta interesante realizar un señalamiento, ya que en esta sesión cobran dimensión dos elementos que hasta el momento no habían adquirido significatividad: Por un lado, el deseo A1 y por otro, el elemento visual que la paciente trae a través de la indumentaria hindú y de la pintura. A través del componente visual se manifiesta el retorno de recuerdos de un pasado que hasta entonces no había surgido como material

en las sesiones. La presencia de A1 en las redes de signos resulta muy interesante, ya que había surgido en la sesión 89 pero en las restantes sesiones estudiadas no halla representantes. Posiblemente ponga de manifiesto un sentimiento de injusticia que en las sesiones anteriores no había logrado figurabilidad.

También en esta sesión la paciente manifiesta una inquietud por expresarse a través del lenguaje plástico. Esto nos llevó a interesarnos en la semiótica de la imagen, que para su estudio se encuentra comprendida dentro de una semiótica más abarcativa, la semiótica de lo visual.

El Grupo μ (1993) -que produce trabajos interdisciplinarios en retórica, poética, semiótica y teoría de la comunicación lingüística y visual-, distingue dentro de la semiótica visual dos tipos de signos: icónicos y los plásticos. Lo visual, sostiene el Grupo μ , integra a lo plástico y a lo icónico.

El signo icónico no es conocido, es analógico y remite miméticamente a un objeto de la realidad, mientras que el signo plástico moviliza códigos basados en las líneas, los colores y las texturas, tomados independientemente de cualquier remisión mimética, está constituido por unidades discretas. El signo plástico está compuesto por formas no susceptibles de dividirse. Estos dos signos pueden tener la misma materia, pero sustancias distintas, porque sus formas son distintas.

Como existen diversos tipos de imagen en variados dispositivos manuales o electrónicos, estáticos o dinámicos, el análisis puede ser de lo más diverso. Lo visual supera el ámbito de la producción de la imagen e implica una gran división entre lo estático y lo dinámico, o si se analiza a la imagen desde la sintaxis o la recepción.

Karam Cárdenas (2008) distingue tres áreas dentro de la semiótica visual: la semiótica de la imagen estática (imágenes icónicas, plásticas, indiciales, simbólicas); la semiótica de la imagen dinámica (lenguas de señas, mímica, teatro) y la semiótica visual que se puede relacionar con el espacio (arquitectura, escultura) o bien otras manifestaciones (moda). Resulta interesante que en esta sesión la paciente, que padece un déficit visual, haga referencia a sentirse representada a través de dos de las tres áreas mencionadas previamente: la indumentaria de India y las imágenes plásticas.

Perez Zambón, Scilletta y Maldavsky (2013) en su análisis sobre la respuesta verbal al test de Persona bajo la lluvia, establecen diferencias entre quienes sólo logran elaborar respuestas en el terreno de la imagen visual y aquellos que también producen diversas alternativas de respuesta a la consigna verbal. Los autores señalan que si bien el nexo entre la imagen visual y las verbalizaciones suele no presentar discrepancias, en muchos

casos los entrevistados no logran producir relatos, sino sólo actos de habla. Entienden que la imagen visual analizada desde el punto de vista icónico constituye un relato, y como tal puede ser analizada. Esto nos lleva a pensar en la importancia que tiene para esta paciente que ciertos procesos de pensamiento logren algún tipo de figurabilidad a través de imágenes visuales, que una vez producidas, podrían ser analizadas desde el punto de vista icónico o bien conjuntamente con las manifestaciones verbales que se produzcan, a modo de asociación libre.

Cuadro LVII- Panorama de deseos en los tres niveles de análisis. Sesión 93

Nivel de análisis	Sesión 93		
	Deseo	Porcentaje	Percentil
Análisis de relatos	LI	26 %	
	O1	8,5 %	
	O2	8,5 %	
	A1	0 %	
	A2	26 %	
	FU	22 %	
	FG	8,5 %	
Análisis de actos de habla	LI		-10
	O1		10-30
	O2		78
	A1		10-50
	A2		85
	FU		55
	FG		23
Análisis de redes de signos	LI		45
	O1		35
	O2		35
	A1		55
	A2		38
	FU		55
	FG		78

Fuente: Elaboración propia

Capítulo 10: Sesión 94

Procedimiento y muestra

Se estudió una sesión donde se analizaron 30 secuencias narrativas, 422 actos de habla y el total de las palabras ligadas con la temática del cuerpo y el vínculo con su madre. Para la segmentación del material se tuvo en cuenta los temas desarrollados en la sesión por la paciente, que dio por resultado la distribución del texto en 5 partes (segmentos A, B, C, D y F). Una vez realizado este fraccionamiento, se estudiaron secuencias narrativas en cada uno de los segmentos y luego, en el análisis global de los tres niveles se incluyeron los actos de habla y las redes de palabras.

A. La calle

- I. Tenía ganas de salir. Llovía y estaba resbaloso. Dudó si salir o no.
- II. Le indicaron que siguiera caminando hacia un lugar peligroso. Una señora la acompañó por la calle. Ella se sintió más tranquila.

B. La apelación

- III. Llegó a tiempo con la apelación. Le salió bien. Está contenta de hacer cosas que le gustan.
- IV. Su cerebro empezó a funcionar. Empezó a trabajar. Tuvo una sobredosis de laburo.
- V. Se puso cómoda para escribir desde la cama. Terminó su tarea. Se sintió bien físicamente.
- VI. Estaba apremiada por una urgencia de trabajo. No podía moverse. Adaptó la metodología de trabajo a sus necesidades y posibilidades.
- VII. Estaba desesperada. Aprovechó Internet para consultar a colegas. Esto le permitió resolver el problema.
- VIII. Terminó la apelación. Respetó sus posibilidades físicas. Eso la pone contenta.
- IX. Le costó volver a escribir. Durante varios meses no entendió la nueva forma de trabajo. Ahora se dio cuenta que la cama puede ser un lugar de trabajo.

C. Silla de ruedas

- X. La silla de ruedas suele tener un signo negativo. Ella piensa que puede ser un asiento cómodo.

XI. Antes quería mostrar que era igual a los demás. Ahora no quiere mostrarle nada a nadie. Ahora prefiere encontrar formas propias de hacer las cosas.

D. Instituciones y médico

XII. Ella necesita un médico de cabecera. También necesita un medicamento que le haga bien (relajante y antiinflamatorio). Decidió hacer una consulta

XIII. Ella consultó en una institución especializada en discapacidad. Eso le permite no pagar el viático.

XIV. Las instituciones de discapacidad tratan mal a sus pacientes. Eso le genera bronca y rechazo. Ella preferiría no acercarse

XV. En estas instituciones hacen esperar mucho a las personas. Eso la enoja.

XVI. El médico la hizo esperar tres horas. No le pidió disculpas. La situación no le gustó.

XVII. Cuando llegó al consultorio estaba de buen humor. Esperó sentada dos horas. Al final, no sabía como ponerse.

XVIII. Ella estaba bien. Cuando el médico la revisó estaba tensa. Se sintió captada de manera distorsionada por el médico.

XIX. El médico le hizo recomendaciones. Ella discutió con el médico. Piensa que no encontró ni el médico ni el medicamento adecuados.

XX. Después de la consulta quería que se le acomoden las coyunturas. Decidió irse a caminar

XXI. Busca encontrar profesionales sensibles. Primero se entrevistará con los kinesiólogos.

E. Medicamentos

XXII. Toma relajantes. Cuando se despierta no siente dolor. Pero debe esforzarse para empezar a moverse.

XXIII. Tiene que compensar esa flojedad. Eso termina poniéndola igual de dura que antes.

XXIV. Toma antiinflamatorios. Le quitan el apetito. Duda si eso le conviene o no.

F. Natación

XXV. Disfruta natación. En la pileta no va a caerse ni golpearse. Se siente segura.

XXVI. Piensa que podría chocarla un ciego nadando rápido. Decide comprarse un cascabel como el de su gato para la muñeca.

XXVII. Hace pie en toda la pileta. Hay señalizaciones para encontrar el borde. Se siente cómoda.

XXVIII. La profesora enseña con referencias no visuales. No la trata como tarada. Se enganchó con ella.

XXIX. Puede compartir con la profesora su humor negro. Tienen códigos comunes.

XXX. Estuvo flotando. El agua la relajó. Sintió músculos que antes no se estiraban.

Análisis de las Secuencias Narrativas. Sesión 94

Cuadro LVIII. Secuencias Narrativas. Sesión 94

Secuencia Narrativa	Deseos		Defensas	Estado
	Dominante	Complementario		
I	A2		Acorde a fines	E/F
II	FU		Acorde a fines	E
III	O2		Acorde a fines	E
IV	LI		Desestimación del afecto	F
V	LI		Acorde a fines	E
VI	A2		Creatividad	E
VII	A2		Creatividad	E
VIII	O2		Acorde a fines	E
IX	A2	LI	Creatividad	E
X	O1		Desmentida (funcional)	E/F
XI	A2		Acorde a fines	E
XII	A2		Acorde a fines	E
XIII	LI		Acorde a fines	E
XIV	FU		Acorde a fines	E
XV	O2		Acorde a fines	E
XVI	FG		Acorde a fines	E/F
XVII	LI		Acorde a fines	F

XVIII	O1		Desmentida	F
XIX	O1		Desmentida	F
XX	LI		Acorde a fines	E
XXI	A2		Acorde a fines	E/F
XXII	LI		Desestimación del afecto	E/F
XXIII	LI		Desestimación del afecto	F
XXIV	A2	LI	Acorde a fines	E/F
XXV	FU		Acorde a fines	E
XXVI	A2		Acorde a fines	E
XXVII	FU		Acorde a fines	E
XXVIII	FG		Represión + Rasgos caracterológicos	E
XXIX	O1		Desmentida	E
XXX	LI		Acorde a fines	E

Fuente: Elaboración propia

Del total de las 30 secuencias narrativas, en la tercera parte (9 secuencias narrativas) predominan deseos A2, mientras que en la cuarta parte de ellas predominan los deseos LI. Los deseos O1 y FU se ven representados en 4 secuencias narrativas, los deseos O2 en 3 y los deseos FG en 2.

En relación con los deseos eufóricos, predominan los A2 (7 de 19), en uno de los casos combinado con LI. Cuando A2 se combina con LI, en presencia de la creatividad con desenlace exitoso, la paciente hace referencia a un malestar que tenía antes, producto de no encontrar una forma de volver a escribir debido a sus problemas físicos (LI) hasta que se dio cuenta que podía hacerlo en la cama (A2). La paciente parte de una posición LI disfórica que gracias a darse cuenta de cómo podría modificarlo (creatividad), termina en una escena eufórica.

Los estados de bienestar físico se reflejan en desenlaces LI eufóricos. Los estados afectivos O2 se relacionan con lograr respetar sus posibilidades físicas. Situaciones en donde predomina la tranquilidad, la comodidad o el establecer distancias para cuidarse se manifiestan a través de deseos FU eufóricos.

La posibilidad de encontrar códigos comunes con su profesora de natación se organiza según el deseo O1.

Los deseos FG tienen que ver con armonizar, sintonizar, también con su profesora de natación.

En lo que concierne a los deseos disfóricos, éstos son más bien regresivos, representados por LI (en 3 de 5 secuencias narrativas) y O1 (en 2 de 5 secuencias narrativas). Los deseos LI remiten a una sobredosis de trabajo, a no saber cómo ponerse o a tener que compensar la flojedad de su tono con un exceso de tensión (IV, XVII y XXIII), mientras que los deseos O1 tienen que ver con sentir que pese a sus esfuerzos no logra ponerse en el ángulo de mira del otro (XVIII y XIX).

Respecto a las defensas y deseos que se combinan con desenlaces exitosos fracasados, observamos que los deseos A2, reflejan estados de duda. En uno de los casos el deseo A2 se combina con LI (XXIV) dado que la duda tiene que ver con la conveniencia o no de tomar determinado medicamento. El deseo FG se presenta cuando el médico que la hace esperar no le pide disculpas y eso le produce desagrado (XVI). En cuanto al deseo O1 consiste en otorgarle un signo positivo a la silla de ruedas, mientras que el deseo LI se ve reflejado en el esfuerzo que debe realizar para comenzar a moverse luego de tomar los relajantes (XXII).

En cuanto a las defensas, en un 86,6% son funcionales y el 23,3 restante son patológicas. El 86,6% de las defensas funcionales está compuesto por un 70% de defensas funcionales exitosas, de las cuales un 50% son defensas acorde a fines y un 10% de creatividad. En cuanto a las defensas funcionales fracasadas, alcanzan un 3,3% y las mixtas se encuentran conformadas por defensas acorde a fines y desmentida funcional, en un 13,3%. En cuanto a las defensas patológicas, están constituidas por un 6,6% de defensas exitosas (represión + rasgos caracterológicos y desmentida), 13,4% fracasadas (desmentida y desestimación del afecto) y 3,3% mixtas (desestimación del afecto).

De las 30 secuencias narrativas totales, 16 están compuestas por defensas no patógenas exitosas. Predominan las defensas acorde a fines (13 en total) mientras que la creatividad está presente en 3 secuencias narrativas exitosas.

La creatividad al servicio de resolver problemas prácticos se ve expresada en la situación en donde frente a no poder moverse, adapta su metodología de trabajo a sus necesidades y posibilidades (VI, VII y XI), situaciones en donde predomina el deseo A2. Cuando éste se combina con LI (IX), la paciente logra salir de un estado de quietud

para darse cuenta que la cama puede ser su lugar de trabajo. Las defensas acorde a fines combinados con deseos A2, se dan cuando decide consultar con un médico o los kinesiólogos (XII, XXI), o cuando decide comprarse un cascabel para nadar (XXVI).

Las defensas acorde a fines ligadas a deseos LI se relacionan con estados de bienestar físico (V, XX, XXX), o bien con recibir alguna ayuda para el pago del viático (XIII). Cuando se ligan con deseos FU, remite a situaciones en donde la paciente se siente segura, (XXV), tranquila (II), o cómoda (XXVII). Si el deseo predominante es O2, ella manifiesta estados afectivos como estar contenta (III, VIII) o enojada (XV)

Cuando la defensa exitosa es patógena, se dan dos alternativas: o bien la represión se suma a rasgos caracterológicos, o bien se da la desmentida exitosa. La represión sumada a rasgos caracterológicos se da cuando la paciente se vincula con una profesora de natación que enseña con referencias no visuales y no la trata como tarada (XXVIII). Registramos la desmentida exitosa cuando la paciente habla del humor negro que comparte con esa profesora (XXIX).

Las defensas fracasadas son en su mayoría patógenas y de las 30 secuencias narrativas totales, sólo 5 presentan un desenlace disfórico, y en 3 predomina la desestimación del afecto fracasada. Se trata de relatos en donde su cuerpo está tenso, debe esforzarse, le duele (IV, XVII y XXIII). En el relato donde predomina la desmentida fracasada, la paciente se siente captada de manera distorsionada por el médico (XVIII) y por último, donde predomina una defensa acorde a fines fracasada, la paciente verifica que no encontró ni el médico ni el medicamento adecuados (XIX).

En lo que concierne a las defensas exitoso fracasadas éstas predominan en 5 de los 30 relatos. En 4 de los casos corresponden a defensas normales, acorde a fines (I, XI, XVI y XXIV) y desmentida funcional (X) y en uno de los casos se corresponde con una defensa patológica, la desestimación del afecto (XXII).

Las defensas acorde a fines exitoso fracasadas predominan en situaciones en donde la paciente duda si salir a la calle (I), si le conviene tomar determinado medicamento (XXIV). También se dan cuando hay situaciones interpersonales que no le gustan (XVI). En cuanto a la desmentida funcional, ésta se da cuando logra darle un uso distinto, creativo, a la silla de ruedas, tomándola como un asiento cómodo (X).

En cuanto a la desestimación del afecto exitoso-fracasada, corresponde a un estado de astenia del cual debe sobreponerse cuando toma los medicamentos relajantes (XXII).

Si tenemos en cuenta los relatos desde el punto de vista de su función, podemos observar que hay una estrategia expositiva semejante a la de las sesiones 80, 81 y 82 en

donde la paciente no daba lugar al intercambio con el terapeuta sino que presentaba los temas ya resueltos, exponiendo los hechos consumados. Así exhibe sus cambios y pareciera dejar al terapeuta en el lugar de un espectador de sus logros. Observamos cómo esto se pone de manifiesto en los relatos IX y X, donde predominan defensas funcionales. La paciente intenta “leer” la mente del terapeuta con una tendencia a ubicarse para que él la mire. Le habla a su mente, no para que él piense en sus problemas sino para que la vea madura como la veía su madre. Aquí también puede haber una tendencia a convencer al terapeuta, ya no con el hecho de ser madre sino acerca de su madurez psíquica, su capacidad de resolver problemas.

Cuadro LIX- Deseos prevalentes en secuencias narrativas (porcentajes) Sesión 94

Deseo	Relatos	Porcentaje
Libido Intrasomática	8	26,5%
Oral Primario	4	13,5%
Oral Secundario	3	9,5%
Anal Primario	0	0%
Anal Secundario	9	30%
Fálico Uretral	4	13,5%
Fálico Genital	2	6,5%
Total	30	99,5%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro LX- Tipo de defensa en las secuencias narrativas (porcentajes) Sesión 94

Defensas		Relatos	Porcentaje	Total	
Defensas normales o funcionales	Estado	Defensa			
	Exitosas	Acorde a fines	15	50%	
		Creatividad	3	10%	
	Total defensas funcionales exitosas				70%
	Fracasadas	Acorde a fines	1	3,3%	
		Total defensas funcionales fracasadas			
	Mixtas	Acorde a fines	3	10%	
Desmentida funcional		1	3,3%		

	Total defensas funcionales mixtas			13,3%
	Total defensas funcionales			86,6%
Defensas patológicas	Exitosas	Represión + Rasgos caracterológicos	1	3,3%
		Desmentida	1	3,3%
	Total defensas patológicas exitosas			6,6%
	Fracasadas	Desmentida	2	6,7%
		Desestimación del afecto	2	6,7%
	Total defensas patológicas fracasadas			13,4%
	Mixtas	Desestimación del afecto	1	3,3%
	Total defensas mixtas fracasadas			3,3%
	Total defensas patológicas			23,3%
Total defensas				99,9%

Fuente: Elaboración propia

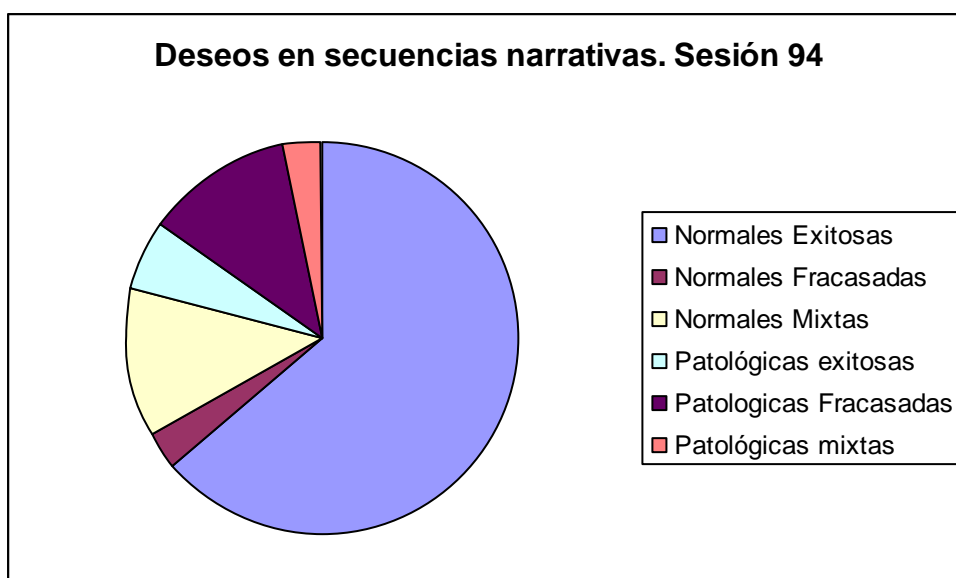
Cuadro LXI- Visión de conjunto de las defensas en las secuencias narrativas. Sesión 94

Defensa			Relatos
Tipo	Estado	Defensa	
Funcionales	Exitosa	Acorde a fines	II, III, V, VIII, XI, XII, XIII, XIV, XV, XX, XXI, XXV, XXVI, XXVII, XXX.
		Creatividad	VI, VII, IX
	Fracasada	Acorde a fines	XVII
	Mixta	Acorde a fines	I, XI, XVI, XXIV
		Desmentida funcional	X
Patológicas	Exitosa	Represión + Rasgos caracterológicos	XXVIII

		Desmentida	XXIX
	Fracasada	Desmentida	XVIII, XIX
		Desestimación del afecto	IV, XXIII
	Mixta	Desestimación del afecto	XXII

Fuente: Elaboración propia

Gráfico VI – Deseos en secuencias narrativas. Sesión 94



Fuente: Elaboración propia

Análisis de los actos de habla. Sesión 94

Desde el punto de vista paradigmático, es posible advertir cinco deseos. El más pregnante es el representativo del deseo O2 en el percentilo 85 representado por referencia al estado climático, el paso del tiempo o los objetos, a estados afectivos, referencia a estar realizando una acción o estar pasando por un estado y exaltación del sacrificio. Privilegia la expresión de los sentimientos, los sufrimientos que hay que tolerar, el amor. El segundo lugar lo ocupa el deseo FU que se pone de manifiesto a través de: referencia a acciones rutinarias, interrupción del discurso propio o ajeno, muletilla, minimizador, expresión de potencia e impotencia. Destaca el apego a la rutina y el intento de apegarse a la rutina como modo de encontrar una respuesta a la desorientación. En tercer lugar encontramos el deseo LI en el percentilo 65, presente a través de referencias a estados corporales, entre ellas las intrusiones orgánicas y los

estados de bienestar físico. Por último, en el percentilo 27 encontramos el deseo FG y en el 23 el FU. El deseo FG se expresa a través de la repetición de vocalización propia o ajena, ejemplos, manifestación de un deseo, énfasis y exageración, dramatización, convocatoria al oyente, pregunta por la forma y comparación metafórica, mientras que el FU está representado por muletillas, interrupciones del discurso ajeno o propio, preguntas o afirmaciones referidas a la orientación témporo-espacial, recuperación o mantenimiento de la orientación, minimizadores.

Cuadro LXII- Actos de habla Sesión 94

Deseo	Nº	%	P
LI	8	1.9	65
O1	0	0	10-30
O2	27	6.40	85
A1	0	0	10-50
A2	213	50.47	23
FU	125	29.62	83
FG	49	11.61	27
Total	422	100	-

Fuente: Elaboración propia

Análisis de redes de signos. Sesión 94

Para el análisis de redes de signos empleamos un diccionario computarizado que permite distinguir la significatividad de las palabras según el deseo que representan en las verbalizaciones de la paciente. Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes O1, A2 y FG.

Como palabras representativas del deseo A2, con el percentilo 78, encontramos verbos como “dudar”, “tener”, “convenir”, sustantivos como “institución”, “médico”, “disculpas” y adjetivos como “particular”, “jurídico” y “sostenido”. Se destacan los contextos institucionales, el orden y el intento de controlar una realidad a partir de un saber sobre hechos concretos. En cuanto al deseo O1, adquiere figurabilidad a través de verbos como “calcular”, “creer”, “entender”, sustantivos como “idea”, “foto”, “verdad” y adjetivos como “automático” y “razonable”, todos ellos ligados a procesos mentales y resolución de problemas abstractos. El deseo FG está representado a través de verbos como “imaginar”, “querer”, “atender”, sustantivos como “humor”, “desastre”, “expresión” y

adjetivos como “*sencillísima*”, “*simpática*” y “*claro*”, donde se ponen de manifiesto la cuestión del embellecimiento, los adornos. El deseo A1 que, aunque alcanza el percentilo 40 es novedoso en el material de la paciente y por este motivo nos parece importante incluirlo. Se encuentra representado en verbos como “*golpear*”, “*pelear*” y “*protestar*”, sustantivos como “*disculpas*”, “*jurídico*”, “*carajo*” y adjetivos como “*molesto*” y “*enojado*”, todos ellos ligados a situaciones de luchas justicieras, impotencia motriz, querrela o protesta.

Cuadro LXIII– Redes de signos. Sesión 94

Deseos	Percentiles
LI	35
O1	73
O2	25
A1	40
A2	78
FU	35
FG	60

Fuente: Elaboración propia

Discusión. Sesión 94

Cuadro LXIV- Panorama de deseos en los tres niveles de análisis. Sesión 94

Nivel de análisis	Sesión 94		
	Deseo	Porcentaje	Percentil
Análisis de relatos	LI	26,5 %	
	O1	13,5 %	
	O2	9,5 %	
	A1	0 %	
	A2	30 %	
	FU	13,5 %	
	FG	6,5 %	
Análisis de actos de	LI		65
	O1		10-30

habla	O2		85
	A1		10-50
	A2		23
	FU		83
	FG		27
Análisis de redes de signos	LI		35
	O1		73
	O2		25
	A1		40
	A2		78
	FU		35
	FG		60

Fuente: Elaboración propia

Discusión

La paciente manifiesta en el inicio de la sesión una referencia ligada a los deseos FU. Esto pone en evidencia que para ella el espacio de la calle siempre reviste algún peligro. Cuando sale a un espacio abierto y no puede manejarse de modo tal de responder a una rutina, sus rasgos fóbicos se evidencian. En la sesión ocurre algo diverso, dado que se trata de un tipo de espacio en donde no importa tanto la visión ni el desplazamiento, y en donde ella puede, sin correr peligro, desplegar su competencia y su ambición.

Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes A2, O1 y FG, presentando divergencias respecto de los deseos predominantes en el nivel de los actos de habla (O2, FU y LI) pero coincidiendo parcialmente con el de los relatos (A2 y LI). Estos resultados nos hacen pensar que en esta sesión quedan puestos de manifiesto los recursos de la paciente para recuperarse. Tal como podemos observar en los gráficos XIX y XX los resultados que se observan en las sesiones 80 y 94 en el nivel de los relatos presentan muchas similitudes, al punto tal que los resultados en el nivel de los relatos en la sesión 94 presentan mayor semejanza con los del primer grupo (sesiones 80, 81 y 82) que con los del segundo (sesiones 89 y 93), donde predominan los deseos LI y A2 y en cuanto a las defensas predominan las normales exitosas.

Esta semejanza entre las sesiones 80 y 94 se observa sólo en el nivel del relato, ya que en el nivel de los actos de habla y de las palabras, los resultados difieren. Retomaremos este planteo en el análisis general.

El hecho de que en la sesión 94 la paciente retome el esquema previo, permite observar que lo crónico en ella estaría dado por la neurosis traumática (sesiones 80,81 y 82), a diferencia de las sesiones en donde se pone de manifiesto el trauma (sesiones 89 y 93). Dicha cronicidad pone de manifiesto la vigencia de LI como deseo predominante en el nivel de los relatos y A2+O1 como la combinatoria de deseos que le permite salir del estado traumatizante.

Esto se observa en los resultados, donde del total de 30 secuencias narrativas, en 9 de ellas predominan deseos A2, mientras que en la cuarta parte de ellas predominan los deseos LI. Los deseos O1 y FU se ven representados en 4 secuencias narrativas, los deseos O2 en 3 y los deseos FG en 2.

En relación con los deseos eufóricos, nos interesa focalizar en la combinatoria entre A2 y LI. Cuando A2 se combina con LI, en presencia de la creatividad con desenlace exitoso, la paciente parte de una posición LI disfórica que gracias a darse cuenta de cómo podría modificarla (creatividad + A2), finaliza como escena eufórica.

Los estados de bienestar físico se reflejan en desenlaces LI eufórico. Los estados afectivos O2 se relacionan con lograr respetar sus posibilidades físicas. Situaciones en donde predomina la tranquilidad, la comodidad o el establecer distancias para cuidarse se manifiestan a través de deseos FU eufóricos.

La posibilidad de encontrar códigos comunes con su profesora de natación se organiza según el deseo O1. También los deseos FG tienen que ver con armonizar, sintonizar, con su profesora de natación.

En cuanto a los deseos disfóricos, se encuentran mayormente representados por el deseo LI y O1. Los deseos LI remiten a una sobredosis de trabajo, a no saber cómo ponerse o a tener que compensar la flojedad de su tono con un exceso de tensión mientras que los deseos O1 tienen que ver con sentir que pese a sus esfuerzos no logra ponerse en el ángulo de mira del otro (XVIII y XIX). Resulta interesante este último punto, ya que así como la paciente en esta sesión pareciera retomar el equilibrio previo (sesiones 80, 81 y 82), retoma el argumento que estaba vigente en esas sesiones, que consiste en ubicarse en el ángulo de mira del otro. Este tema había quedado suspendido entre las sesiones 89 y 93.

Respecto a deseos que se combinan con desenlaces exitoso fracasados, observamos que reflejan estados de duda (A2), desagrado (FG), esfuerzo (LI) o bien otorgarle un sentido distinto a la silla de ruedas (O1).

En cuanto a las defensas, en un 86,6% son funcionales y el 23,3 restante son patológicas. El 86,6% de las defensas funcionales está compuesto por un 70% de defensas funcionales y exitosas, de las cuales un 50% son defensas acorde a fines y un 10% de creatividad. En cuanto a las defensas funcionales fracasadas, alcanzan un 3,3% y las mixtas se encuentran conformadas por defensas acorde a fines y desmentida funcional, en un 13,3%. En cuanto a las defensas patológicas, están constituidas por un 6,6% de defensas exitosas (represión + rasgos caracterológicos y desmentida), 13,4% fracasadas (desmentida y desestimación del afecto) y 3,3% mixtas (desestimación del afecto).

En cuanto a las defensas presentes en las 30 secuencias narrativas, predominan las defensas acorde a fines en mayor medida y en menor grado, la creatividad.

La creatividad al servicio de resolver problemas prácticos se ve expresada en situaciones en donde predomina el deseo A2. Cuando éste se combina con LI, la paciente logra salir de un estado de quietud para darse cuenta que la cama puede ser su lugar de trabajo.

Cuando la defensa exitosa es patógena, se dan dos alternativas: o bien la represión se suma a rasgos caracterológicos, o bien se da la desmentida exitosa. La represión sumada a rasgos caracterológicos se da cuando la paciente se vincula con una profesora de natación que enseña con referencias no visuales y no la trata como tarada. La desmentida exitosa puede observarse cuando la paciente habla del humor negro que comparte con esa profesora.

Las defensas fracasadas son en su mayoría patógenas y de las 30 secuencias narrativas totales, sólo 5 presentan un desenlace disfórico, mientras que las defensas exitoso fracasadas también se presentan en 5 de los 30 relatos.

Nos interesa subrayar la presencia de la desmentida funcional como defensa normal, presente en el relato X en donde la paciente transforma el signo negativo que suele tener la silla de ruedas en positivo, volviéndola un asiento cómodo.

Teniendo en cuenta los relatos desde el punto de vista de su función, podemos observar que retorna la estrategia expositiva de las sesiones previas al accidente (81 y 82) en donde oponía antes y ahora. Al mismo tiempo, la paciente no da lugar al intercambio con el terapeuta. Presenta los temas ya resueltos, exhibe sus cambios y ubica al terapeuta como espectador de sus logros. Desde esta estrategia, la paciente mira la mente del terapeuta intentando ubicarse en su ángulo de mira así como ella hace con su madre y con su profesora de natación. Aunque su deseo de ser madre pareciera haber

Ruth Kazez.

quedado interrumpido por el accidente, lo que sí retorna respecto de las sesiones del primer grupo es su tendencia a convencer al terapeuta de su madurez psíquica y sus posibilidades para solucionar los inconvenientes que pudieran presentarse.

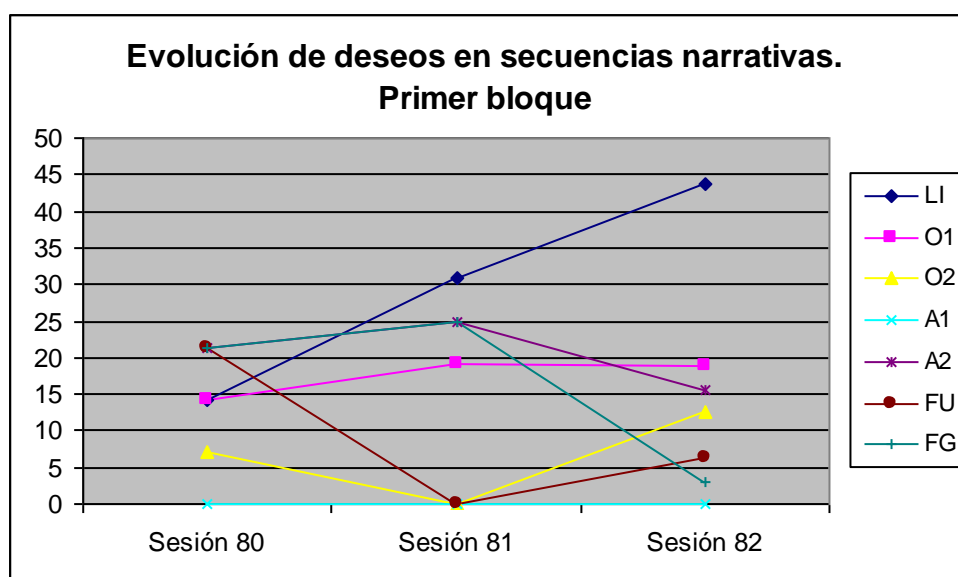
Capítulo 11: Estudio longitudinal de secuencias narrativas

Procedimiento y muestra

Para elaborar el presente estudio se han tenido en cuenta los resultados de la aplicación del ADL-R a las muestras seleccionadas de las sesiones de psicoterapia de la paciente Ercilia.

Primer bloque

Gráfico VII– Evolución de deseos en secuencias narrativas. Primer bloque de sesiones



Fuente: Elaboración propia

Para el análisis cuantitativo de las secuencias narrativas, hemos establecido un rango para medir la variación en porcentajes de los deseos en cada sesión: muy bajo hasta 5%, bajo hasta 10%, medio hasta el 20%, alto hasta el 35% y muy alto más de 35%.

En cuanto a los rangos en los cuales se encuentra cada deseo, establecimos entre 0% y 5% el rango muy bajo; entre 6% y 15% el rango bajo; entre 16% y 25% el rango medio; entre 26% y 35% el rango alto y más de 35% rango muy alto.

El estudio cuantitativo del primer bloque de sesiones exhibe que el deseo A1 carece de representatividad, mientras que el deseo O2, sólo tiene representantes en dos de las tres sesiones (sesiones 80 y 82).

En cuanto a los rangos dentro de los cuales hallamos dichos deseos, observamos que el deseo O1 se encuentra dentro de un rango bajo, al igual que el deseo O2. El deseo A2 se encuentra dentro de un rango entre bajo y medio, el deseo LI en el rango entre bajo y

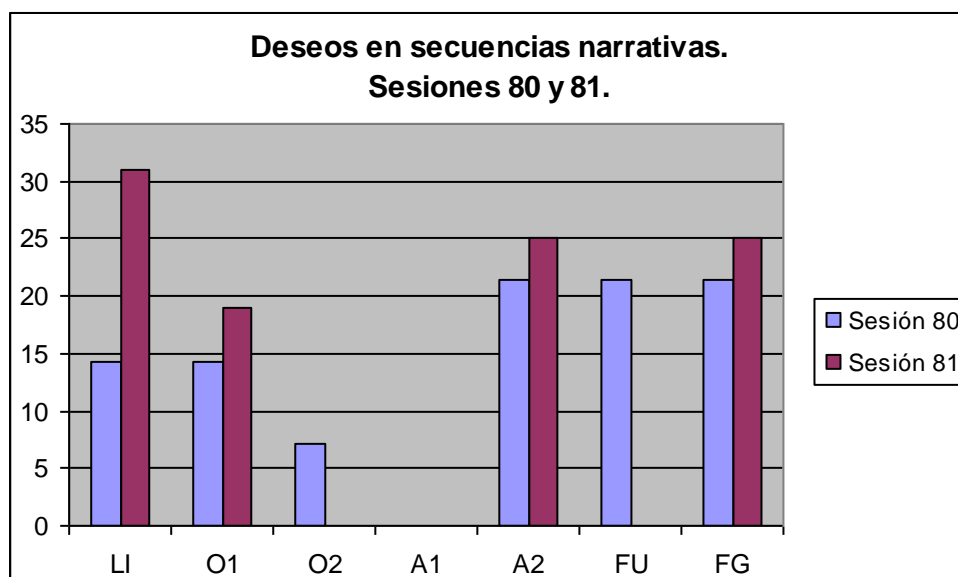
alto (es el que logra mayor amplitud porcentual), mientras que FU y FG se encuentran dentro del rango que va de muy bajo a medio.

Los deseos que poseen representantes y son más estables, son O1 y A2 en un primer lugar, con una diferencia máxima de 10 puntos entre una sesión y otra. En segundo lugar notamos a los deseos O2, FU y FG con una diferencia máxima de 22 puntos entre sesiones. El deseo más divergente es LI (29 % de diferencia entre la sesión 80 y la 82).

Observamos que el deseo LI logra el porcentaje más alto (43 % en la sesión 82, 31 % en la sesión 81), seguido por los deseos A2 y FG (ambos con un porcentaje del 25 % en la sesión 81). Los deseos que también exhiben porcentajes mayores al 20 % son A2, FU y FG en la sesión 80.

En cuanto a los rangos dentro de los cuales hallamos dichos deseos, observamos que el deseo O1 se encuentra dentro de un rango bajo, al igual que el deseo O2. El deseo A2 se encuentra dentro de un rango entre bajo y medio, el deseo LI en el rango entre bajo y alto (es el que logra mayor amplitud porcentual), mientras que FU y FG se encuentran dentro del rango que va de muy bajo a medio.

Gráfico VIII – Deseos en secuencias narrativas. Sesiones 80 y 81

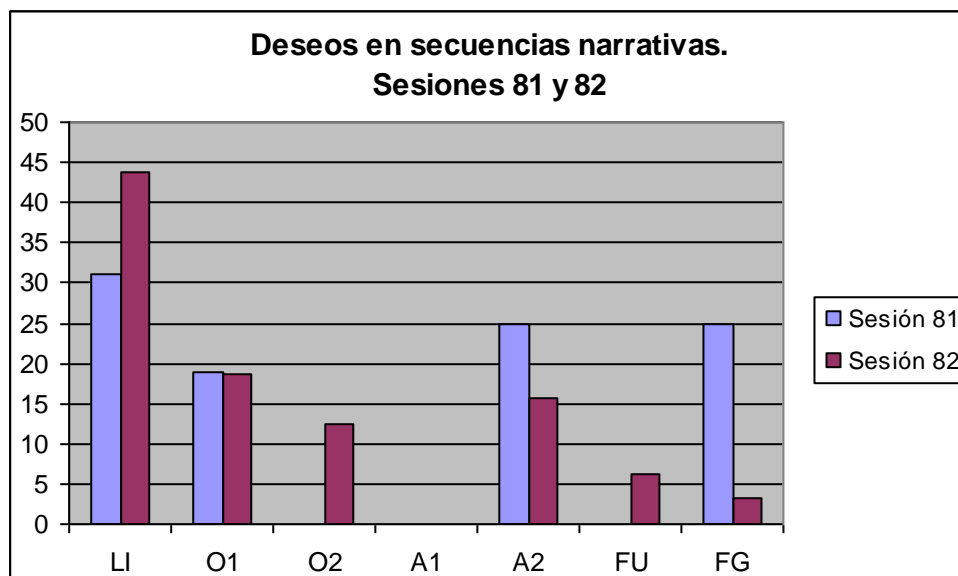


Fuente: Elaboración propia

En el examen de las sesiones 80 y 81 se pone en evidencia que los deseos más estables son O1, A2 y FG, presentando una variación máxima porcentual de 4,7 puntos. El deseo A1 no posee representantes en ninguna de las dos sesiones. El deseo O2 presenta una variación baja entre una sesión y otra (7,1%), mientras que el deseo LI presenta una

variación de casi 17 puntos porcentuales y el deseo FU una diferencia de 21,5 puntos porcentuales entre ambas sesiones, siendo la mayor diferencia consignada en esta comparación.

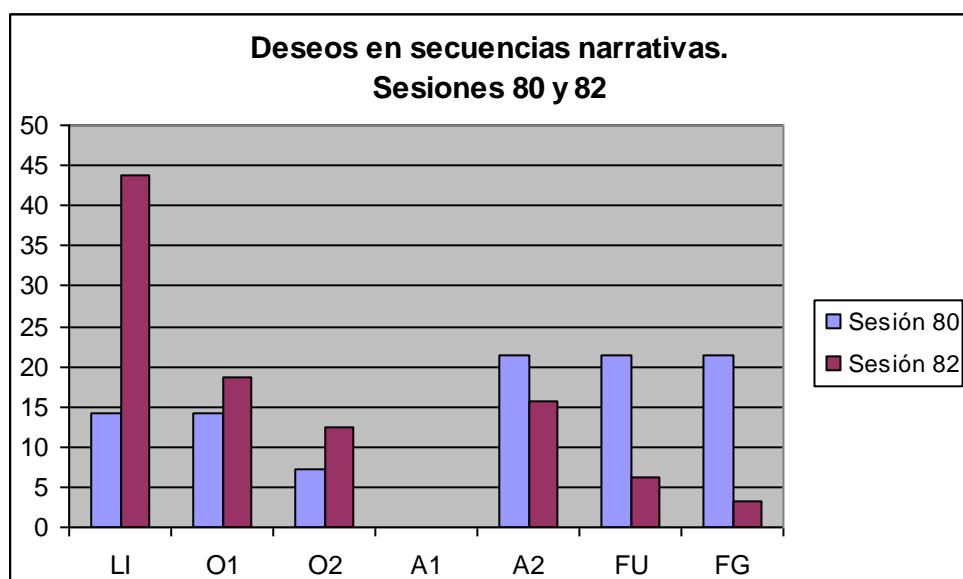
Gráfico IX – Deseos en secuencias narrativas. Sesiones 81 y 82



Fuente: Elaboración propia

En el análisis de las sesiones 81 y 82 se pone en evidencia que los deseos más estables son O1 y FU, presentando una variación máxima porcentual de 6,2 puntos en el caso de FU. El deseo A1 no posee representantes en ninguna de las dos sesiones. El deseo O2 presenta una variación media entre una sesión y otra (12,5%). Los deseos LI y A2, dentro de un rango medio presentan una variación media (aproximadamente 12,5 % en ambos casos). La mayor variación se presenta en el caso de FG, con 22 % de diferencia entre la sesión 81 y la 82.

Gráfico X – Deseos en secuencias narrativas. Sesiones 80 y 82



Fuente: Elaboración propia

En la comparación de las sesiones 80 y 82 se pone en evidencia que los deseos más estables son O1, O2 y A2, presentando una variación máxima porcentual de 5,8 puntos en el caso de A2. El deseo A1 no posee representantes en ninguna de las dos sesiones. En el caso de los deseos FU y FG la diferencia es de un rango medio, alcanza el 18%. Finalmente el deseo más inestable es el LI, que presenta una diferencia alta, de casi el 30%, entre una sesión y otra.

Conclusiones del análisis de secuencias narrativas en el primer bloque

Si comparamos los gráficos VIII, IX y X, apreciamos que la mayor concordancia se da entre las sesiones 80 y 81. También podemos advertir que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 80 y 82. Asimismo observamos que los deseos más estables a lo largo de las tres sesiones analizadas son O1 (en un rango entre el 14% y 19%) y A2 (en un rango entre el 15% y 25%).

El deseo LI presenta una variación del 30% entre las sesiones 80 y 82, que resulta por lo tanto altamente significativa. El deseo LI se ve representado en el porcentaje más alto alcanzado (44% de los relatos).

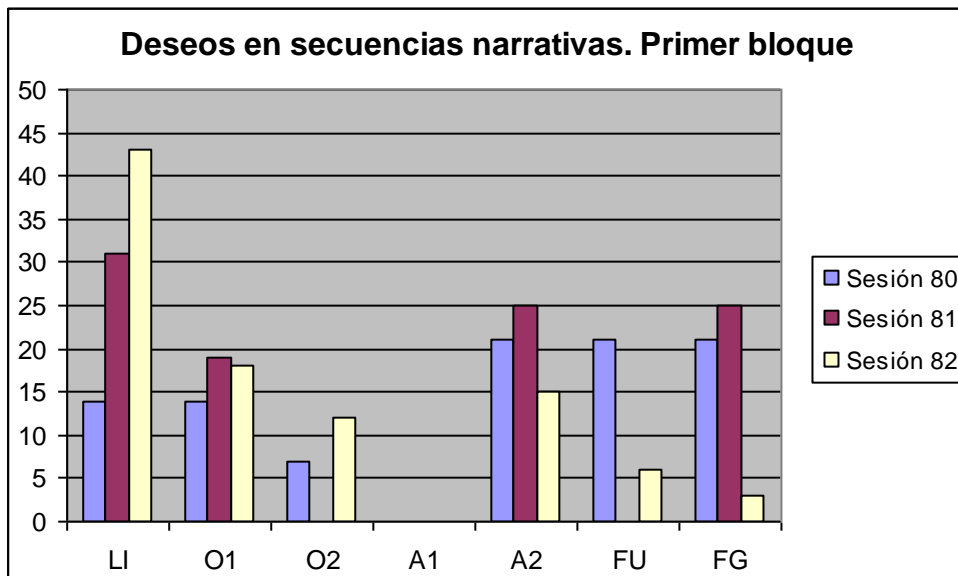
El análisis de las defensas (cuadro XII) permite observar el predominio de aquellas que se definen como normales (acorde a fines, creatividad), en su versión exitosa en primer lugar y en segundo lugar en su versión fracasada.

En cuanto a las defensas patológicas (represión, desmentida, desestimación del afecto), el valor más alto se da cuando fracasan, por ejemplo en la sesión 80 mientras que

aquellas que resultan exitosas presentan valores más uniformes en todas las sesiones del bloque.

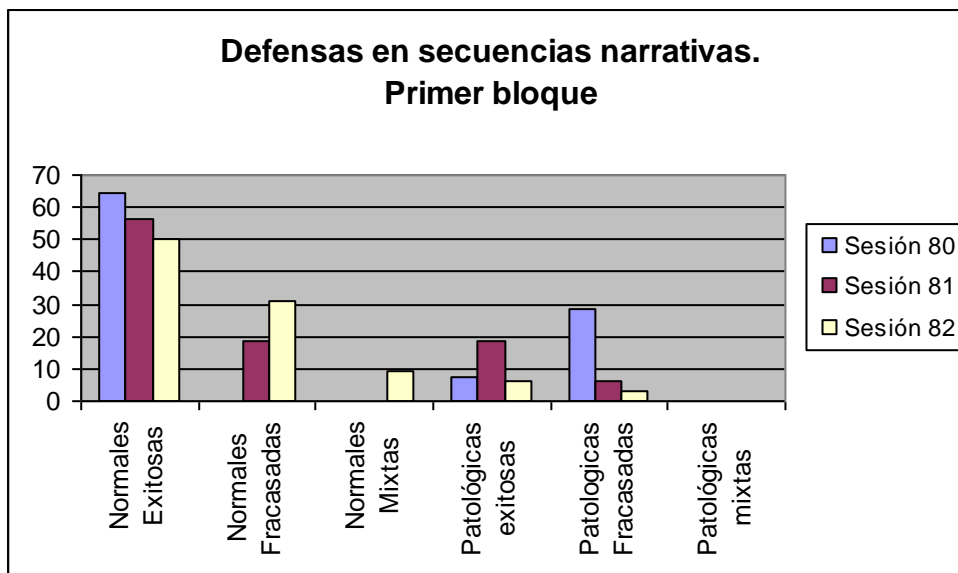
En relación con las defensas mixtas, sólo adquieren valor las defensas normales mixtas en la sesión 82.

Gráfico XI – Deseos en secuencias narrativas. Primer bloque



Fuente: Elaboración propia

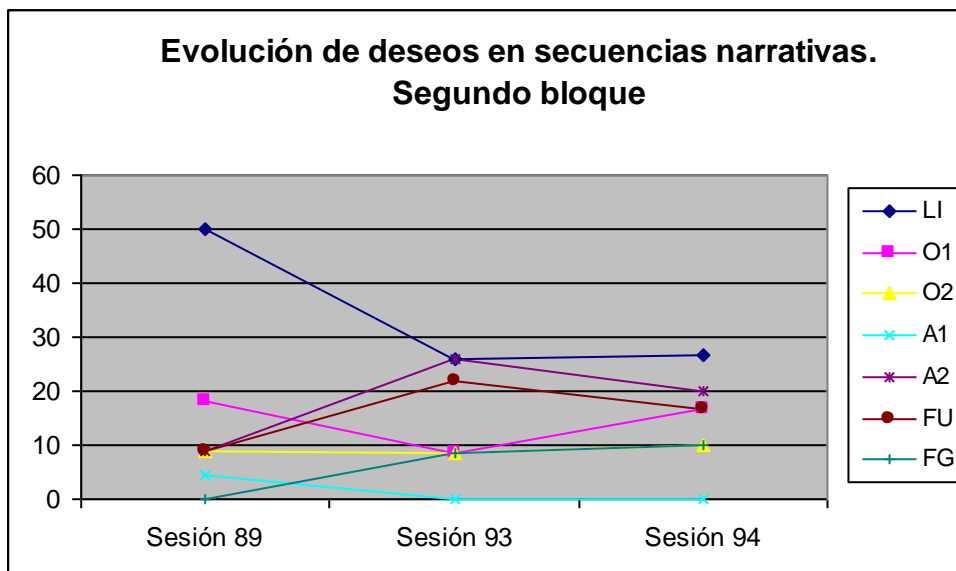
Gráfico XII – Defensas en secuencias narrativas. Primer bloque



Fuente: Elaboración propia

Segundo bloque

Gráfico XIII – Evolución de deseos en secuencias narrativas. Segundo bloque de sesiones



Fuente: Elaboración propia

Al analizar cuantitativamente el segundo bloque de sesiones registramos que el deseo A1 sólo tiene representación en la sesión 89. En las sesiones 93 y 94 carece de representantes.

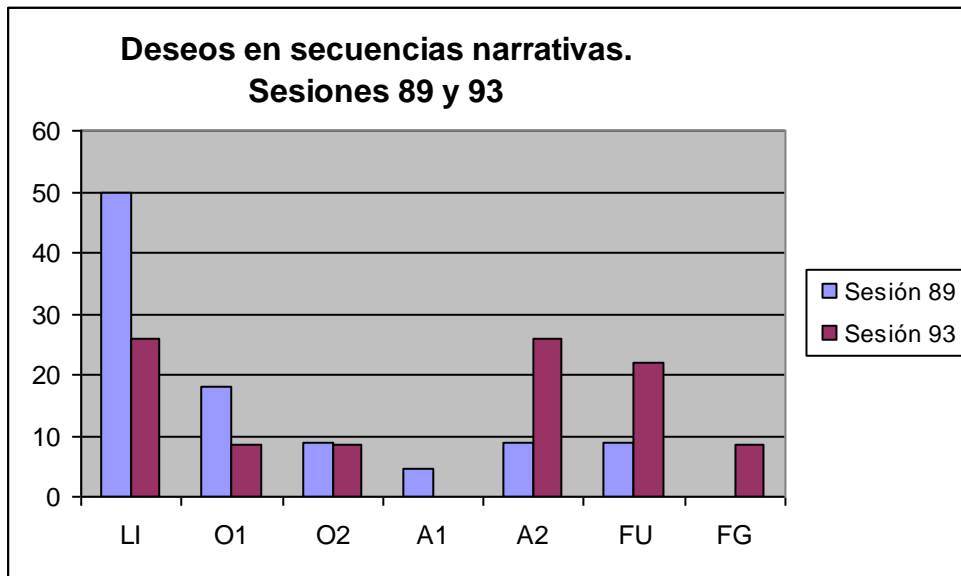
Observamos que la mayor dispersión de deseos en general se da en la sesión 89 para luego conservar los valores que adquieren en las sesiones 93 y 94.

El deseo más estable, si bien se da en un rango bajo, es O2. Los deseos O1, A2, FU y FG se manejan en valores más altos pero presentan diferencias porcentuales medias, de entre 10% y 15%.

El deseo LI es el más inestable, presentando un valor muy alto en la sesión 89 (50% de los relatos) que luego se estabiliza en el 26% en las sesiones 93 y 94.

En cuanto a los rangos, los deseos O2, A1 y FG se ubican dentro de un rango muy bajo. Hallamos los deseos O1 y A2 dentro de un rango bajo, el deseo FU en el rango entre bajo y medio, mientras que LI es el que logra mayor amplitud porcentual y se encuentra entre el rango medio y muy alto.

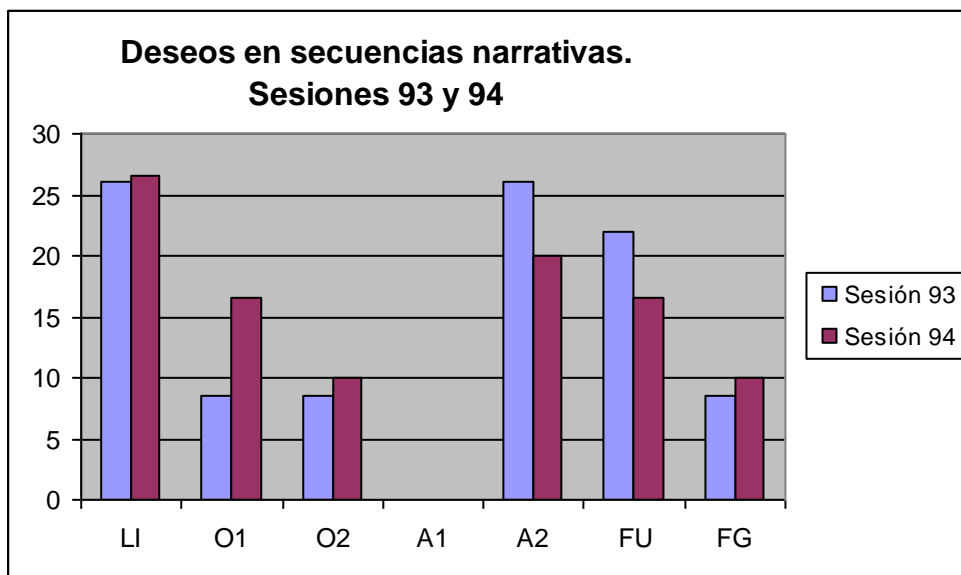
Gráfico XIV – Deseos en secuencias narrativas. Sesiones 89 y 93



Fuente: Elaboración propia

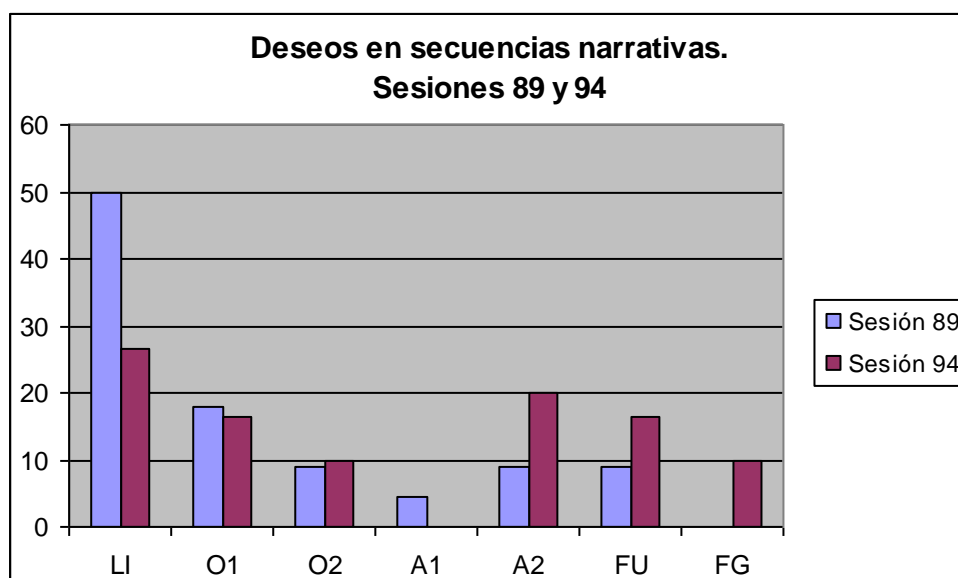
Analizando las sesiones 89 y 93 se pone en evidencia que los deseos más estables son O2 y A1, presentando una variación máxima porcentual de 4,5 puntos en el caso de A1. Si bien el deseo FG sólo posee representatividad en la sesión 93, podemos observar que los deseos FG y O1 presentan una variación máxima de 10% entre una sesión y otra. Los deseos A2 y FU varían entre un 13 y un 15% de una sesión a otra. La mayor variación se presenta en el caso de LI, con 24 % de diferencia entre la sesión 89 y la 93.

Gráfico XV – Deseos en secuencias narrativas. Sesiones 93 y 94



La observación de las sesiones 93 y 94 pone en evidencia una gran estabilidad entre ambas sesiones. Según apreciamos, los deseos más estables son LI, O2 y FG, presentando una variación máxima porcentual de 1,5 puntos en los casos de O2 y FG. Los restantes deseos (O1, A2, y FU) presentan una diferencia máxima de 8% en el caso de O1. El deseo A1 carece de representatividad en ambas sesiones.

Gráfico XVI – Deseos en secuencias narrativas. Sesiones 89 y 94



En el estudio de las sesiones 89 y 94 se pone en evidencia que los deseos más estables son O1 y O2, presentando una variación casi nula entre uno y otro. El deseo A1 sólo posee representantes en la sesión 89, y presenta una diferencia de 4,5 % entre una sesión y otra. Los deseos A2, FU y FG presentan diferencias que se manejan dentro de un rango bajo, aunque el deseo FG sólo tenga representantes en la sesión 94. En cuanto al deseo LI, es el que presenta la máxima variación, con 24 % de diferencia entre la sesión 89 y la 94.

Conclusiones del análisis del segundo bloque

Si comparamos los gráficos XIV, XV y XVI, descubrimos que la mayor concordancia se da entre las sesiones 93 y 94. También podemos advertir que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 89 y 93. Sin embargo, al analizar el gráfico XVIII observamos que en el nivel de las defensas la concordancia se da entre las sesiones 89 y 93 en donde

predominan las defensas patológicas fracasadas, a la inversa de la tendencia del primer bloque y de lo que ocurre en la sesión 94. Resulta llamativo que en el nivel de los deseos las sesiones 93 y 94 resulten concordantes y que en paralelo se dé una fuerte divergencia en el plano de las defensas. Nos preguntamos si esto tendrá que ver con un estilo en la recuperación de la paciente, en donde en primer lugar se da una búsqueda del equilibrio (LI + O1 + A2) en el plano libidinal que luego se logra en el plano de los mecanismos de defensa. Dentro de este segundo bloque de sesiones apreciamos una diferencia a nivel de las defensas que denota un cambio clínico significativo. En las sesiones 89 y 93 predominan las defensas patológicas (en su mayoría fracasadas) y en la 94 vuelven a predominar las defensas normales (principalmente exitosas).

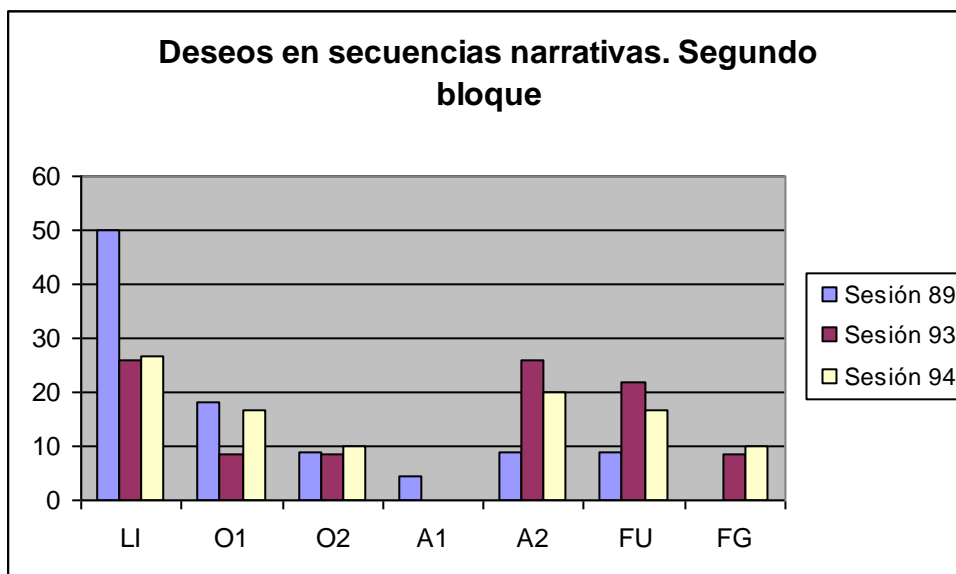
Apreciamos que los deseos más estables a lo largo de las tres sesiones analizadas son en primer lugar O2 (entre el 8,5% y 10%) y A1 (entre el 0% y 4,5%). Le siguen los deseos O1 (entre el 8,5 y el 18%), el FG (entre el 0 y el 10%), el FU (entre el 9 y el 22%) y el A2 (entre el 9 y el 26%).

El deseo LI presenta una variación de 23,5 % entre las sesiones 89 y 94, que resulta altamente significativa. El deseo LI representa en el porcentaje más alto alcanzado, dado que en la sesión 89 –la sesión en donde llega luego del accidente- abarca el 50% de los relatos.

El gráfico XVIII muestra el comportamiento de las defensas de este bloque. En lo que respecta a las defensas patológicas (represión, desmentida, desestimación del afecto), a diferencia de lo que ocurre en el primer bloque, aquí predominan las defensas patológicas en sus tres variantes, siendo dominante la versión fracasada.

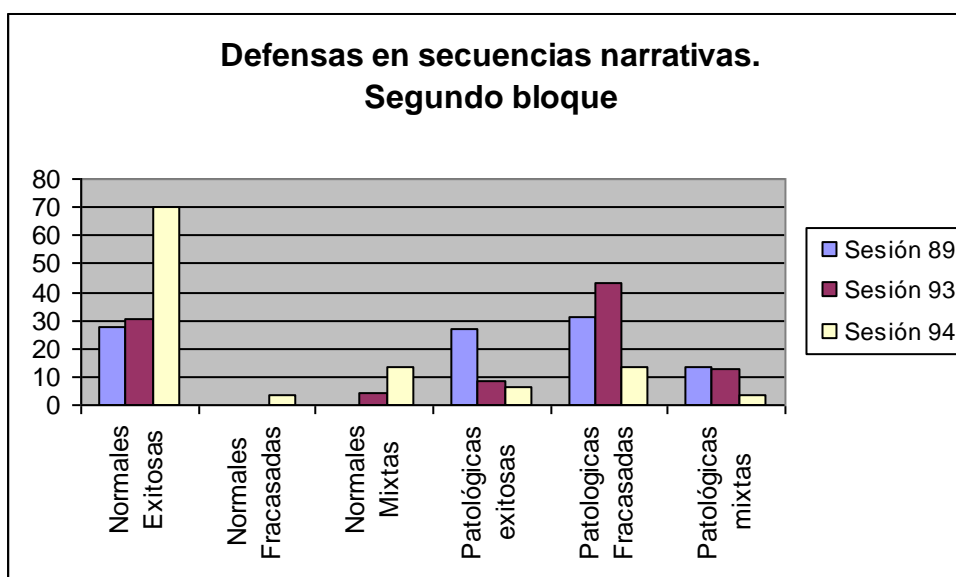
En cuanto a las defensas normales (acorde a fines, creatividad), predominan en su versión exitosa en la sesión 94 por sobre las defensas fracasadas y mixtas, mientras que en las otras dos sesiones el valor se reduce a menos de la mitad y es prácticamente uniforme.

Gráfico XVII – Deseos en secuencias narrativas. Segundo bloque



Fuente: Elaboración propia

Gráfico XVIII – Defensas en secuencias narrativas. Segundo bloque



Fuente: Elaboración propia

Comparación de las secuencias narrativas en los dos bloques

En primer lugar, observamos que en el análisis de las secuencias narrativas, no todos los deseos presentan representantes en todas las sesiones. Sólo hay una secuencia narrativa donde se presenta el deseo A1 y es en la sesión 89, coincidiendo con el predominio de defensas normales exitosas. En las otras cinco sesiones, el deseo A1 no se presenta.

En cuanto a otros deseos que se encuentran ausentes, podemos observar que en la sesión 81 los deseos O2 y FU no poseen representantes, y lo mismo ocurre en la sesión 89 con el deseo FG.

Localizamos los deseos más estables en el primer bloque en O1 y A2 mientras que en el segundo bloque son O2, O1 y FG. Sin embargo cabe señalar que la sesión 94 (como vemos en los cuadros XIX y XX) presenta mayores similitudes con las sesiones del primer bloque, tanto en el nivel de las defensas como en el de los deseos.

En lo que concierne a los deseos más divergentes, tanto en el primero como en el segundo bloque de sesiones, se presenta LI con diferencias de un 29% en el primero y de un 24% entre sesiones en el segundo. También el deseo LI presenta el porcentaje más alto en ambos bloques de sesiones: 43% en el primero y 50% en el segundo. El porcentaje más bajo es alcanzado por el deseo A1, que en el primer bloque no tiene figurabilidad y en el segundo bloque sólo la adquiere en la sesión 89 con el 4,5%.

En cuanto a los rangos dentro de los cuales hallamos dichos deseos en ambos bloques, podemos observar que en el primer bloque el deseo A1 no tiene representantes y en el segundo bloque sí lo tiene pero sólo en la sesión 89, dentro de un rango muy bajo.

En el primer bloque no encontramos deseos en un rango muy bajo, mientras que en el segundo bloque los deseos O2, A1 y FG se ubican dentro de este rango. En cuanto al rango bajo, en el primer bloque observamos los deseos O1 y O2 mientras que en segundo bloque en este rango hallamos a los deseos O1 y A2. Yendo hacia una mayor amplitud porcentual, entre los rangos bajo y medio encontramos, en el primer bloque, al deseo A2 y en el segundo bloque al deseo FU. En el primer bloque, encontramos el deseo LI en el rango entre bajo y alto (es el que logra mayor amplitud porcentual), mientras que FU y FG se encuentran dentro del rango que va de muy bajo a medio. En el segundo bloque LI logra mayor amplitud porcentual y se encuentra entre el rango medio y muy alto.

En cuanto a las concordancias y discrepancias entre sesiones del primer bloque en el nivel de los deseos, la mayor concordancia se da entre las sesiones 80 y 81. Advertimos que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 80 y 82. Esto se da a la inversa de lo que ocurre en el análisis de actos de habla y de redes de signos, en donde en ambos casos, la mayor concordancia se da entre las sesiones 80 y 82 y la mayor discrepancia entre las sesiones 80 y 81. En cuanto a los deseos más estables a lo largo de las tres sesiones analizadas son O1 (entre el 14% y 19%) y A2 (entre el 15% y 25%).

En el segundo bloque, la mayor concordancia a nivel de los deseos se da entre las sesiones 93 y 94 mientras que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 89 y 93. Estos resultados no coinciden ni con los actos de habla ni con las redes de palabras. La mayor concordancia en los actos de habla se da entre las sesiones 89 y 94 y la mayor discrepancia se da entre las sesiones 93 y 94. En las redes de palabras también es diferente, ya que la mayor concordancia se da entre las sesiones 89 y 93 y la mayor discrepancia entre las sesiones 89 y 94. Observamos asimismo que los deseos más estables son en primer lugar O2 (entre el 8,5% y 10%) y A1 (entre el 0% y 4,5%). Le siguen los deseos O1 (entre el 8,5 y el 18%), el FG (entre el 0 y el 10%), el FU (entre el 9 y el 22%) y el A2 (entre el 9 y el 26%). Esta falta de estabilidad estaría dando cuenta del intento resiliente de la paciente de recuperar un equilibrio previo.

Quisiéramos focalizar en el análisis del deseo LI, que en el primer bloque presenta una variación de 30% entre las sesiones 80 y 82, que resulta altamente significativa. Este deseo representa el porcentaje más alto alcanzado (44% de los relatos). Este mismo deseo, ya el segundo bloque, presenta una variación de 23,5 % entre las sesiones 89 y 94, que también es altamente significativa. El porcentaje más alto lo alcanza en la sesión 89 abarcando el 50% de los relatos.

El elemento común entre secuencias narrativas y actos de habla es la alta significatividad y variación del deseo LI, que es sin duda el que resulta sobresaliente. En relación con las redes de palabras, el valor del deseo LI se manifiesta dentro de un rango alto (entre los percentiles 65 y 85) sólo en el primer bloque de sesiones mientras que en el segundo bloque se ubica dentro de un rango medio.

En cuanto a las defensas del primer bloque, predominan las defensas normales exitosas, fundamentalmente acorde a fines y creatividad. En segundo lugar, observamos defensas normales fracasadas. En cuanto a las defensas patológicas como represión, desmentida y desestimación del afecto, los valores más altos se dan en su versión fracasada, fundamentalmente en la sesión 80, mientras que en su versión exitosa los valores resultan más uniformes en todas las sesiones del bloque. Las defensas normales mixtas sólo adquieren valor en la sesión 82.

En oposición, el análisis del segundo bloque deja ver que predominan las defensas patológicas en sus tres variantes, siendo dominante la versión fracasada. El valor más alto se da en la versión exitosa de las defensas normales en la sesión 94, mientras que en las otras dos sesiones el valor se reduce a menos de la mitad y es prácticamente uniforme.

Podríamos decir a grandes rasgos que, en relación a las defensas, en el primer bloque predominan las defensas normales exitosas mientras que el segundo bloque puede dividirse en dos partes: las sesiones 89 y 93 donde prevalecen las defensas patológicas fracasadas y la sesión 94 donde predominan las defensas normales exitosas nuevamente. En cuanto a los deseos, si bien prevalece LI, resulta interesante el análisis del comportamiento de cada una de las corrientes psíquicas, que desarrollaremos en el capítulo dedicado al análisis de las Corrientes Psíquicas.

Podemos conjeturar que esta secuencia: sesiones 80, 81, 82 y 94, que denominaremos Grupo A, remite a un tipo de equilibrio libidinal y defensivo en donde predominan defensas normales exitosas (acorde a fines, creatividad, desmentida funcional), que se ven acompañadas por los deseos LI+O1+A2. El predominio de LI en su variante eufórica muestra que el cuerpo desde la regulación de ritmos y el eje tensión alivio son los que comandan el equilibrio psíquico de la paciente. Podemos hablar de un equilibrio sostenido en una neurosis traumática.

En las sesiones 89 y 93, que denominaremos Grupo B, dicho equilibrio se pierde para dar lugar a deseos LI disfóricos combinados con defensas patológicas fracasadas. Estamos en presencia de una desorganización psíquica producto de un trauma, que en la paciente se manifiesta con la siguiente articulación: LI +O2 + A1.

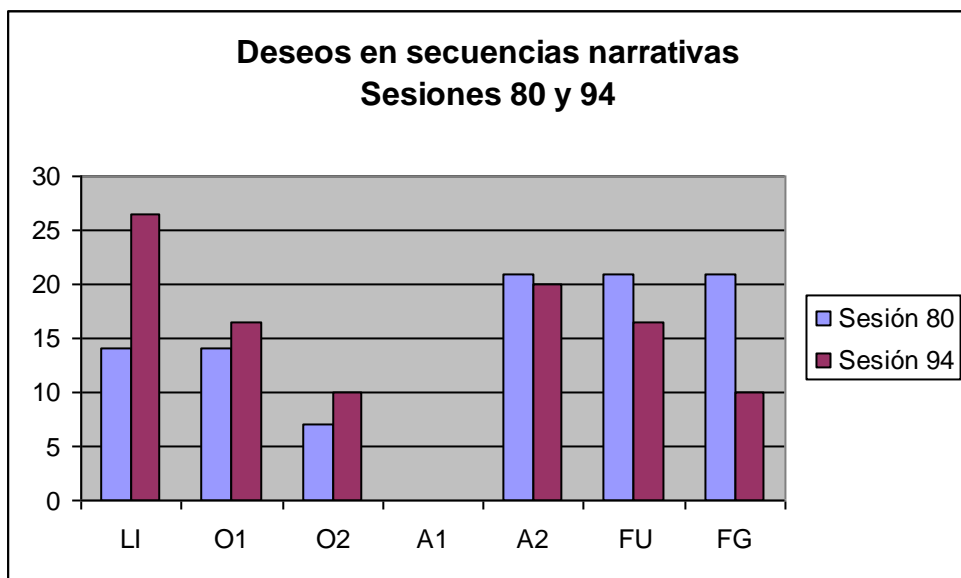
Ahora bien, cuando comparamos en el nivel de los relatos las sesiones 89 y 94 observamos que la paciente pareciera recuperar el equilibrio previo al accidente.

Si ponemos en contexto los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo y los combinamos con el análisis cualitativo, observamos que en el primer bloque de sesiones la paciente hace referencia a su posibilidad de moverse (de manera virtual y real) y de construir espacios. Pone de manifiesto su identificación con su madre en un rasgo de carácter, la intrepidez. Asimismo, saca conclusiones acerca de los pensamientos ajenos, que pueden incluir a uno, central para ella: que debe moverse para que otros la perciban. Los temas planteados ubican a Ercilia como una persona que puede desenvolverse exitosamente a pesar de sus dificultades, lo cual coincide con los resultados de las secuencias narrativas en el primer bloque (predominio de defensas exitosas normales). En cuanto al segundo bloque, en la primera de las sesiones relata detalladamente un accidente y en las dos sesiones siguientes la paciente hace referencia a sus dificultades en relación con su cuerpo, con los profesionales que no logran entenderla, los medicamentos y la rehabilitación. Asimismo se refiere a un intento de otorgar

figurabilidad a sus experiencias y sensaciones a través de la pintura y a las secuelas que tuvo y tiene en ella haber vivido un terremoto en India –donde ella vivía y se desmoronó la mayor parte de la ciudad-. Todas estas verbalizaciones se expresan en su mayoría a través de secuencias narrativas de carácter disfórico, donde predominan las defensas patológicas fracasadas.

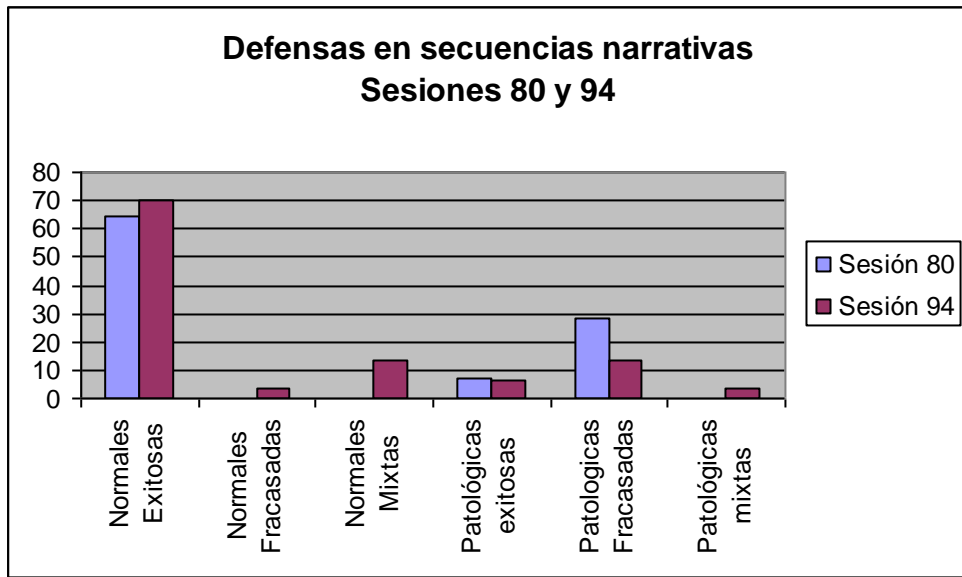
Comparación de deseos en las sesiones 80 y la sesión 94 (Neurosis traumática-Resiliencia)

Gráfico XIX– Deseos en secuencias narrativas. Sesiones 80 y 94



Fuente: Elaboración propia

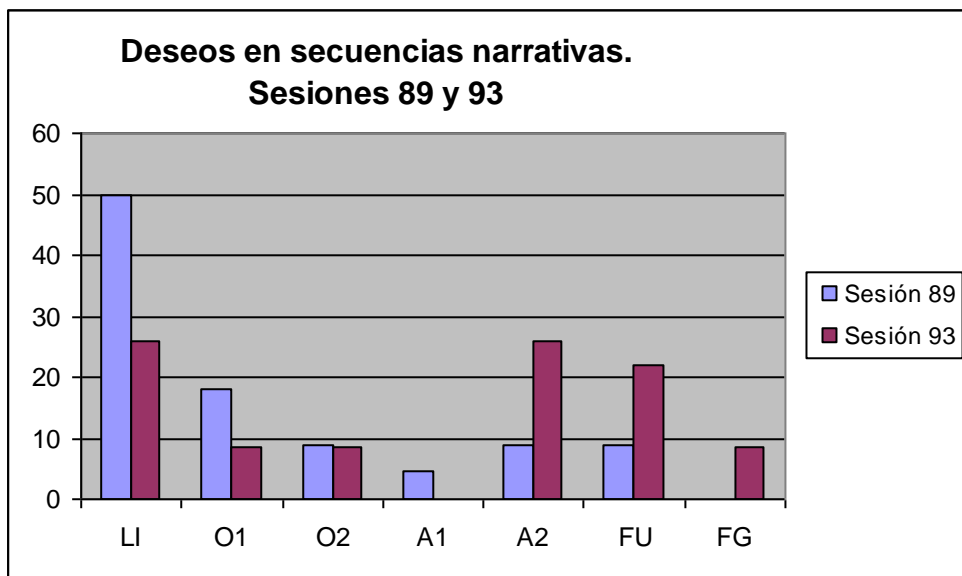
Gráfico XX – Defensas en secuencias narrativas. Sesiones 80 y 94



Fuente: Elaboración propia

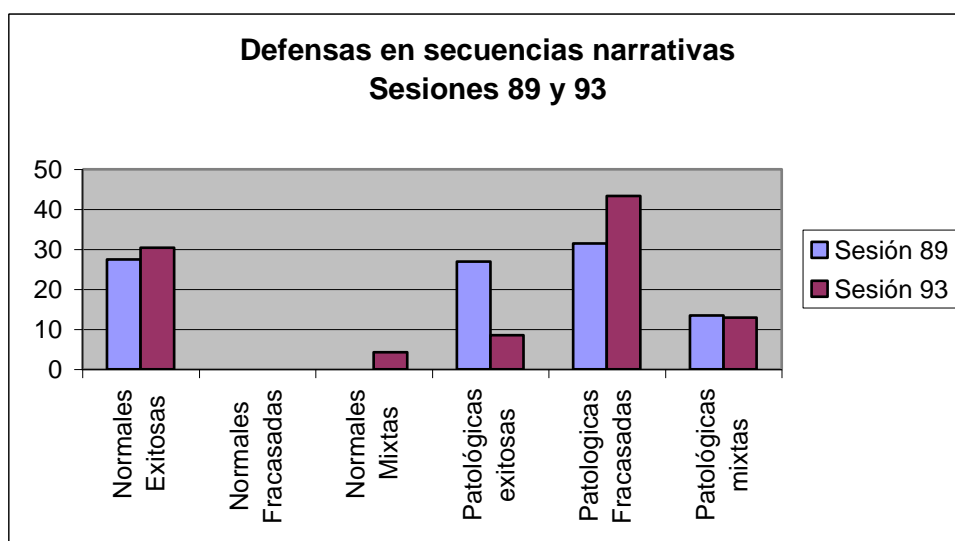
Comparación de deseos en las sesiones 89 y 93 (Trauma)

Gráfico XXI – Deseos en secuencias narrativas. Sesiones 89 y 93



Fuente: Elaboración propia

Gráfico XXII – Defensas en secuencias narrativas. Sesiones 89 y 93



Fuente: Elaboración propia

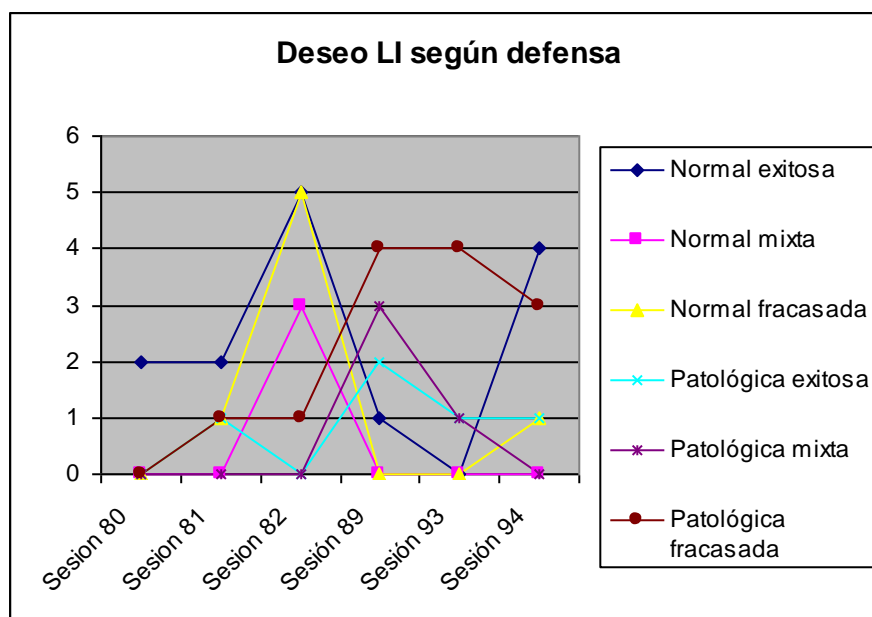
Análisis longitudinal de las corrientes psíquicas en secuencias narrativas

Tal como hemos consignado en el capítulo 2, el concepto de corriente psíquica tiende un puente entre la teoría freudiana y la práctica clínica, ya que permite indagar acerca de la estructura yoica; los conflictos del yo respecto de los deseos, la realidad y el superyó; los conflictos del yo con otras corrientes psíquicas; las defensas centrales y complementarias, todo lo cual da como resultado las manifestaciones clínicas. El concepto de corriente psíquica se refiere a un yo que no es una unidad homogénea, sino que se encuentra dividido en una serie de sectores, cada uno de los cuales posee un destino de pulsión.

Por esta razón hemos decidido plasmar en siete cuadros los desarrollos de las distintas corrientes psíquicas (que hemos operacionalizado como deseo según defensa y su estado), de modo tal de analizar el comportamiento de dichas variables a lo largo de las seis sesiones estudiadas.

Para la elaboración de los cuadros, se tomó la cantidad de secuencias narrativas que en cada sesión resultaron representativas de cada corriente psíquica.

Gráfico XXIII – Deseo LI según defensa. Comportamiento longitudinal.



Fuente: Elaboración propia

En un análisis cuantitativo del deseo LI según las defensas y su estado considerando dos bloques de sesiones, podemos apreciar que el comportamiento se da de un modo diverso: mientras que en el primer bloque (sesiones 80, 81 y 82) prevalecen las defensas normales en su versión exitosa, en dos de tres sesiones segundo bloque (sesiones 89 y 93) preponderan las defensas patológicas en su versión fracasada.

Si observamos el interior del primer bloque de sesiones, apreciamos dos tipos de comportamiento. Por un lado, el deseo LI combinado con defensas normales presenta una significación mayor que las patológicas. Observamos que hay mayor uniformidad entre las sesiones 80 y 81 en cuanto a defensas normales en sus tres versiones, dándose un cambio notorio de las tres en la sesión 82, en donde no sólo se duplica el valor de las defensas exitosas, sino que esto también ocurre con las fracasadas y las mixtas. En lo que concierne a las defensas patológicas en sus tres versiones, a lo largo de este bloque, presentan un valor nulo o bajo.

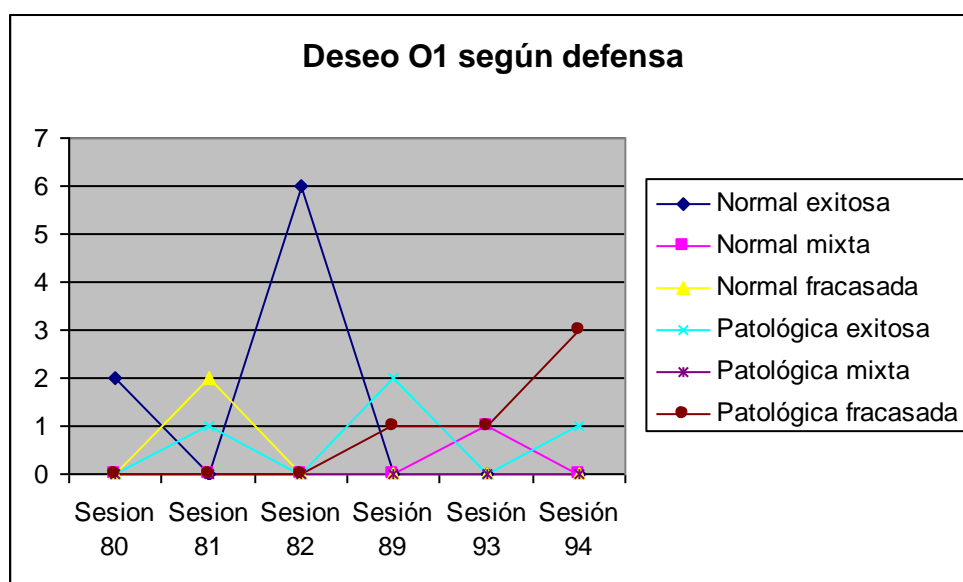
Los valores del segundo bloque son diversos. Al igual que en el primer bloque, hay una sesión (sesión 89) muy diferente. En primer lugar, podemos decir que a lo largo de este bloque, el deseo LI combinado con defensas patológicas en sus tres versiones presenta valores más altos que las defensas normales. Particularmente en la sesión 89 las defensas patológicas fracasadas alcanzan su máxima significación, y lo mismo ocurre con las defensas patológicas mixtas y las patológicas exitosas. El cuarto lugar lo ocupan

las defensas normales exitosas. En relación con las 93 y 94 éstas presentan una gran diferencia en la organización defensiva: en la 93 son mayoritariamente patológicas y fracasadas mientras que en la 94 son normales y exitosas. En el plano libidinal los resultados de las sesiones 93 y 94 son bastante uniformes.

Si tenemos en cuenta el análisis cualitativo del deseo LI, observamos que en las situaciones en donde predomina el desenlace eufórico, la paciente hace alusión a situaciones de movimiento tanto real como virtual (cuando habla por ejemplo de “correr detrás de proyectos”), a situaciones laborales y a su rehabilitación exitosa.

Los desenlaces disfóricos del deseo LI están ligados por su parte, a situaciones de cansancio extremo y dolor físico, a la situación donde describe el terremoto vivido en India y a situaciones de angustia automática.

Gráfico XXIV– Deseo O1 según defensa. Comportamiento longitudinal.



Fuente: Elaboración propia

Si tomamos el análisis longitudinal del deseo O1 según las defensas y su estado, en el primer bloque apreciamos dos tipos de comportamiento. Por un lado, observamos que hay mayor uniformidad entre las sesiones 80 y 81 en cuanto a defensas normales en sus tres versiones, dándose un cambio notorio en la sesión 82, en donde se duplica el valor de las defensas normales exitosas. En cuanto a las defensas patológicas, sólo encontramos desenlaces exitosos.

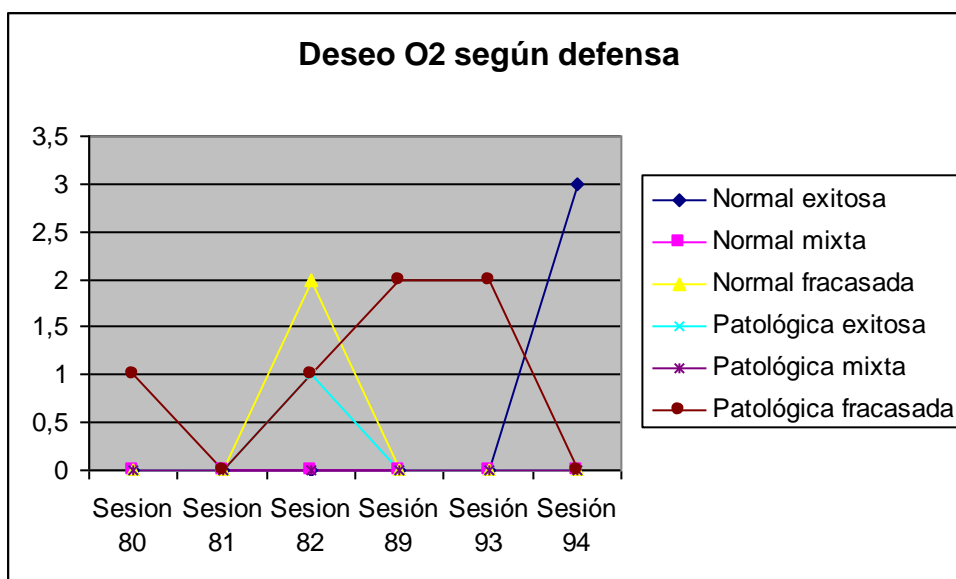
Los valores del segundo bloque resultan distintos respecto del primero. En primer lugar, a lo largo de este bloque, el deseo O1 combinado con defensas patológicas en sus tres

versiones presentan valores más altos y las defensas normales presentan una muy baja representación. Particularmente en la sesión 89 las defensas patológicas exitosas alcanzan su máximo valor, mientras que en la sesión 94 el máximo corresponde a las defensas patológicas fracasadas.

Desde el punto de vista cualitativo, observamos que en las situaciones en donde predomina el desenlace eufórico del deseo O1, la paciente intenta comprender el funcionamiento mental tanto de su madre como de su terapeuta, hace hincapié en la conexión virtual con los demás, imagina estrategias para trabajar sin accidentarse, busca códigos comunes con la profesora que la ayuda en su rehabilitación.

Los desenlaces disfóricos del deseo O1 están ligados a situaciones en donde a pesar de esforzarse en colocarse en el ángulo correcto para que su madre la registre, no sabe si logrará encontrarlo, también está presente cuando se refiere a la pérdida de lucidez y al hecho que los huesos y el dolor ocupan mucho lugar en su mente.

Gráfico XXV– Deseo O2 según defensa. Comportamiento longitudinal.



Fuente: Elaboración propia

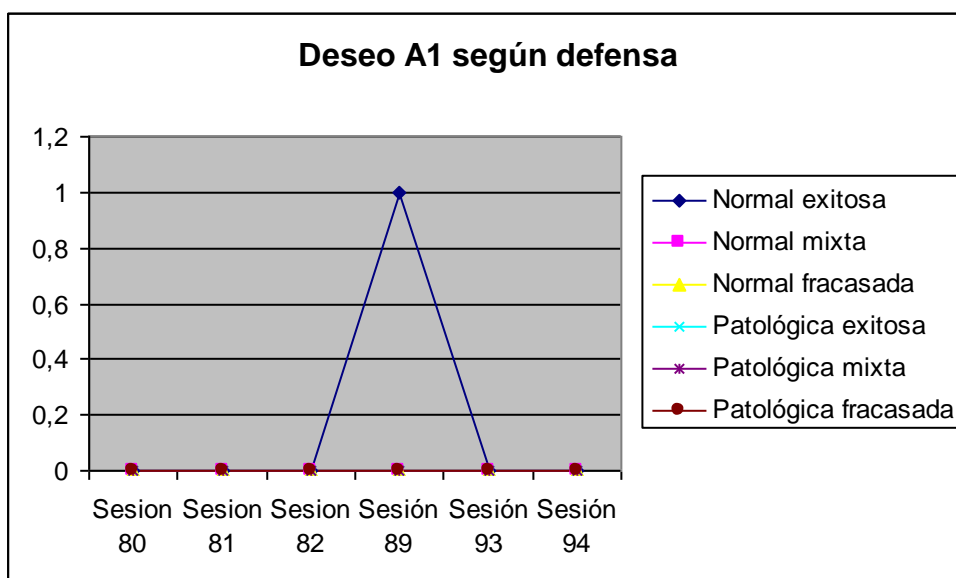
Si tomamos el análisis longitudinal del deseo O2 según las defensas y su estado considerando los dos bloques, podemos apreciar que el comportamiento de las variables es diferente en ambos casos.

En el primer bloque de sesiones (sesiones 80, 81 y 82) prevalecen la combinación entre el deseo O2 y las defensas normales fracasadas (sólo en la sesión 82) y patológicas exitosas y fracasadas de un modo más estable.

En el segundo bloque, en las sesiones 89 y 93 la combinación del deseo O2 con defensas patológicas fracasadas alcanzan su máxima expresión, para luego en la sesión 94 carecer de representantes. Al mismo tiempo, las defensas normales exitosas alcanzan la máxima representación.

Si tenemos en cuenta el análisis cualitativo del deseo O2, en ninguna de las seis sesiones encontramos un desenlace eufórico. En cuanto a las secuencias narrativas donde predomina el desenlace disfórico del deseo O2, están ligadas a situaciones en las que la paciente relata el sufrimiento en su infancia, al depender que su madre se dé cuenta de sus necesidades, la pérdida de vínculos con sus amigos hindúes y la decepción sufrida al mudarse a Buenos Aires.

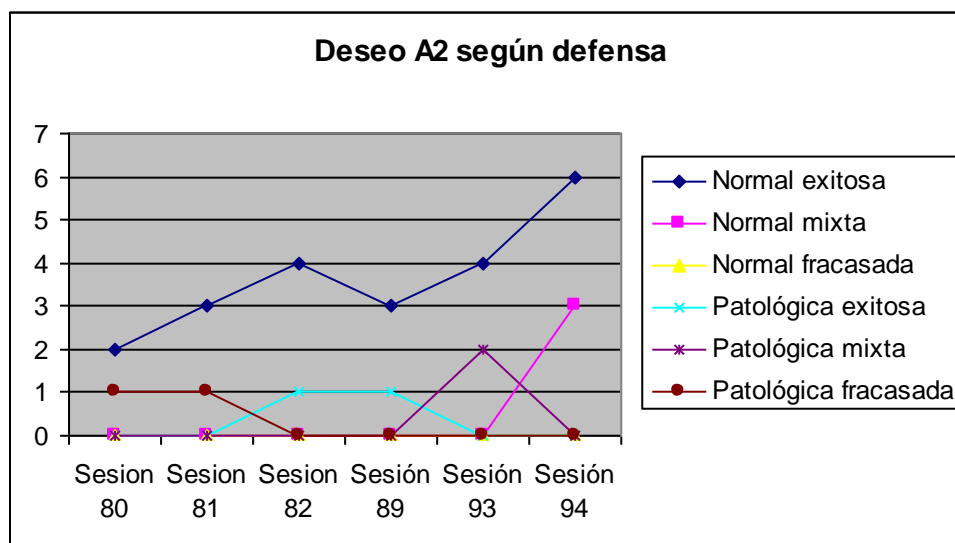
Gráfico XXVI– Deseo A1 según defensa. Comportamiento longitudinal.



Fuente: Elaboración propia

Si tomamos el análisis longitudinal del deseo A1 observamos que sólo en la sesión 89 está presente este deseo en el desenlace de una secuencia narrativa. Se da junto con la expresión de una defensa normal exitosa, la desmentida funcional. Se trata de un relato de desenlace eufórico, en donde Ercilia habla de su posibilidad de defenderse con otras armas que no incluyan la fuerza física, aludiendo a un tipo de combate intelectual. En cuanto a desenlaces disfóricos ligados al deseo A1 no se han encontrado.

Gráfico XXVII– Deseo A2 según defensa. Comportamiento longitudinal.

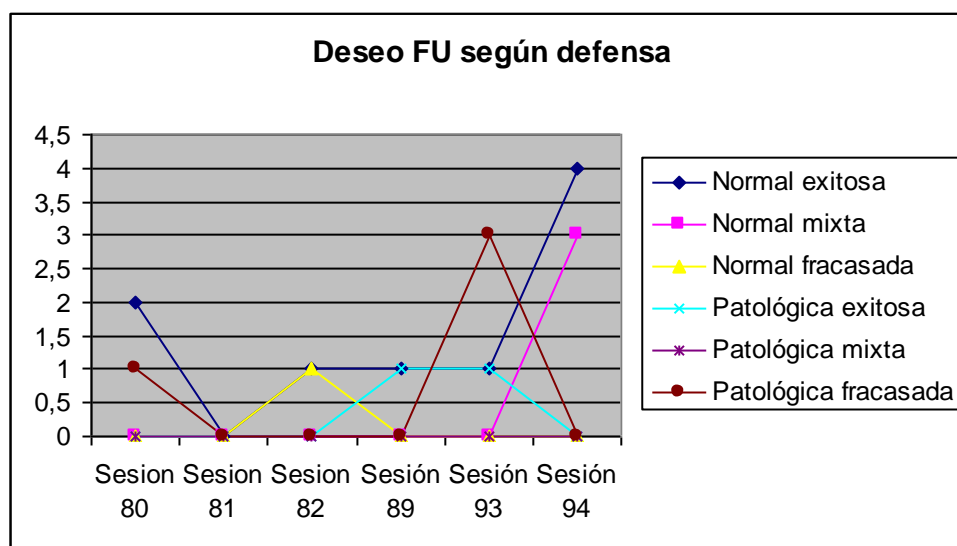


Si tomamos el análisis longitudinal del deseo A2 según las defensas y su estado considerando los dos bloques, observamos que en el primer bloque predominan las defensas normales exitosas por sobre las defensas patológicas fracasadas. Las defensas patológicas exitosas tienen una muy pequeña incidencia en la sesión 82. Las defensas restantes no poseen representantes.

En cuanto al segundo bloque de sesiones, el deseo A2 combinado con defensas normales exitosas manifiesta valores ascendentes. El deseo A2 combinado con defensas normales mixtas encuentra representantes en la sesión 94 mientras que con las defensas patológicas mixtas solo en la sesión 93. En un rango bajo, en la sesión 89 registramos defensas patológicas exitosas.

Si tenemos en cuenta el análisis cualitativo del deseo A2 en su variante eufórica, observamos situaciones en donde prima la creatividad para resolver situaciones de la vida cotidiana y laboral, su organización para trabajar, el hecho de valorar los cambios y el temor a que se arruinen, la implementación de estrategias para evitar accidentes, el atesorar la ropa de India, la resolución de situaciones problemáticas. En cuanto a las secuencias narrativas donde predomina el desenlace disfórico del deseo A2, están ligadas a situaciones en donde la paciente duda (por ejemplo, si construir o no nuevos espacios).

Gráfico XXVIII – Deseo FU según defensa. Comportamiento longitudinal.



Fuente: Elaboración propia

Si tomamos el análisis longitudinal del deseo FU según las defensas y su estado considerando los dos bloques, tal como ocurre en los deseos estudiados previamente, hay diferencias entre ambos.

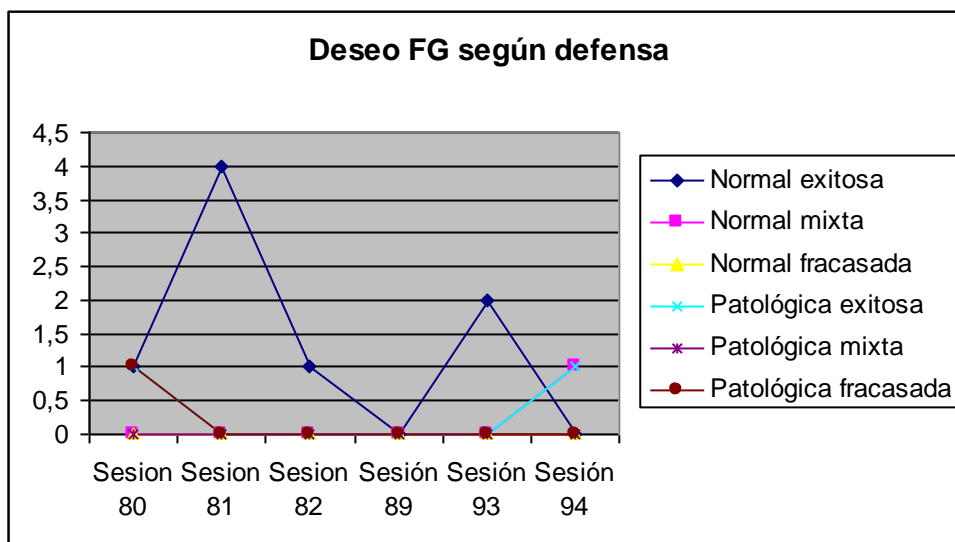
En el primer bloque, sólo en la primera sesión encuentran representante el deseo FU combinado con defensas normales exitosas y patológicas fracasadas. En la sesión 82 hay una pequeña participación de defensas normales fracasadas.

El segundo bloque se presenta de un modo muy distinto. En la sesión 89 el deseo FU sólo se combina con defensas patológicas exitosas y normales exitosas. Ya en la sesión 93, aparecen distintas alternativas. El deseo FU ligado a defensas patológicas fracasadas adquiere un valor elevado para caer luego en la sesión siguiente. En la sesión 94 predominan las defensas normales exitosas y mixtas. El valor alto del deseo FU en la sesión 93 donde predominan secuencias narrativas ligadas a quedar atrapada en situaciones de las cuales no se puede huir (por ejemplo, el terremoto en India).

Si tenemos en cuenta el análisis cualitativo del deseo FU en su variante eufórica, encontramos la manifestación de un rasgo de carácter que la identifica con su madre: la intrepidez. También dentro de los desenlaces eufóricos encontramos la evitación de la salida a espacios peligrosos, el hecho de tomar medidas protectoras para evitar accidentes y, en general, secuencias narrativas en donde encuentra una manera de salir de la angustia. En cuanto a las secuencias narrativas donde predomina el desenlace disfórico del deseo FU están las situaciones en donde queda atrapada en situaciones angustiantes que se conjugan con: 1) el hecho de no sentirse captada por el otro de quien

ella depende (su madre, su padre, el médico, su terapeuta), 2) perder el contacto con personas (por ejemplo debido a la distancia), 3) quedar atrapada físicamente (en el accidente en el palacio de tribunales, en el terremoto).

Gráfico XXIX – Deseo FG según defensa. Comportamiento longitudinal.



Fuente: Elaboración propia

Si tomamos el análisis longitudinal del deseo FG según las defensas y su estado considerando los dos bloques, observamos que en el primer bloque el deseo FG combinado con defensas normales exitosas alcanza un valor muy elevado. En la sesión 80 hay una discreta participación de las defensas patológicas fracasadas.

En cuanto al segundo bloque, el deseo FG se combina sólo con defensas patológicas exitosas en la sesión 94 y con defensas normales exitosas en la sesión 93.

Si tenemos en cuenta el análisis cualitativo del deseo FG, encontramos secuencias narrativas con desenlace eufórico y disfórico. En cuanto a las secuencias narrativas donde predomina el desenlace eufórico del deseo FG, están ligadas a situaciones de bienestar en el diván, el deseo de embarazo y situaciones de encuentro armónico con su madre o con su profesora de natación, también situaciones en donde a través de signos plásticos intenta plasmar imágenes, mientras que aquellas donde predomina el desenlace disfórico se ligan a su falta de energía para su arreglo personal, o con el desagrado que le produce que el médico no le pida disculpas por haberla hecho esperar.

Discusión

Podemos observar que el deseo LI es el más representativo y heterogéneo a lo largo de los dos grupos de sesiones. Recordemos que debido a los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo redefinimos los grupos de sesiones. Inicialmente contemplábamos un orden temporal, donde el Grupo 1 estaba conformado por las sesiones 80, 81 y 82 y el Grupo 2 estaba conformado por las sesiones 89, 93 y 94.

Como producto del análisis longitudinal, detectamos que en las sesiones 80, 81, 82 y 94 (Grupo A) predominan las defensas normales exitosas mientras que en las sesiones 89 y 93 (Grupo B) prevalecen las defensas patológicas fracasadas. Esto nos llevó a definir el Grupo A y el Grupo B, ya no regido por un criterio temporal sino por los mecanismos de defensa que predominan.

El deseo A2 está presente en las sesiones de los Grupos A y B, generalmente ligado con desenlaces eufóricos, y con defensas como la creatividad

En las sesiones del Grupo A, el deseo O1 se liga con desenlaces eufóricos, ligados a relatos de hechos y conjeturas, situaciones de movimiento entre el pasado y el presente, tanto real como virtual, situaciones laborales exitosas y rehabilitación. En este grupo de sesiones, la paciente emplea los relatos intentando convencer a su terapeuta, colocándose en el ángulo correcto. FG también aparece en este grupo,

En las sesiones del Grupo B se combina O2 con defensas patológicas fracasadas. Del mismo modo ocurre con A1, ligado a una defensa normal exitosa en la sesión 89, la única en donde este deseo se hace presente, cuando la paciente hace referencia a su posibilidad de defenderse con armas intelectuales.

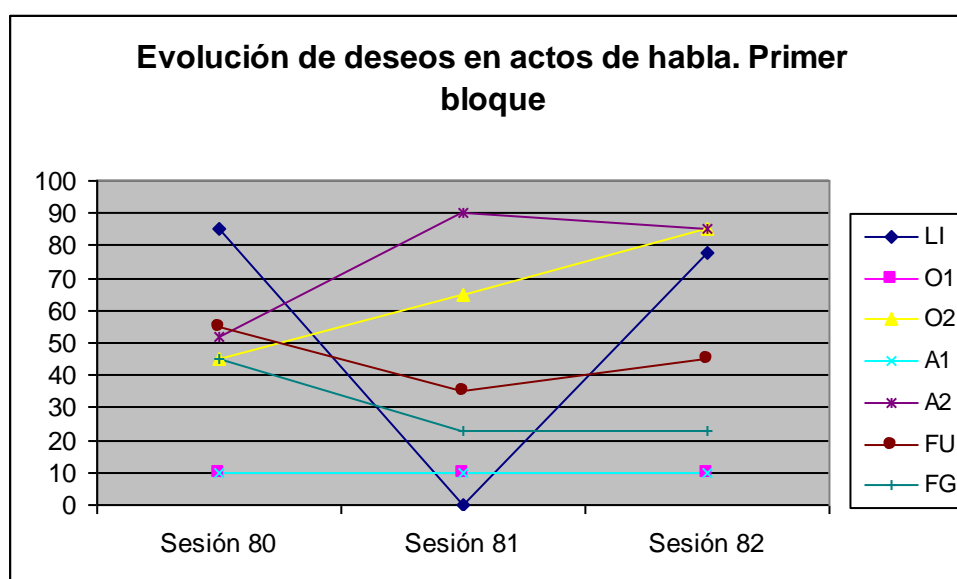
El deseo FU en las sesiones del Grupo A, se combina con defensas normales exitosas, mientras que en las sesiones 89 y 93 se combina con defensas patológicas fracasadas. Los desenlaces disfóricos tienen que ver con quedar atrapada en situaciones angustiantes.

Capítulo 12: Estudio longitudinal de actos de habla

Para elaborar el presente estudio se han tenido en cuenta los resultados de la aplicación del ADL-AH a las muestras seleccionadas de las sesiones de psicoterapia de la paciente Ercilia.

Primer bloque

Gráfico XXX– Evolución de deseos en actos de habla. Primer bloque de sesiones



Fuente: Elaboración propia

En el primer bloque de sesiones observamos que los deseos O1 y A1 carecen de representatividad. Los deseos más estables, que poseen representantes son A2, FU y FG y los más divergentes son LI (95 puntos de diferencia entre la sesión 80 y la 81) y O2 (40 puntos de diferencia entre las sesiones 80 y 82).

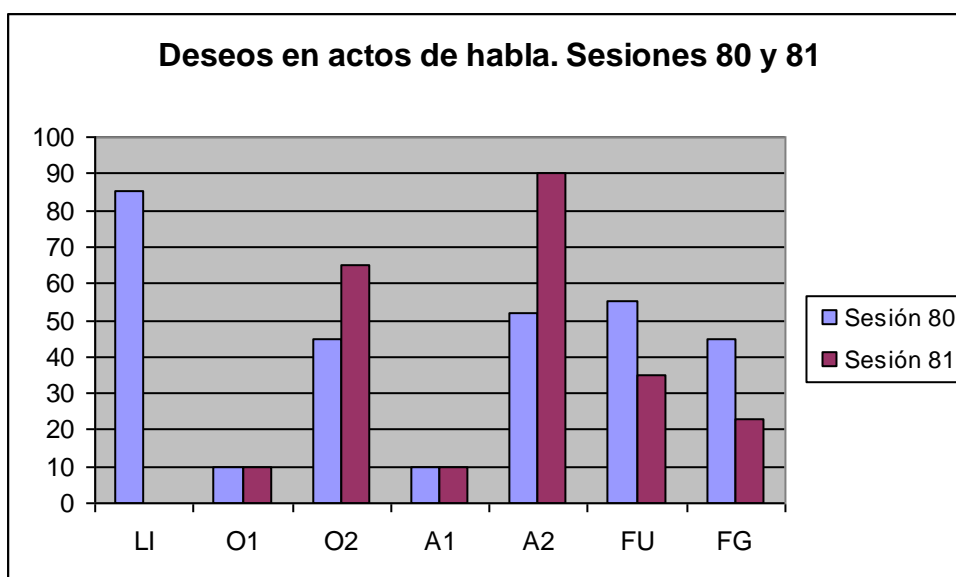
Observamos que el deseo LI logra el percentil 85 (sesión 80) y también el mínimo valor de toda la tabla (percentil -10 en la sesión 81), lo cual lo convierte en el deseo más inestable, ya que en la sesión 82 alcanza el percentil 78.

Tanto los deseos O1 y A1 no tienen representantes en ninguna de las tres sesiones. En cuanto al deseo O2, en la sesión 82 consigue el percentil 85, presentando una diferencia de 40 puntos entre la sesión 80 y 82.

El deseo A2 presenta un comportamiento heterogéneo, de 38 puntos de diferencia, ya que en la sesión 80 alcanza un rango medio (percentil 52), mientras que en las sesiones 81 y 82 llega al máximo con percentiles 90 y 85. Si tomamos el deseo FU podemos

observar que es el más homogéneo, ya que entre el máximo (sesión 80: percentil 55) y el mínimo (sesión 81: percentil 35) hay 20 puntos de diferencia. Finalmente el deseo FG también presenta una diferencia pequeña entre el máximo que se da en la sesión 80 (percentil 45) y los mínimos de la sesiones 81 y 82 (percentil 23).

Gráfico XXXI– Deseos en actos de habla. Sesiones 80 y 81

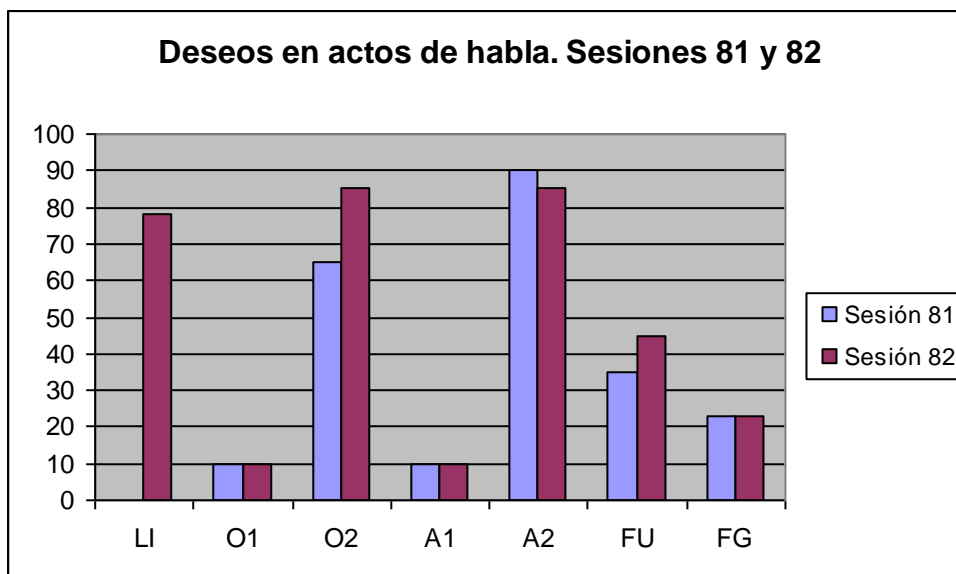


Fuente:

Elaboración propia

En el estudio de las sesiones 80 y 81 se pone en evidencia que los deseos más estables son O2, FU y FG, presentando una variación máxima de 22 puntos. El deseo A2 presenta una variación de 38 puntos y el deseo LI se encuentra hipertrofiado (percentil 85) en la sesión 80 y no posee representantes en la sesión siguiente, la 81. Asimismo, O1 y A1 carecen de representatividad en estas sesiones.

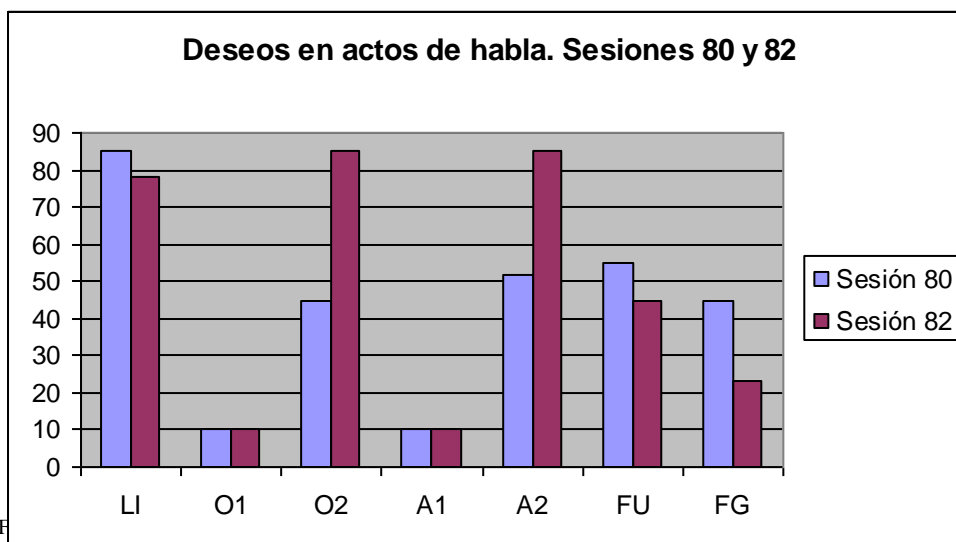
Gráfico XXXII– Deseos en actos de habla. Sesiones 81 y 82



Fuente: Elaboración propia

En el estudio de las sesiones 81 y 82 se pone en evidencia que los deseos más estables son O2, A2, FU y FG, presentando una variación máxima de 20 puntos. El deseo LI alcanza un valor alto (percentil 78) en la sesión 82 y no posee representantes en la sesión 81. Asimismo, O1 y A1 carecen de representatividad en estas sesiones.

Gráfico XXXIII– Deseos en actos de habla. Sesiones 80 y 82



En el estudio de las sesiones 80 y 82 se pone en evidencia que los deseos más estables son LI, FU y FG, presentando una variación máxima de 22 puntos. El deseo LI alcanza valores altos en ambas sesiones: percentil 85 en la sesión 80 y percentil 78 en la sesión 82. El deseo A2 presenta una variación de 33 puntos, resultando hipertrofiado en la

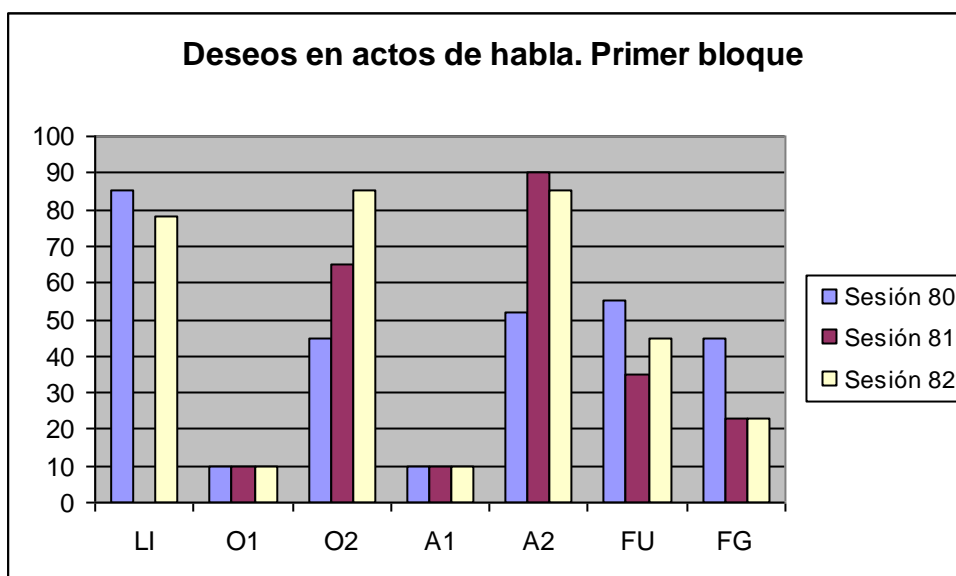
sesión 82 (percentil 85). El deseo O2 también se encuentra hipertrofiado (percentil 85) en la misma sesión y presenta una variación de 40 puntos respecto de la sesión 80. Tanto el deseo O1 como el deseo A1 carecen de representatividad en estas sesiones.

Conclusiones del análisis del primer bloque

Si comparamos los gráficos XXXI, XXXII y XXXIII, podemos apreciar que la mayor concordancia se da entre las sesiones 80 y 82. También podemos advertir que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 80 y 81. Estos resultados también se dan del mismo modo en el análisis de las redes de signos. Asimismo podemos apreciar que los deseos más estables a lo largo de las tres sesiones analizadas son FU (entre los percentiles 35 y 55) y FG (entre los percentiles 23 y 45), mientras que O1 y A1 carecen de representación.

El deseo LI presenta una variación de 95 puntos, por lo tanto es altamente significativa. Junto con el deseo O2 y A2 se ven representados en el percentil más alto alcanzado (percentil 85).

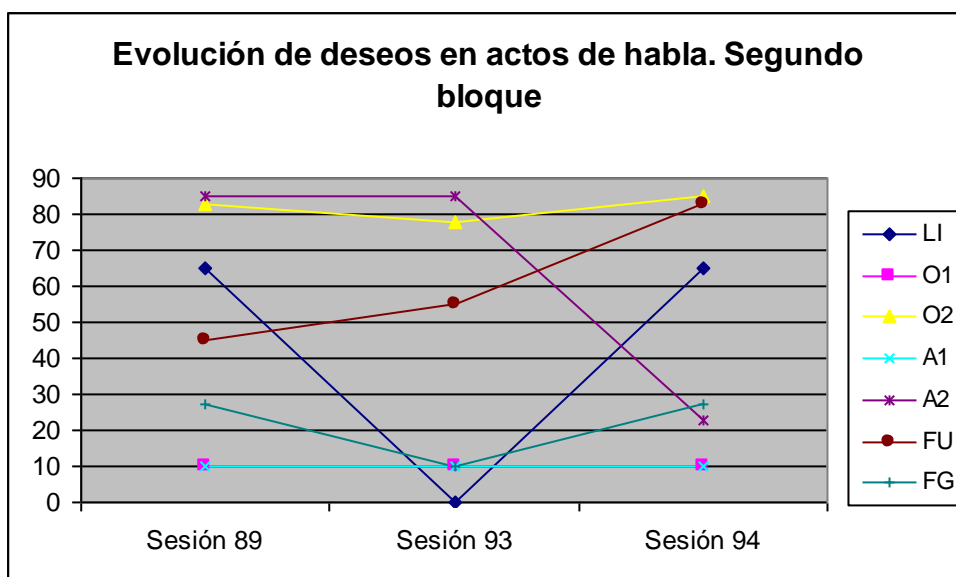
Gráfico XXXIV– Deseos en actos de habla. Primer bloque



Fuente: Elaboración propia

Segundo bloque de sesiones

Gráfico XXXV– Evolución de deseos en actos de habla. Segundo bloque



Fuente:

Elaboración propia

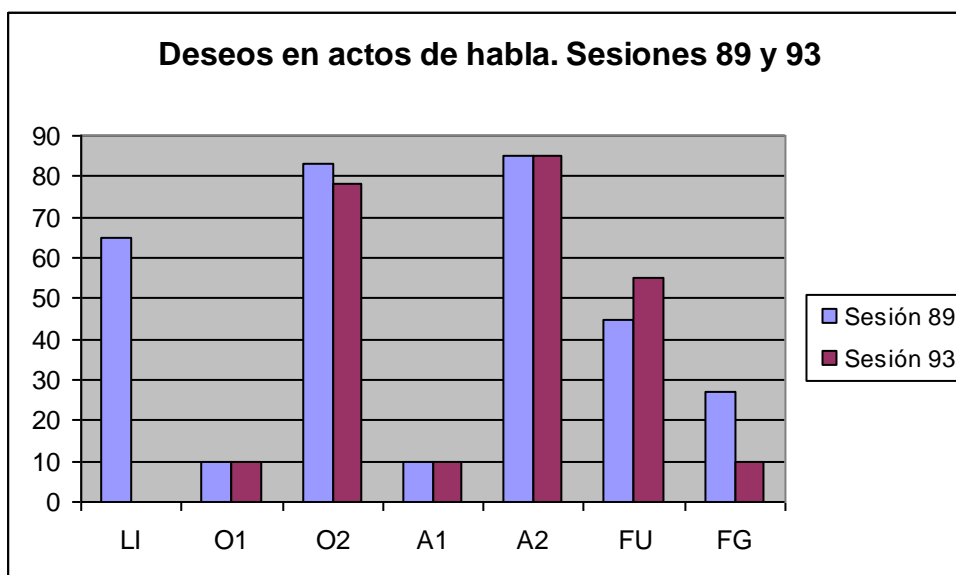
En el segundo bloque de sesiones observamos que los deseos O1 y A1 carecen de representatividad. Los deseos más estables, que poseen representantes son O2 (en el rango más alto) y FG (en el rango más bajo) y los más divergentes son LI (75 puntos de diferencia entre las sesiones 89-94 y la 93), A2 (62 puntos de diferencia entre las sesiones 89-93 y 94) y FU (38 puntos de diferencia entre las sesiones 89 y 94).

Tanto los deseos O1 y A1 no tienen representantes en ninguna de las tres sesiones de este segundo bloque.

Resulta interesante estudiar la variación del deseo LI, que encuentra representante en un rango medio-alto en las sesiones 89 y 94 mientras que carece de representación en la sesión 93.

Los deseos FU y A2 presentan tendencias estables en las dos primeras sesiones, mientras que en la sesión 94 los resultados se modifican radicalmente: en el caso del deseo A2, que se manejaba en un rango alto (percentil 85 en sesiones 89 y 93), desciende a un percentil bajo (percentil 23). En cuanto al deseo FU en las dos primeras sesiones se maneja en un rango medio (percentiles 45-55) y en la última sesión asciende a un percentil alto (percentil 83).

Gráfico XXXVI– Deseos en actos de habla. Sesiones 89 y 93

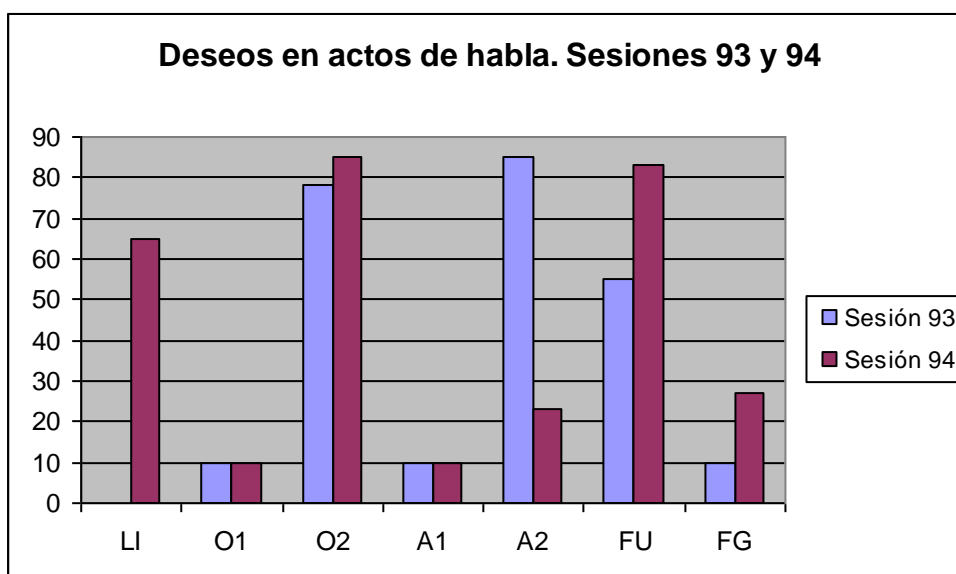


Fuente:

Elaboración propia

En el estudio de las sesiones 89 y 93 se pone en evidencia que los deseos más estables son O2, A2, FU y FG, presentando una variación máxima de 17 puntos. El deseo LI presenta una variación de 75 puntos entre una sesión y otra. Asimismo, O1 y A1 carecen de representatividad en estas sesiones.

Gráfico XXXVII– Deseos en actos de habla. Sesiones 93 y 94



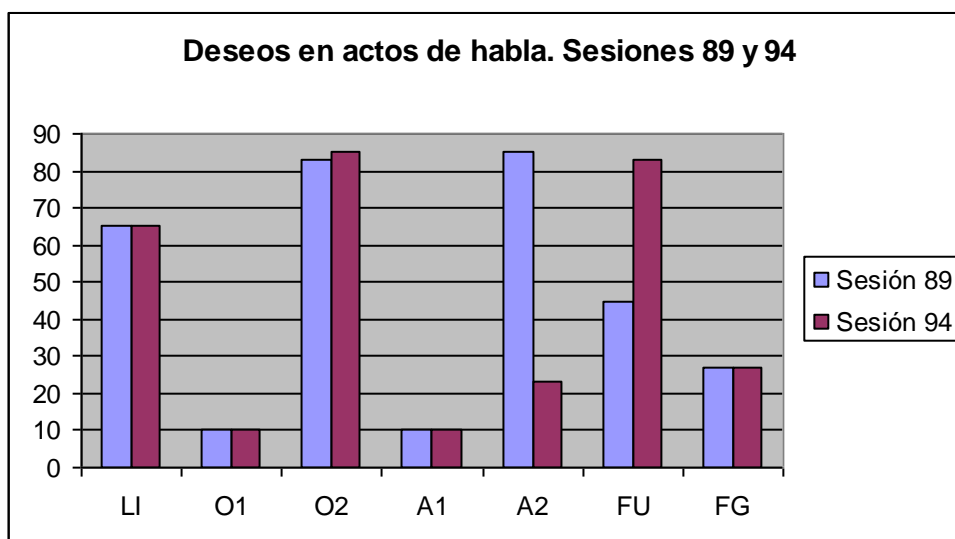
Fuente:

Elaboración propia

En el estudio de las sesiones 93 y 94 se pone en evidencia que los deseos más estables son O2, FU y FG, presentando una variación máxima de 28 puntos. El deseo A2

presenta una variación de 62 puntos y el deseo LI una de 65 puntos. Asimismo, O1 y A1 carecen de representatividad en estas sesiones.

Gráfico XXXVIII– Deseos en actos de habla. Sesiones 89 y 94



Fuente: Elaboración propia

En el estudio de las sesiones 89 y 94 se pone en evidencia que los deseos más estables son LI, O2 y FG, presentando una variación máxima de 2 puntos. El deseo A2 presenta una variación de 62 puntos y el deseo FU una variación de 38 puntos. Asimismo, O1 y A1 carecen de representatividad en estas sesiones.

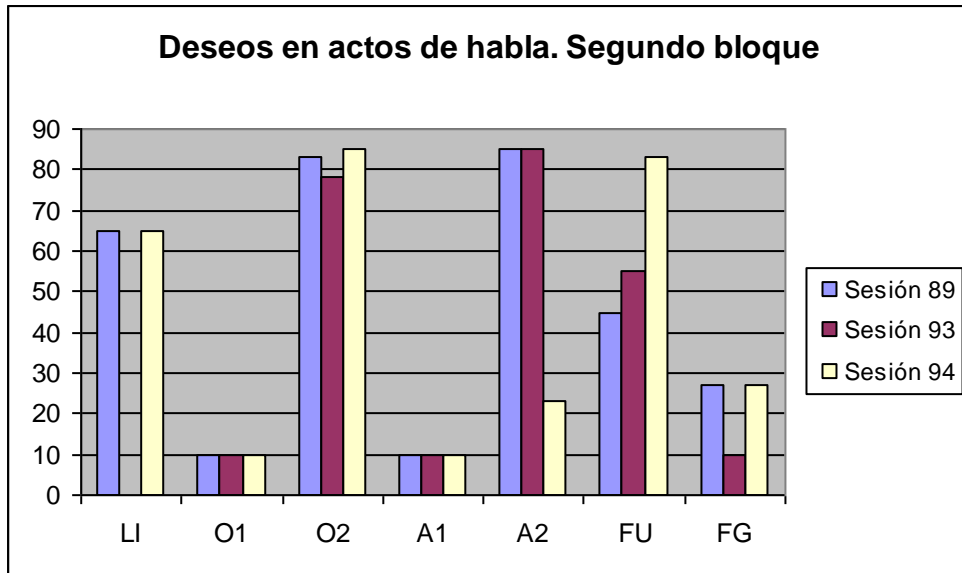
Conclusiones del análisis del segundo bloque

Si comparamos los gráficos XXXVI, XXXVII y XXXVIII, podemos apreciar que la mayor concordancia en los actos de habla de este segundo bloque se da entre las sesiones 89 y 94. También podemos advertir que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 93 y 94. Se da a la inversa que a nivel de las redes de signos, donde la mayor concordancia se da entre las sesiones 89 y 93 y la mayor discrepancia entre las sesiones 89 y 94.

Asimismo podemos apreciar que los deseos más estables a lo largo de las tres sesiones analizadas son O2 (entre los percentiles 85 y 78) y FG (entre los percentiles 27 y 10), mientras que O1 y A1 carecen de representación.

El deseo LI presenta una variación de 75 puntos, por lo tanto es altamente significativa. Los deseos con percentil más alto alcanzado son O2 (percentil 85), A2 (percentil 85) y FU (percentil 83).

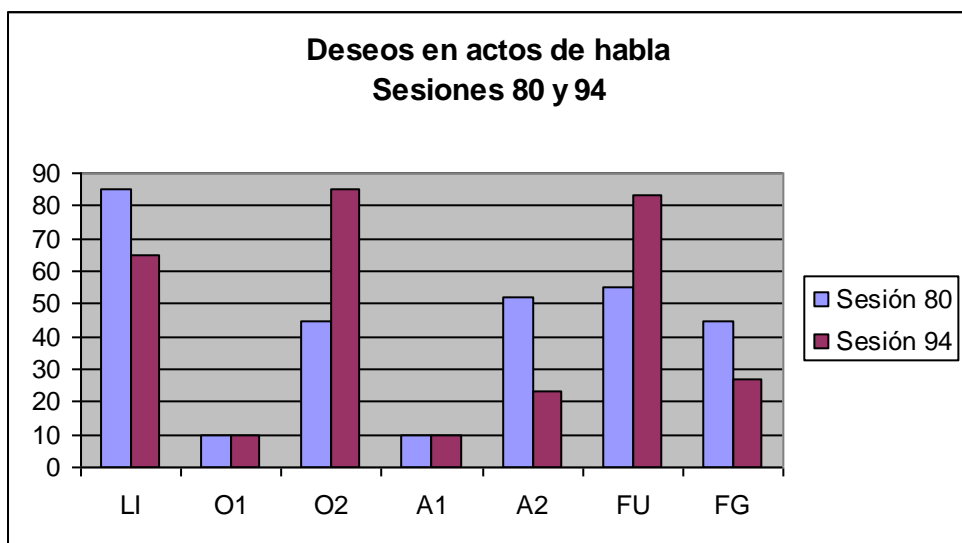
Gráfico XXXIX– Deseos en actos de habla. Segundo bloque



Fuente: Elaboración propia

Comparación de sesiones 80 y 94 (N. Traumática-Resiliencia)

Gráfico XL– Deseos en actos de habla. Sesiones 80 (primer bloque) y 94 (segundo bloque)



Fuente: Elaboración propia

Gráfico XL- Comparación sesión 81 (primer bloque) y 93 (segundo bloque)

En la comparación entre las sesiones 80 y 94 observamos similitudes. Predominan los deseos LI, O2 y FU, que se ubican en valores superiores al percentil 40. Los deseos A2 y FG se ubican en un rango medio, entre los percentiles 20 y 40 mientras que los deseos O1 y A1 se ubican en el percentil 10.

Comparación de los actos de habla en los dos bloques

Tanto en el primero como en el segundo bloque de sesiones los deseos O1 y A1 carecen de representatividad a nivel de los actos de habla.

En cuanto a los deseos más estables en el primer bloque son A2, FU y FG mientras que en el segundo bloque son O2 y FG.

En lo que concierne a los deseos más divergentes, en ambos casos se presenta LI con diferencias que van entre 75 puntos en el segundo bloque y 95 puntos en el primero. En el primer bloque O2 también es inestable, no así en el segundo, donde es el deseo más estable y que alcanza más alto rango. En el segundo bloque de sesiones, los deseos más divergentes son junto con LI, A2 y FU. Estos dos últimos deseos (A2 y FU) presentan tendencias opuestas en la última sesión del segundo bloque de sesiones.

Si comparamos los gráficos XXVII; XXVIII y XXIX observamos que en el primer bloque la mayor concordancia se da entre las sesiones 80 y 82. También podemos advertir que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 80 y 81. Estos resultados también se dan del mismo modo en el análisis de las redes de signos.

En la comparación de los gráficos XXXII, XXXIII y XXXIV, podemos apreciar que en el segundo bloque la mayor concordancia en los actos de habla de este segundo bloque se da entre las sesiones 89 y 94. También advertimos que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 93 y 94. Estos resultados son inversos a los obtenidos a nivel de las redes de signos, donde la mayor concordancia se da entre las sesiones 89 y 93 y la mayor discrepancia entre las sesiones 89 y 94.

El elemento común a ambas sesiones se da en el caso del deseo LI, que presenta una variación de 95 puntos en el primer bloque y de 75 puntos en el segundo bloque, por lo tanto es altamente significativa.

Si ponemos en contexto ambos resultados, el primer bloque se observa un predominio de actos de habla que hablan de una regulación de las distancias, un intento de control y de embellecimiento de lo que la paciente busca expresar. Todo esto se liga a un momento de intento de recomposición del vínculo con su madre y presenta una fuerte identificación con ella. Los resultados del segundo bloque de sesiones son muy distintos, ya que se trata de sesiones posteriores a un accidente. Predomina el deseo O2 que se caracteriza por la expresión de la afectividad de distinto tipo, aunque acompañado de FG, que marca la presencia del deseo de embellecimiento.

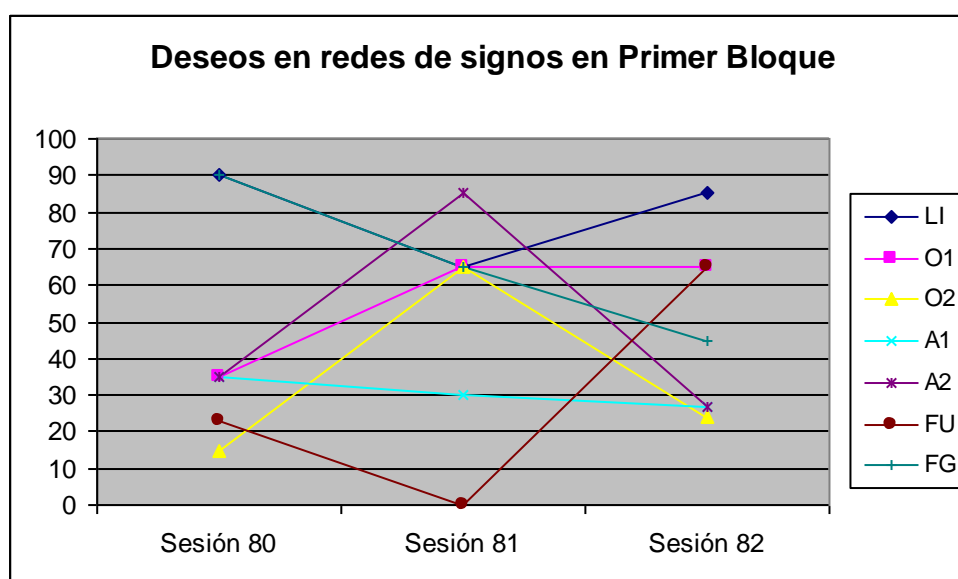
Resulta llamativo en ambos casos la inestabilidad del deseo LI, que presenta valores muy altos en las sesiones 80, 82, 89 y 94 mientras que los valores son muy bajos en las sesiones 81 y 93. En un análisis comparativo entre ambas sesiones (gráfico XXXVI) observamos que los deseos que presentan valores entre muy bajos y bajos son los mismos: LI en ambos casos se mantiene en el percentil -10, O1 y A1 se encuentran en el percentil 10, FG se ubica con una diferencia de 10 puntos entre ambas sesiones también en un percentil bajo. El deseo FU en ambos casos se ubica en un percentil intermedio (35 y 55), con una diferencia de 20 puntos entre ambos (no significativa). El deseo O2 presenta una diferencia de 13 puntos entre ambas sesiones mientras que el deseo A2 presenta una diferencia de 5 puntos entre ambas sesiones (ambas tampoco resultan significativas). Tanto O2 como A2 alcanzan valores entre altos y muy altos en estas sesiones. Esto nos llevó a buscar elementos comunes entre ambas sesiones en el nivel del relato, donde pudimos observar que en gran medida el tema central de esas sesiones tiene que ver con la descripción del vínculo con su madre desde un punto de vista eufórico. Podríamos colegir que cuando la paciente se refiere al vínculo con su madre en una vertiente eufórica, desciende el componente LI y aumentan los componentes O2 y A2 en el nivel de los actos de habla.

Capítulo 13: Estudio longitudinal de las redes de signos

Para elaborar el presente estudio se han tenido en cuenta los resultados de la aplicación del ADL-P a las muestras seleccionadas de las sesiones de psicoterapia de la paciente Ercilia.

Primer bloque de sesiones

Gráfico XLI- Deseos en redes de signos. Primer bloque de sesiones



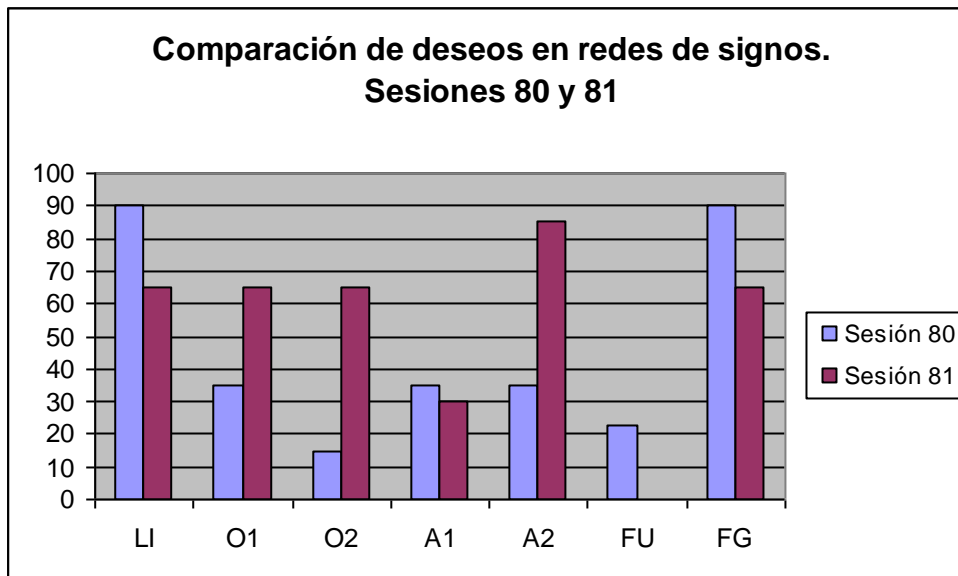
Fuente: Elaboración propia

En el primer bloque de sesiones observamos que los deseos que se mantienen estables son LI, O1 y A1. Mientras que los deseos O2, A2, FU y FG son los más inestables. Mientras el deseo LI se desarrolla en un rango entre el percentil 65 y el 90, el deseo O1 se encuentra entre los percentiles 35 y 65 y el deseo A1 entre 27 y 35.

Observamos que el deseo LI se desarrolla en un rango superior al percentil 65 (sesión 81) y llega a un máximo de 90 (sesión 80). Respecto del deseo O1, si bien comienza en el percentil 35 (sesión 80), se estabiliza en la sesión 81 en el percentil 65, que mantiene también en la sesión 82. En lo que concierne al deseo O2, encuentra su mayor valor en la sesión 81 (percentil 65), mientras que en las sesiones 81 y 82 se mantiene por debajo del percentil 25 (en la sesión 82, 24 y en la sesión 80, 15). En cuanto al deseo A1, se mantiene estable, entre los percentiles 27 (sesión 82) y 35 (sesión 80). El deseo A2 presenta un comportamiento heterogéneo, ya que entre el máximo (sesión 81: 85) y el mínimo (sesión 82: 27) existen 60 puntos de diferencia. Si tomamos el deseo FU

podemos observar que es el más heterogéneo, ya que entre el máximo (sesión 82: 65) y el mínimo (sesión 81: -10) hay 75 puntos de diferencia. Finalmente el deseo FG también presenta una heterogeneidad significativa pero no tan importante, ya que entre el máximo se da en la sesión 80 (percentil 90) y el mínimo en la sesión 82 (percentil 45).

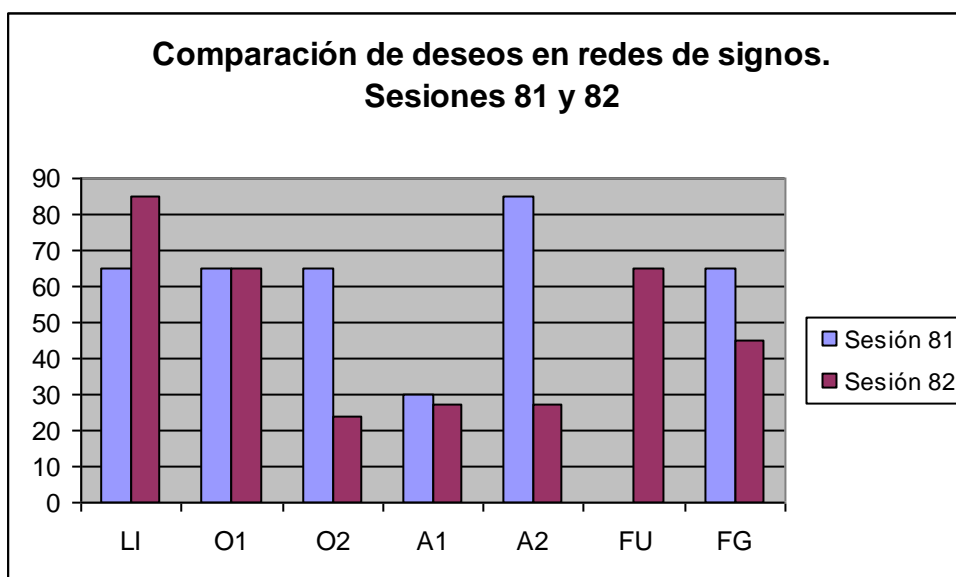
Gráfico XLII- Comparación de deseos en redes de signos. Sesiones 80 y 81.



Fuente: Elaboración propia

En el estudio de las sesiones 80 y 81 se pone en evidencia que los deseos más estables son LI, O1, A1 y FG, presentando una variación máxima de 30 puntos. Los deseos O2, A2 y FU presentan una variación mayor a 30 puntos.

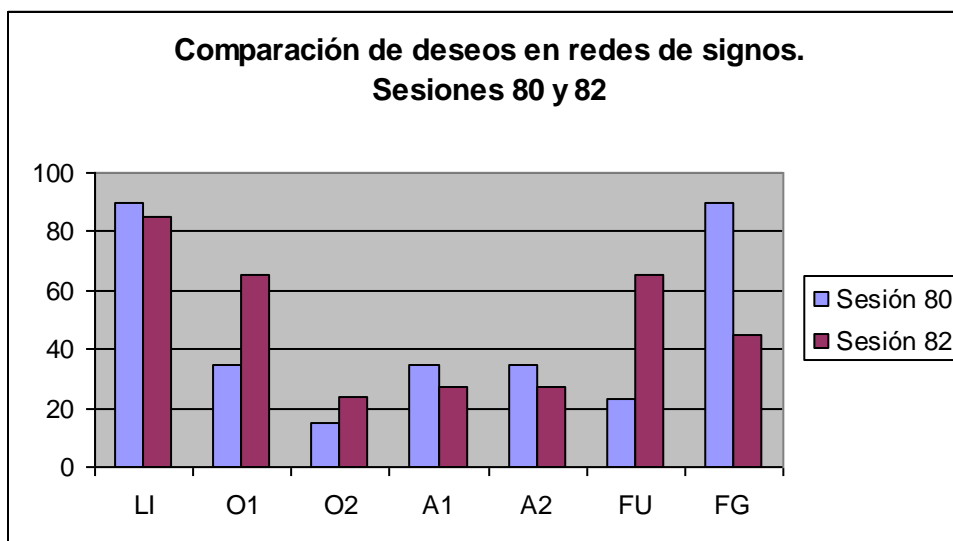
Gráfico XLIII- Comparación de deseos en redes de signos. Sesiones 81 y 82



Fuente: Elaboración propia

En el examen de las sesiones 81 y 82 se pone de manifiesto que los deseos más estables son LI, O1, A1 y FG, presentando una variación máxima de 20 puntos. Los deseos O2, A2 y FU presentan una variación mayor a 40 puntos.

Gráfico XLIV - Comparación de deseos en redes de signos. Sesiones 80 y 82.



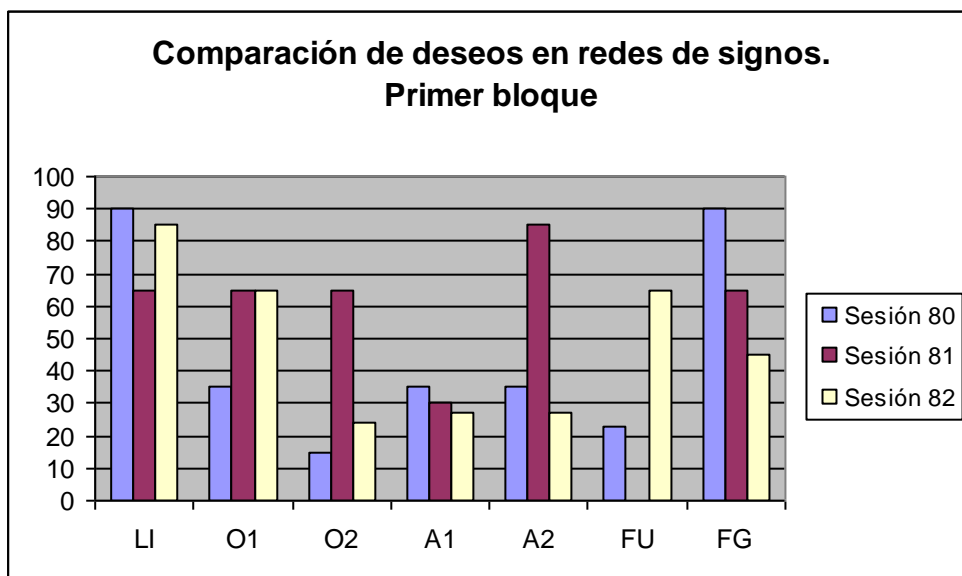
En el análisis de las sesiones 80 y 82 se pone en evidencia que los deseos más estables son LI, O1, O2, A1 y A2. Todos ellos presentan una diferencia mínima, salvo el deseo O1 cuya variación es de 30 puntos. Los deseos FU y FG presentan una diferencia de más de 40 puntos.

Conclusiones del análisis del primer bloque

Si comparamos los gráficos XXXVIII, XXXIX y XL, podemos apreciar que la mayor concordancia se da entre las sesiones 80 y 82. También podemos advertir que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 80 y 81. Estos resultados también se dan del mismo modo en el análisis de los actos de habla. Asimismo observamos que los deseos que se manifiestan más estables a lo largo de las tres sesiones analizadas son LI (entre los percentiles 90 y 65) y O1 (entre los percentiles 65 y 35) como centrales, y A1 en su exigua participación (llegando a un máximo de percentil 35). El deseo FG presenta una variación de 45 puntos, por lo tanto es significativa, al igual que los deseos O2, A2 y FU.

En cuanto a las defensas, si bien el estudio de las redes de signos permite inferir las defensas secundarias, Maldavsky (2013) señala que este dato no alcanza para conocer si dichas defensas acompañan a una defensa central funcional o patológica. Un indicador de defensa central patológica se da cuando algún deseo supera el percentil 85. Esto se da en la sesión 80 respecto de los deseos LI y FG, en la sesión 81 respecto del deseo A2 y en la sesión 82 nuevamente respecto de LI. Podríamos colegir que la semejanza existente en los resultados de las sesiones 80 y 82 pone en evidencia una misma defensa central, la desestimación del afecto patológica.

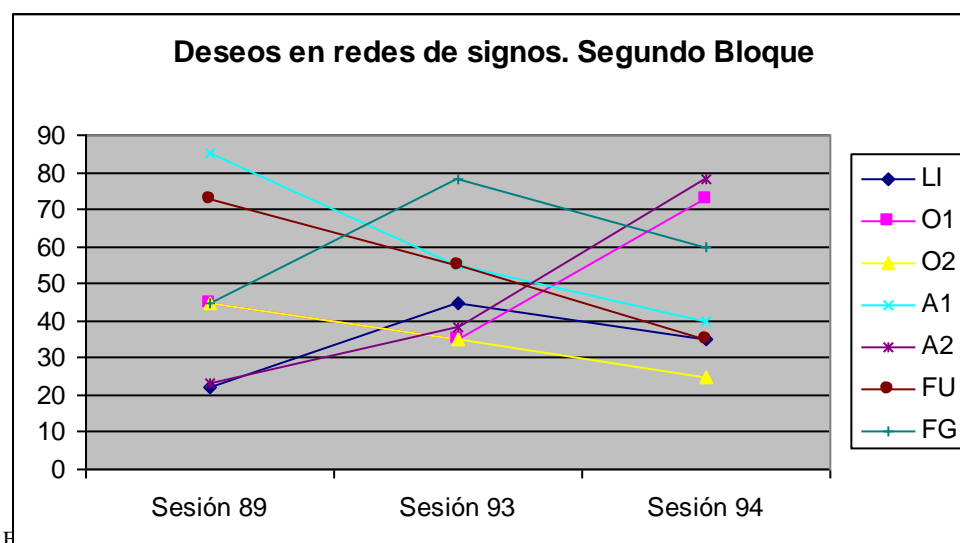
Gráfico XLV– Comparación de deseos en redes de signos. Primer bloque de sesiones



Fuente: Elaboración propia

Segundo bloque de sesiones

Gráfico XLVI– Deseos en redes de signos. Segundo Bloque de sesiones

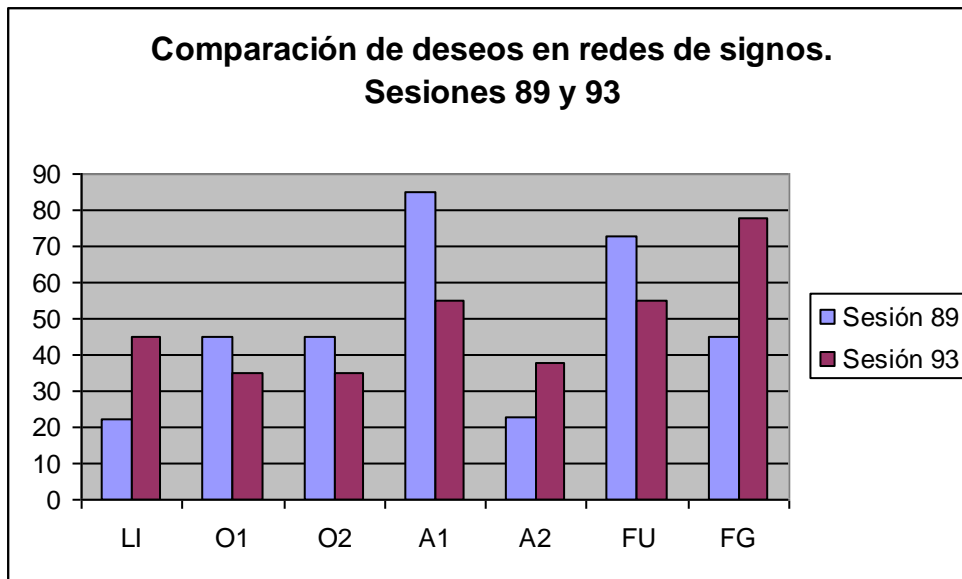


En el segundo bloque de sesiones observamos que los deseos que se mantienen más estables son O2, LI y O1, mientras que los deseos A1, A2, FU y FG son los más inestables. El deseo O2 se desarrolla en un rango entre el percentil 45 y el 25 y resulta el más estable de todos.

Observamos que el deseo LI se desarrolla en un rango bajo, entre el percentil 22 (sesión 89) y el percentil 45 (sesión 93). Respecto del deseo O1, se desarrolla en un rango medio, entre el percentil 45 (sesión 89) y el percentil 73 (sesión 94).

En lo que concierne al deseo O2, se desarrolla en un rango bajo y, como mencionábamos anteriormente, es el más estable de todos, teniendo entre el menor valor y el mayor valor una diferencia de apenas 20 puntos. En cuanto al deseo A1, es uno de los más inestables, entre los percentiles 85 (sesión 89) y 40 (sesión 94), alcanzando una diferencia de 45 puntos entre uno y otro. El deseo A2 presenta un comportamiento heterogéneo, ya que entre el máximo (sesión 94: percentil 78) y el mínimo (sesión 89: percentil 23) existen 55 puntos de diferencia. Si tomamos el deseo FU observamos que entre el mayor valor (sesión 89: percentil 73) y el menor valor (sesión 94: percentil 35) hay una diferencia de 38 puntos de diferencia. Finalmente el deseo FG entre el menor valor alcanzado percentil 45 (sesión 89) y el mayor valor, percentil 78 (sesión 93) hay una diferencia de 33 puntos.

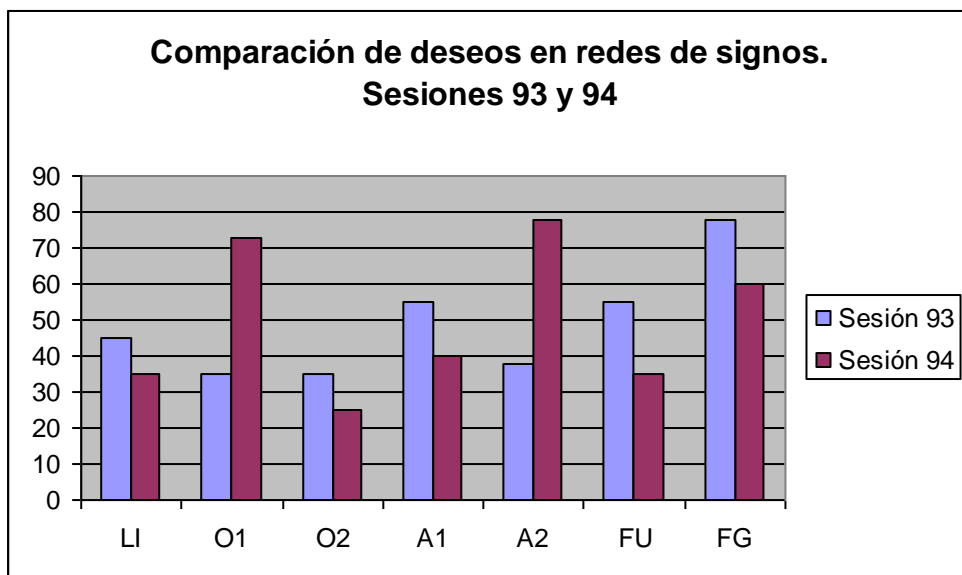
Gráfico XLVII- Comparación de deseos en redes de signos. Sesiones 89 y 93



Fuente: Elaboración propia

En el análisis de las sesiones 89 y 93 se pone en evidencia una estabilidad general de los deseos. Sólo el deseo FG supera los 30 puntos de diferencia. La variación de los deseos O1, O2, A2 y FU no alcanza los 20 puntos, mientras que el deseo LI presenta una diferencia de 23 puntos entre una y otra sesión.

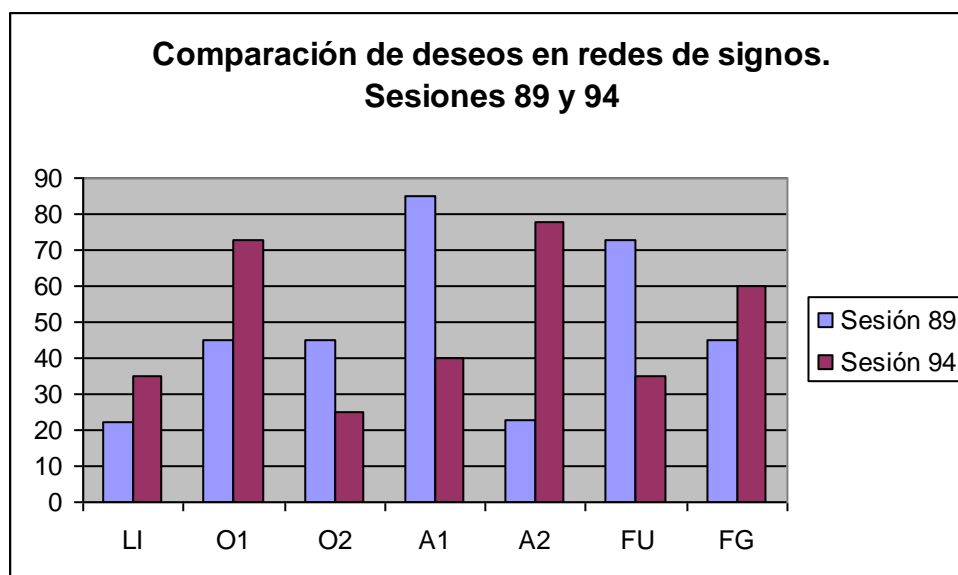
Gráfico XLVIII- Comparación de deseos en redes de signos. Sesiones 81 y 82



Fuente: Elaboración propia

En el análisis de las sesiones 93 y 94 se pone en evidencia que los deseos más estables son LI, O2, A1, FU y FG, presentando una variación máxima de 20 puntos. Los deseos O1 y A2 presentan una variación mayor a 35 puntos.

Gráfico XLIX- Comparación de deseos en redes de signos. Sesiones 89 y 94



Fuente: Elaboración propia

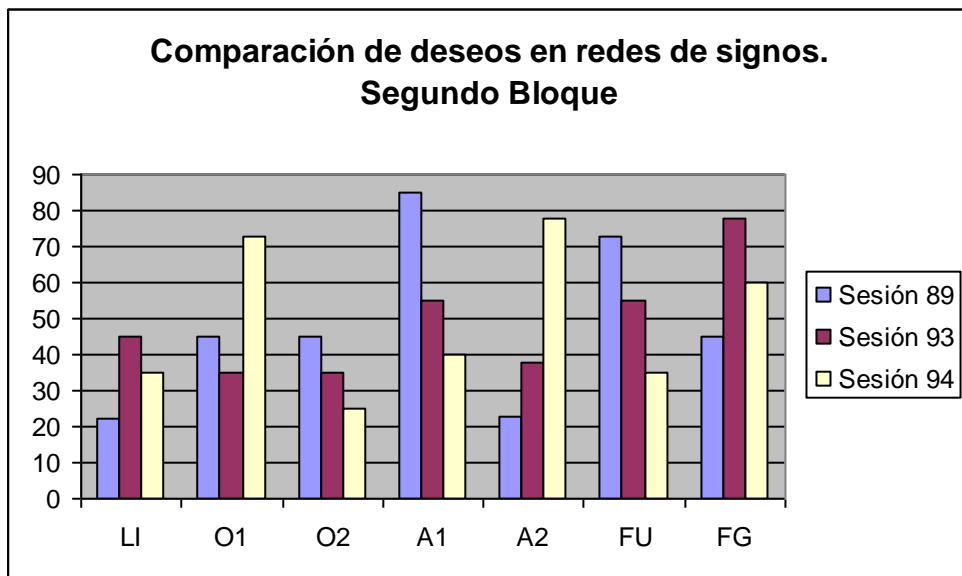
En el análisis de las sesiones 80 y 81 se pone en evidencia que los deseos más estables son LI, O1, O2 y FG, presentando una variación máxima de 28 puntos. Los deseos A1, A2 y FU presentan una variación mayor a 35 puntos.

Conclusiones del análisis del segundo bloque

Si comparamos los gráficos XLIII, XLIV y XLV, podemos apreciar que la mayor concordancia se da entre las sesiones 89 y 93. También podemos advertir que la mayor discrepancia se da entre las sesiones 89 y 94. Asimismo observamos que los deseos que se manifiestan más estables a lo largo de las tres sesiones analizadas son LI (entre los percentiles 22 y 45) y O2 (entre los percentiles 25 y 45). Los deseos A1, A2 y FU presentan variaciones de más de 38 puntos, por lo tanto son significativas.

En cuanto a las defensas, si bien el estudio de las redes de signos permite inferir las defensas secundarias, Maldavsky (2013) señala que este dato no alcanza para conocer si dichas defensas acompañan a una defensa central funcional o patológica. Un indicador de defensa central patológica se da cuando algún deseo supera el percentil 85. Esto se da en la sesión 89 respecto del deseo A1 que alcanza el percentil 85. Podríamos colegir que en esta sesión se pone en evidencia una defensa central, la desmentida patológica.

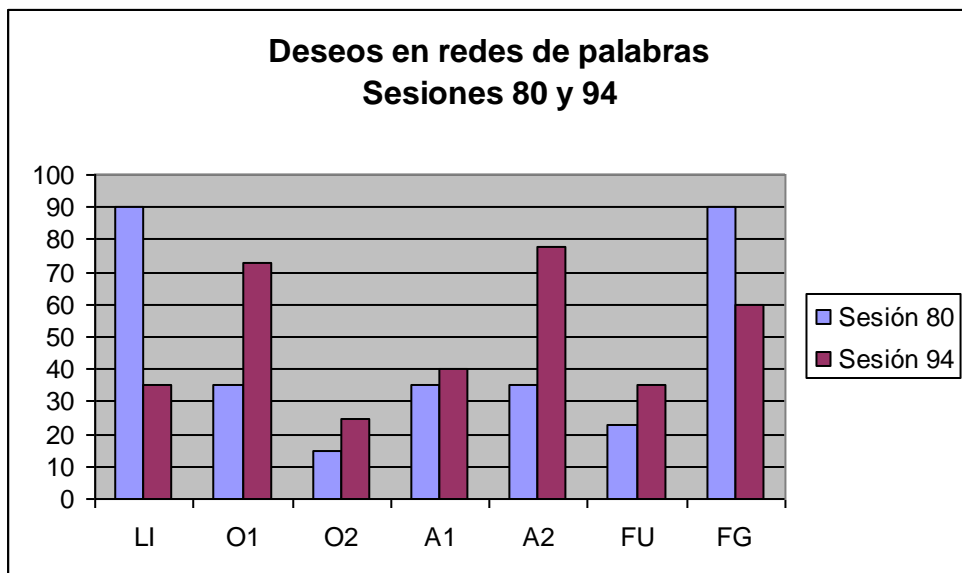
Gráfico L – Comparación de deseos en redes de signos. Segundo bloque de sesiones



Fuente: Elaboración propia

Comparación de redes de signos. Sesiones 80 y 94 (N. Traumática-Resiliencia)

Gráfico LI– Comparación de deseos en redes de signos. Sesiones 80 y 94



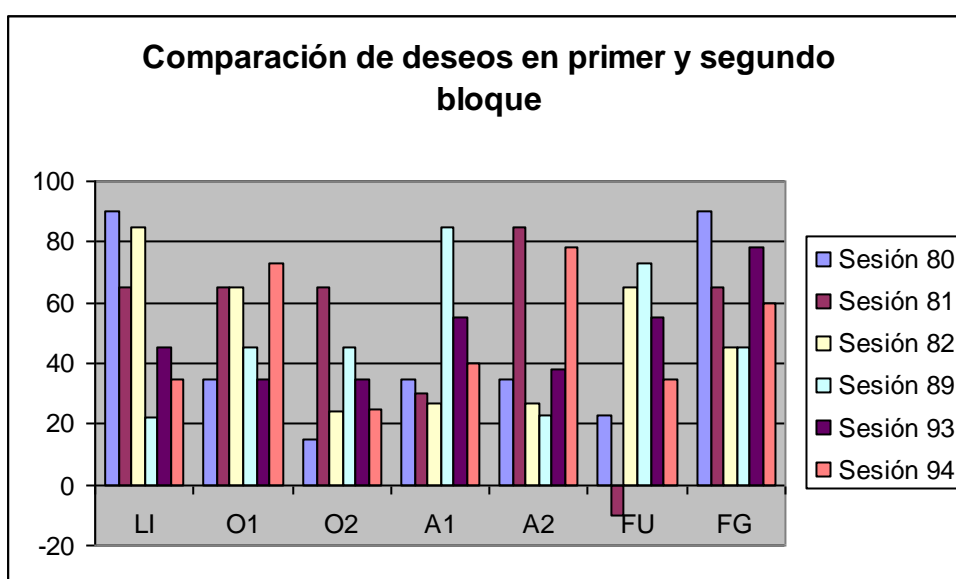
Fuente: Elaboración propia

En la comparación entre la sesión 80 y la 94 observamos diferencias significativas. En la sesión 80 predominan claramente los deseos LI y FG con un percentil de 90 mientras que en la sesión 94 predominan los deseos O1 y A2 en los percentiles 73 y 78

respectivamente. Las diferencias entre los valores son significativas, y van desde un máximo de 55 puntos en el deseo LI hasta 30 puntos en el deseo FG. En los valores medios de los deseos O2, A1 y FU es donde se aprecian las similitudes, encontrándose diferencias poco significativas.

Comparación de las redes de signos entre el primer bloque y el segundo bloque de sesiones

Gráfico LII – Comparación de los resultados entre el primer bloque y el segundo bloque de sesiones



Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que los deseos hipertrofiados (mayor a percentil 85) son LI, A2 y FG en el primer bloque, y A1 en el segundo bloque.

Como hemos señalado oportunamente, se analizan seis sesiones divididas en dos grupos: Grupo 1 y Grupo 2. En las tres sesiones del Grupo 1 (80, 81 y 82) y en la última del Grupo 2 (94) observamos los efectos de una neurosis traumática mientras que en las dos primeras sesiones del Grupo 2 (89 y 93) se observan los efectos de un trauma reciente. Por este motivo, luego de realizado el análisis, decidimos reagrupar las sesiones con una nueva denominación: Grupo A: sesiones en donde se observa la neurosis traumática (80, 81, 82 y 94) y Grupo B: sesiones en donde se observa el trauma reciente (89 y 93).

En cuanto al bloque con mayor variación, advertimos que es el primero. La paciente presenta una neurosis traumática, producto de su discapacidad. Posiblemente por este motivo se den valores tan elevados en LI. En otro capítulo hemos destacado la importancia del pensar en personas con baja visión. Esto coincide con el percentil elevado en las palabras de los deseos A2, relativos al encuentro de soluciones a problemas prácticos. En cuanto a las palabras FG, en este primer bloque la paciente se refiere a situaciones de búsqueda de encuentro armónico con su madre y también a su deseo de quedar embarazada.

El segundo bloque se presenta con valores más aplanados. Esto puede deberse al efecto del trauma provocado por el accidente. El deseo A1, relativo al sentimiento de injusticia, halla su valor hipertrofiado en la sesión en la que relata el accidente.

Articulación de los resultados

En esta sección nos ocuparemos de realizar una articulación entre los resultados obtenidos en el análisis cualitativo y el cuantitativo.

A tales fines, organizamos un compendio con los principales elementos del análisis cualitativo, que presentamos en un cuadro que se expone en el Capítulo 14.

Capítulo 14: Compendio del análisis cualitativo

Cuadro LXV- Comparación sesiones 80, 81 y 82

	Sesión 80	Sesión 81	Sesión 82
Paradigmático deseos	Del total de las 14 secuencias narrativas, tres deseos comparten la misma cantidad (3 de 14): A2, FU y FG. La presencia del deseo O1 resulta significativa ya que es central en 2 de los 14 casos y complementario en otros tres, con lo cual está presente en una tercera parte de las secuencias narrativas. En el caso del deseo LI resulta central sólo en el 14,3% de los casos pero resulta llamativo que esté presente como deseo complementario en el 36% de los casos. Es decir que el deseo LI está presente en la mitad los relatos, ya sea de manera central o complementaria.	De las 18 secuencias narrativas estudiadas, 16 de ellas corresponden a la paciente y 2 corresponden a acciones atribuidas a la madre de la paciente. El primer valor está dado por LI (5 de 16) y luego en segundo lugar, tenemos el valor de A2 (4 de 16) y FU (4 de 16). Por último, el valor de O1 (3 de 16). Las secuencias narrativas de la madre son todas LI.	Del total de las 33 secuencias narrativas, en casi la mitad (14 de 33) predomina el deseo LI. La presencia del deseo oral primario está en segundo lugar (6 de 33 secuencias narrativas). En 5 de 33 se hace presente el deseo A2 y el deseo oral secundario en 4 de 33.
Paradigmático defensas	Del total de las defensas detectadas en la muestra, un 64,2% corresponde a defensas funcionales y un 35,8% a defensas patológicas. Las defensas funcionales exitosas son en su mayoría acorde a fines, formando parte de 8 de los 14 relatos totales, mientras que la creatividad sólo forma parte del repertorio de una única secuencia narrativa. En esta sesión no detectamos defensas funcionales fracasadas ni mixtas. En relación con las secuencias narrativas donde se encuentran presentes las defensas patológicas, éstas constituyen	En cuanto a las defensas, el estudio cuantitativo de las 16 secuencias narrativas correspondientes a la muestra de la paciente en esta sesión, observamos que las tres cuartas partes presentan defensas funcionales y una cuarta parte defensas patógenas. Respecto de las defensas funcionales exitosas, sólo se dan defensas acorde a fines, en más de la mitad de los casos (9 de 16), mientras que las defensas normales fracasadas, también acorde a fines, alcanza un total de 3 de 16. Las defensas patológicas exitosas son represión, en un caso y represión +	De las 32 secuencias narrativas, un total de 29 corresponden a defensas funcionales. Del total de secuencias narrativas donde predominan defensas funcionales, hay 16 (50% del total) que corresponden a defensas exitosas, 11 acorde a fines y 5 creatividad. Las secuencias narrativas con defensas normales fracasadas alcanzan a 10 y las exitoso-fracasadas, acorde a fines, son 3. En cuanto a las defensas patológicas exitosas, una secuencia narrativa corresponde a la represión y una a la desmentida, mientras que las fracasadas es solo una y corresponde a la

	<p>un poco más de un tercio del total. En cuanto a las defensas exitosas, están presentes en una única secuencia narrativa donde observamos la represión + rasgos caracterológicos + desmentida mientras que las defensas patológicas fracasadas presentan un repertorio de 3 secuencias narrativas donde hallamos la represión y una donde se encuentra la desmentida.</p>	<p>rasgos caracterológicos + desmentida + desestimación del afecto en otros dos casos. Las defensas patológicas fracasadas represión + rasgos caracterológicos + desmentida + desestimación del afecto, en sólo un caso. En cuanto a las dos secuencias narrativas correspondientes a la madre de la paciente, corresponden a defensas patológicas, represión + rasgos caracterológicos + desmentida + desestimación del afecto, una con desenlace exitoso y otro fracasado.</p>	<p>desmentida. El total de secuencias narrativas con defensas patológicas es menor al 10%.</p>
<p>Deseos Eufóricos</p>	<p>LI: Se refieren al estado actual de la paciente. FU + LI: Su deseo ambicioso se liga a la posibilidad de disponer de energía de reserva. El hecho de disponer o no de energía resulta decisivo al momento de elegir qué alternativa tomar. Ercilia tiene muchos proyectos, cuando ella se siente bien físicamente, puede “correr” detrás de ellos para no perderlos, en un movimiento virtual que combina LI + O1. A2: Se relaciona con dos relatos, uno relativo a su propia organización para trabajar y otra relativa a su negativa cuando la hermana de su amiga le ofrece acompañarla al baño. O1: El deseo oral primario se pone de manifiesto a través del relato de conclusiones que ella elabora, por ejemplo, que la hermana de su amiga se proponía como un lazarillo.</p>	<p>LI + FG: se produce una traducción desde un disfrute por un estado de bienestar a un deseo que cuantifica y formatea transformándolo en un valor. LI + FU: se pone de manifiesto a través de un rasgo caracteropático de la paciente en donde desmiente patológicamente los riesgos, identificada con ese mismo rasgo de intrepidez en su madre. Tanto ella como su madre cuestionan con su accionar a una instancia protectora ligada a la autoconservación. FU + FG: Lo gratificante del encuentro con su madre se da a la luz de los cortocircuitos previos entre ambas, en donde prevalece la armonía actual. Se puede observar en esta secuencia narrativa la combinatoria entre los deseos fálico uretral -correspondiente a los cortocircuitos- y el fálico genital que alude a la sorpresa y a la armonía actual.</p>	<p>LI + O1: Cuando el recurso al pensamiento está al servicio de sustraerla de su tendencia a exponerse somáticamente. LI + FG: Conociendo las consecuencias de una acción semejante queda en el plano de una fantasía que la paciente piensa llevar a cabo en algún momento. En este caso, ambos deseos se conjugan con el deseo fálico genital de un hijo. Al pensar en el nacimiento, logra organizar una situación fantaseada en la que se desidentifica de su madre y abuelas. Observamos una combinatoria LI + FG + O1. El cuerpo como fuente pulsional, en una homeostasis gracias el embarazo, es proyectado hacia el momento del parto. Aquí la paciente piensa que su hijo nacerá en una cesárea. A diferencia de su madre, ella quiere cuidarse (XXXIII). O1: Los deseos O1 le ofrecen una vía de salida respecto del entrapamiento</p>

	<p>Este deseo también aparece combinado con otros, dando siempre por resultado relatos eufóricos.</p> <p>O1 + FU: Cuando se acopla con el deseo fálico uretral, el uso habitual de la computadora la hace estar acostumbrada a vivir conectada a un cable, al mismo tiempo que el uso de Internet le permite evitar la salida a espacios peligrosos y cumplir su deseo de estar conectada al mundo. Relacionado con los espacios potencialmente peligrosos, cuando va a votar y solicita que bajen la urna para ella.</p> <p>O1 + FG: Cuando siente que le alcanza y le sobra con la computadora para hacer los trabajos urgentes que debe realizar y también le resulta gracioso el hecho que los demás saquen una conclusión equivocada respecto de su situación con su amiga ciega.</p>	<p>A2 + FG: La paciente valora sus propios cambios, aunque duda si descubrir qué ocurrió dado que teme que se arruine, lo que denota la combinatoria entre el deseo anal secundario y el fálico genital.</p> <p>A2 + FG: Se pone de manifiesto una tensión entre el deseo de conocer ligado al erotismo anal secundario y el deseo fálico genital, de alcanzar una armonía estética.</p>	<p>orgánico y la astenia (LI). La paciente comienza a imaginar estrategias para no accidentarse, que no puede llevar adelante dado que se encuentra aún en recuperación. Desarrolla pensamientos abstractos que apoyados en su creatividad la rescatan del dolor hemorrágico.</p> <p>A2: Se evidencia cuando ella comienza a implementar las estrategias encontradas para evitar accidentes.</p> <p>FU: Se impone a sí misma un tener que hacer como medida protectora para evitar un desenlace semejante al de su madre. Estos deseos ponen de manifiesto tanto su exigencia de desarrollar medidas que le sirvan para evitar accidentes como su necesidad de realizar desplazamientos espaciales ligados a colocarse en el ángulo de visión de su interlocutor.</p>
<p>Deseos disfóricos</p>	<p>En cuanto a las combinatorias de distintos deseos con resultados disfóricos, resulta interesante analizar que, en todos los casos, el deseo complementario es el intrasomático.</p> <p>LI + FU: Cuando ambiciona en vano que haya computadoras adaptadas y que se transforme en algo rentable para ella.</p> <p>LI + FG: Cuando el deseo de embellecerse se combina con otro, de disponer de energía para dedicarle a su arreglo personal. Al fracasar la defensa, decide no viajar ni encender la cámara <i>web</i> y participar del congreso sin</p>	<p>LI: Deseo intrasomático disfórico donde hace referencia a riesgos corporales tanto en ella como en la madre.</p> <p>FU + O1: La paciente conjetura que su madre está aprendiendo a mirarla, a lo que sigue el pesimismo de la paciente respecto de no saber si encontrará o no el ángulo correcto.</p> <p>La narración representa también la caída de un pensamiento omnipotente “no depende de ella”, con lo cual también pone en tela de juicio cuánto su madre ha aprendido a mirarla.</p>	<p>O2: Cuando hace referencia al estado afectivo de desazón cuando su estrategia para convencer a su padre o a su terapeuta no resulta efectiva.</p> <p>El deseo O2 combinado con la desmentida fracasada predomina cuando ella descubre que no ha prosperado su intento persuasivo.</p>

	<p>desplazarse ni arreglarse. A2 + LI: Cuando duda si construir nuevos espacios o preservar el que ya tiene, relacionándolo con el monto de energía del que dispone para dedicarle. O2 + LI: Cuando su estado de astenia genera que le niegue ayuda a su amiga y esto la hace sentir culpable.</p>		
Defensas normales exitosas	<p>Están representadas en los mecanismos acorde a fines, todos en versión exitosa. La mayoría de ellas implica la adaptación de la paciente a su discapacidad física y se pone de manifiesto en las situaciones en donde ella manifiesta por ejemplo que está acostumbrada a vivir conectada a cables, que puede estar comunicada con el mundo a través de Internet o que pidió que para votar bajen la urna especialmente para ella. En cuanto a la creatividad, se evidencia cuando ella llega a conclusiones o a pensamientos acerca de hechos concretos de la realidad.</p>	<p>Podemos ubicar un eje, relativo al tema del movimiento: la posición horizontal y la quietud en la sesión como un valor agregado, su crecimiento, el cambio en sus acciones. También, respecto del movimiento podemos observar la referencia al movimiento exitoso en su madre, quien tiene que encontrar el ángulo correcto para mirarla, como una persona que tiene dificultades para ver.</p>	<p>La paciente refiere una situación de cambio. Realiza un movimiento a través del pensamiento, haciendo una propuesta de desarrollar un balance entre el pasado y el presente. Muestra estrategias en las que despliega la oposición antes-ahora. Encuentra estrategias para resolver problemas prácticos, ligados a la evitación de accidentes. La resolución de problemas se aplica a frenar la tendencia a la hemorragia libidinal y dejar de exponerse a posibles lesiones.</p>
Defensas normales fracasadas		<p>Podemos observar el mismo eje relativo al movimiento, cambiado de signo. En cuanto al tema del movimiento, la paciente hace referencia al sentimiento de frustración que le generaría quedarse esperando que su madre haga el movimiento correcto.</p>	
Defensas patológicas exitosas	<p>La desmentida exitosa se presenta cuando hace referencia a su cambio de anteojos, cuando su amiga ciega la guía por la calle, la gente que las veía pensaba que era al revés y esta situación le</p>	<p>Predominan en los relatos en donde se pone de manifiesto la identificación de la paciente con su madre: se identifica con el sentimiento de invulnerabilidad con la posibilidad de dejarla huérfana.</p>	<p>La represión exitosa se pone de manifiesto cuando al no poder diferenciar lo propio de lo ajeno, la paciente decide no pensar más en el posible embarazo.</p>

	<p>resultaba graciosa. En este relato la paciente pone de manifiesto una actitud sarcástica frente a los demás, quienes en su fantasía conjeturan acerca de cuál de las dos amigas lleva a la otra. Supone que los otros equivocan su conclusión.</p>		
<p>Defensas patológicas fracasadas</p>	<p>Se ponen en evidencia la represión y la desmentida. La represión se liga a deseos laborales y estéticos fracasados, y a la duda que no le permite definir hacia donde desplegar su deseo de construcción de nuevos espacios por falta de energía.</p> <p>En cuanto a la desmentida, se relaciona con el conflicto con la realidad de su cuerpo y su agotamiento físico. Cuando decide dar crédito a su cansancio, cae el sentimiento de ilusoria omnipotencia física y le manifiesta a su amiga que no puede colaborar con ella. Luego, el estado disfórico se desprende del sentimiento de culpa.</p>	<p>En relación con la identificación con la madre, es ahora ella quien puede dejar a sus padres sin hija. Esto pone de manifiesto la identificación con la posición decepcionante de su madre.</p>	<p>Se dan en torno de la fantasía de embarazo, contando con una proporción levemente mayor de defensas patógenas respecto de las normales. Aquí se observa el fracaso de la desmentida funcional en tanto defensa que le permite realizar acciones armónicas con el contexto. Emplea una desmentida patológica opuesta a un fragmento de la realidad al fantasear su maternidad. Esta defensa se erige frente al juicio traumatizante que dictamina que su cuerpo no resistiría un embarazo, intentando rechazar la herida narcisista.</p> <p>La palabra de sus padres sintoniza con el juicio de realidad que impone la autoconservación, y hace que fracasen tanto la desmentida como la desestimación del afecto. Es así que en las secuencias narrativas a través de la presencia de los componentes O2 en versión disfórica.</p>
<p>Relatos desde su función pragmática (Relatos desplegados en sesión)</p>	<p>En la secuencia narrativa XIV observamos que la paciente presenta una escena en donde se invierte el rol de lazarillo. Quien aparentemente es conducido es el que puede ver mientras que el lazarillo es el ciego. Entendemos que esta secuencia narrativa puede aludir como escena desplegada en la sesión, a</p>		<p>La paciente intenta convencer al terapeuta de avalar su embarazo, apelando a la estrategia de desplegar el relato en sesión.</p> <p>La diferencia central entre el relato como acción y el narrado es que en este último el desenlace se presenta como disfórico (XXV) correspondiente a la</p>

	un intento de la paciente de desmentir la posición de conductor del terapeuta, haciendo uso del sarcasmo. Hay un observador que termina siendo engañado.		combinatoria de deseos O2 y la desmentida patológica fracasada, mientras que en el actuado, frente al terapeuta, combina deseos O1 y creatividad exitosa (VII).
Temas en la sesión	Predominan tres temas: 1) la oposición entre movimiento virtual y movimiento real, 2) la construcción de espacios y la energía que eso le insume y 3) el sacar conclusiones acerca de los pensamientos ajenos.	Predominan dos temas: 1) movimiento real y virtual y 2) identificación con su madre. En relación con estos dos temas, la paciente relata hechos y conjeturas.	Predominan cinco temas: 1) balance pasado-presente, 2) oposición antes-ahora, 3) resolución de problemas prácticos, 4) movimiento a través del pensamiento y 5) conclusión: ella tiene que moverse para que otros la perciban.
Sintagmático	La sesión fue dividida en cuatro segmentos. En un comienzo, al referirse en el segmento A al estado actual, predomina LI. En segundo lugar, en el segmento B la paciente se refiere al trabajo (secuencias narrativas II a VII) Hasta la secuencia narrativa IV predominan las defensas acorde a fines exitosas, finalizando este segmento con dos secuencias caracterizadas por la represión F. Luego, al referirse a la calle (VIII a X), el componente fálico uretral resulta importante, y en el segmento D, al referirse a su relación con su amiga ciega (XI a XIV) la combina desenlaces exitosos en defensas normales y patológicas. El segmento D finaliza con la secuencia narrativa XIV, donde predominan los componentes FG + O1 con defensas patológicas.	La sesión fue dividida en cuatro segmentos. En el nivel del relato se pone en evidencia que a medida que avanza la sesión, el deseo FG que aparece inicialmente (IV, V, VI y VII), va siendo sustituido por otros deseos más regresivos. Podríamos decir que el cuerpo que se presenta en un inicio (I, II, III) haciendo referencia a los procedimientos autocalmantes relativos al deseo LI, luego al deseo A2 (VIII) cuando se pregunta qué acciones realiza, cuando duda si saber puede servirle o no, para finalizar con el deseo O1 (IX), en donde ella intenta dilucidar qué conjetura el otro. En cuanto al contenido del ideal en juego, pareciera alternar entre un intento de lograr una totalización estética, obtener el amor de su madre y acceder a una verdad acerca de cuál es el ángulo correcto en el cual debe ubicarse para que su madre logre verla.	A los fines del análisis de los relatos, dividimos a la sesión en seis segmentos: A, B, C, D, E y F. Los segmentos A y B resultan introductorios, articulan su bienestar físico con la llegada al consultorio. En el segmento C la paciente hace uso de su creatividad combinada con O1 y extiende una conclusión a la que ya había llegado: ella debe moverse para que otros la perciban, eso aplica a muchas situaciones de su vida. Este relato resulta central, ya que se desplegará a lo largo de toda la sesión. Identificamos como nucleares a los segmentos D y E, en donde se da la oposición entre defensas exitosas y fracasadas. En el segmento D la paciente, empleando defensas funcionales exitosas, refiere una situación de cambio. Este segmento comienza con un movimiento a través del pensamiento, haciendo una propuesta de desarrollar un balance entre el pasado

		<p>En la secuencia narrativa XVIII ella concluye haber aprendido de su madre el hecho de caminar sin ver. Esta inferencia proviene de la comparación de la primera sentencia y la (Su madre debe haber tenido una fuerte sensación de invulnerabilidad) y la segunda (Ella caminaba por la calle sin ver). En esta secuencia narrativa ella no se concentra en el estado de la mente del otro.</p>	<p>y el presente. Muestra estrategias en las que despliega la oposición antes-ahora. En los relatos que se dan a continuación (XII a XVI) predominan defensas funcionales que se presentan junto con una combinatoria de deseos LI ó LI + A2, en su mayoría en versión exitosa, donde la paciente encuentra estrategias para resolver problemas prácticos, ligados a la evitación de accidentes. La resolución de problemas se aplica a frenar la tendencia a la hemorragia libidinal y dejar de exponerse a posibles lesiones (XIII, XV).</p>
<p>Secuencias narrativas centrales</p>	<p>En la secuencia narrativa XIV la paciente relata que el día que ella cambió sus anteojos y veía borroso, Maribel la guió a ella por la calle. La gente que las veía pensaba que ella guiaba a Maribel. Le resultaba gracioso. Aquí observamos el deseo FG como central y O1 como complementario. Las defensas son exitosas y comprenden Represión + Rasgos caracterológicos + Desmentida. En el análisis de esta secuencia, observamos una primera situación predisponente, una segunda situación precipitante y la tercera, el cierre. La situación predisponente, condicionante, parece ser tener que salir a la calle. El elemento precipitante, el que contribuye a la producción del desenlace, es el hecho que ella lee el pensamiento ajeno, que consiste en una interpretación errónea de los otros. El cierre implica un resultado eufórico y la transformación de</p>	<p>En la secuencia narrativa IX, la paciente relata que las personas con dificultades para ver necesitan determinadas condiciones respecto de la luz. Ella aprendió ubicarse para ser percibida por esas personas. Con su madre aprendió a colocarse en el ángulo correcto. Se observa el deseo A2 central y O1 complementario. Defensas acorde a fines exitosas. Podemos pensar que esta secuencia narrativa constituye el despliegue de la segunda de las tres escenas del relato XIV de la sesión 80: “La gente pensaba que ella guiaba a Maribel”. Aquí se pone en evidencia que ella intenta decodificar qué piensa el otro. Supone que para que el otro pueda percibirla correctamente ella debe ubicarse “en el ángulo correcto”.</p>	<p>En esta sesión articulamos tres secuencias narrativas. La primera hace referencia a que ella debe moverse para que otros la perciban (VII). Luego, hay dos secuencias narrativas que denotan el “error de cálculo” de la paciente. Cuando ella supone estar ubicada en el “ángulo correcto” respecto de su madre, decide comunicarle su deseo de quedar embarazada de un donante. Ella se da cuenta que fracasa su lectura de la mente ajena cuando sus padres estuvieron en desacuerdo con su planteo y esto la inunda de angustia. Le planten las cosas de un modo que no podía discutirse. En la secuencia narrativa, la paciente desmiente exitosamente (XX) y esto la lleva a plantear algo que sus padres no aceptan. Al encontrarse con la realidad, ésta la golpea y queda inundada de</p>

	<p>disfórico en eufórico se da en la escena intermedia.</p> <p>Esta secuencia narrativa es tanto cronológica como causal. Se pone en evidencia que sus limitaciones corporales, que reflejan el deseo LI en su versión disfórica se resuelven en las dos escenas siguientes, con la combinación entre O1 y FG. El camino para llegar a lo fálico genital, que es el desenlace final, tiene que ver con el hecho de poder mirar la mirada del otro. La secuencia narrativa que tiene un inicio disfórico, cambia de signo en la escena intermedia caracterizada por el deseo O1 y finaliza con un desenlace triunfalista que se pone de manifiesto en la escena final, FG.</p>		<p>angustia automática, poniendo en evidencia la desestimación del afecto fracasada (XXI).</p>
<p>Articulación de los tres niveles</p>	<p>En el nivel de los actos de habla, el primer lugar es de LI (percentil 85), presente a través de referencias a estados corporales. En segundo lugar, observamos el deseo FU. El tercer lugar es ocupado por el deseo A2. En cuanto al cuarto lugar, éste está compartido por los deseos FG y O2.</p> <p>Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes LI y FG coinciden con los deseos predominantes en el nivel de los actos de habla (LI) y de los relatos (FG). El deseo FG es uno de los más frecuentes en el análisis de los relatos, está presente en tres de los catorce relatos.</p> <p>En el nivel de las palabras se combinan LI + FG. En esta sesión la paciente no habla acerca de la idea de embarazo, que</p>	<p>Observamos una fuerte concordancia entre los resultados obtenidos en el nivel de las palabras y en el de los actos de habla.</p> <p>En el nivel de los actos de habla, en primer lugar A2 y en segundo lugar O2, mientras que en el nivel de las palabras, A2 ocupa el primer lugar y en el segundo lugar se encuentran LI, O1, O2 y FG.</p> <p>Los deseos A2 en los actos de habla y en las palabras denotan un intento por parte de la paciente de organizarse, esto tiene sentido cuando se lo articula con las secuencias narrativas en las que también predomina A2.</p>	<p>Observamos la presencia de componentes LI en primer lugar tanto en el nivel de relatos como en las palabras, mientras que en los actos de habla se encuentra en segundo lugar. Como hemos destacado anteriormente, en los tres niveles coincide la alusión a un mundo del cual provienen golpes e intrusiones orgánicas y la relación con su padre, a quien ella equipara con un ciego. Al mismo tiempo consideramos la identificación con su madre que casi muere en su segundo parto, cuando planea quedar embarazada desoyendo las advertencias médicas.</p> <p>Los deseos O1 le ofrecen una vía de salida respecto del entrapamiento orgánico y la astenia.</p> <p>En el nivel de los relatos este segundo</p>

	<p>sin embargo se pone de manifiesto en la combinatoria de ambos deseos.</p>		<p>lugar es compartido con A2, esto se evidencia cuando ella comienza a implementar las estrategias encontradas para evitar accidentes. Este componente encuentra su máxima expresión en el plano de los actos de habla, con una gran riqueza de recursos. La paciente no sólo realiza esfuerzos por organizar sus ideas y exponerlas de modo ordenado sino que se impone a sí misma un tener que hacer como medida protectora (FU) para evitar un desenlace semejante al de su madre. Por último, los deseos O2 en versión disfórica hacen referencia al estado afectivo de desazón que se produce en ella cuando su estrategia para convencer a su padre o a su terapeuta no resulta efectiva.</p>
--	--	--	--

Cuadro LVI - Comparación sesiones 89, 93 y 94

	Sesión 89	Sesión 93	Sesión 94
Paradigmático deseos	De las 22 secuencias narrativas, casi la mitad (10) corresponden a LI. En cuanto al deseo A2 esta representado en un 18,5% y el O1 en un 13,5%.	Del total de las 23 secuencias narrativas, en la cuarta parte (6 secuencias narrativas) predominan deseos LI y en igual proporción deseos A2. En segundo lugar se ven representados los deseos FU (en 5 de 23 secuencias narrativas).	Del total de las 30 secuencias narrativas, en la tercera parte (9 secuencias narrativas) predominan deseos A2, mientras que en la cuarta parte de ellas predominan los deseos LI. Los deseos O1 y FU se ven representados en 4 secuencias narrativas, los deseos O2 en 3 y los deseos FG en 2.
Paradigmático defensas	<p>En esta sesión las proporciones se invierten respecto de las sesiones 80, 81 y 82, dado que el total de defensas funcionales es de 27,5% mientras que las defensas patógenas alcanza el 74,5%.</p> <p>Teniendo en cuenta las defensas patógenas en su versión exitosa, podemos observar que privilegia la desestimación del afecto y la desmentida. En cuanto a las defensas patógenas fracasadas, predomina la desestimación del afecto en primer lugar y luego la desmentida fracasada.</p> <p>Dentro de las defensas normales mixtas, la acorde a fines predomina en un caso, en donde el deseo LI es el dominante. La desmentida exitosa-fracasada se ve reflejada en cuatro relatos en donde está presente el deseo O1.</p> <p>La desmentida funcional es empleada cuando alude al uso de armas intelectuales.</p>	<p>En esta sesión las proporciones también se invierten, en un 35% las defensas son funcionales y el 65% restante son patógenas. Del total de 8 defensas funcionales, 7 son exitosas 1 mixta y ninguna fracasada. De las 7 defensas exitosas, 2 corresponden a secuencias narrativas donde está presente la creatividad mientras que en las 5 restantes se trata de defensas acorde a fines. La defensa normal que presenta un desenlace exitoso fracasado es la defensa acorde a fines. En cuanto a las defensas patológicas, forman parte de casi los dos tercios de las secuencias narrativas. Las defensas fracasadas son 10 de 15 y el repertorio está compuesto por desmentida, desestimación del afecto y represión + rasgos caracterológicos. Las defensas exitosas están presentes en 2 secuencias narrativas, la represión + rasgos caracterológicos y la desestimación del afecto, mientras que las mixtas son la represión y la</p>	<p>En un 86,6% de las secuencias narrativas, las defensas son funcionales y el 23,3 restante son patológicas. Es decir que los porcentajes se invierten y se asemejan a los de las sesiones 80, 81 y 82. El 86,6% de las defensas funcionales está compuesto por un 70% de defensas funcionales y exitosas, de las cuales un 50% son defensas acorde a fines y un 10% de creatividad. En cuanto a las defensas funcionales fracasadas, alcanzan un 3,3% y las mixtas se encuentran conformadas por defensas acorde a fines y desmentida funcional, en un 13,3%. En cuanto a las defensas patológicas, están constituidas por un 6,6% de defensas exitosas (represión + rasgos caracterológicos y desmentida), 13,4% fracasadas (desmentida y desestimación del afecto) y 3,3% mixtas (desestimación del afecto).</p>

<p>Deseos Eufóricos</p>	<p>De la totalidad de los 22 relatos, 12 tienen desenlaces eufóricos. En cuanto al deseo LI, éste está presente en una cuarta parte (3 de 12) de estas secuencias narrativas eufóricas como deseo dominante y en otros 3 como deseo complementario. Es decir que el deseo LI está presente en la mitad de los relatos con desenlaces eufóricos. Las secuencias narrativas que cuentan con LI como deseo central, se refieren a situaciones en las que ella está dolorida y llora (X), grita y es asistida (VII) y logra hacer algo con el dolor (XXI).</p> <p>En cuanto al deseo O1 en su versión eufórica, está presente en dos de las narraciones, en una de ellas, ella saca una conclusión acerca de la mente del terapeuta (XIII) y en la otra ella logra “escuchar en estéreo” (XIV).</p> <p>Sorprendentemente hay una secuencia narrativa cuyo deseo dominante es A1 (XI), que justamente es la única en donde la paciente hace uso de la desmentida funcional. Se trata de una secuencia narrativa excepcional, dado que ella dice que puede defenderse con otras armas.</p> <p>Los deseos A2 en su versión eufórica, se dan en 4 de las 12 secuencias narrativas. Se trata de situaciones en donde la paciente logra viajar bien (II), al detectar que no podía estar parada en la fila decide entrar al edificio (IV), no acepta ser atendida en el supermercado antes</p>	<p>desestimación del afecto, en 3 casos.</p> <p>Hay un predominio del deseo A2 (4 de 9). En uno de los casos, se da combinado con LI y en otro con FG. Cuando A2 se combina con LI, en presencia de defensas acorde a fines con desenlace exitoso (VI), la paciente hace referencia a un deseo de poder solventar sus gastos médicos y de rehabilitación sin ayuda de sus padres y por este motivo, la solución que se le presenta es concurrir a una institución. En la otra secuencia narrativa (VII), ya no se refiere a una situación económica sino a una situación de inmovilidad de la que necesitaba salir, y lo hace a través de la escritura. La paciente parte de una posición LI disfórica que gracias a darse cuenta de cómo podría modificarla (creatividad), concluye en una escena eufórica. La otra combinatoria, A2 + FG tiene que ver con atesorar la ropa de India (XX) que tanto les gusta a ella y a su madre. La restante secuencia narrativa en la que predomina A2 tiene que ver con resolver en la práctica una situación problemática (VIII).</p> <p>Las secuencias narrativas donde predominan deseos FU en su versión eufórica (2 de 9) tienen que ver con sus mudanzas. En uno de los casos se combina con deseos O1 (XIV). Aquí la mudanza se relaciona con estados de terror producidos por haber vivido un terremoto en donde se derrumbó gran parte de la ciudad donde vivía y hubo un</p>	<p>Del total de 19 secuencias narrativas eufóricas, 6 corresponden a deseos A2, en uno de los casos combinado con LI. Cuando A2 se combina con LI, en presencia de la creatividad con desenlace exitoso, la paciente hace referencia a un malestar que tenía antes, producto de no encontrar una forma de volver a escribir debido a sus problemas físicos (LI) hasta que se dio cuenta que podía hacerlo en la cama (A2). La paciente parte de una posición LI disfórica que gracias a darse cuenta de cómo podría modificarlo (creatividad), termina en una escena eufórica.</p> <p>Los estados de bienestar físico se reflejan en desenlaces LI eufórico (4 de 19). Los estados afectivos O2 se relacionan con lograr respetar sus posibilidades físicas (3 de 19). Situaciones en donde predomina la tranquilidad, la comodidad o el establecer distancias para cuidarse se manifiestan a través de deseos FU eufóricos (4 de 19).</p> <p>La posibilidad de encontrar códigos comunes con su profesora de natación se organiza según el deseo O1 (1 de 19). Los deseos FG tienen que ver con armonizar, sintonizar, con su profesora de natación (1 de 19).</p>
-------------------------	--	--	---

	<p>que una señora anciana (XV) y empieza a reaccionar frente a cosas que no le gustan (XVIII).</p>	<p>gran número de personas fallecidas. La otra secuencia narrativa (XII) habla de un enamoramiento de la ciudad de Buenos Aires, que causa su mudanza (FU + FG). En cuanto a los deseos eufóricos LI, éstos se dan en el intento de hacer catarsis, no hablando sino a través de imágenes plásticas (XXI).</p>	
<p>Deseos disfóricos</p>	<p>De las 22 secuencias narrativas totales, 7 corresponden a deseos en su versión disfórica. De estos 7 relatos, 4 corresponden a deseos LI. Es decir que más de la mitad de las secuencias narrativas disfóricas presentan LI dominante. Esto se da cuando describe el accidente: haber quedado prensada (V), aplastada y dolorida (VI), caminar como un robot (IX) y recibir golpes (XX). Las tres secuencias narrativas restantes corresponden a deseos O1, cuando la refiere no sentirse lúcida ese día (XII) y a deseos O2 que hablan de su sufrimiento, o bien cuando depende que el otro se de cuenta de su estado (XIX) o bien cuando su madre suponía qué era conveniente para ella (XXII).</p>	<p>Son en su mayoría LI y se encuentran presentes en 4 de 10 secuencias narrativas. En una de ellas (II) hace referencia a la consulta fallida con el médico mientras que en las otras tres (XVII, XVIII y XIX) se refiere a situaciones de angustia automática relativas a una situación traumática producto del terremoto vivido en India. El deseo FU en su versión disfórica se presenta cuando padece el encierro en el terremoto, en un caso porque no podía usar el ascensor (XV) y en el otro porque debieron esperar a que pasara el temblor (XVI). La otra situación tiene que ver con la pérdida de contacto respecto de sus amigos hindúes debido a la pérdida de la motricidad de su mano derecha (IX). El deseo disfórico O2 se hace presente al referirse a la pérdida de sus vínculos en India, ya que siente que se los arrancó la vida (XI) y también al referirse a la decepción que le generó Buenos Aires. Finalmente, el deseo disfórico O1 + LI se pone en juego al referirse al espacio que ocupan en su mente el dolor y sus</p>	<p>En cuanto a los deseos disfóricos, éstos son regresivos, representados por LI (en 3 de 5 secuencias narrativas) y O1 (en 2 de 5 secuencias narrativas): Los deseos LI remiten a una sobredosis de trabajo, a no saber cómo ponerse o a tener que compensar la flojedad de su tono con un exceso de tensión (IV, XVII y XXIII), mientras que los deseos O1 tienen que ver con sentir que pese a sus esfuerzos no logra ponerse en el ángulo de mira del otro (XVIII y XIX). Aquí retorna la problemática planteada en las sesiones 81 y 82.</p>

		huesos, al punto tal que logra sentirlo “casi” físicamente (XXIII).	
Deseos mixtos	Los deseos mixtos son LI en su totalidad y aluden a la falta de energía: cansancio (VIII), estar adormecida por los calmantes (XVI) y no tener energía ni para sentir bronca (XVII).	Los deseos mixtos son en su mayoría A2 (2 de 4), en uno de los casos A2 + LI (I). En esta situación, ella carga un estudio médico que teme olvidar en algún lado. La otra secuencia narrativa (III) hace referencia a la búsqueda hasta el momento infructuosa de un médico y un medicamento que la ayuden a resolver su problema. Luego, en una secuencia narrativa (IV) se da el deseo LI en su versión mixta, en donde se hace presente su estado de astenia. Por último, en la secuencia narrativa X hace referencia a haber rescatado algunos contactos de India, a través del uso de la computadora (O1 + LI).	Respecto a las defensas y deseos que se combinan con desenlaces exitosos fracasados, observamos que los deseos A2, reflejan estados de duda. En uno de los casos el deseo A2 se combina con LI (XXIV) dado que la duda tiene que ver con la conveniencia o no de tomar determinado medicamento. El deseo FG se presenta cuando el médico que la hace esperar no le pide disculpas y eso le produce desagrado (XVI). En cuanto al deseo O1 consiste en otorgarle un signo positivo a la silla de ruedas, mientras que el deseo LI se ve reflejado en el esfuerzo que debe realizar para comenzar a moverse luego de tomar los relajantes (XXII).
Defensas normales exitosas	De las 22 secuencias narrativas, las defensas normales están presentes en 6 relatos 5 de los cuales son acorde a fines y uno presenta la desmentida funcional. Tres de ellos corresponden al deseo A2, uno a FU y otro a LI. En cuanto a la desmentida funcional, ésta está presente en la secuencia narrativa XI, cuyo deseo dominante es A1. Se trata de una secuencia narrativa atípica en la que la paciente dice que puede defenderse con otras armas.	De las 23 secuencias narrativas, en 8 se presentan defensas normales, 7 de ellas exitosas, 1 mixta y ninguna fracasada. El uso de la creatividad (VII, VIII) coincide con el predominio de A2 + LI en situaciones en donde salió de un estado de inmovilidad gracias a sus recursos. En el relato XXII también utiliza la creatividad, y en la producción de imágenes plásticas (FG + O1). Las defensas acorde a fines exitosas (V, VI) tienen que ver con la expectativa puesta en el cambio de médico, ambas A2 + LI. En el caso del relato XX, ella hace referencia a la ropa de India que su madre le da y ella usa (A2 + FG) y por último (XX), cuando hace referencia a su	De las 30 secuencias narrativas totales, 16 están compuestas por defensas no patógenas exitosas. Predominan las defensas acorde a fines (13 en total) mientras que la creatividad está presente en 3 secuencias narrativas exitosas. La creatividad al servicio de resolver problemas prácticos (A2) se ve expresada en la situación en donde frente a no poder moverse, adapta su metodología de trabajo a sus necesidades y posibilidades (VI y VII) y A2 + LI (IX) cuando se da cuenta que la cama puede ser su lugar de trabajo. Las defensas acorde a fines combinados con deseos A2, se dan cuando decide consultar con un médico o los kinesiólogos (XII, XXI),

		mudanza a Buenos Aires (FU + FG).	o cuando decide comprarse un cascabel para nadar (XXVI). Las defensas acorde a fines ligadas a deseos LI se relacionan con estados de bienestar físico (V, XX, XXX), o bien con recibir alguna ayuda para el pago del viático (XIII). Cuando se ligan con deseos FU, remite a situaciones en donde la paciente se siente segura, (XXV), tranquila (II), o cómoda (XXVII). Si el deseo predominante es O2, ella manifiesta estados afectivos como estar contenta (III, VIII) o enojada (XV).
Defensas normales fracasadas	No hay	No hay	En un relato predomina una defensa acorde a fines fracasada, donde la paciente verifica que no encontró ni el médico ni el medicamento adecuados (XIX).
Defensas normales mixtas	No hay	En una sola secuencia narrativa se da una defensa acorde a fines mixta, en donde la paciente busca entrar en contacto con sus viejos amigos a través de la computadora (X).	Las defensas acorde a fines predominan en situaciones en donde la paciente duda si salir a la calle (I), si le conviene tomar determinado medicamento (XXIV), o bien cuando en una oposición entre lo que hacía antes y lo que hace ahora, prefiere encontrar formas propias de hacer las cosas (XI). También se dan cuando hay situaciones interpersonales que no le gustan (XVI). En cuanto a la desmentida funcional, ésta se da cuando logra darle un uso distinto, creativo, a la silla de ruedas, tomándola como un asiento cómodo (X).
Defensas patológicas exitosas	Se dan en la desestimación del afecto (X, XXI), la desmentida (XIII, XIV) y la	En sólo dos secuencias narrativas observamos defensas patológicas	Sólo dos secuencias narrativas poseen defensas exitosas patógenas. La

	<p>represión + rasgos caracterológicos (I, XV) En el caso en que predomina el deseo O1, la paciente hace referencia a un tipo de percepción específica, que le permite escuchar “en estéreo”, dos conversaciones al mismo tiempo (XIV). La desestimación del afecto exitosa se da en dos narraciones, ambas ligadas a sustraerse de estados de parálisis e impotencia: uno ligado al dolor físico, no quería hablar con nadie y lloró (X) y otra, a hacer algo frente al dolor que sentía (XXI).</p>	<p>exitosas. La represión + rasgos caracterológicos se combina con el deseo FU cuando en 1987 frente al terremoto en India, ella junto con su familia deciden mudarse a Buenos Aires (XIV). La desestimación del afecto exitosa surge cuando ella no quiere hablar de las situaciones traumáticas vividas y prefiere hacer catarsis dibujando (XXI).</p>	<p>represión sumada a rasgos caracterológicos se da cuando la paciente se engancha con una profesora de natación que enseña con referencias no visuales y no la trata como tarada (XXVIII). Podemos observar la desmentida exitosa cuando la paciente habla del humor negro que comparte con la profesora (XXIX).</p>
<p>Defensas patológicas fracasadas</p>	<p>Constituyen el 72,5% del total y las fracasadas conforman el 45,5% del total. Predomina la desestimación del afecto (relatos V, VI, IX, XX) en que describe las situaciones de astenia o dolor en que quedó pensada, dolorida. En un caso en donde se da la desestimación del afecto fracasada (IX) se da LI + O1 en una situación en donde hace referencia a la combinatoria entre astenia y pérdida de lucidez. En cuanto a la desmentida fracasada (XIII) la paciente en donde se coloca como objeto de investigación del terapeuta, cediendo la posición activa que tendía a ocupar en otras sesiones.</p>	<p>Las defensas patógenas constituyen el 65% del total y las fracasadas conforman el 43% del total, es decir que en su mayoría las defensas patológicas son fracasadas. El repertorio de defensas patológicas fracasadas está compuesto por desmentida, represión + rasgos caracterológicos y desestimación del afecto. La desmentida fracasada se da generalmente combinada o bien con el deseo O2 (XI, XIII), cuando Buenos Aires termina no siendo la ciudad que ella imaginaba o bien cuando ella pierde el vínculo con sus amigos hindúes. Esta defensa patológica fracasada combinada con el deseo O1 + LI da por resultado que ella “sienta casi físicamente” cuánto lugar ocupan en su cabeza el dolor y sus huesos (XXII). Encontramos la represión + rasgos caracterológicos fracasada en tres secuencias narrativas, siempre combinada con el deseo FU. En una de</p>	<p>La proporción de las defensas patológicas vuelve a invertirse. De las 5 secuencias narrativas con desenlace disfórico, en 3 predomina la desestimación del afecto fracasada. Se trata de relatos en donde su cuerpo está tenso, debe esforzarse, le duele (IV, XVII y XXIII). En el relato donde predomina la desmentida fracasada, la paciente se siente captada de manera distorsionada por el médico (XVIII)</p>

		<p>ellas, ella pierde contacto con sus amigos de India (IX), en otra, debido al terremoto debió quedarse en su casa (XV) y en la tercera relata otra escena del terremoto, en la que debieron esperar a que pasara el temblor (XVI). Finalmente la desestimación del afecto fracasada se da en 4 secuencias narrativas. Sólo una de ellas hace referencia a un hecho actual, el haber terminado dolorida físicamente debido a que el médico no le aportó el medicamento apropiado (II). Las otras tres secuencias narrativas hacen referencia a estados de terror automático desencadenados por el terremoto en India (XVIII, XIX), y reeditado por la voladura de la AMIA (XIX).</p>	
Defensas patológicas mixtas	La desestimación del afecto exitoso-fracasada se da en las secuencias narrativas VIII, XVI y XVII.	Las defensas patológicas mixtas están representadas por la represión en dos secuencias narrativas y la desestimación del afecto. En el caso de la desestimación del afecto, la paciente hace referencia a la astenia que le impide sostener la actividad de natación (IV), mientras que la represión tiene que ver con el temor de olvidar un estudio médico pesado y estorboso (I) y con no encontrar ni un médico ni una solución para su problema (III).	La desestimación del afecto exitoso-fracasada, corresponde a un estado de astenia del cual debe sobreponerse cuando toma los medicamentos relajantes (XXII).
Relatos desde su función pragmática (Relatos desplegados en sesión)	La paciente llega a la sesión luego de haber sufrido un accidente y se propone como objeto de investigación al terapeuta. Al mismo tiempo, desde la función pragmática del relato, ubica al terapeuta como alguien que puede	La paciente ubica al terapeuta en el lugar de alguien que puede comprenderla.	Se observa una estrategia expositiva semejante a la de las sesiones en las que oponía antes y ahora. La paciente no da lugar al intercambio con el terapeuta. Presenta los temas ya resueltos y expone las consecuencias. Así exhibe sus

	registrarla, lo cual contrasta con el relato narrado, donde hace referencia al vínculo con una madre que tenía dificultades para registrarla.		cambios y pareciera dejar al terapeuta en el lugar de un espectador de sus logros. Observamos cómo esto se pone de manifiesto en los relatos IX y X, donde predominan defensas funcionales. La paciente mira la mente del terapeuta con una tendencia a ubicarse para que él la mire. Le habla a su mente, no para que él piense en sus problemas sino para que la vea madura como la veía su madre. Aquí también puede haber una tendencia a convencer al terapeuta, ya no con el hecho de ser madre sino para convencerlo de su madurez psíquica, su capacidad de resolver problemas.
Temas	1) Llegada al consultorio, 2) Accidente, 3) Relatos con desenlace eufórico, 4) Relatos acerca del dolor físico, 5) Relatos acerca de su madre.	1) Cuerpo, 2) Trabajo, 3) India, 4) Terremoto, 5) Ropa de India, 6) Pintura.	1) La calle, 2) La apelación, 3) La silla de ruedas, 4) Instituciones y médico, 5) Medicamentos, 6) Natación.
Sintagmático	La sesión fue dividida en 5 segmentos. El A resulta introductorio, el B constituye el nudo de la sesión, en donde relata el accidente. Predomina la desestimación del afecto como mecanismo de defensa. A continuación, dentro del mismo segmento, la paciente introduce la desmentida funcional combinada con el deseo A1. A partir de allí, se produce un cambio hacia el deseo O1 y la desmentida patológica como defensa, en donde cede el lugar de lucidez al terapeuta. El segmento C está conformado por relatos con defensas patológicas exitosas, en donde ella registra a otros (conversaciones, el supermercado) y finalmente los	La sesión fue dividida en 6 segmentos. El A hace referencia a su situación actual, posterior al accidente referido en la sesión 89. En este segmento coexisten defensas normales y patológicas, exitosas y fracasadas. El B se refiere al trabajo y se caracteriza por la presencia de creatividad exitosa junto con A2+LI. El segmento C es de carácter disfórico y se refiere a las pérdidas de distinta índole que le ocasionó su mudanza a India. El segmento D habla de la vivencia traumática del terremoto, en donde predominan Represión + Rasgos caracterológicos y Desestimación del Sfecto, en su mayoría fracasados. En el segmento E la paciente se refiere a la	La sesión fue dividida en 6 segmentos. El A resulta introductorio. Los segmentos B y C describen el pasaje de una situación laboral en donde parte de la urgencia y la desesperación de los que sale gracias a su creatividad y al uso funcional de la desmentida. El segmento D es fundamentalmente una secuencia con defensas acorde a fines en donde describe el recorrido por distintas instituciones y médicos. El segmento E en el que alude a los efectos que tiene en ella la medicación se caracteriza por el uso de la desestimación del afecto. El segmento F con desenlaces eufóricos, habla de su rehabilitación en la pileta de natación. En esta situación, con su

	segmentos D y E se caracterizan por referirse al dolor físico y al vínculo con una madre con dificultades para registrarla.	indumentaria de India, desde el punto de vista estético, intentando rescatarse del componente disfórico del segmento anterior. Finalmente el segmento F hace referencia a los signos plásticos que ella produce para “hacer catarsis” dibujando.	profesora de natación, se siente registrada y en condiciones de iniciar una actividad que nunca antes se había animado a realizar. Esto le permite sentir por primera vez músculos que antes no se estiraban.
Secuencias narrativas centrales	Cuando era chica se sentía inmóvil, no podía pedir auxilio, dependía que el otro se diese cuenta. Se trata de un relato donde se combina O2 con la desmentida patológica fracasada.	Como escena central tomamos la secuencia que implica el pasaje del segmento D (terremoto) al F (signos plásticos). Entendemos que indica un modo de funcionamiento de la paciente, que tiende a rescatarse de situaciones traumáticas, mediante la producción –en este caso- de imágenes plásticas a través del uso de la creatividad.	Ella antes quería mostrar que era igual a los demás. Ahora no quiere mostrarle nada a nadie, prefiere encontrar formas propias de hacer las cosas. Es un relato donde se combina A2 con defensas acorde a fines exitosas.
Actos de habla	Domina es A2, dado que el discurso de la paciente abunda en conjeturas, información de hechos concretos, enlaces causales, justificaciones, aclaraciones, objeciones, deducciones o inferencias concretas, control del recuerdo, anticipación de hechos concretos propios o ajenos, aclaraciones, imperativos condicionales, dudas, confirmaciones o rectificaciones de la opinión ajena o pedidos de confirmación de la propia, presentaciones de alternativas, proyectos de acción y aclaraciones. Este deseo pareciera estar al servicio de su necesidad de organizarse frente al caos que le produjo el accidente de ese día. Se presenta el deseo O2 en segundo lugar, representado por referencia a estados afectivos, referencia a estar realizando una acción o estar pasando	Desde el punto de vista paradigmático, la variedad de deseos en la sesión 93 se reduce a cuatro: en primer lugar el deseo A2 con un percentilo 85, en segundo lugar el deseo O2 con un percentilo 78, en tercer lugar el deseo FU con un percentilo 55 y por último el deseo FG con un percentilo 23. Los otros tres deseos (LI, O1, A1) no han tenido representación en esta sesión. El deseo A2 se ve representado en: relato de escena concreta, enlace causal, justificación, orden, objeción, deducción, conjetura o inferencia concreta, anticipación de hechos concretos propios o ajenos, aclaración, imperativo condicional, duda, confirmación o rectificación de la opinión ajena o pedido de confirmación de la propia, presentación de alternativas, proyecto de acción y aclaración. El deseo O2 está	Desde el punto de vista paradigmático, es posible advertir cinco deseos. El más pregnante es el representativo del deseo O2 en el percentilo 85 representado por referencia al estado climático, el paso del tiempo o los objetos, a estados afectivos, referencia a estar realizando una acción o estar pasando por un estado y exaltación del sacrificio. El segundo lugar lo ocupa el deseo FU que se pone de manifiesto a través de: referencia a acciones rutinarias, interrupción del discurso propio o ajeno, muletilla, minimizador, expresión de potencia e impotencia. En tercer lugar encontramos el deseo LI en el percentilo 65, presente a través de referencias a estados corporales. Por último, en el percentilo 27 encontramos el deseo FG y en el 23 el FU. El deseo FG se expresa a través de la repetición de vocalización propia o ajena,

	<p>por un estado. En tercer término, el deseo LI (referencias a estados corporales) ocupa el tercer lugar.</p>	<p>representado en referencias a estados afectivos, a estar realizando una acción o estar pasando por un estado. El deseo FU se expresa a través de referencia a acciones rutinarias, interrupción del discurso propio o ajeno, muletilla, minimizador, expresión de potencia e impotencia. Finalmente, el deseo FG se manifiesta a través de repetición de la vocalización propia o ajena, manifestación de un deseo, énfasis y exageración, dramatización, convocatoria al oyente, pregunta por la forma y comparación metafórica.</p>	<p>ejemplos, manifestación de un deseo, énfasis y exageración, dramatización, convocatoria al oyente, pregunta por la forma y comparación metafórica, mientras que el FU está representado por muletillas, interrupciones del discurso ajeno o propio, preguntas o afirmaciones referidas a la orientación témporo-espacial, recuperación o mantenimiento de la orientación, minimizadores.</p>
<p>Redes de signos</p>	<p>Para el análisis de redes de signos empleamos un diccionario computarizado que permite distinguir la significatividad de las palabras según el deseo que representan en las verbalizaciones de la paciente. Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes A1 y FU (ver cuadro V). Como palabras representativas del deseo A1 encontramos verbos como “huir”, “atentar”, “preocupar”, sustantivos como “cuestión”, “ayuda”, y adjetivos como “preocupado” y “ofendido”. Los deseos FU se encuentran representados por los verbos “quedar”, “dar vueltas” y “poder”. También están presentes sustantivos como “situación” o “riesgo” y adjetivos como “inevitable” o “equivocado”. Estos términos denotan un intento de regulación de distancias, desplazamiento espacial y establecimiento de contacto. La paciente</p>	<p>Para el análisis de redes de signos empleamos un diccionario computarizado que permite distinguir la significatividad de las palabras según el deseo que representan en las verbalizaciones de la paciente. Los deseos que caracterizan el nivel de las palabras corresponden a componentes LI y FG y coinciden con los deseos predominantes en el nivel de los actos de habla (LI) y de los relatos (FG). Retomaremos la articulación entre ambos deseos en la Discusión. En cuanto a los deseos FG, hallamos verbos como “empezar”, “querer”, “armar” sustantivos como “natación”, “imagen”, “fragmento” y como adjetivos “hermosísima”, “mucho”, “encanto”. Los deseos A1 se encuentran representados en verbos como “aprovechar”, “cagar”, “usar”, “rescatar” sustantivos como “golpes”,</p>	<p>Como palabras representativas del deseo A2, con el percentilo 78, encontramos verbos como “dudar”, “tener”, “convenir”, sustantivos como “institución”, “médico”, “disculpas” y adjetivos como “particular”, “jurídico” y “sostenido”. En cuanto al deseo O1, adquiere figurabilidad a través de verbos como “calcular”, “creer”, “entender”, sustantivos como “idea”, “foto”, “verdad” y adjetivos como “automático” y “razonable”, todos ellos ligados a procesos mentales y resolución de problemas abstractos. El deseo A1 que, aunque alcanza el percentilo 40 es novedoso en el material de la paciente y por este motivo nos parece importante incluirlo. Se encuentra representado en verbos como “golpear”, “pelear” y “protestar”, sustantivos como “disculpas”, “jurídico”, “carajo” y</p>

	se mueve para ser vista por el otro. Crea el contacto, buscando colocarse en su campo de visión y para lograrlo realiza los movimientos correspondientes.	“culo”, “cimbronazo”, “mierda” y como adjetivos “jodido”, “aplastado”.. En cuanto a los deseos FU, hallamos verbos como “poder”, “necesitar”, “alejar” sustantivos como “época”, “imágenes”, “miedo” y como adjetivos “bueno”, “poco”.	adjetivos como “molesto” y “enojado”, todos ellos ligados a situaciones de querella, protesta o injusticia.
Articulación entre los tres niveles	El sentimiento de injusticia A1, mientras que en los actos de habla predomina A2 como intento de organizarse. Los relatos son fundamentalmente LI.	El deseo FG resulta fundamental en la recuperación de la paciente del sentimiento de arrasamiento vivido en el terremoto. El deseo A1 habla de la vigencia del sentimiento de injusticia. En cuanto a lo traumático, se pone en evidencia con la vigencia de los deseos LI	La paciente retoma en los relatos el esquema de las sesiones del primer bloque, sin embargo esto no ocurre en el nivel de las palabras, en donde se observan similitudes entre las sesiones 93 y 94.

Cuarta Parte: Instancia Expositiva

Discusión con el estado actual del arte

Estudios de caso

El presente trabajo concentra dos intereses: uno, definido por el interés despertado por el caso. El otro, regido por el interés de aplicar un método que me permitiera realizar un estudio microanalítico de cada una de las sesiones y al mismo tiempo, estudiar el proceso de manera longitudinal.

Ragin y Becker (1992) a la pregunta acerca de qué es un caso, brindan una respuesta ligada a la concepción de dos dicotomías acerca de cómo se conciben los casos: como unidades empíricas o construcciones teóricas y como generales o específicos. A lo largo de esta investigación intentamos sostener este interrogante y la idea de estos autores nos ha resultado sumamente sugerente. Comenzamos nuestra investigación pensando que habíamos encontrado un caso, y en el transcurso del desarrollo de la misma, nos vimos obligados a delimitarla empíricamente. Por otro lado, fuimos “haciendo” el caso, en la interacción entre las ideas y la evidencia empírica, generando un progresivo refinamiento del caso como constructor teórico. Finalmente en las Conclusiones demostraremos su significatividad teórica.

En cuanto a los restantes autores revisados (Lijphart, 1971; Yin, 1994; Flyvberg, 2006; Stake, 1995; Neiman y Quaranta, 2006), brindan un aporte a los estudios de caso en las ciencias sociales, que sirve como punto de partida para reflexionar acerca de cómo formular y estudiar los estudios de caso en las ciencias de la subjetividad.

Investigación en psicoterapia

Por este motivo es que nos dirigimos a estudiar el panorama actual de las investigaciones en psicoterapia. Al respecto podemos decir que en los últimos veinte años este campo ha sido muy fértil en cuanto al desarrollo de métodos y de investigaciones, tanto *on line* como *off line*. Dentro de las psicoterapias en general, se han desarrollado métodos cuantitativos y cualitativos que, entre otras cuestiones se han interrogado acerca de cómo y por qué se producen los cambios en el proceso psicoterapéutico.

Dentro del gran espectro de investigaciones, aquellas que se definen como psicoanalíticas con las minoritarias. Aquellas que demuestran tener mayor afinidad con

la teoría son el DMRS de Perry, que estudia mecanismos de defensa, y el CCRT de Luborsky y Crist-Christoph, que estudia la transferencia. Ambos métodos permiten el desarrollo de investigaciones sistemáticas y empíricas aplicando conceptos psicoanalíticos pero no aplican ni tienen en cuenta un concepto freudiano, a nuestro entender fundamental: el de pulsión.

Aquí es donde nuestro estudio difiere en cuanto a la profundidad de lo estudiado, ya que es partiendo del concepto de pulsión que podemos entender los deseos y las defensas, pudiendo explorar tanto el nivel microanalítico del estudio transversal y describir el comportamiento de variables que permiten estudiar el cambio a nivel longitudinal.

Estudios de proceso

En cuanto a los estudios de proceso, hemos rastreado estudios cuantitativos y cualitativos. Nuestra investigación, al aplicar el ADL, admite realizar un estudio de proceso realizando una lectura cualitativa y otra cuantitativa, que a su vez permite una nueva lectura cualitativa que articula ambas. Estas tres aplicaciones son las que realizamos en el presente estudio.

La lectura cualitativa, permitió realizar un estudio microanalítico de cada una de las sesiones, teniendo en cuenta los tres niveles de análisis del ADL.

A través de la lectura cuantitativa, realizamos un estudio longitudinal de distintas variables: deseos, defensas y sus respectivos estados, y corrientes psíquicas.

La lectura cualitativa del estudio cuantitativo permitió realizar una interpretación del análisis longitudinal, que nos permitió detectar dos modos de funcionamiento defensivo en la paciente: uno al modo de las neurosis traumáticas, que resultó ser el más estable, y otro al modo del trauma, ocurrido luego de un accidente que la paciente sufrió durante la psicoterapia.

Agregación y síntesis de los estudios de caso

El aporte de Iwakabe y Gazzola (2009) resulta ordenador y abre una perspectiva acerca de las posibilidades que brindan tanto el meta-análisis como la meta-síntesis de los casos. Como propuesta acuñada desde nuestra perspectiva, nos planteamos hasta dónde pueden realizarse este tipo de estudios cuando los métodos de investigación resultan tan diversos, aunque se consideren a sí mismos enmarcados dentro del mismo marco conceptual. Por este motivo entendemos que el presente estudio es pionero en la aplicación del ADL en estudios longitudinales de caso. Específicamente en el área de

discapacidad, también se trata de un estudio novedoso, que esperamos pueda replicarse para poder efectuar nuevos estudios de agregación, comparación y síntesis.

Mecanismos de defensa

En la indagación bibliográfica realizada observamos que los mecanismos de defensa admiten distintas clasificaciones. Vaillant (1985), Perry (1986), Bond (1993), Cramer (1991) y Semrad (1973, 1992) ordenan las defensas teniendo en cuenta su grado de madurez. Otros autores como Semrad (1973) y McCullough (1992) toman otros criterios, como por ejemplo la adaptatividad o afrontamiento.

En cuanto a los métodos utilizados, éstos van desde los que aplican cuestionarios hasta aquellos que dependen de algún grado de inferencia clínica.

Discapacidad en la adultez

Dentro de la bibliografía explorada observamos que los problemas de los que se ocupan fundamentalmente las investigaciones actuales. En general, siguen la línea biopsicosocial planteada por la Organización Mundial de la Salud (2001), que tiene que ver con el funcionamiento y la salud. De allí que los temas centrales sean calidad de vida, funcionamiento, afrontamiento, tratamiento y rehabilitación, adherencia a los tratamientos. Se trata de estudios de corte descriptivo, realizados desde encuadres conceptuales en general comportamentales, que no tienen en cuenta el conflicto psíquico que se da entre los distintos sistemas. Dentro de los trabajos rastreados, no hemos encontrado estudios sobre mecanismos de defensa, aunque sí sobre estrategias de afrontamiento.

Discusión final

Este trabajo se propone realizar un aporte desde el estudio de caso único, respetando un enfoque complejo, que permite el desarrollo de hipótesis para estudiar los andamiajes defensivos de pacientes con problemas ligados a la discapacidad. A tales fines realizamos un estudio longitudinal cuali-cuantitativo, a través del Algoritmo David Liberman.

Maldavsky (2013) sostiene que dentro de la semiótica del signo visual, existen dos formas de interpretar una imagen; una global, giestáltica y otra analítica, molecular. La interpretación atomística suele ser más objetiva y la giestáltica más interpretativa. Al trasladar esta lectura a nuestro trabajo, nos propusimos armonizar los resultados que obtuvimos en las dos lecturas, cualitativa (transversal) y cuantitativa (longitudinal): el estudio cuantitativo, nos brindó un panorama giestáltico, mientras que el estudio transversal de las sesiones aportó el elemento atomístico que permitió crear interrogantes a lo giestáltico, logrando integrar las dos perspectivas.

Tal como hemos planteado en un inicio, estructuramos nuestro trabajo teniendo en cuenta tres áreas: clínica, metapsicológica y psicopatológica. Para nuestras conclusiones continuamos con este mismo esquema, al que le sumamos un aporte metodológico al Algoritmo David Liberman.

1) Clínica

Estudio realizado con la aplicación del ADL

Se trata de una paciente adulta con una discapacidad sensorial y motriz congénita, que fue agravándose a lo largo de su vida. Al momento de la consulta presentaba accidentes a repetición, sin embargo ésta no fue la razón por la cual consultó, sino que lo hizo a raíz de lo conflictivo del vínculo con su madre.

Dividimos inicialmente las sesiones en dos grupos: Grupo 1 (80, 81 y 82) y Grupo 2 (89, 93 y 94), tomando un eje de tiempo cronológico y teniendo en cuenta el accidente sufrido por la paciente el día anterior a la sesión 89. Las sesiones 80, 81 y 82 se dieron con una frecuencia semanal. Entre las sesiones 89 y 93 hubo once semanas de distancia y entre la 93 y la 94, dos semanas. Luego, producto de los resultados obtenidos a través de la aplicación del método de investigación, reconfiguramos los grupos teniendo en

cuenta dos momentos en que difieren los mecanismos de defensa predominantes: el Grupo A (sesiones 80, 81, 82 y 94) y el Grupo B (sesiones 89 y 93).

En los relatos del Grupo 1, observamos más coincidencias de a pares, entre la sesión 80 y 81 y entre la sesión 81 y 82. En las sesiones 81 y 82 el elemento común es el predominio del deseo LI. El elemento común entre las sesiones 80 y 81, además de predominar los deseos A2 y FG, es el despliegue de conjeturas acerca del funcionamiento de la mente ajena. En la sesión 81, aparece un elemento nuevo: el tema del embarazo. Pareciera que a partir de la armonía que se presenta con su madre en la sesión 81, la paciente encuentra vía libre para manifestarle su deseo -hasta entonces no expresado- de quedar embarazada. Este encuentro con su madre termina con un desenlace al servicio de la compulsión a la repetición, donde lo que se repite es la idea de poner en riesgo la propia vida para tener un hijo tal como hizo su madre, además de repetir la situación de desencuentro y de falta de empatía entre ambas.

En el Grupo 1, las defensas funcionales son en su mayoría exitosas y predominan en más de la mitad de los relatos. Las defensas patológicas exitosas, entre ellas la represión + rasgos caracterológicos, predominan en la sesión 81, en donde ella habla de la identificación LI con su madre y desde allí produce la idea del embarazo. En la sesión 82 la desmentida fracasa cuando recibe la respuesta negativa de sus padres. Allí es donde queda inundada por la angustia automática. En este bloque de sesiones la paciente expone una serie de logros, ya que al principio del tratamiento se accidentaba y ahora encuentra estrategias para que esto no ocurra. En este progreso clínico, la paciente se apoya para considerar factible un embarazo. El rasgo caracteropático queda expuesto al intentar persuadir a sus padres y al terapeuta. Esto no está reflejado en el contenido del relato, sino que podemos detectarlo al analizar su función, que en este caso es convencer al otro, creándole una idea, a través de la producción de una fachada omnipotente.

Esto nos lleva a plantearnos si esta es una forma posible del cambio clínico: el ataque a la autoconservación no se daría de un modo disruptivo e inesperado como puede ser a través de un accidente (donde sólo estaría presente la desestimación del afecto como defensa patológica fracasada), sino que adoptaría una forma más simbólica, el deseo de embarazo, que permitiría la circulación de dicho ataque pero en el mundo representacional, combinando dos mecanismos de defensa exitosos: la desmentida y la

desestimación del afecto. En este caso en particular, también se suma la identificación con un objeto decepcionante que es su madre, lo cual estimamos que existe una desmentida secundaria a la represión que permite el desarrollo de la caracteropatía. En las caracteropatías, la desinvestidura preconiente da cabida a lo inconiente y se sobreinvierte la identificación con un objeto decepcionante, en este caso su madre.

El progreso clínico se evidenciaría en el pasaje del accidente (al inicio de la consulta) a la posibilidad de representar el embarazo. La paciente pasa de actuar a la madre accidentándose, a expresar simbólicamente su identificación con ella. Pareciera que esto está posibilitado por el encuentro armónico entre ambas. La sesión 81 encierra la clave para entender el cambio que se produce entre la sesión 80 y la 82.

En cuanto a la motricidad, la paciente manifiesta no poder detener su actividad motriz, y sólo lo consigue a través de un imperativo proyectado en el terapeuta, quien encarna un fragmento del superyó de la paciente ligado a la pulsión de autoconservación y enfrentado con su masoquismo erógeno, que le ordena moverse. Consideramos que la motricidad de la joven es producto de la eficacia de la defensa patógena, y toma la forma de un procedimiento autocalmante. El procedimiento autocalmante es producto de un movimiento de contrainvestidura, como consecuencia de la vivencia de dolor, donde se pone en evidencia el fracaso tanto de la elaboración psíquica como del auxilio externo, y en donde el yo intenta ser activo en aquello padecido pasivamente. La pulsión no toma un objeto sobre el cual satisfacerse sino que lo hace sobre el propio yo de Ercilia, poniéndose de manifiesto la vuelta sobre la propia persona como destino de pulsión.

Al encontrarse con las limitaciones en el desplazamiento espacial, Ercilia intenta transformar exitosamente las acciones motrices que no logra desplegar en desplazamiento de pensamientos (O1). Recordemos que Freud (1923b) señala que los procesos de pensamiento se desarrollan en el interior del aparato psíquico como *“desplazamientos de la energía anímica en el camino hacia la acción”* (p.21) y a diferencia del afecto, que comprometen un desprendimiento libidinal. El pensamiento no incluye descarga sino circulación libidinal. Afectos y pensamientos, en tanto actos puramente internos, también se distinguen por el modo en que acceden a la conciencia. Los afectos lo hacen por sí mismos, a través de la cualidad del matiz afectivo mientras que los pensamientos necesitan de una ligadura con la sensorialidad a través del

preconciente, formateados como imágenes visuales, motrices o palabras. Ercilia relata hechos y conjeturas, así como realiza movimientos entre el pasado y el presente, movimientos de ideas.

Entendemos que el predominio del deseo LI a lo largo de todo el material pone de manifiesto el dolor y las vivencias de dolor que se dan de manera crónica en la paciente, así como la vigencia de la neurosis traumática. Luego, en la sesión 89, relata la irrupción del trauma. Entendemos que el accidente es producto de la eficacia de la desmentida patológica exitosa, que pone en evidencia su fracaso cuando el accidente se produce.

La diferencia entre la neurosis traumática y el trauma, en este caso, se evidencian por los recursos que la paciente aplica para salir de estos estados, dados o no por la eficacia de O1: cuando este deseo se combina con defensas exitosas (patológicas o normales), la paciente logra un equilibrio, mientras que cuando éstas fracasan surge la angustia automática. Cuando el deseo LI, se combina con una defensa exitosa, le permite conservar el sentimiento de omnipotencia somático, que la hace sentir en movimiento, aunque no se trate de un movimiento real. Esto se traslada al sentimiento de omnipotencia respecto del éxito laboral. El deseo O1 combinado con una defensa exitosa, logra formatear la motricidad de ideas. La defensa fracasa al apelar al movimiento real del cuerpo y cuando no consigue que le paguen por el trabajo. La angustia automática surge cuando, debido a estados de intrusión orgánica (LI + desestimación del afecto fracasada) o bien estados de astenia (LI + desestimación del afecto exitoso/fracasada), la paciente no cuenta con energía disponible para organizar una salida a través del pensamiento.

En las sesiones del Grupo 1, Ercilia tiende a resolver sus limitaciones corporales (LI disfórico) que se dan en los hechos con la combinación entre O1 (eufórico) +A2 ó FG (eufórico). El fin último es conservar energía de reserva (LI) y para eso desarrolla una estrategia O1.

El paradigma de los relatos en el primer bloque se inicia con LI disfórico, la escena intermedia suele contener una reflexión en donde la paciente mira la mente del otro o la mirada del otro (O1 eufórico) en la cual cambia de signo su astenia a triunfalismo intelectual y esto concluye con un desenlace FG eufórico o bien A2 eufórico. El denominador común está dado por una situación desfavorable cuyo desenlace

transforma en eufórico a través de suponer que logra leerle la mente al otro (su madre, su terapeuta).

La estrategia expositiva en el primer bloque consiste en establecer comparaciones entre el antes y el ahora. Dentro de esta estrategia ubicamos el relato donde ella supone en su madre una sensación de invulnerabilidad y ella camina por la calle sin ver, que unen tiempos históricos dado que las dos quedan identificadas en situaciones equivalentes. Esta estrategia también incluye poner en evidencia sus progresos, sobre todo en cuanto a dejar de accidentarse. Esto nos lleva a analizar los relatos, no sólo desde la perspectiva de las escenas narradas sino también de las escenas actuadas en el contexto de la sesión. Queda puesto de manifiesto el aspecto caracteropático de la paciente, que busca convencer al terapeuta de su cambio. El relato no refleja su contenido sino que tiene por función convencer al otro, creándole una idea o un sentimiento. Desde este punto de vista, tomamos los relatos como actos que la paciente dirige hacia el terapeuta. Esto pone en evidencia una fachada de la paciente, que de otro modo no hubiese quedado expuesto.

En el Grupo 2 de sesiones (89, 93 y 94), si estudiamos los deseos presentes en los relatos, la mayor similitud se observa entre las sesiones 93 y 94 y la mayor discrepancia entre las sesiones 89 y 93. Sin embargo, al analizar las defensas la concordancia se da entre las sesiones 89 y 93, en donde predominan las defensas patológicas fracasadas, a la inversa de la tendencia del Grupo 1 y de lo que ocurre en la sesión 94. Resulta llamativo que en el nivel de los deseos las sesiones 93 y 94 resulten concordantes y que en paralelo se dé una fuerte divergencia en el plano de las defensas. Nos preguntamos si esto tendrá que ver con un estilo en la recuperación de la paciente, en donde en primer lugar se da una búsqueda del equilibrio (LI + O1 + A2 ó FG) en el plano libidinal que luego se logra en el plano de los mecanismos de defensa.

El deseo LI representa en el porcentaje más alto alcanzado, dado que en la sesión 89 –la sesión en donde llega luego del accidente- abarca la mitad de los relatos.

Si ponemos en contexto los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo y los combinamos con el análisis cualitativo, observamos que en el Grupo 1 de sesiones la paciente hace referencia a su posibilidad de moverse (de manera virtual y real) y de construir espacios. Pone de manifiesto su identificación con su madre en un rasgo de

carácter, la intrepidez. Asimismo, saca conclusiones acerca de los pensamientos ajenos, que pueden incluir a uno, central para ella: que debe moverse para que otros la perciban. Los temas planteados ubican a Ercilia como una persona que puede desenvolverse exitosamente a pesar de sus dificultades, lo cual coincide con los resultados de las secuencias narrativas en el primer bloque (predominio de defensas exitosas normales). En cuanto al segundo bloque, se inicia con el relato de un accidente, donde la ilusión de maternidad queda refutada por los hechos. Junto con la referencia a su accidente surgen sus dificultades en relación con su cuerpo, con los profesionales que no logran entenderla, los medicamentos y la rehabilitación. Asimismo se refiere a un intento de conexión que establece con sus experiencias traumáticas a través de la pintura como recurso elaborativo, como modo de eslabonar traumas. La paciente procura otorgar figurabilidad a sus experiencias y sensaciones a través de la pintura y a las secuelas que tuvo y tiene en ella haber vivido un terremoto en India –donde ella vivía y se desmoronó la mayor parte de la ciudad-. Todas estas verbalizaciones se expresan en su mayoría a través de secuencias narrativas de carácter disfórico, donde predominan las defensas patológicas fracasadas.

Los resultados de la sesión 94 ponen de manifiesto los recursos de la paciente para recuperarse. En el nivel de los relatos presentan muchas similitudes, al punto tal que los resultados en el nivel de los relatos en la sesión 94 presentan mayor semejanza con los del primer grupo (sesiones 80, 81 y 82) que con los del segundo (sesiones 89 y 93), donde predominan los deseos LI +O1 + A2 y en cuanto a las defensas normales exitosas. La semejanza entre las sesiones 80 y 94 se observa sólo en el nivel del relato, ya que en el nivel de los actos de habla y de las palabras, los resultados difieren. El hecho de que en la sesión 94 la paciente retome el esquema previo, permite observar que lo crónico en ella estaría dado por la neurosis traumática (sesiones 80, 81 y 82), a diferencia de las sesiones en donde se pone de manifiesto el trauma (sesiones 89 y 93). Dicha cronicidad pone de manifiesto la vigencia de LI como deseo predominante en el nivel de los relatos O1 + A2 ó FG como la combinatoria de deseos que le permite salir del estado traumatizante.

En sus momentos de estabilidad, la paciente recurre en parte a la desmentida funcional y al mismo mecanismo en su versión patológica. Al identificarse caracteropáticamente con su madre logra sentirse organizada y desde allí sostiene su narcisismo pudiendo acceder a complejidades mayores.

También en la sesión 94 la paciente retoma los temas previos al accidente. Los deseos LI remiten a una sobredosis de trabajo, a no saber cómo ponerse o a tener que compensar la flojedad de su tono con un exceso de tensión mientras que los deseos OI tienen que ver con sentir que pese a sus esfuerzos no logra ponerse en el ángulo de mira del otro. Resulta interesante este último punto, ya que así como la paciente en esta sesión pareciera retornar al equilibrio previo (sesiones 80, 81 y 82), también retoma el argumento que estaba vigente en esas sesiones y había quedado suspendido entre las sesiones 89 y 93.

En cuanto a la estrategia expositiva, la paciente retoma en la sesión 94 el uso de los relatos que se observa en las sesiones del Grupo 1, previas al accidente, en donde no da lugar al intercambio con el terapeuta sino que presenta los temas ya resueltos, exhibe sus cambios y lo ubica como espectador de sus logros. Desde esta estrategia, la paciente supone leer la mente del terapeuta intentando ubicarse en su ángulo de mira así como ella hace con su madre y con su profesora de natación. Aunque su deseo de ser madre pareciera haber quedado interrumpido por el accidente, lo que retorna respecto de las sesiones del Grupo 1 es su tendencia a buscar convencer al terapeuta de su madurez psíquica y sus posibilidades para solucionar los inconvenientes.

El análisis de las redes de palabras marca las limitaciones del retorno al equilibrio anterior, ya que permite pensar que el retorno al equilibrio se daría paulatinamente, ya que en la sesión 94 se ponen de manifiesto resultados similares a los del resto del Grupo 2. Esto estaría mostrando el modo en que se puede detectar la mejoría en esta paciente, primero en el plano de los deseos presentes en los relatos producidos en sesión, luego las defensas y por último, el más inconsciente, de las palabras. En este sentido, el nivel de las palabras daría un matiz adicional al análisis en el nivel del relato. Específicamente en este caso, observamos que faltaría procesar el destino del deseo FG -el deseo de quedar embarazada- que a partir del accidente queda interferido. Si sólo estudiáramos el relato, podríamos considerar que la paciente ya ha retornado al funcionamiento crónico, mientras que si tenemos en cuenta el nivel de las palabras muestra que todavía esto no se ha producido por completo.

A consecuencia del trauma puesto en evidencia en la sesión 89, se observa el quiebre de los recursos compensatorios a los que la paciente apelaba, que consistía en ponerse en el

ángulo de mira del otro. Se da una combinatoria donde fracasan tanto defensas funcionales como patológicas. De este análisis se desprende que hasta el momento de accidente, las defensas funcionales poseen una función compensatoria que le permiten construir un equilibrio narcisista pese a la discapacidad. Esto pone de manifiesto que la paciente encuentra los recursos compensatorios a través del desarrollo de una neurosis traumática.

En cuanto a los actos de habla, podemos señalar una oposición entre las sesiones 81 y 93, en donde están presentes los deseos A2 + O2. En la sesión 81, la paciente los presenta en versión eufórica y en la sesión 93 en versión disfórica. La versión eufórica se da cuando la paciente hace referencia a la armonía con su madre y la disfórica cuando se refiere a la pérdida de contacto con sus amigos hindúes.

En cuanto al cambio psíquico, queda puesto de manifiesto a través del cambio en los mecanismos de defensa en los dos grupos de sesiones, A (80, 81, 82 y 94) y B (89 y 93). No se trata de un cambio psíquico ligado a la evolución clínica, sino que está ligado a la intrusión producida por el trauma del accidente y que ejerce violencia sobre la coraza antiestímulo. En las sesiones del Grupo B se pone de manifiesto el quiebre de los recursos de la paciente, consistente en el uso de defensas funcionales exitosas. Es decir que el cambio psíquico que analizamos en este trabajo es un cambio por intrusión, que promueve el despliegue de defensas patológicas fracasadas.

Podríamos decir a grandes rasgos que, en relación a las defensas, en el primer bloque predominan las defensas normales exitosas mientras que el segundo bloque puede dividirse en dos partes: las sesiones 89 y 93 donde prevalecen las defensas patológicas fracasadas y la sesión 94 donde predominan las defensas normales exitosas nuevamente. Podemos conjeturar que esta secuencia: sesiones 80, 81, 82 y 94, que denominaremos Grupo A, remite a un tipo de equilibrio libidinal y defensivo en donde predominan defensas normales exitosas (acorde a fines, creatividad, desmentida funcional), que se ven acompañadas por los deseos LI+O1+A2+FG combinado con defensas normales exitosas. El predominio de LI en su variante eufórica muestra que el cuerpo desde la regulación de ritmos y el eje tensión alivio son los que comandan el equilibrio psíquico de la paciente. Podemos hablar de un equilibrio sostenido en una neurosis traumática.

En las sesiones 89 y 93, que denominaremos Grupo B, dicho equilibrio se pierde para dar lugar a deseos LI disfóricos combinados con defensas patológicas fracasadas. Estamos en presencia de una desorganización psíquica producto de un trauma, que en la paciente se manifiesta con la siguiente articulación: LI +O2 + A1 +A2 combinado con defensas patológicas fracasadas.

Ahora bien, cuando comparamos en el nivel de los relatos las sesiones 89 y 94 observamos que la paciente pareciera recuperar el equilibrio previo al accidente.

Podemos observar que el deseo LI es el más representativo y heterogéneo a lo largo de los dos grupos de sesiones. Recordemos que debido a los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo redefinimos los grupos de sesiones. Inicialmente contemplábamos un orden temporal, donde el Grupo 1 estaba conformado por las sesiones 80, 81 y 82 y el Grupo 2 estaba conformado por las sesiones 89, 93 y 94.

Como producto del análisis longitudinal, detectamos que en las sesiones 80, 81, 82 y 94 (Grupo A) predominan las defensas normales exitosas mientras que en las sesiones 89 y 93 (Grupo B) prevalecen las defensas patológicas fracasadas. Esto nos llevó a definir el Grupo A y el Grupo B, ya no regido por un criterio temporal sino por los mecanismos de defensa que predominan.

El deseo A2 está presente en las sesiones de los Grupos A y B, generalmente ligado con desenlaces eufóricos, y con defensas como la creatividad

En las sesiones del Grupo A, el deseo O1 se liga con desenlaces eufóricos, ligados a relatos de hechos y conjeturas, situaciones de movimiento entre el pasado y el presente, tanto real como virtual, situaciones laborales exitosas y rehabilitación. En este grupo de sesiones, la paciente emplea los relatos intentando convencer a su terapeuta, colocándose en el ángulo correcto. FG también aparece en este grupo,

En las sesiones del Grupo B se combina O2 con defensas patológicas fracasadas. Del mismo modo ocurre con A1, ligado a una defensa normal exitosa en la sesión 89, la única en donde este deseo se hace presente, cuando la paciente hace referencia a su posibilidad de defenderse con armas intelectuales.

El deseo FU en las sesiones del Grupo A, se combina con defensas normales exitosas, mientras que en las sesiones 89 y 93 se combina con defensas patológicas fracasadas. Los desenlaces disfóricos tienen que ver con quedar atrapada en situaciones angustiantes.

Conclusiones

En la secuencia en las sesiones 80, 81 y 82, que denominamos Grupo 1, predominan las defensas normales como creatividad, acorde a fines y desmentida funcional. Dentro de las defensas patológicas, la desmentida exitosa muestra un *crescendo* que culmina con la verbalización del deseo de la paciente de quedar embarazada. En las tres sesiones previas al accidente de la sesión 89, la paciente genera una estrategia hacia la culminación en el embarazo, donde desmiente el riesgo de muerte.

La paciente desmiente la realidad de su cuerpo apoyándose por un lado en el componente O1, que formatea ya sea deseos FG, FU ó A2. Esta situación nos parece interesante de ser estudiada, ya que lo central pareciera ser el formateo y no tanto el contenido de los deseos. Desde este deseo O1, en donde el cuerpo no es necesario para moverse ya que el movimiento se produce a través de las ideas, ella puede imaginar el hecho de quedar embarazada de un donante, identificada con la ganancia en el goce por la intrusión orgánica, representada por el deseo LI.

El accidente de la sesión 89 muestra lo contrario del embarazo a través del fracaso de la desmentida patológica, sumado a la desestimación del afecto también fracasada. La sesión 93 la paciente pone en evidencia su intento por elaborar lo traumático, mientras que en la 94 pareciera ya estar de salida de la situación, retomando el hilo de las sesiones 80, 81 y 82, en cuanto a la argumentación ligada a su rehabilitación y a la vigencia de las defensas normales exitosas.

Observamos dos tipos de manifestaciones. Uno relativo al modo de funcionamiento más estable en ella y otro ligado al intento de procesar una nueva situación traumática. En la neurosis traumática, recurre a defensas funcionales exitosas, mientras que en el momento del trauma esas defensas no resultan eficaces y termina recurriendo a defensas patógenas que fracasan.

Se pone en evidencia el desvalimiento en una paciente que ha tenido una base frágil y de no existir este estado de vulnerabilidad, el accidente no hubiera producido el estado de desorganización que produjo. Podemos pensar en una cierta vulnerabilidad de base y también cierto entrenamiento en su recuperación.

Dado que se trata de un equilibrio sostenido en desmentidas funcionales y patológicas secundarias a la represión, frente a la violencia proveniente de la realidad, éste se

resquebraja. Mientras logra identificarse con su madre, predominan las defensas exitosas. Cuando se produce el trauma, ya no lo consigue y predominan las defensas fracasadas.

En resumen, del estudio realizado aplicando el ADL en los tres niveles se desprende que:

1) El análisis de las defensas en los relatos nos muestra el cambio psíquico. Cada andamiaje defensivo remite a un cuadro clínico diferente. Se detectan dos modos de funcionamiento:

a) al modo de las Neurosis traumáticas (sesiones del Grupo A: 80, 81, 82 y 94), donde se combinan la desmentida funcional y patológica exitosa y la desestimación del afecto exitosa.

b) al modo del Trauma (sesiones 89 y 93) donde se combinan la desmentida fracasada con la desestimación del afecto fracasada.

2) El análisis de los deseos en relatos nos habla del estilo de la paciente. Se observan dos estructuras predominantes:

a) En las sesiones del Grupo A: LI + O1 + FG ó A2 + defensas funcionales exitosas

b) En las sesiones del Grupo B: LI + O1 + O2 ó FU + defensas patológicas fracasadas

3) En el análisis de los relatos desde su función pragmática se detecta que la paciente puede hacer uso de este recurso sólo en las sesiones del Grupo A, cuando intenta utilizar el relato para convencer a sus padres y al terapeuta que está en condiciones de quedar embarazada. En las sesiones del Grupo B, cede la posición activa y se ofrece como objeto de investigación del terapeuta.

4) El análisis de los actos de habla observamos dos combinatorias:

a) En las sesiones del Grupo A hay dos estructuras predominantes: LI + O2 + FU y A2+O2. La primera se da cuando la paciente hace referencia a estados y procesos corporales, al hablar de la tensión corporal, cuando esto se combina con la expresión de

estados afectivos y a estar realizando acciones, y con el desarrollo y la interferencia de deseos ambiciosos y las frases destinadas a ubicarse espacialmente.

La segunda se da en la sesión en que la paciente describe el vínculo con su madre desde un punto de vista eufórico. Allí observamos que desciende el componente LI y aumentan los componentes A2 y O2.

b) En las sesiones del Grupo B: O2 + A2 (sólo en la sesión 89 el deseo LI es alto). En estas sesiones predomina la expresión de la afectividad, junto con la intención de presentar un discurso organizado y coherente. Estos esfuerzos están destinados a evitar la desorganización producto del trauma.

Encontramos una oposición entre sesión 81 y 93, donde se dan los mismos deseos, solo que en la sesión 81 en versión eufórica y en la 93 en versión disfórica. En la sesión 81 la paciente hace referencia a un encuentro armónico con su madre y en la 93, a la pérdida sufrida en cuanto a sus afectos, a raíz de su mudanza a la Argentina.

5) En el nivel de las palabras, LI siempre ocupa el primer o el segundo lugar, con distintas combinatorias.

a) En el Grupo A: LI + O1+ FG +A2: Pone énfasis en escenas ligadas a estados corporales y quietud de la cual sale a través del uso del pensamiento abstracto y concreto aplicado a soluciones tangibles y a referencias ligadas al sufrimiento.

b) En el Grupo B: A1+FU+FG: Se describen situaciones de injusticia y parálisis motriz impotente combinadas con intentos de localización témporo espacial y el intento de modelar la propia imagen según lo que el hablante supone que su interlocutor desea.

2) Metodología

Aportes al ADL

Al analizar el material utilizando el Algoritmo David Liberman, hemos encontrado elementos cuya categorización nos enfrentó a la necesidad de definir de un modo más minucioso los deseos LI. De este modo, describimos a continuación (Cuadro LXVII) el funcionamiento de dichos deseos, tanto cuando la defensa es patológica y cuando se trata de defensas funcionales.

Cuadro LXVII - Deseos LI

Defensa	Estado	Ejemplo
Funcionales Acorde a fines Creatividad Sublimación	Exitoso: Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía	"Me sentí bien físicamente"
	Fracasado: Angustia debido a cuestiones objetivas	"Me angustié porque iba a ser un día largo. Decidí suspender actividades"
	Mixto: Cansancio debido a cuestiones objetivas.	"Antes terminaba molida, ahora me canso pero puedo sostenerlo"
Patológica Desestimación del afecto	Exitoso: Euforia orgánica. Descarga.	Episodios de consumo, llanto catártico, discurso catártico, especulador o sobreadaptado.
	Fracasado: Angustia o intrusión orgánica.	"Mis padres me inundaron de angustia" "Me golpearon" "Me desperté aterrorizada por el terremoto"
	Fracasado: Un fragmento del cuerpo se vuelve exterior, tomándolo como objeto.	"Debo esforzarme para comenzar a moverme luego de tomar relajantes"
	Mixto: Astenia, anestesia.	"Hice un esfuerzo muy grande, tenía sensación de agotamiento"

Fuente: Elaboración propia

3) Psicopatología

Infección congénita, hemorragia pulsional, trabajo psíquico

Ercilia nació con una infección congénita, contagiada por su madre por vía vertical. Del contagio, en principio podemos decir que se trata de un virus que suele presentarse de un modo subclínico, en donde la madre no supo hasta el nacimiento de su hija que lo había contraído. Siguiendo a Lebovici (1983) y a Roitman (1999), podemos pensar en los efectos del doble trauma en el nacimiento: por un lado, el contagio por vía vertical, por otro, la incubadora como primer contexto, además de todas las complicaciones que hubo en sus primeros días de vida.

Según la clasificación de Zorzi (1992) Ercilia pertenece tanto al grupo de los neonatos asfícticos como al de aquellos con infección congénita del sistema nervioso central. Aunque no pertenezca al grupo de los prematuros, nos parece interesante señalar que, al igual que aquellos, Ercilia vivió sus primeros veinte días en una incubadora. Del

material analizado, podemos inferir el modo en que se dio el encuentro con su madre, condicionando desde un inicio la interacción temprana. Lebovici (1983) ubica por ejemplo, al parto prematuro como tan prematuro para la madre como para el bebé, y al nacimiento mismo como fuente de angustia para los padres, ya que la primera separación, anticipada, es seguida de otra: el bebé se encuentra generalmente en una incubadora. Los médicos y enfermeras suelen tomar a su cargo al bebé, y en su calidad de responsables del tratamiento son tomados por los padres como los únicos que están en condiciones de tocar, sostener y alimentar al niño, mientras que ellos se perciben a sí mismos como peligrosos y castigados con la separación. Entendemos que esta escena inicial, traumática y de desencuentro, descrita por Lebovici, podemos pensarla entre Ercilia y su madre. También Lebovici (1983) señala que todas las díadas madre-prematuro presentan dificultades interaccionales, y que la gran mayoría logra luego de un tiempo establecer una interacción armoniosa.

Pensamos al trauma por una doble vía: trauma en la madre y por ende en el vínculo que ella pueda establecer con la bebé, y trauma temprano en la niña, quien se encontró desde antes de nacer, expuesta a intrusiones que le ocasionaron daños irreparables. Según Fridman (1991) *“El sistema inmunitario es el sistema biológico que asegura la integridad del propio-ser. Tiene la capacidad de eliminar lo que es diferente del propio-ser biológico y de tolerar las sustancias que llevan las marcas de éste”* (pág 129). Es decir que la base para la constitución de un yo (que en palabras de este autor es el “propio-ser”) se encuentra en este momento, en la vida fetal, en donde se constituye – aunque no completamente- el sistema inmunitario. La función de la madre en este caso, es de filtro inmunitario ya que contribuye a la constitución de este sistema que se desarrollará a posteriori con autonomía en el niño. En este caso, Victoria sin saberlo contagió a Ercilia de una enfermedad que le ocasionaría daños irreversibles. Ercilia pareciera haber estado a merced de una intrusión somática desde siempre. Luego, la vida en la incubadora, las intervenciones quirúrgicas, parecieran continuar la línea traumática iniciada en el vientre materno. Por esta razón, hablamos de una neurosis traumática temprana, adquirida tanto a través de experiencias propias como por la vía de las identificaciones con su madre.

Según Roitman (1995) si el estímulo doloroso es hiperintenso, adquiere intensidad traumática y no es la vivencia de placer la que tendrá el privilegio como brújula del psiquismo, sino la de dolor, y con ella la tendencia a apartarse de lo doloroso, que en principio se presenta por la vía de la percepción y posteriormente por la del recuerdo

(Freud, 1950^a). Esto genera una hemorragia psíquica, una tendencia a los estados de desinversión de la atención, del yo, del objeto. La misma autora sostiene (Roitman, 1998^a) que si los estados de dolor se potencian en el vínculo con el objeto, éste pierde su capacidad protectora y esto lleva a la organización lábil de las primeras identificaciones. Entre Ercilia y su madre inferimos un desencuentro inicial, caracterizado por una vivencia de dolor psíquico en la madre, y un intenso dolor somático en Ercilia que desorganizaron la estructura del vínculo. Posiblemente la interacción temprana haya estado muy perturbada por estos factores.

Podemos apreciar fallas en la constitución del yo real primitivo en Ercilia, en donde la regulación del equilibrio, del tono muscular, de la marcha, siguen siendo tareas que requieren de un gran esfuerzo, para ella resultan siempre potencialmente traumáticas.

Pulsión de apoderamiento, saber y sanar. Sobreinvestidura del pensar

En su trabajo sobre pulsión de apoderamiento, saber y sanar en niños y adolescentes que padecen HIV contagiados por vía vertical, Goldberg (2014) descompone el trabajo anímico que estos pacientes deben hacer en cuatro temas: 1) captar la naturaleza y origen de su enfermedad, 2) admitir la condición de enfermo crónico y descubrir la utilidad de cuidarse y/o defenderse, 3) esclarecer la confusión entre las sustancias u objetos tóxicos de aquellos cuya función es desintoxicante y 4) el despliegue y procesamiento de traumas objetivos acaecidos en el núcleo familiar. Las tres pulsiones antedichas exigen al psiquismo un trabajo, que de poder realizarse, da por resultado una complejización psíquica que les permite salir de la pasividad vía trabajo elaborativo. En el caso de una bebé que nace dañada por CMV, la elaboración –tal como ocurre en los pacientes contagiados por vía vertical a los que hace referencia Goldberg- presenta el problema de no disponer recuerdos ni vivencias para elaborar. El trauma es intrasomático, dado que lo dañado es el propio cuerpo desde su origen mismo en el vientre materno. Los cuatro trabajos psíquicos señalados por Goldberg están presentes en todo su trabajo de análisis.

Ercilia encontró un modo para evitar la hemorragia pulsional que consistió en desarrollar una sobreinvestidura del pensar y de la motricidad, que se manifiesta cuando se pone hiperactiva y no para de trabajar y de esforzarse físicamente. Se trata de acciones que pretenden mantener la subjetividad a partir de lo doloroso, en un intento de sostener las identificaciones primarias a costa del propio desvalimiento. También la percepción cobra un lugar relevante, pero no tanto para frenar la hemorragia sino para

desmentir los juicios traumáticos que de ella se desprenden. Esto se pone en evidencia cuando intenta una y otra vez poner a prueba cuánto ve y sacar conclusiones.

Coraza tónica y desarrollo psíquico escindido

La coraza tónica creada por alteración interna como defensa ante ciertos dolores de la periferia interior tiene según Roitman (1999) un valor especial en el desarrollo de las escisiones psíquicas tempranas dado que por un lado evitan el vaciamiento por la hemorragia y mantienen la economía psíquica en un principio de constancia. Esto explica cómo Ercilia, pese a convivir con sus estados de dolor físico crónico, puede sostener cierta investidura del mundo. El lenguaje y su posibilidad expresiva le posibilitan la ligadura de la pulsión a representaciones-palabra pero las alteraciones somáticas se mantienen.

Roitman (1999) describe cuatro líneas paralelas en el desarrollo psíquico escindido. En este tipo de desarrollo el psiquismo se complejiza, pero el núcleo tóxico se mantiene, y con él la presencia de la alteración interna junto con la acción específica, que funcionan alternada o conjuntamente. Dichas líneas son:

- 1) corresponde a la desinvestidura de la realidad hacia el yo corporal y la estasis de las pulsiones de autoconservación, con las pulsiones libidinales en anáclisis. En Ercilia se observa lo que la autora describe como característico: en unas oportunidades, una desinvestidura por efecto del dolor y en otras, la tendencia a mantener un resto de tensión sin descarga ni procesamiento psíquico.
- 2) se refiere a los intentos de tramitar dicha tensión mediante la alteración interna, en el marco de un masoquismo erótico intracorporal (Freud, 1924c). En Ercilia esto se ve cuando ella se expone a situaciones de riesgo físico.
- 3) corresponde a la sobreinvestidura defensiva de la percepción exterior, distal, que Ercilia logra parcialmente gracias a la vista, pero que compensa con el oído. Esto se observa cuando la joven intenta permanentemente sacar conclusiones acerca de lo visto, intentando remitir a conceptos abstractos, lo captado sensorialmente.
- 4) se basa en el énfasis en la acción específica. Esta última suele promover un ideal del yo y un superyó que conducen por sobrecompensación, a un refuerzo de la sobreadaptación. Esto es lo que ocurre en Ercilia, cuando sobreinvieste el pensar.

4) Metapsicología

Aportes a la comprensión de la Desmentida Funcional como mecanismo defensivo normal

Como hemos señalado en el Marco teórico, la desmentida patológica tiende a conservar el autoerotismo y la investidura de alguien en el lugar psíquico de modelo, con quien el yo mantiene un tipo de vínculo que le brinda un ilusorio sentimiento de sí. La amenaza de pérdida de dicho vínculo, ya sea por pérdida del modelo o por el registro de la diferencia respecto de él, enfrenta al yo a la amenaza de pérdida de una identificación primaria que, por ende, podría provocar la desorganización del aparato psíquico. Ante dicha amenaza, el yo promueve la desmentida patológica. Cuando ésta es radical, los juicios de atribución del yo placer, que ponen en evidencia la participación de las pulsiones sexuales e imponen un goce masoquista, no tienen en cuenta lo útil o perjudicial, por lo que las pulsiones de autoconservación resultan arrasadas. Otra alternativa es que la desmentida patológica sea menos radical y permita aceptar el juicio de atribución que impone el cuidado por la autoconservación, logrando una mejor transacción con el yo real definitivo. A partir de allí pueden aparecer los distintos estados: exitoso, fracasado o mixto. Cuando la defensa fracasa, retornan los efectos negativos que llevan a intentar reforzar la desmentida patológica.

En cuanto a la desmentida funcional, Maldivsky (2007) sostiene que las defensas funcionales pueden ser las mismas que las patológicas, pero a diferencia de éstas, no suponen una tendencia a frenar o hacer retroceder la complejización psíquica. La desmentida como defensa funcional promueve una conciliación entre los tres amos del yo y presenta dos características: en primer lugar se desarrolla en un contexto adverso, al servicio de la autoconservación, y en segundo lugar, está insertada en un proyecto propio no patológico, más abarcativo.

Esta defensa se puede observar en situaciones de crisis sociales e individuales, y también en situaciones que implican la aceptación de una realidad proveniente del cuerpo tales como una discapacidad, una patología crónica o bien una enfermedad terminal. La desmentida funcional permite una mejor forma de adaptación a la vida, como modo de proteger y continuar la creación y el desarrollo de proyectos vitales. Es aquí cuando nos preguntamos acerca del movimiento, la dinámica del mecanismo, que pareciera comenzar siendo patológico para luego transformarse en funcional.

M'Uzan (1995) escribe respecto de una paciente con cáncer avanzado: *“De nuevo abordamos el tema del cáncer, de su evolución, de la muerte, todo esto en un tono cuya serenidad contrasta extrañamente con la índole del asunto. Y yo pienso en esta, que me aparece entonces como el signo de una suerte de desmentida compartida: en definitiva, mi paciente y yo no queríamos saber nada de aquello de lo que hablábamos”*. El autor señala que apela a esa desmentida para *“asegurar al máximo las posibilidades de trabajo psíquico que rige para este tipo de situaciones”*. Sostiene que al permitir esa desmentida vincular apuesta a que se instale *“una posición megalomaniaca de omnipotencia [...] como estrategia para aminorar el avance del cáncer”* (pág. 24).

Respecto de la actitud analítica para sostener esta posición dice *“que el analista tolere cierta fluctuación en los límites de su yo a fin de poder recibir los materiales mortíferos de los que el paciente intenta desembarazarse [...] cuán importante es que pueda asumir el extraño contacto que se establece con este tipo de pacientes. Sea simbólico o concreto, este contacto actúa como una suerte de zona erógena [...] sólo entonces puede modificarse la representación que el sujeto tiene de sí mismo, una representación agujereada, fragmentada e inaceptable; modificarse en provecho de otra imagen de sí mismo, también mutilada, por cierto, pero mejor integrada”* (pág. 25). El autor se refiere al pasaje de una desmentida patológica a otra funcional, donde la actitud del terapeuta resulta crucial, dado que a través de esta denominada “desmentida compartida” habilita una posibilidad de integración del yo. Una suerte de función de *rêverie* por parte del terapeuta, que permite la transformación de elementos beta en elementos alfa, y por ende la transformación de una defensa de patológica en funcional.

En la misma línea, pero desde otra perspectiva teórica, Kübler-Ross (1969) describe cinco etapas del duelo, por las cuales pasan las personas que sufren pérdidas catastróficas o enfermedades terminales: negación y aislamiento, ira, negociación, depresión y aceptación. Esta descripción nos llevaría al mismo punto que postula De M'Uzan: la descripción de las primeras cuatro etapas remite a los distintos estados de la desmentida patológica: exitosa, fracasada y mixta, mientras que la última se refiere a la desmentida funcional, en donde se mantienen aislados los juicios provenientes del yo realidad definitivo. La desmentida funcional tiene que ver en estos casos con aceptar una realidad irreductible, está al servicio de mantener organizado al yo, y de hacer psíquicamente soportable esa realidad.

Podemos afirmar que la desmentida funcional se asemeja al proceso descrito por Freud (1927d) respecto del humor: *“El humor no es resignado, es opositor; no sólo significa el triunfo del yo, sino también del principio de placer, capaz de afirmarse aquí a pesar de lo desfavorable de las circunstancias reales”* (pág 158).

Para concluir

A lo largo de estas páginas hemos estudiado un caso, que se enmarca dentro del área de la discapacidad. Nuestra propuesta ha sido estudiar esta problemática desde tres perspectivas: clínica, metapsicológica y psicopatológica, con el objetivo de tener en cuenta su complejidad.

El punto de vista metapsicológico toma los elementos centrales del psicoanálisis, haciendo particular hincapié en la teoría de las pulsiones y las viscosidades de su articulación en momentos tempranos del psiquismo, que tienen en cuenta desde el punto de vista de los padres, el trauma del diagnóstico, desde el punto de vista del niño, el procesamiento de su déficit y las identificaciones con sus padres traumatizados y también lo vincular.

En cuanto al abordaje psicopatológico, tomamos la teoría de las corrientes psíquicas que segmenta la unidad que implicaría una estructura. Por este motivo tomamos las neurosis traumáticas como cuadro general, y dentro de éste profundizamos el análisis de las corrientes psíquicas para comprender microanalíticamente la evolución de este caso en particular.

Finalmente, en cuanto a la persona con discapacidad, estudiamos pulsiones y deseos a partir de la articulación primordial psicósomática: el pasaje de estados de inorganización (Kreiser, 1993) a organizaciones primordiales ligadas al tono muscular, motricidad y percepción, y las fallas que pueden producirse en niveles psicósomáticos tan elementales, como las escisiones psíquicas tempranas (Roitman, 1993). Asimismo nos hemos servido de la teoría del trauma y del dolor.

Quedan esbozados estos tres territorios, con sus complejidades, que en futuros trabajos continuaremos explorando.

Bibliografía

- Abbott, J. *et al.* (2008) "Health-related quality of life in adults with cystic fibrosis", en *Journal of Psychosomatic Research*, 64: 149-157.
- Abraham, K. (1924) "Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales", *Revista de Psicoanálisis*, II, 2, 1945.
- Ajuriaguerra, J. de (1984) *Manual de Psiquiatría Infantil*, Barcelona, Ed. Toray-Masson.
- Arbiser, S. (1990) "Cambio psíquico y cambio en el enfoque de la psicopatología", en *Revista del XII Simposio y Congreso Interno sobre Cambio Psíquico*, Tomo I, Buenos Aires: APA.
- Ballesteros, B. *et al.* (2006). "Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas: Perspectiva del cuidador principal", *Universitas Psychologica*, 5 (3): 457-473.
- Barlow, D.; Hersen, M. (1984) *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior*, New York, Pergamon Press.
- Békei, M (1981) "El niño con enfermedades crónicas", en *El psiquismo del niño enfermo orgánico*, Feldfogel, D. Zimerman, A. comp., Paidós, Buenos Aires.
- Bergés, J. (1988) "El tono y la motricidad en el examen del niño", en *Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente*, Lebovici, S., Diakine, R., Soulé, M., Biblioteca Nueva, Madrid, 1988.
- Bergin, A. y Garfield, S. (comps.) (1994) *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, J. Wiley, Nueva York.
- Berkeljon, A.; Baldwin, S. (2009) "An introduction to meta-analysis for psychotherapy outcome research", *Psychotherapy Research*, 19, (4-5): 511-518.
- Beutler, L. *et al.* (2004) Therapist variables, en Lambert, M. (ed) *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley.
- Bianchedi, E. (1990) "Cambio psíquico, el devenir de una indagación", en *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 1, 2, Buenos Aires, Fepal.
- Bion, W. (1963) *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- _____ (1967) *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Hormé, 1990.
- _____ (1965) *Transformaciones. Del aprendizaje al crecimiento*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1972.
- _____ (1975) *La tabla y la cesura*, Buenos Aires, Gedisa, 1982.

Bond, M. (1993) "An empirical study of defensive styles: The Defense Style Questionnaire", en Vaillant G. (ed), *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*, Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Botero, P. (2013) "Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica", en *Revista Vanguardia Psicológica*, 3 (2): 196-214

Bucci, W. (1992) *Scoring Referential Activity, Instruction for use Transcripts of Spoken Narrative Texts*. Ulm, Ulmer Textbank.

_____ (1993) "The development of emotional meaning in free association. A multiple code theory", *Hierarchical conceptions in psychoanalysis*, Guilford, Nueva York: 3-47.

Cano, E. et al. (2006) "Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional", en *Universitas Psychologica*, 5 (3): 511-520.

Cantis, J. (1993) "El discapacitado y su familia. Aportes teórico-clínicos", *Revista Actualidad Psicológica*, 197

_____ (1994) "Tener un hermano discapacitado. Consideraciones teórico-clínicas", *Revista Actualidad Psicológica*, 211

_____ (1995) "Efectos psíquicos en los niños, de déficits orgánicos de sus progenitores", *Revista Actualidad Psicológica*, 218.

_____ (1995) *Seminario sobre discapacidad dictado en la Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán, noviembre.*

_____ (1996) "Urgencias psicológicas en los procesos de rehabilitación", *Revista Actualidad Psicológica*, agosto.

Carballal, G; Requeijo, P.; Videla, C.; Martínez, A. (1999) "Relevancia clínica de los diferentes métodos diagnósticos para citomegalovirus", *Pren. Médica Argentina*, 86: 677-683.

Carlisle, A. et al. (2005) "The self-regulatory model in women with rheumatoidarthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome", en *British Journal of Health Psychology*, 10: 571-587.

Carrig, M.; Kolden, G.; Strauman, T. (2009) "Using functional magnetic resonance imaging in psychotherapy research: A brief introduction to concepts, methods, and task selection", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 409-417.

Cassini de Vázquez, M. (1996) "La investigación en psicoanálisis", *Revista de Psicoanálisis*, LIII, 4, 1996.

- Checa Benito, J. *et al.* (2000) *Psicopedagogía de la ceguera y deficiencia visual. Manual para la práctica educativa con personas ciegas y deficientes visuales*, Valencia, Editorial Promolibro.
- Contreras, F. *et al.* (2007) “Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis”, en *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2):169-179.
- Córdoba, L. *et al.* (2008) “Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo”, en *Universitas Psychologica*, 7(2): 369-383.
- Corominas, R. (1995) *El minusválido físico y su entorno*, Buenos Aires, Paidós.
- Cramer, P. (1991b) “Anger and the use of defense mechanisms in college students”, *Journal of Personality*, 59, 39–55.
- _____ (1998) “Evidence for change in children’s use of defense mechanisms”, *Journal of Personality*, 65, 233–247.
- _____ (2000) “Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation”, *American Psychologist*, 55, 637–646.
- Creswell, J. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions*. California, Sage.
- Cukier, J. (1993) “Una escucha diferente”, *Revista de Psicoanálisis*, 1993, L, 4-5, Buenos Aires.
- Curtis, J. *et al.* (1994) “The plan formulation method”, *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4, 1994.
- Dahl, H. y Teller, V. (1994) “The Characteristics, Identification, and Application of FRAMES”, *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4, 1994.
- Dahl, H.; Kächele, H. y Thöma, H. (1988) *Psychoanalytic Process Research Strategies*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, Alemania.
- Desmond, D., MacLachlan, M. (2006) “Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations”, en *Social Science & Medicine*, 62: 208-216.
- Dewald, P. (1978) “The Process of Change in Psychoanalytic Psychotherapy”, *Archives of General Psychiatry*, 35(5), 535-542.
- Diener, M. *et al.* (2009) “A primer on meta-analysis of correlation coefficients: The relationship between patient-reported therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration”, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 519-526
- Doltó, F (1985) *La imagen inconsciente del cuerpo*, Buenos Aires, Paidós.

- Donabedian, D. (1993) "Procédé autocalmant, état oniroïde, décharge?", *Revue Française de Psychosomatique*, 4.
- Doucette, A.; Wolf, A. (2009) "Questioning the measurement precision of psychotherapy research", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 374-389.
- Eells, T. (2007) "Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies", *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3, 35-54
- Eid, M. *et al.* (2009) "Multitrait-multimethod analysis in psychotherapy research: New methodological approaches", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 390-396.
- Elliott, R. (1989) "Comprehensive process analysis: Understanding the change process in significant therapy events", en Packer, M. Addison, R. (eds.), *Entering the circle: Hermeneutic inquiry in psychology*, Albany, New York Press.
- Elliott, R. (2002) "Hermeneutic single case efficacy design", *Psychotherapy Research*, 12, 1-20.
- Elliott, R. (2010) "Psychotherapy change process research: realizing the promise", *Psychotherapy Research*, 20 (2):123-135.
- Elliott, R. *et al.* (1994) "Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapies", *Journal of Counseling Psychology*, 41, 449-463.
- Elliott, R. *et al.* (2001) "Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies", en J. Frommer, J.; Rennie ; D., *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology*, Lengerich, Germany: Pabst Science.
- Elliott, R. *et al.* (2009) "An adjudicated hermeneutic single-case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 543-557.
- Enriquez, E. (1980) "Les institutions, amour et contrainte, consensus et violence", en *Connexions*, 30.
- Fain, M. (1993) "Spéculations métapsychologiques hasardeuses à partir de l'étude des procédés autocalmants", *Revue Française de Psychosomatique*, 4.
- Ferenczi, S. (1929) "El niño no deseado y su instinto de muerte", *Problemas y métodos del psicoanálisis*, Madrid, Espasa Calpe.
- Fernández, O. *et al.* (2012) "Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas", *Terapia psicológica*, 30, 2: 5-22

- Fiondella, A. (1990) "Acompañando al bebé y a su familia cuando hay trastornos sensoriales", en Tallis, J. *et al.* (1990) *Estimulación temprana e intervención oportuna. Un enfoque interdisciplinario biopsicosocial*.
- Fischer, C. (2009) "Bracketing in qualitative research: Conceptual and practical matters", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 583-590.
- Flyvbjerg, B. (2006) "Five Misunderstandings about Case Study Research", *Qualitative Inquiry*, vol.12:2. California, Sage.
- Ford, H. *et al.* (2001) "Health status and quality of life of people with multiplesclerosis" *Disability and Rehabilitation*, 23(12): 516-521.
- Frank, G.; Sweetland, A. (1962) "A study of the process of psychotherapy: The verbal interaction", *Journal of Consulting Psychology*, 26, 135-138.
- Rice, L. *et al.* (1984) *Patterns of change*, New York, Guilford Press.
- Freud, S. (1900 [1899]) *La interpretación de los sueños*, A. E., 4, 5.
- _____ (1905c) *El chiste y su relación con lo inconsciente*, A. E., 23.
- _____ (1905d) *Tres ensayos de teoría sexual*, A. E., 7.
- _____ (1908b) "Carácter y erotismo anal". A. E., 9.
- _____ (1909b) "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", A. E., 10.
- _____ (1909d) "A propósito de un caso de neurosis obsesiva", A. E., 10.
- _____ (1910c) *Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*, A. E., 23
- _____ (1910e) "Sobre el sentido antitético de las palabras primitivas", A. E., 23
- _____ (1911b) "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", en AE, vol. 12.
- _____ (1911c [1910]) "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente", A. E., 12.
- _____ (1911) Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico, A. E.,
- _____ (1912-13) *Tótem y tabú*, A.E., 13.
- _____ (1913i) "La predisposición a la neurosis obsesiva", A. E., 12.
- _____ (1914c) "Introducción del narcisismo", A. E., 14.
- _____ (1915c) "Pulsiones y destinos de pulsión", A. E., 14.
- _____ (1915e) "Lo inconsciente", A. E., 14.
- _____ (1916) "Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico", A. E., 14.
- _____ (1917b) "Un recuerdo de infancia en *Poesía y verdad*", A. E., 17.
- _____ (1917e [1915]) "Duelo y melancolía", A. E., 14.

- _____ (1917) Complemento metapsicológico a la teoría de los sueños
- _____ (1918b [1914]) “De la historia de una neurosis infantil”, *A. E.*, 17.
- _____ (1919e) “Pegan a un niño (Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales)”, *A. E.*, 17.
- _____ (1919h) “Lo ominoso”, *A. E.*, 17.
- _____ (1920g) *Más allá del principio del placer*, *A. E.*, 18.
- _____ (1921c) *Psicología de las masas y análisis del yo*, en *A.E.*, vol. 18.
- _____ (1922b) “Sobre algunos mecanismo neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad” *A. E.*, 18.
- _____ (1923a [1922]) “Dos artículos de enciclopedia: <<Psicoanálisis>> y <<Teoría de la libido>>”, *A. E.*, 18.
- _____ (1923d) *El yo y el ello*, *A. E.*, 19.
- _____ (1924b) “Neurosis y Psicosis”, *A. E.*, 19.
- _____ (1924c) “El problema económico del masoquismo”, en *AE*, vol. 19.
- _____ (1926d [1925]) *Inhibición, síntoma y angustia*, *A. E.*, 20.
- _____ (1926 [1927]) “Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial”. Epílogo.
- _____ (1927d) “El humor”, *A. E.*, 21.
- _____ (1927e) “Fetichismo”, *A. E.*, 21.
- _____ (1930a) *El malestar en la cultura*, *A.E.* 21.
- _____ (1931b) “Sobre la sexualidad femenina”, *A. E.*, 21.
- _____ (1933a) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, *A. E.*, 23.
- _____ (1940a [1938]) *Esquema de psicoanálisis*, *A.E.*, 23.
- _____ (1940) “La escisión del yo en el proceso defensivo”, *A. E.*, 23.
- _____ (1941f [1938]) “Conclusiones, ideas, problemas”, *A. E.*, 23.
- _____ (1950a) *Los orígenes del psicoanálisis*, *A. E.*, 1.
- Fridman, W. (1991) “El conocimiento del propio-ser biológico”, Dorey, R *et al* (1991) *El inconciente y la ciencia*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1993.
- Gabalda, I. (2006a) “The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure”, *Psychotherapy Research*, 16, 4, 436-452.
- _____ (2006b) “The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness?”, *Psychotherapy Research*, 16, 4, 422-435.

- Gallop, R.; Tasca, G. (2009) "Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: II. The complexities", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 438-452.
- García Badaracco, J. (1991) "Sesión Plenaria "Concepto de cambio psíquico y su evaluación clínica: Conceptos de cambio psíquico: aporte clínico", en *Revista de Psicoanálisis*, 48, 2, Buenos Aires: APA
- Garfield, S. (1994) "Research on client variables in psychotherapy", en Bergin, A. y Garfield S. (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (191–228). New York: Wiley.
- Gaviria, P. (2000) "Una mirada a la persona con discapacidad desde la perspectiva ecológica", *Avances Síndrome de Down*, 11 (1): 43-57.
- Gaviria, A. et al. (2007) "Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico", en *Psicología desde el Caribe*, 20: 50-75.
- Giorgi, A.(1985) "Sketch of a psychological phenomenological method", en Giorgi, A. (ed) *Phenomenology and psychological research*, Pittsburgh, Duquesne University Press.
- Glasser, B.; Strauss, A. (1967) *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Aladine Publishing Company, 1995.
- Goldberg, J. (2014) Pulsión de saber en niños con HIV. Inédito.
- Gómez, L. et al. (2008) "Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat", en *Intervención Psicosocial*, 17(2): 189-199.
- González, A., Padilla, A. (2006) "Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México, en *Universitas Psychologica*, 5(3): 501-509.
- Green, A. (1980) "La madre muerta", *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1986.
- Greenberg, L. (2007) "A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change", *Psychotherapy Research*, 17, 15-30.
- Greenberg, L. et al. (1986) *Psychotherapeutic process: A research handbook*, New York, Guilford Press.
- Greenberg, L. et al. (1994) "Research on humanistic and experiential psychotherapies", en Bergin, A. & Garfield, S. (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley.

- Greenberg, L.; Pascual-Leone, A. (2007) "Emotional processing in experiential therapy: Why the only way out is through", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 875-887.
- Guiard, F. E. (1976) "Sobre el componente musical del lenguaje en etapas avanzadas y finales del análisis", *Revista de Psicoanálisis*, 34, 2, 1977.
- Haag, G. (1991) "Contribución a la comprensión de las identificaciones en juego en el yo corporal" *Revista de Psicoanálisis*, 50, 1, 1993.
- Hamel, J; Dufour, S.; Fortin, D. (1991) *Case Study Methods. Qualitative Research Methods*, Vol. 32. California, Sage.
- Hartmann, A.; Van Der Kooij, A.; Zeeck, A. (2009) "Exploring nonlinear relations: Models of clinical decision making by regression with optimal scaling", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 482-492.
- Henry W., Strupp H., Schacht T., Gaston L. (1994) Psychodynamic approaches, en Bergin A., Garfield, S., eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, John Wiley & Sons.
- Hentschel, U. *et al.* (2004) *Defense mechanism. Theoretical, research and clinical perspectives*, Amsterdam, Elsevier.
- Herrou, C., Korff-Sausse, S. (2007) *L'intégration collective de jeunes enfants handicapés*, Toulouse, Eres.
- Hill, C. (1990) "Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 3, 288-294.
- Hill, C. *et al.* (2005) "Consensual qualitative research: An update", *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205.
- Hill, C. *et al.* (2009) "Therapist immediacy in brief psychotherapy therapy: Case study II", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 298-315.
- Hölzer, M. y Dahl, H. (1996) "How to find FRAMES", *Psychotherapy Research*, 6, 3.
- Horowitz, M. *et al.* (1993) "Elaboration an Dyselaboration: Measures of Expression and Defense in Discourse", *Psychotherapy Research*, 3, 4.
- Horowitz, M. (1994) "Configurational Analysis and the Use of Role-Relationship Models to Understand Transference", *Psychotherapy Research*, 4, 3-4.
- Horowitz, L. y Rosemberg, S. (1994) "The consensual response psychodynamic formulation: I. Method and research results", *Psychotherapy Research*, , 4, 3-4.
- Israel, T. *et al.* (2008) "Helpful and unhelpful experiences of LGBT therapy clients", *Psychotherapy Research*, 18, 294-305.

- Iwakabe, S.; Gazzola, N. (2009) "From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 601-611.
- Jakobson, R. (1955) *An expressive language*, Huerner, Wonchester, Clark University Press.
- Jakobson, N.; Truax, P. (1991) "Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 12-19
- Jensen, I. et al. (2009) "Cost effectiveness of two rehabilitation programmes for neck and back pain patients: A seven year follow-up", en *Pain*, 142: 202-208.
- Jones E. (1995) "How will Psychoanalysis study itself?", en T. Shapiro y R. Emde (comps.) *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome*, IUP, Nueva York.
- Joyce-Moniz, L. y Barros, L. (2007) "Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud. Desarrollo e intervención", en Botero, P. (2013) Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica, en *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2): 196-214
- Kächele, H. (1991) "Investigación psicoanalítica", *Revista Chilena de Psicoanálisis*: 55-68.
- Kächele, H. y Thomä, H. (1990) *Teoría y práctica del psicoanálisis*, Barcelona, Herder.
- _____ (1995) "Psychoanalytic process research: Methods and achievements", en T. Shapiro y R. Emde (comps.) *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome*, IUP, Nueva York.
- Kazdin, A. (1982) *Single case research designs. Methods for clinical and applied settings*, New York, Oxford University Press.
- _____ (2009) "Understanding how and why psychotherapy leads to change, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 418-428.
- Kazez, R. (1995) "Pensar en imágenes", en *Actas de las Primeras Jornadas Nacionales sobre Sordera y Salud Mental realizadas en la U.B.A.*, octubre. Buenos Aires.
- _____ (1996a) "Sordera y subjetividad", en *Cuadernos de Bar Ilán* N° 1. Buenos Aires.
- _____ (1996b) "Del rasgo a la letra: nexos entre ideografía y pensamiento", en *Revista Actualidad Psicológica*, 235, Buenos Aires
- _____ (1996c) "Problemas de aprendizaje en niños sordos", en *Revista Argentina de Psicopedagogía*, 13, 45, Buenos Aires.

_____ (1997c) “Aprendizaje de la lengua en niños sordos”, en *Revista AULA*, 16, México D.F., México.

_____ (1998a) “La intervención del psicólogo en el ámbito de la discapacidad. Problemas específicos”, en *Revista Actualidad Psicológica*, 256, Buenos Aires.

_____ (1998b) “El fracaso escolar en niños sordos. Una aproximación desde el psicoanálisis”, en *Problemas y patologías del desvalimiento. Revista de la Maestría*, 2, Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán. Buenos Aires.

_____ (1999) “Reflexiones acerca de la importancia de la lengua de señas para el niño sordo y su familia”, en *Revista Desde Adentro*, 2, La Plata.

_____ (2003) “El Algoritmo David Liberman como método aplicable a la investigación en psicoanálisis”, en *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, UCES, Buenos Aires.

_____ (2008) “El recorte y la caída. Vicisitudes del ingreso a la prepubertad de una niña sorda”, en *Revista Actualidad Psicológica*, 362, Buenos Aires.

_____ (2009) “Los estudios de caso y el problema de la selección de la muestra. Aportes del Sistema de Matrices de Datos”, en *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13, UCES, Buenos Aires.

_____ (2010) “Estudio del discurso de una paciente con discapacidad congénita sensorial y motriz. Análisis comparativo de dos momentos del tratamiento”, en *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15, UCES, Buenos Aires.

_____ (2012) “Hacia el encuentro con lo genuino. Multilingüismo anímico y subjetividad en la psicoterapia de una adolescente sorda”, en *Revista Cuestiones de Infancia*, 15, UCES, Buenos Aires.

_____ (2013) “Intentos de persuasión narrados y actuados en el contexto de una sesión de psicoterapia”, en *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17, UCES, Buenos Aires.

Kazez, R., Melloni, G., Maldavsky, D. (2009a) “Study of the discourse of two mothers of deaf female adolescents. Comparative analysis of the moment after being informed about the diagnosis”, Presentación de póster en el 40° International Meeting de la Society for Psychotherapy Research, Santiago, Chile. *Actas*.

_____ (2009b) “Estudio del discurso de dos madres de prepúberes sordas”, Presentación de póster en el I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación, V Encuentro de

Investigadores en Psicología MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, *Actas*.

_____ (2010) “Extension of the study of the discourse of mothers of deaf female adolescents. Comparative analysis of drives and defenses at the moment of the diagnosis”, Presentación de póster en el 41° International Meeting de la Society for Psychotherapy Research, Asilomar, California, Estados Unidos, *Actas*.

_____ (2012) “Estudio comparativo del discurso de madres oyentes de hijos sordos. Detección de diferentes momentos después de haber recibido el diagnóstico”, Disertación en el Panel “La psicoterapia como punto de partida para la investigación: familia, madres y alianza terapéutica” en el 10 Congreso de Investigación en Psicoterapia del Capítulo Latino Americano de la Society for Psychotherapy Research, Buenos Aires, Argentina, *Actas*.

_____ (2012) “Comparative study of the discourse of hearing mothers of deaf children. Detection of different moments after the diagnosis which lead to different therapeutic strategies”, Presentación de póster en el 41° International Meeting de la Society for Psychotherapy Research, Virginia Beach, California, Estados Unidos, *Actas*.

_____ (2013) “Contribution to decision making regarding therapeutic strategies. Comparative analysis of the discourse of hearing mothers of deaf adolescents”, Presentación de póster en el 42° International Meeting de la Society for Psychotherapy Research, Brisbane, Australia, *Actas*.

Kenny, D.; Hoyt, W. (2009) “Multiple levels of analysis in psychotherapy research”, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 462-468.

Kernberg, O. (1991) “Objetivos terapéuticos y la naturaleza del cambio psíquico”, en *Revista de Psicoanálisis*, Tomo XLVIII, N° 2. Buenos Aires: APA.

Klein, M. (1945) “The Oedipus complex in the light of early anxieties”, *International Journal of Psychoanalysis*, Hinshelwood, R. (1989) *Diccionario del pensamiento kleiniano*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Knox, S.; Burkard, A. (2009) “Qualitative research interviews”, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 566-575.

Kojima, M. et al. (2009) “Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis”, en *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5): 425-431.

Korff-Sausse, S. (1995) “Le handicap : figure de l'étrangeté”, en Dayan, M. *Trauma et devenir psychique*, Paris, P.U.F.

- _____ (1996) *Le Miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy.
- _____ (2000) *D'OEdipe à Frankenstein. Figures du handicap*, Desclée de Brouwer.
- _____ (2004) "Pour une transversalité dans la recherche", *Recherches en psychanalyse*, 1: 119-130.
- _____ (2009) *La vie psychique des personnes handicapées*, Toulouse, Eres.
- Krause, M. et al. (2007) "The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators", *Psychotherapy Research*, 17: 673-689.
- Kreisler L. (1992) *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Paris, Dunod.
- Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1974) *El niño y su cuerpo*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Krethong, P. et al. (2008) "A Causal Model of Health –Related Quality of Life in Thai Patients with Heart – Failure", en *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (3): 254-260.
- Kristeva, J. (2003), *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicaps*, Paris, Fayard.
- Lambert, M.; Ogles, B. (2009) "Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 493-501.
- Lazarus, R.; Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Segunda edición. México: Martínez Roca.
- Lebovici, S. (1983) *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Le Doux, J. (1994) "Emoción, memoria y cerebro", *Revista Investigación y Ciencia*, Buenos Aires, en Roitman, C. (1999) "Las escisiones psíquicas tempranas, la representabilidad y su relación con la vida pulsional", *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires.
- Levin, E. (2003) *Discapacidad, clínica y educación*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Levitt, H et al. (2006) "What clients find helpful in psychotherapy: Principles for facilitating change", *Journal of Counseling Psychology*, 53, 314-324.
- Levy, J. (1993) *El bebé con discapacidades*, Buenos Aires, Paidós.
- Levi-Faur, D. (2007) "Cases and case study", *Seminario en School of Political Sciences*, Faculty of Social Sciences, University of Haifa.
- Lieberman, D. (1970) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Buenos Aires, Galerna-Nueva Visión, 1971-72.

Lijphart, A. (1971) "Comparative Politics and the Comparative Method", *The American Political Science Review*, Vol. 65, 3, Washington DC, American Political Science Association.

Llewelyn, S. (1988) "Psychological therapy as viewed by clients and therapists", *British Journal of Clinical Psychology*, 27,223-238.

Lopez Moreno, C. *et al.* (2000) "Investigación empírica y psicoanálisis. El desafío de investigar respetando el encuadre analítico", *Revista de Psicoanálisis*, 41, 3.

Luborsky, L.; Crits-Christoph, P (1990) *Understanding Transference*, New York, Basic Books.

Luborsky, L. *et al.* (1992) "The meanings of Narratives During Psychotherapy The fruits of a New Observational Unit", *Psychotherapy Research*, 2.

Luborsky, L. *et al.* (1994) "The Core Conflictual Relationship Theme", *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4.

Lutz, W. y Hill, C. (2009) "Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research: Introduction to special section", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 369-373.

Lutz, W *et al.* (2005) "Predicting change for individual psychotherapy clients on the basis on their nearest neighbors", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 904-913.

Lutz, W. *et al.* (2009) "Metodological background of decision rules and feedback tools for outcomes management in psychotherapy", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 502-510.

Maciel, P. (1997) "El desnivel acecha: cada paso puede ser la caída", *Trabajo presentado en la Primera Jornada sobre Discapacidad*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, octubre.

Manson, M. (1994) "Las intervenciones quirúrgicas a una edad temprana, sus secuelas psíquicas", *Actualidad Psicológica*, 211, Buenos Aires.

Maldavsky, D. (1979) "Análisis del preconscious como sistema de transformaciones", *Actualidad Psicológica*, 50, Buenos Aires.

_____ (1980a) *El complejo de Edipo positivo. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu, 1982.

_____ (1980b) "Transformaciones representacionales constituyentes del aparato psíquico en la adolescencia", en Quiroga, comp. *Adolescencia: de la metapsicología a la clínica*, Buenos Aires, Amorrortu, 1984.

_____ (1985) “Los estilos y el problema de la estructura del preconciente”. *Revista de la Asociación Escuela Argentina de psicoterapia para graduados*. N. 12-13, 1986, Buenos Aires.

_____ (1986a) *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.

_____ (1988a) “Psicosomática: estructura preconciente y ensambladura defensiva”, *Revista de Psicoanálisis*, XLV, 5, 1988, Buenos Aires.

_____ (1988b) “Metapsicología de la histeria de conversión. Puntualizaciones y propuestas”, *Revista de Psicoanálisis*, 44, 3, 1987, Buenos Aires.

_____ (1989a) “Sobre la espacialidad psíquica y la teoría de los dobles”, *Actualidad Psicológica*, 151, Buenos Aires.

_____ (1989b) “Sobre la teoría freudiana de la producción de las manifestaciones”, *Revista de Psicoanálisis*, 46, 2-3, Buenos Aires.

_____ (1989d) “Lenguajes del erotismo”, *Actualidad Psicológica*, 158, Buenos Aires.

_____ (1991b) “Metapsicología del tiempo y clínica de la repetición”, *Revista de Psicoanálisis*, 48, 4, Buenos Aires.

_____ (1990a) *Procesos y estructuras vinculares*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991.

_____ (1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

_____ (1993) *Judeidad. Modalidades subjetivas*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1993.

_____ (1995a) *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.

_____ (1995b) *Linajes abúlicos*, Buenos Aires, Paidós.

_____ (1997a) *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires, Nueva Visión.

_____ (1998a) *Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.

_____ (1998b) *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.

_____ (1999) *Lenguaje, pulsiones, defensas. Redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.

_____ (2004) *La investigación psicoanalítica del lenguaje: Algoritmo David Liberman*, Buenos Aires, Lugar.

_____ (2007) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Buenos Aires, Lugar.

_____ (2013) Comunicaciones personales.

_____ (2014) *Algoritmo David Liberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*, Buenos Aires, Paidós.

Mannoni, M. (1964) *El niño retardado y su madre*, Buenos Aires, Paidós.

Manson, M. (1994) "Las intervenciones quirúrgicas a una edad temprana, sus secuelas psíquicas", *Actualidad Psicológica*, 211, Buenos Aires.

Martin, D. *et al.* (2000) "Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A metaanalytic review", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

Mc. Dougall, J. (1982) "Reflexiones sobre el afecto", en *Teatros de la mente*, Madrid, Tecnopublicaciones, 1987.

Mc.Leod (2002) "Case Studies and practitioner research. Building knowledge through systematic inquiry into individual cases", *Counseling and Psychotherapy Research*, 2, 264-268.

Megenthaler, E. (1996) "Emotion-Abstraction Patterns in verbatim protocols: a new way of describing psychotherapeutic processes", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 1306-1315.

Messer, S. (2007) "Psychoanalytic case studies and the pragmatic case study method", *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3, 55-58.

Miller, N.; Luborsky, L.; Barber, J. y Docherty, J. (comps.) (1993) *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practice*. New York, Basic Books.

Moertl, K.; von Wietersheim, J. (2008) "Client experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach", *Psychotherapy Research*, 18, 281-293.

Moreira, D. (1997) *La pubertad y sus transmudaciones. Sobre el desarrollo normal y patológico*, Buenos Aires, Fau Editores.

Moreno, M. *et al.* (2006) "¿Qué significa la discapacidad?", en *Aquichan*, 6 (1):78-91.

Morrow Bradley, C.; Elliott, R. (1986) Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197

Moser, U. (1992) "On line and off line, practice and research: a balance, en *Psyche*, 45: 315-334, 1991.

M'Uzan, M. (1995) "*La boca del inconciente. Ensayos sobre la interpretación*", Buenos Aires, Amorrurtu.

Neiman, G.; Quaranta, G. (2006) "Los estudios de caso en la investigación sociológica", en Vasilachis de Gialdino (comp.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

Neves, N, Hasson, A. (comp.) (1994) *Del suceder psíquico. Erogeneidad y estructuración del yo en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires, Nueva Visión.

Nunberg y Federn (1967) *Las reuniones de los miércoles. Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena*. Buenos Aires, Paidós.

Organización Mundial de la Salud (1980) *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad CIDDM*, España, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Migraciones y Servicios Sociales.

_____ (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF*. España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

_____ (2005) "Disabled often among the 'poorest of poor'", en *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 4.

Orlinsky, D. et al. (2004) "Process and outcome in psychotherapy, en M. J. Lambert et al., *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley.

Padua, J. et al. (1979) *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Fondo de Cultura Económica*, Chile, 1994.

Palacios, A. (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad y Ediciones Cinca, España.

Pantano, L. (1993) *La discapacidad como problema social*, Buenos Aires, Eudeba.

Park, J. et al. (2002) "Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities", *Exceptional Children*, 68: 151-170.

Pascual-Leone, A. et al. (2009) "Developments in task-analysis: New methods to study change, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 527-542.

- Pérez, M. *et al.* (2005) "Calidad de vida en la salud: Algunas investigaciones en el ámbito hospitalario", en *Revista Colombiana de Psicología*, 14: 64-72.
- Perry, J. C. (1994) "Assessing Psychodynamic Patterns Using the Idiographic Conflict Formulation Method", *Psychotherapy Research*, 4, 3-4.
- Perry, J. C., Hoglend, P. (1998) "Convergent and Discriminant Validity of Overall Defensive Functioning", *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186, 9, 529-535.
- Perry, J. C.; Bond, M. (2012) "Change in Defense Mechanisms During Long-Term. Dynamic Psychotherapy and Five-Year Outcome", *American Journal of Psychiatry*, 169.
- Plut, S. (2006) Estudio exploratorio del estrés laboral y trauma social en los empleados bancarios durante el "corralito". Tesis de doctorado en psicología, Buenos Aires: UCES.
- Posse y Verdaguer (1993) *La sexualidad de las personas discapacitadas*, Buenos Aires, Fundación Creando espacios.
- Prives, M., Lisenkov, N., Bushkovich, V. (1975) *Anatomía Humana*, Tomo II, Ed. Mir, Moscú, en Roitman, C. (1999) "Las escisiones psíquicas tempranas, la representabilidad y su relación con la vida pulsional", *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires.
- Pucheu, S. *et al.* (2004) "Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients?", en *Journal of Psychosomatic Research*, 56: 317-322.
- Puget, J. (1988) Qué es material clínico para el psicoanalista? Los espacios psíquicos. *Revista Psicoanálisis*. Buenos Aires, APdeBA, 10, 3.
- Ragin, Ch.; Becker, H. *et al.* (1992) *What is a Case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roitman, C. (1993) *Los caminos detenidos*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- _____ (1995) "Estados anímicos primordiales: Acerca de algunas formas en que se manifiesta el dolor psíquico, su origen y procesamiento posterior", *Rev. de Psicoanálisis*, vol. LII, nº 4. Asociación Psicoanalítica Argentina.
- _____ (1997) "Narcisismo primario. Entramado pulsional y yoico en la infancia temprana", *Rev. de Psicoanálisis*, vol. LIII, nº 4. Asociación Psicoanalítica Argentina.
- _____ (1998a) "Sobre las alteraciones en el autoerotismo y el narcisismo en la infancia temprana", *Rev. de Psicoanálisis*, 55, 1, Asociación Psicoanalítica Argentina.
- _____ (1999) "Las escisiones psíquicas tempranas, la representabilidad y su relación con la vida pulsional", *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires.

- Rodríguez- Porrero Miret, C. (2000) "Discapacidad y calidad de vida", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(2): 66-91.
- Sachse, R. (1992) "Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions", *Psychotherapy Research*, 2, 235-251.
- Safran, J. *et al.* (1988) "Integrative psychotherapy research and practice: Modeling the change process", *Psychotherapy*, 25, 1-17.
- Samaja, J. (1994) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sargent, H. (1961) "Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research", *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 24, 2, 93-108.
- Scelles, R. *et al.* (2007) *Cliniques du sujet handicapé*, Toulouse : Eres.
- Schacht, T. y Henry, W.(1994) "Modeling Recurrent Patterns of Interpersonal Relationship with Structural Analysis of Social Behavior: The SASB-CMP", *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4.
- Schielke, H. *et al.* (2009) "Creative consensus on interpretations of qualitative data. The Ward method", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 558-565.
- Schorn, M. (1999) *Discapacidad: una mirada distinta, una escucha diferente*, Buenos Aires, Lugar.
- Smadja, C. (1993) "A propos des procédés autocalmants du moi", *Revue Française de Psychosomatique*, 4.
- Smith *et al.* (1980) *The benefits of psychotherapy*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Snyder, W.(1945) "An investigation of the nature of nondirective psychotherapy", *Journal of General Psychology*, 33, 193-223.
- Sor, D.; Gazzano, M. (1990) "Tres facetas del cambio psíquico: turbulencia, transitoriedad, invariancia", en *Revista del XII Simposio y Congreso Interno sobre Cambio Psíquico*, Tomo II, Buenos Aires, APA.
- Speisman, J. (1959) "Depth of interpretation and verbal resistance in psychotherapy", *Journal of Consulting Psychology*, 23, 93-99.
- Spitz, R. (1954) *El primer año de vida del niño*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1991.
- Stake, R. (1994) "Case Studies", en Denzin N. y Lincoln, Y. *et al.*, *The Sage Handbook of Qualitative Research*. California: Sage.

- _____ (1995) *The art of Case Study Research*. California: Sage.
- Steiner, J. (1992) “The equilibrium between the paranoid-schizoid and the depressive positions”, en Anderson, J. (1992) ed. *Clinical Lectures on Klein and Bion*: 46-58.
- Steiner, J. (2012) “La relación con la realidad en los refugios psíquicos”, en *Temas de Psicoanálisis, Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis*, 4: 1-18.
- Stiker, H. (1998) “De quelques utopies réalistes. Perspectives actuelles et pour demain”, *L’Insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Desclée de Brouwer: 423-449.
- Stiles, W. et al. (1990) “Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy”, *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W. et al. (1997) “Dimensions of client’s initial presentation of problems in a psychotherapy: The Early Assimilation Scale”, *Psychotherapy Research*, 7, 155-172.
- Strauss, A.; Corbin, J. (1990) *Basics of qualitative research*, Newbury Park, California, Sage.
- Stuifbergen, A. et al. (2005) “An explanatory model of health promotion and quality of life for persons with post-polio syndrome”, en *Social Science & Medicine*, 60: 383-393.
- Szwec, G. (1993) “Les procédés autocalmants par la recherche de l’excitation. Les galériens volontaires”, *Revue Française de Psychosomatique*, 4.
- Tasca, G.; Gallop, R. (2009) “Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics”, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 429-437.
- Tasca, G. et al. (2009) “Three-level multilevel growth models for nested change data: A guide for group treatment researchers”, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 453-461.
- Tashakkori, A.; Teddlie, C. (1998) *Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. California, Sage.
- Taylor, J. et al. (2008) “Coping and quality of life in patients awaiting lung transplantation”, *Journal of Psychosomatic Research*, 65: 71-79.
- Tichenor, V. et al. (1989) “A comparison of six measures of working alliance”, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26, 2, 195-199.
- Timulak, L. (2009) “Meta-analysis of qualitative studies: A tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy”, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 591-600.
- Tschacher, W.; Ramseyer, F. (2009) “Modeling psychotherapy process by time-series panel analysis”, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 469-481.

- Uppal, S. (2006) "Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities", *Social Science & Medicine*, 63, 525-539.
- Vaillant, G. (1977) "Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment", *Archives of General Psychiatry*, 33, 535-545.
- Vaillant, G. (1994) "Ego mechanisms of defense and personality psychopathology", *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 44-50.
- Vaillant, G. *et al.* (1985) "Maturity of ego defenses in relation to DSM III, Axis II, Personality Disorder", *Archives of General Psychiatry*, 42, 786-794.
- Villaf (2002) "La mort n'est pas la conséquence du vieillissement", en *Topique*, 81: 173-199.
- Vinaccia, S. *et al.* (2006) "Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico", en *Revista Colombiana de Psicología*, 15: 57-65.
- Volpe, J. (1987) *Neurology of newborn*, en Zorzi, C. (1992) "El alto riesgo neuropsíquico: conceptos generales", *Los hijos de las máquinas*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Wainer, A. (2012) "Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica", *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16, 2.
- Waddington, C. H. (1957) *The strategy of the genes*, Londres, Allen y Unwin, en Maldavsky, D. (1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Wasserman, R.; Levy, K.; Loken, E. (2009) "Generalizability theory in psychotherapy research: The impact of multiple sources of variance on dependability of psychotherapy process ratings", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 397-408.
- Widlöcher, D. (2001) "Refutabilidad e investigación clínica planificada en psicoanálisis", *Revista psicoanálisis y procesos cognitivos*, 2, Buenos Aires, UCES.
- Williams, E.; Morrow, S. (2009) "Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective", *Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 576-582.
- Wilson (2004), "Multiple approaches to a single case: conclusions. Psychic change. What and how?", *International Journal of Psychoanalysis*, 85.
- Winnicott, D. (1963) "Miedo al derrumbe", en *Exploraciones psicoanalíticas*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- _____ (1971) *Realidad y juego*. Buenos Aires, Granica, 1972.

Ruth Kazez.

Winograd, B. (1990) “Cambios psíquicos en relación a la teoría de la técnica”, *Revista de Psicoanálisis*, 47, 1, APA.

Wiseman, H.; Rice, L. (1989) “Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: A task focused approach”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 281-286.

Yin, R. (1994) *Case study research: Design and methods*. California, Sage.

_____ (2003) *Applications of Case Study Research*. California, Sage.

Zorzi, C. (1992) “El alto riesgo neuropsíquico: conceptos generales”, *Los hijos de las máquinas*, Buenos Aires, Nueva Visión.